

LIDIANE SOARES DOS SANTOS MELO

**Necessidades de ações de educação permanente para fortalecer e aprimorar o
matriciamento em saúde mental na Atenção Primária à Saúde**

São Paulo

2017

LIDIANE SOARES DOS SANTOS MELO

**Necessidades de ações de educação permanente para fortalecer e aprimorar o
matriciamento em saúde mental na Atenção Primária à Saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde, Mestrado Profissional Faculdade de Odontologia Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Marina Peduzzi

São Paulo
2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Melo, Lidiane Soares dos Santos.

Necessidades de ações de educação permanente para fortalecer e aprimorar o matriciamento em saúde mental na Atenção Primária à Saúde / Lidiane Soares dos Santos Melo ; orientador: Marina Peduzzi -- São Paulo, 2017.

70 p. : 30 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Programa de Pós-Graduação Interunidades em Formação Interdisciplinar em Ciências da Saúde. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão corrigida

1. Educação permanente - odontologia. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde Mental. I. Peduzzi, Marina. II. Título.

Melo LSS Necessidades de ações de educação permanente para fortalecer e aprimorar o matriciamento em saúde mental na Atenção Primária à Saúde. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia, Faculdade de Saúde Pública e Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: 16/05/2017

Banca examinadora

Prof (a). Doutor (a) Valéria Marli Leonello

Instituição: Universidade de São Paulo - EEUSP Julgamento: Aprovada

Professor Doutor João Mazzoncini de Azevedo Marques

Instituição: Medicina Social da FMRP-USP Julgamento: Aprovada

Prof. Dr. Nicanor Rodrigues da Silva Pinto

Instituição: Universidade Federal de São Paulo Julgamento: Aprovada

Com amor aos meus pais Arivaldo e Elenir, por me ensinarem o caminho do trabalho, da honestidade e o respeito ao próximo.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Arivaldo e Elenir que, mesmo não tendo tido oportunidade de seguirem em seus estudos, sempre fizeram questão de que os filhos a tivessem.

Ao meu companheiro de todas as horas, Marcos Melo, meu mais sincero agradecimento pela presença diária em minha vida e por podermos compartilhar ainda durante a realização deste estudo, a maior aventura das nossas vidas, que jamais poderíamos imaginar vivendo: Marina, nossa filha!

A Ivonaldo Veloso de Melo, que à sua maneira sempre me incentivou a realizar este trabalho, entendendo minha ausência em diversos momentos, e sempre me recebendo com um sorriso largo no rosto, com interesse pelas minhas aulas, reuniões e meu bem estar. Obrigada por colorir nossas vidas.

A minha colega de trabalho que teve papel fundamental nesse processo, sempre me trazendo à memória meus objetivos e potencial, Renata Junqueira Mostério, obrigada pela presença diária no cotidiano do trabalho, como equipe exercendo nossa função com a mais profunda seriedade e comprometimento com os princípios do SUS, e utilizando nossos conhecimentos com responsabilidade para o bem estar dos usuários e da comunidade.

A Mirela Gomes pelo incentivo inicial e apoio fundamental em todo processo de desenvolvimento desta dissertação. À Marcia Boacim, gestora da OS Santa Catarina por viabilizar a realização deste estudo, apoiando seus colaboradores no crescimento e aprimoramento profissional.

Aos colegas de trabalho por entenderem a importância do aprimoramento profissional e colaborarem para a realização deste estudo.

A toda minha equipe, que acompanhou cada passo desta caminhada, queridos ACS e auxiliares de enfermagem, muito obrigada.

Aos participantes deste estudo que compreendendo a necessidade do aprimoramento de nossas práticas diárias, aceitaram voluntariamente contribuir para que o estudo acontecesse.

A toda comissão do Programa de Pós-Graduação Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde, Mestrado Profissional Faculdade de Odontologia Universidade de São Paulo, por lutarem pela abertura deste programa de mestrado, essencial para o aprimoramento dos profissionais de saúde.

A minha orientadora prof. Marina Peduzzi pela oportunidade de compartilhar seu grande conhecimento, sua paixão pela pesquisa e por não ter medido esforços para me orientar e me fazer enxergar a complexidade das relações do trabalho em equipe, e me manter sempre esperançosa frente aos cenários de mudanças no campo da gestão e das políticas públicas atuais.

“O otimista é um tolo, o pessimista é um chato. Bom mesmo é ser um realista esperançoso”.

Ariano Suassuna

RESUMO

Melo LSS Necessidades de ações de educação permanente para fortalecer e aprimorar o matriciamento em saúde mental na Atenção Primária à Saúde[dissertação]. São Paulo.Universidade de São Paulo,Faculdade de Odontologia, Faculdade de Saúde Pública e Escola de Enfermagem; 2017. Versão Corrigida.

Introdução: Este estudo tem como tema central as necessidades dos profissionais da atenção primária à saúde (APS) e da saúde mental (SM) de ações de educação permanente que possam fortalecer e aprimorar as ações de matriciamento em SM na APS. O matriciamento é um arranjo institucional incorporado pelo Ministério da Saúde como estratégia de gestão para a construção de uma rede ampla de cuidados em SM e mudança da lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica da corresponsabilização.**Objetivos:** Identificar e analisar as necessidades de ações educativas de trabalhadores de saúde para a prática interprofissional colaborativa entre equipes de Saúde da Família e profissionais de matriciamento em SM, e identificar as ações que promovem colaboração entre as equipes de APS e SM.**Metodologia:** Utilizada abordagem qualitativa com estudo de caso como estratégia de investigação, com duas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a equipe do apoio matricial em SM, em duas unidades básicas de saúde no município de São Paulo. Na coleta de dados foram entrevistados 12 profissionais e a análise foi realizada com base na técnica de análise de conteúdo com elucidação das categorias e temas. **Resultados:** Foram construídas cinco categorias: Necessidades de educação permanente em saúde, Matriciamento em Saúde Mental, Práticas colaborativas entre profissionais da APS SM, Estigma e medo no cuidado em Saúde Mental, e Saúde Mental na Atenção Primária, dos quais o último configura o contexto das necessidades educativas para prática colaborativa entre equipes ESF e equipe de matriciamento em SM. As categorias apresentaram reciprocidades entre si que permitiram agrupá-las em três temas sínteses: Necessidades de educação permanente, Matriciamento em SM e Práticas colaborativas. Os temas evidenciaram, por um lado, a necessidade de ações de educação permanente e a potência educativa do matriciamento para o cuidado integral em SM e prática colaborativa entre APS e SM. Por outro lado, mostraram também as tensões que os profissionais e equipes vivenciam frente a barreiras representadas pelo Estigma e medo e também pelo contexto de trabalho com elevada pressão da demanda por atendimento e

crescente cobrança de produção. Conclusão: As necessidades de educações permanente apontadas pelos profissionais revelaram que as ações educativas podem favorecer o atendimento aos usuários com necessidades em SM e a prática colaborativa, ambos, com base no matriciamento entre equipes da APS e SM. Contudo, isso também requer o enfrentamento das barreiras apontadas.

Palavras-chave: Educação Permanente. Atenção Primária à saúde. Saúde Mental. Práticas Colaborativas.

ABSTRACT

Melo LSS The need for permanent education actions to strengthen and improve mentalhealth matrix support in Primary Health Care. [dissertation]. São Paulo. University of São Paulo School of Dentistry, Faculty of Public Health and School of Nursing; 2017. Corrected Version.

Introduction: This study has as a central theme the needs of primary health care (PHC) and mental health (MH) professionals for Permanent Education actions that can strengthen and improve PHC matrix support actions in MH. Matrix support Care is an institutional arrangement incorporated by the Ministry of Health as a management strategy to build a broad network of care in MH and change the logic of indiscriminate referrals to a logic of co-responsibility. **Objectives:** Identify and analyze health workers needs of educational actions to collaborative interprofessional practice between Family Health teams and MH matrix support and identify the actions that promote collaboration between PHC and MH teams. **Methodology:** A qualitative approach was used, whith Case Study as a research strategy, through interviews of two teams from the Family Health Strategy (FHS) and the MH Collaborative Care team in two basic health units in the city of São Paulo. In the data collection, 12 professionals were interviewed and the analysis was performed based on the technique of content analysis with elucidation of categories and themes. **Results:** Five categories were developed: Needs of permanent education in Health, Matrix support in Mental Health, Collaborative practices between PHC and MH professionals and Stigma and fear in Mental Health care and Mental Health in Primary Care. The last configures the context of the educational needs for collaborative practice among FHS teams and collaborative care team in MH. The categories presented reciprocity among themselves that allowed them to be grouped into three synthesis themes: Needs of permanent education, Matrix support in MH and Collaborative practices. The themes showed, on the one hand, the need for permanent education actions and the educational power of the matrix support team for the integral care in MH and collaborative practice between PHC and MH. On the other hand, they also showed the tensions that the professionals and teams experience in front of the barriers represented by the Stigma and fear and also by the context of work with high pressure of the demand for attendance and increasing collection of production. **Conclusion:** The permanent education needs pointed out by the professionals revealed

that the Educational actions can favor the service to the users with needs in MH and the collaborative practice, both, based on the collaborative care between PHC and MH teams. However, this also requires addressing the barriers pointed out.

Keywords: Permanent Education. Primary Health Care. Mental health. Collaborative Practices.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
AMAE	Assistência Médica Ambulatorial de Especialidade
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Assistência Psicossocial
CAPS AD	Centro de Assistência Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS IJ	Centro de Assistência Psicossocial Infante Juvenil
CECCO	Centro de Convivência e Cooperativa
CEO	Centro Especializado Odontologia
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CR DST	Centro de Referência Doenças Sexualmente Transmissíveis
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DAB	Departamento de Atenção Básica
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde Família
NIR	Núcleo Integrado de Reabilitação
NISA	Núcleo Integrado Saúde Auditiva
OS	Organização Social
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
SACA	Supervisão Santo Amaro – Cidade Ademar
SAD	Serviço Assistência Domiciliar
SM	Saúde Mental
SRT	Serviço Residência Terapêutica
SUS	Sistema único de Saúde
SUVIS	Supervisão de Vigilância em Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
URSI	Unidade de Referência a Saúde do Idoso

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	14
2	INTRODUÇÃO	15
2.1	Problema a ser investigado	22
3	REFERENCIAL TEÓRICO	23
3.1	Matriciamento	23
3.2	Prática colaborativa	24
3.3	Educação permanente em saúde	25
4	OBJETIVOS	27
4.1	Objetivo geral	27
4.2	Objetivos específicos	27
5	METODOLOGIA	28
5.1	Local do estudo	28
5.2	Sujeitos da pesquisa	29
5.3	Coleta de dados	29
5.4	Análise dos dados	31
5.5	Aspectos éticos da pesquisa	32
6	RESULTADOS	33
6.1	Necessidades de educação permanente em saúde	35
6.2	Saúde mental na atenção primária	36
6.3	Matriciamento em saúde mental	40
6.4	Práticas colaborativas entre profissionais da atenção primária e saúde mental ...	42
6.5	Estigma e medo no cuidado em saúde mental	44
7	DISCUSSÃO	46
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
	REFERÊNCIAS	55
	ANEXOS	59

1 APRESENTAÇÃO

Meu interesse pelo tema desse estudo começou em 2010 com meu ingresso na unidade de saúde na qual trabalho atualmente, e me deparar uma equipe de apoio matricial em saúde mental, modelo que não conhecia, pois na experiência anterior de trabalho utilizávamos como modelo de atenção à saúde mental, a referência e contra-referência aos serviços secundários de psiquiatria. Surgiram as primeiras dificuldades, como lidar com as ansiedades dos pacientes e seus familiares pelo atendimento ambulatorial, como utilizar o modelo matricial, e ainda, como realizar um atendimento completo que pudesse alcançar as demandas dos pacientes, dos familiares e da equipe?

Na prática diária percebi que as dificuldades encontradas por mim, também eram encontradas por outros profissionais já que a lógica de acompanhamento aos usuários tinha uma nova maneira de acontecer, outra lógica de atendimento, um desafio para as equipes.

Assim surgiu o desejo de além de aprimorar a minha prática profissional, estudar o assunto que é apresentado nesta dissertação.

2 INTRODUÇÃO

Este estudo tem como tema central as necessidades dos profissionais da atenção primária à saúde (APS) e da saúde mental (SM) sobre ações de educação permanente que possam fortalecer e aprimorar o matriciamento em saúde mental na atenção primária à saúde.

Com a proclamação da Constituição, em 1988, cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS) e são estabelecidas as condições institucionais para a implantação de novas políticas de saúde, entre as quais a de saúde mental (Brasil, 1998).

Consoante com diversas experiências de reforma da assistência psiquiátrica no mundo ocidental, e as recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) contidas na Carta de Caracas (1990), o Ministério da Saúde, a partir da década passada, define uma nova política de saúde mental que redireciona paulatinamente os recursos da assistência psiquiátrica para um modelo substitutivo de base comunitária. Incentiva-se a criação de serviços em saúde mental de atenção comunitária, pública, de base territorial, ao mesmo tempo em que se determina a implantação de critérios mínimos de adequação e humanização do parque hospitalar especializado (Brasil, 2005).

O Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado em 1990, baseia-se nos princípios de Integralidade, Equidade e Universalidade, entre outros, e nas ações de promoção da saúde, na prevenção de agravos à saúde, tratando, reabilitando, colaborando na redução das desigualdades e cuidando de cada pessoa segundo suas necessidades, colocando a saúde como um direito assegurado pelo Estado e provendo o acesso às ações e aos serviços independentemente de sexo, cor, raça, renda, ocupação ou outras características pessoais ou sociais (Brasil, 2005).

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários

com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 2012).

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Tem como fundamentos: I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade; II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços; III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e VI - estimular a participação popular e o controle social (Brasil, 2012).

Dados do Ministério da Saúde apontam que 3% da população geral sofrem com transtornos mentais severos e persistentes; mais de 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas; 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual; 2,3% do orçamento anual do SUS é destinado para a Saúde Mental (São Paulo, 2013).

No Brasil o atendimento público em Saúde Mental, que garante o acesso da população aos serviços e o respeito a seus direitos e liberdade é amparada pela lei 10.216/2001, conquista de uma luta social que durou 12 anos, significa a mudança do modelo de tratamento: no lugar do isolamento, o convívio com a família e a comunidade.

A Política Nacional de Saúde Mental tem como objetivos: reduzir de forma pactuada e programada os leitos psiquiátricos de baixa qualidade, qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar formada pelos Centros de Atenção Psicossocial

(CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG), incluir as ações da saúde mental na atenção básica, implementar uma política de atenção integral voltada a usuários de álcool e outras drogas, implantar o programa "De Volta Para Casa", manter um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica, promover direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado, garantir tratamento digno e de qualidade ao louco infrator (superar o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário), avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares NASH/ Psiquiatria (São Paulo, 2013).

É nessa linha de entendimento que a atual política de saúde mental no Brasil, conformada aos pressupostos da reforma psiquiátrica, recomenda a progressiva substituição dos hospitais psiquiátricos. Tal substituição se dará por uma rede de serviços de atenção em saúde mental composta por centros de atenção psicossocial (CAPS); ambulatórios de saúde mental; residências terapêuticas; centros de convivência e cultura; atendimento em saúde mental na rede básica de saúde por meio do matriciamento. A atenção em saúde mental pode mesmo ser desenvolvida, como proposto pelo Ministério da Saúde, dentro de uma rede articulada de cuidados, que conta com matriciamento em saúde mental na atenção primária (Bezerra; Dimenstein, 2008).

Define-se Matriciamento como “momentos relacionais onde se estabelece troca de saberes entre os profissionais, de diferentes serviços de atenção envolvidos no cuidado dos usuários, objetivando garantir que as equipes das unidades básicas de saúde e unidades referenciadas vinculem-se aos pacientes e responsabilizem-se pelas ações desencadeadas no processo de assistência, garantindo também a integralidade da atenção em todo o sistema de saúde (Figueiredo, 2006).

O matriciamento é um arranjo institucional recentemente incorporado pelo Ministério da Saúde como estratégia de gestão para a construção de uma rede ampla de cuidados em saúde mental, desviando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica da corresponsabilização. Ademais, visa produzir maior resolubilidade à assistência em saúde mental na atenção primária. Nessa perspectiva, algumas características foram atribuídas à prática da saúde mental na atenção primária, entre elas: assegurar o bem-estar da comunidade e do indivíduo; privilegiar as ações preventivas, individuais e coletivas; alocar os programas de saúde mental em diferentes

serviços de atenção primária, formando uma rede de suporte e cuidados; e, por fim, utilizar novas estratégias de abordagem em saúde (Brasil, 2003).

Uma observação importante é a que altera a tradicional noção de referência e contra-referência vigente nos sistemas de saúde: quando um paciente utiliza de serviço matricial, ele nunca deixa de ser cliente da equipe de referência. Neste sentido, não há encaminhamento, mas desenho de projetos terapêuticos que não são executados apenas pela equipe de referência, mas por um conjunto mais amplo de trabalhadores. De qualquer forma, a responsabilidade principal pela condução do caso continua com a equipe de referência (Campos, 1999).

No município de São Paulo a cobertura populacional da ESF é de aproximadamente 40% da população, sendo que a outra parcela da população é assistida pelas Unidades Básicas de Saúde tradicionais, sem Saúde da Família, nas ações programáticas. A ESF prevê o atendimento por generalista para os casos de sofrimento mental de menor complexidade no manejo medicamentoso, com a participação da equipe de saúde da família na elaboração e acompanhamento de projeto terapêutico que contemple as necessidades do indivíduo e/ou família de forma integral, atuando como facilitador de sua participação em atividades comunitárias intersetoriais, com enfoque especial na não medicalização do sofrimento mental decorrente das situações rotineiras de vida. As equipes da ESF contam com o apoio de equipes de NASF, tanto para o matriciamento de casos em que a equipe esteja encontrando maior dificuldade para o manejo e elaboração de PTS, como para realizar atendimento compartilhado. O matriciamento tem se mostrado um recurso estratégico na qualificação do cuidado, desempenhando papel importante na diminuição do estigma e preconceito para com os pacientes psiquiátricos (São Paulo, 2013).

Diante da necessidade de mudança do modo tradicional de referência-contrareferência, os profissionais da atenção básica vivenciam a realidade do matriciamento, muitas vezes sem o preparo necessário para articularem seus conhecimentos no atendimento deste perfil de paciente de saúde mental, já que como vimos anteriormente este acompanhamento muitas vezes era delegado só ao especialista, sem que as unidades/equipes tivessem conhecimento de suas necessidades saúde e sem a preocupação de estabelecer um atendimento voltado para as suas necessidades como pessoa integrante de uma família/comunidade.

Dessa forma, a equipe de saúde da família, deve identificar as necessidades de saúde de indivíduos e famílias sob sua responsabilidade e acionar trabalhadores da

saúde mental para o matriciamento, e continuar responsável pela longitudinalidade da atenção à saúde. Portanto, embora não seja uma equipe com formação especializada para o cuidado aos agravos relacionados à psiquiatria ou à saúde mental, serão esses trabalhadores que farão o cuidado e o seguimento aos indivíduos de acordo com sua complexidade.

Partindo da minha experiência como trabalhadora de uma equipe de ESF e de resultados de pesquisa sobre às necessidades relacionadas a cuidados a sujeitos com transtorno mentais, é possível afirmar que há uma inquietação de trabalhadores da ESF, quando se trata desse tipo de atendimento (Santos et. al., 2007).

A partir da revisão de literatura foi possível identificar que o apoio matricial é uma ferramenta importante no cuidado em saúde mental nas ações da atenção básica, e apresenta um forte potencial em reorganizar os fluxos da rede de atenção em saúde mental, e tem como característica o potencial de educação permanente. Contudo os estudos mostram dificuldades (Dimenstein, et al., 2009), que vão desde o desconhecimento por parte dos profissionais sobre a proposta do matriciamento, ao estigma do cuidado do usuário com sofrimento psíquico (Amarante et al., 2011). Estudos mostram que este tipo de adoecimento deve ser cuidado em níveis de atenção secundários, sugerindo a lógica de fragmentação do cuidado, a forte influência do modelo biomédico de saúde, que reforça a necessidade de serviços especializados para a resolução dos casos (Azevedo et al., 2013; Barban; Oliveira, 2007).

Cavalcante et al, (2011), relata em seu artigo que na unidade pesquisada o modelo mais utilizado ainda é o de referência e encaminhamentos ao CAPS, se necessário, e que essa foi a prática mais utilizada como forma de cuidado em saúde mental.

Amarante et al. (2011), relatam em seu artigo o desconhecimento das políticas públicas da atenção básica no que se refere à atenção à saúde mental, por parte dos enfermeiros entrevistados, não reconhecendo a lógica do território.

O estudo de Souza et al. (2011), demonstrou no discurso dos entrevistados a percepção que esses profissionais apresentam sobre o matriciamento e o cuidado em saúde mental, o fato de que o apoio matricial é interpretado como um trabalho a mais, cujo efeito é produzir sobrecarga de trabalho. Nota-se também nas falas dos entrevistados que existem diferentes objetivos entre as equipes de saúde mental e de atenção básica e muitos conflitos surgem destas diferenças de objetivo, tais como, cada

uma das equipes tentando "passar" os casos, e revelando a falta de corresponsabilização de ambas equipes.

Bezerra e Dimenstein (2008, p. 637), também apresentam como resultado de seu estudo, que os profissionais ainda tem dificuldade em entender o apoio matricial e sua potência na APS.

Gazinato e Silva(2014), Paula(2011), discutem em seus artigos as dificuldades percebidas pelos profissionais quanto a fragilidade da rede de atenção à saúde, uma vez que apresentam limitações no suporte a outros setores da sociedade, isso em contraponto ao texto da política do matriciamento em saúde mental, que teria como um dos pontos principais favorecer a articulação intersetorial e interdisciplinar.

O potencial do apoio matricial como ferramenta a ser utilizada na atenção primária e a necessidade de capacitação em saúde mental na atenção básica, visando aprimorar a atuação das equipes é discutida nos artigos de Campos (2007), Dimenstein et al (2009), Amarante et al., (2011), Morais (2011), Cossetin e Olschowsky (2011), Barreto (2011), Sousa (2011), Jorge et al. (2013), Quindere et al. (2013), apontando que as ações de capacitação das equipes de atenção básica e de saúde mental apresentam-se como um dos aspectos mais relevantes para o fortalecimento do apoio matricial.

A literatura internacional mostra que a integração apoio matricial e atenção primária e saúde mental também enfrenta dificuldades nas práticas diárias. É discutido sobre o número inadequado de profissionais da atenção primária à saúde e a sua ausência nas reuniões de gerenciamento de casos, pré-estabelecidas, apontando fortemente que o tipo de prática colaborativa mais utilizada é a comunicação informal entre as equipes de atenção primária e saúde mental. A literatura ainda assinala dificuldades porque os médicos (do contexto estudado) preferem ou tratar sozinhos dos casos que julgam capazes ou apenas referenciar aos serviços de saúde mental, e quando necessitam de auxílio preferem conversas por email ou telefone, o que acaba prejudicando o potencial de educação permanente do matriciamento em saúde mental e da prática colaborativa (Fickel et al., 2007).

A colaboração interprofissional é o processo de desenvolvimento e manutenção de relações e comunicação entre os usuários, famílias e comunidades que permitam alcançar melhores resultados em saúde. Os elementos de colaboração são: respeito, confiança, tomada de decisão compartilhada e parceria. São definidos seis domínios de competências para a prática colaborativa que incluem, conhecimentos, habilidades, atitudes e valores essenciais para a cooperação interprofissional: comunicação

interprofissional, atendimento centrado no paciente/família/comunidade, clarificação dos papéis, funcionamento da equipe, liderança colaborativa e gerenciamento de conflitos (CIHC, 2010).

Segundo D'Amour e Oandasan (2005), a prática interprofissional é uma resposta para as práticas de saúde fragmentadas, sendo desenvolvida através da prática coesa entre profissionais de diferentes disciplinas com foco nas necessidades do usuário, da família e da comunidade. Ela requer uma mudança de paradigma em termos de valores, códigos de conduta e processos de trabalho. O desenvolvimento da interprofissionalidade não se dá espontaneamente, necessitando de uma série de fatores que possam dar suporte à prática interprofissional no cotidiano dos serviços, como, por exemplo, a interação entre gestores e profissionais.

Assim como no Brasil, os artigos demonstram as dificuldades em sedimentar a proposta e prática de que preferencialmente o usuário tem maior benefício se for tratado, acompanhado pelas equipes do território em detrimento de encaminhamentos-refenciamentos aos serviços especializados, visto que além de enfrentarem as barreiras físicas (distância, tempo gasto, etc), ainda precisam enfrentar o estigma do sofrimento psíquico de que seu médico de família "não pode" resolver (Gerdes et al., 2001). No caso norte-americano ainda enfrentam as barreiras dos seguros de saúde e das equipes de cooperativas de atendimento que possuem alta rotatividade e pouco comprometimento no cuidado de usuários de atenção em saúde mental (Gerdes, et al., 2001; Feierabend; Bartee, 2004; Fickelet al., 2007).

Pouco se fala das impressões dos usuários dos serviços da atenção básica em relação ao atendimento em saúde mental, isso é percebido em toda literatura encontrada.

A literatura mostra que as experiências melhor sucedidas de apoio matricial iniciaram suas atividades com reuniões entre as equipes, com capacitações aos profissionais que seriam matriciados, rodas de conversa e empatia dos matriciadores em capacitar os profissionais da atenção básica para o novo modelo de atenção. Os profissionais da atenção básica relatam a utilidade deste momento já que apresentam pouca ou nenhuma formação no tema atenção à saúde mental (Barban; Oliveira, 2007; Carneiro et al., 2009; Dimentein et al., 2009; Novaes et al., 2012).

No Brasil, o Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), define que o conceito de Educação Permanente é a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade

de transformar as práticas profissionais, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações (Brasil, 2006).

Davini, ainda no documento da PNEPS, trata que a capacitação é uma das estratégias mais usadas para enfrentar os problemas de desenvolvimento dos serviços de saúde, e grande parte dos esforços para alcançar aprendizagem ocorre por meio da capacitação, isto é, ações intencionais e planejadas que têm como missão fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas que a dinâmica das organizações não oferece por outros meios (Brasil, 2006).

O enfoque da Educação Permanente representa uma mudança na concepção e práticas de capacitação dos trabalhadores de saúde: incorporando a educação e aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas laborais, no contexto real em que ocorrem; modificando as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer; abordando os profissionais como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores; buscando superar fragmentação disciplinar.

Assim percebe-se que ações de capacitação dos profissionais são fundamentais para o desenvolvimento adequado do potencial do apoio matricial em saúde mental. Entretanto a literatura consultada não deixa claro quais as necessidades de capacitação os profissionais de atenção básica e da saúde mental, consideram importantes para sua prática diária e para isso é fundamental que ocorram ações educativas eficazes. Este estudo se propôs a identificar e analisar as necessidades de ações de educação permanente que os profissionais consideram importante para melhorarem sua prática de atenção aos usuários de saúde mental na atenção primária à saúde.

2.1 Problema a ser investigado

A partir da revisão de literatura foi possível notar que ações de educação permanente são de fundamental importância para o aprimoramento do matriciamento em saúde mental, entretanto, não é discutido na literatura encontrada, quais seriam essas necessidades, e o que consideram importante, tanto por parte dos profissionais da atenção primária, quanto dos profissionais da saúde mental. Assim, a pergunta de pesquisa é: *quais são as necessidades educativas dos trabalhadores de saúde para prática interprofissional colaborativa entre equipe de saúde da família e profissionais do matriciamento em saúde mental?*

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Matriciamento

O Apoio Matricial é uma ferramenta estratégica da Política de Saúde Mental para garantir o princípio da integralidade das ações em saúde. Ele se dá a partir da oferta de saberes fazeres técnicos especializados às equipes da Atenção Básica, a fim de que possam incluir as demandas de saúde mental em suas ações. Cotidianamente estas equipes se deparam com diversas formas de sofrimento psíquico, porém, avaliando-se incapazes para acolhê-las, apresentam dificuldades para incluí-las em seus escopos de intervenção (Sousa, 2014).

Tradicionalmente, os sistemas de saúde se organizam de uma forma vertical (hierárquica), com uma diferença de autoridade entre quem encaminha um caso e quem o recebe, havendo uma transferência de responsabilidade ao encaminhar. A comunicação entre os dois ou mais níveis hierárquicos ocorre, muitas vezes, de forma precária e irregular, geralmente por meio de informes escritos, como pedidos de parecer e formulários de contrarreferência que não oferecem uma boa resolubilidade. A nova proposta integradora visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos e centros de regulação. Os efeitos burocráticos e pouco dinâmicos dessa lógica tradicional podem vir a ser atenuados por ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais.

Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. No processo de integração da saúde mental à atenção primária na realidade brasileira, esse novo modelo tem sido o norteador das experiências implementadas em diversos municípios, ao longo dos últimos anos. Esse apoio matricial, formulado por Campos (1999), tem estruturado em nosso país um tipo de cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária.

Segundo Campos e Domitti (2007, p. 400), a relação entre as duas equipes constitui um novo arranjo do sistema de saúde: apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. O apoio matricial é

distinto do atendimento realizado por um especialista dentro de uma unidade de atenção primária tradicional e pode ser entendido como “um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar em saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações” (Brasil, 2011).

O matriciamento deve proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população. Assim, também se diferencia da supervisão, pois o matriciador pode participar ativamente do projeto terapêutico. O matriciamento constitui-se numa ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade dessas equipes e comunidades (Brasil, 2011).

No processo de construção coletiva do projeto terapêutico entre as duas equipes – a de referência e a de apoio matricial –, profissionais de diversas especialidades compartilham o seu saber ao se depararem com a realidade exposta. Dessa forma, existe o campo comum a todos e o núcleo específico de cada especialidade ou profissão, como explica Campos (2000): O núcleo demarcaria uma área de saber e de prática profissional e o campo um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina ou profissão buscaria em outras o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. (Brasil, 2011).

O matriciamento pressupõe quatro aspectos básicos. O primeiro é um trabalho em equipe e a noção de referência. O segundo é o compromisso de desmedicalizar a vida, isto é, a dor não se resolve com Voltarem, a tristeza e o cansaço não se resolvem com fluoxetina, ou ainda, traquinagem com ritalina. O terceiro é a promoção de conhecimento e o quarto é o empoderamento das pessoas, considerando os sujeitos nos seus contextos, na sua família e na sua comunidade (Brasil, 2011).

3.2 Prática colaborativa

A prática colaborativa acontece quando vários profissionais de saúde com diferentes experiências profissionais trabalham com pacientes, famílias, cuidadores e comunidades para prestar assistência da mais alta qualidade. Ela permite que os

profissionais de saúde integrem qualquer indivíduo cujas habilidades possam auxiliar na conquista dos objetivos de saúde locais (IECP, 2010).

A colaboração é essencialmente um processo interpessoal que requer a presença de uma série de elementos nas relações entre os profissionais em equipe. Estes incluem a vontade de colaborar, a confiança mútua, o respeito mútuo e comunicação. No entanto, mesmo que as condições acima possam ser necessárias, elas não são suficientes, porque em sistemas complexos de saúde os profissionais não podem, por si só, criar todas as condições necessárias para o êxito. Os determinantes organizacionais desempenham um papel crucial, especialmente em termos de capacidades de gestão de recursos humanos e de liderança. A colaboração em equipes de saúde é o processo pelo qual profissionais interdependentes estão estruturando uma ação coletiva para as necessidades de cuidados dos pacientes. Esse processo de colaboração é construído numa base voluntária e necessariamente implica negociação. Ele exige que as partes renunciem a uma abordagem concorrencial e adotem uma prática de colaboração entre profissionais e entre instituições de saúde. Implementar esse tipo de mudança não é uma questão simples (D'Amour et al., 2005). De fato, o desenvolvimento da prática de colaboração entre um grupo de diferentes profissionais de saúde ainda representa um desafio considerável para os responsáveis por decisões políticas, bem como para os gestores das organizações (Rodriguez et al., 2005).

A colaboração expressa a idéia de partilha e parceria, e implica uma ação coletiva orientada para um objetivo comum, num espírito de harmonia e confiança, particularmente no contexto dos profissionais da saúde (D'Amour et al., 2005).

3.3 Educação Permanente em Saúde

De acordo com a portaria nº 278 de fevereiro de 2014, a Educação Permanente em Saúde (EPS) é a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde; sendo a aprendizagem significativa o processo de aprendizagem que propicia a construção de conhecimentos a partir dos saberes prévios dos sujeitos articulados aos problemas vivenciados no trabalho (Brasil, 2014).

A proposta da EPS é apoiada pela hipótese central da educação de adultos que consiste em trazer a educação para a vida cotidiana, no contexto de trabalho, explorar o potencial educativo de uma situação vivenciada, a fim de aumentar ou melhorar as habilidades dos profissionais ou para alterar o seu comportamento (Davini, 1994).

Aproximar a educação da vida cotidiana é fruto do reconhecimento do potencial educativo da situação de trabalho. Em outros termos, que no trabalho também se aprende. Esta concepção de educação prevê transformar as situações diárias em aprendizagem, analisando reflexivamente os problemas da prática e valorizando o próprio processo de trabalho no seu contexto intrínseco. Esta perspectiva, centrada no processo de trabalho, não se limita a determinadas categorias profissionais, mas a toda a equipe, incluindo médicos, enfermeiros, pessoal administrativo, professores, trabalhadores sociais e todas as variantes de atores que formam o grupo.

Nem toda ação de capacitação implica um processo de educação permanente. Embora toda capacitação vise à melhoria do desempenho do pessoal, nem todas as ações representam parte substantiva de uma estratégia de mudança institucional, orientação essencial nos processos de educação permanente; a educação permanente, como estratégia sistemática e global, pode abranger em seu processo diversas ações específicas de capacitação e não o inverso. No âmbito de uma estratégia sustentável maior, ações podem ter um começo e um fim e serem dirigidas a grupos específicos de trabalhadores, desde que estejam articuladas à estratégia geral de mudança institucional; finalmente, todo processo de educação permanente requer elaboração, desenho e execução a partir de uma análise estratégica e da cultura institucional dos serviços de saúde em que se insere. Novos programas de capacitação significaram um importante avanço em seus enfoques e experiências, considerando estas questões. A maioria, entretanto, mantém um atraso significativo nos estilos e práticas de capacitação, repetindo sempre a mesma fórmula (Brasil, 2006).

Freire (2005) define a educação como um processo de mediação emancipatória que possibilita a criticidade ou a formação do pensamento crítico reflexivo, construído, problematizado e não apenas aplicado e consumido, tal como na “educação bancária”, que apenas transmite conhecimento sem questionamentos. A postura crítico-reflexiva possibilita a busca em profundidade da análise dos problemas.

Assim a educação constitui um processo de construção coletiva do saber entre os trabalhadores a partir da realidade de trabalho.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Conhecer as necessidades educativas de trabalhadores de saúde para a prática interprofissional colaborativa entre equipes de Saúde da Família e profissionais de matriciamento em Saúde Mental.

4.2 Objetivos específicos

- Identificar e analisar ações que promovam colaboração entre trabalhadores das equipes de Saúde da Família e de matriciamento em Saúde Mental.
- Identificar e analisar necessidades de ações educativas de trabalhadores de saúde para a prática interprofissional colaborativa entre profissionais das equipes de Saúde da Família e de matriciamento em Saúde Mental.

5 METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi a abordagem qualitativa que segundo Minayo (2008, p. 57) “o método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”. A técnica utilizada foi o estudo de caso, que segundo Yin (2010), define-se como uma investigação empírica, que estuda um fenômeno em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes. A técnica de estudo de caso compreende um método abrangente - cobrindo a lógica do projeto, as técnicas de coleta de dados e as abordagens específicas à análise de dados.

5.1 Local do Estudo

A região do estudo escolhida foi pelo conhecimento do pesquisador sobre a região, sendo seu local de trabalho desde 2010.

A Cidade Ademar é um distrito localizado na zona sul do município de São Paulo. A região se originou como bairro-dormitório, com o crescimento populacional decorrente da explosão industrial da década de 1960. O distrito pertence à região administrativa de Santo Amaro/Cidade Ademar e a região administrativa responde pelo território de Pedreira/Cidade Ademar. Este distrito tem como equipamentos de saúde: 21UBS (Unidade básica de saúde, sendo 16 ESF - Estratégia Saúde da Família) cinco UBS Integral, dois CapsII Adulto (Centro de Assistência Psicossocial), um Caps II Infantil, dois AMA E (Assistência Médica Ambulatorial Especialidade), um AMA 12h e um AMA 24h (Assistência Médica ambulatorial) um CEO Centro de Especialidades Odontológicas), um CER (Centro Especializado em Reabilitação), um CECCO (Centro de Convivência e Cooperativa) um CEO (Centro de Especialidade odontológica) um CR DST (Centro de Referência Doenças Sexualmente Transmissíveis) um CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento) um Hora Certa - Hospital Dia, um SAD (Serviço de

Assistência Domiciliar) uma SUVIS (Supervisão de Vigilância em Saúde) uma URSI - Unidade de referência à Saúde do Idoso (São Paulo, 2016).

A pesquisa foi realizada em duas unidades de ESF e saúde mental, que utilizam a ferramenta do matriciamento para as ações de saúde mental do território, buscando experiências diferentes. O critério de seleção das unidades foi a indicação pelo responsável (interlocutor) da saúde mental da OS-ACSC (Organização Social Congregação Santa Catarina).

O critério de seleção das equipes foi a indicação dos gerentes das duas unidades selecionadas, considerando as equipes de saúde da família que tivessem reuniões conjuntas, consultas e visitas compartilhadas com a equipe de matriciamento em saúde mental, e que estivessem trabalhando na mesma equipe por mais de 6 meses.

Foi solicitado que a enfermeira da equipe indicasse os auxiliares e agentes comunitários de saúde que participassem das atividades de trabalho com as equipes de matriciamento.

Por se tratar de pesquisa qualitativa interessa estudar realidades locais, UBS e equipes, que tenham experiências exitosas de articulação e entrosamento entre equipes de saúde da família e equipes de saúde mental.

5.2 Sujeitos de pesquisa

Foram entrevistados 12 profissionais entre trabalhadores das equipes de saúde da família e de matriciamento em saúde mental, das seis categorias profissionais: médico de equipe, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, médico psiquiatra e psicólogo. Os profissionais de saúde mental selecionados foram os que matriciavam as duas equipes de saúde da família estudadas.

5.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas, gravadas, transcritas e posteriormente feita a conferência de fidedignidade de todas as

entrevistadas pela pesquisadora. Foi utilizado um roteiro de entrevista (anexo A). Sendo que todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora no local e horário indicado pelo entrevistado, conforme sua disponibilidade.

A opção pela entrevista como técnica de coleta de dados deve-se a sua característica de permitir uma conversa entre entrevistador e entrevistado destinada a construir informações pertinentes para investigação do objeto de pesquisa. As informações obtidas por meio de entrevista expressam a reflexão do participante sobre a realidade que vivencia ao que os cientistas sociais costumam denominar "subjetivos" e só podem ser conseguidos com a contribuição da pessoa.

A entrevista semi-estruturada combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema sem se prender à indagação formulada (Minayo, 2008).

Durante a coleta de dados houve a alteração do contrato de gestão entre a OS Santa Catarina e a prefeitura do município de São Paulo (setembro 2015), e com isso o modelo das equipes de matriciamento foi alterado. Inicialmente as equipes de saúde mental (psiquiatra e psicólogo) que faziam matriciamento nas unidades eram compostas por profissionais vinculados ao CAPS, que tinham suas agendas organizadas para o matriciamento em saúde mental na atenção primária por 8 h semanais. Após a alteração do contrato de gestão foi definida uma equipe de NASF de saúde mental sem vinculação direta com o CAPS que passou a atender às equipes de saúde da família. A nova equipe NASF passou a ser composta por: psicólogo, fonoaudiólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional e psiquiatra, e ser referência para três UBS, onde dois profissionais da equipe NASF passaram a participar com regularidade semanal nas unidades e um psiquiatra passou a ir às unidades uma vez ao mês por cinco horas. Com isso houve mudança na carga horária dos psiquiatras das equipes de SM que haviam sido escolhidos para participar do estudo e todos os profissionais da SM passaram a atender diferentes equipes de APS. Optamos por dar continuidade às entrevistas após essas alterações sem mudanças no roteiro e nos critérios de seleção dos entrevistados, porque as alterações referidas estavam em curso, não estavam consolidadas na prática das UBS, e consideramos que a experiência das equipes/profissionais em relação ao matriciamento em SM se mantinham como estavam no contexto do contrato de gestão anterior.

5.4 Análise dos dados

A análise dos dados foi feita pela técnica de análise de conteúdo que para Minayo (2008), diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos.

A análise de conteúdo aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (Bardin, 1977 p. 38).

A análise de conteúdo visa ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica ante a comunicação de documentos, textos literários, entrevistas ou resultados de observação (Minayo, 2008).

Na análise temática, o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. Consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido (Bardin, 1977).

As diferentes fases de análise de conteúdo organizam-se em três pólos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material, e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A pré-análise possui três missões: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamenta a interpretação final (Bardin, 1977).

A exploração do material consiste essencialmente de operações de codificação, ou classificação que permite a construção de categorias com base no referencial teórico adotado e a identificação de convergências e divergências no material codificado. As categorias por sua vez são agrupadas em temas, utilizando o mesmo processo descrito acima.

O tratamento dos resultados é a codificação, que corresponde a uma transformação, efetuada segundo regras precisas dos dados brutos do texto, que permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, suscetível de esclarecer o analista acerca das características do texto. Esta etapa compreende três escolhas: recorte (escolha das unidades), enumeração (escolha de regras de contagem) e classificação e agregação (escolhas das categorias) (Bardin, 1977).

As entrevistas primeiramente foram analisadas individualizadas, seguidas da análise do conjunto das entrevistas dos profissionais de APS e depois SM. Após foram analisadas conjuntamente com finalidade de identificar divergências e convergências entre as equipes, porém não foram observadas diferenças entre os grupos.

Os entrevistados foram identificados por numeração sequencial, não sendo identificados por categoria profissional ou equipe, para assegurar a não identificação e sigilo dos entrevistados.

5.5 Aspectos éticos da pesquisa

Os profissionais foram contatados e informados dos procedimentos éticos do estudo e ao aceitem participar, receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinatura, permanecendo com uma via do mesmo (Anexo B).

Foi garantido o sigilo das informações dos participantes da pesquisa, assim como também daqueles que optaram voluntariamente em não participar, sem qualquer identificação das unidades e profissionais selecionados.

Aos gerentes dos serviços de saúde foi entregue uma carta solicitando autorização dos mesmos para a realização da pesquisa em suas unidades (Anexo C).

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP, assim como o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo (SMS), onde a pesquisa foi realizada (Anexo D).

6 RESULTADOS

Foram entrevistados 12 profissionais de ambas as equipes, ou seja, das equipes selecionadas da atenção primária (Saúde da Família): um auxiliar de enfermagem, dois enfermeiros, dois agentes comunitários de saúde (ACS), três médicos de família, e das equipes de Saúde Mental (matriciamento): dois psicólogos e dois psiquiatras. As duas unidades pesquisadas apresentavam processo de trabalho semelhante em relação ao matriciamento em saúde mental, ambas recebiam as equipes de matriciamento semanalmente nas unidades e faziam reuniões regulares conjuntamente com outras equipes de saúde da família (da mesma unidade) durante duas horas, as demais horas eram utilizadas de acordo com a organização das agendas para o atendimento compartilhado e visitas domiciliares conforme necessidade dos casos. Nas duas unidades os ACS participavam das reuniões de matriciamento, em nenhuma das unidades os auxiliares de enfermagem participavam das reuniões regulares de matriciamento.

Em uma das equipes escolhida não houve indicação de auxiliar de enfermagem para a participação da pesquisa por parte do gestor local com argumento de que os auxiliares não participam dos momentos de matriciamento em saúde mental. Em relação aos agentes comunitários ambas unidades indicaram apenas um ACS cada como participativos do matriciamento em saúde mental. Todos os profissionais das equipes de saúde da família e de saúde mental estavam trabalhando na mesma equipe há pelo menos um ano. Entre os entrevistados sete eram do sexo feminino e cinco do sexo masculino. A média do tempo de formação foi de 6,33 anos, sendo o tempo mínimo foi de dois anos e o máximo 16 anos. O tempo médio de trabalho na unidade de estudo foi de 5,08 anos, sendo o tempo mínimo de um ano e máximo de 14 anos (quadro 6.1). O tempo médio de tempo de trabalho na equipe estudada foi de 4,33 anos, sendo o tempo mínimo de um ano e máximo de 13 anos. Os maiores tempos de formação e de trabalho tanto na unidade quanto na equipe de estudo foram entre os profissionais da APS, conforme quadro abaixo:

Quadro 6.1 - Caracterização dos sujeitos do estudo

Categoria Profissional	Idade (anos)	Escolaridade	Especialização	Anos de formação	Anos na unidade de trabalho	Anos na equipe
ACS 1	52	Superior	não se aplica	3	8	3
ACS 2	39	Médio	não se aplica		9	9
Auxiliar de Enfermagem	38	Técnico em enfermagem	não se aplica	4	2	2
Enfermeiro 1	27	Mestrado	não	4	1	1
Enfermeiro 2	48	Superior	não	16	5	5
Médico 1	28	Superior	não	2	2	2
Médico 2	35	Superior	não	11	10	7
Médico 3	36	Superior	acupuntura	15	14	13
Psicólogo 1	28	Superior	sim	5	2	2
Psicólogo 2	27	Superior	sim	5	1	1
Psiquiatra 1	34	Superior	Residência em Psiquiatria	10	5	5
Psiquiatra 2	41	Superior	Psiquiatria e MBA Gestão	16	2	2

Fonte: o autor

Uma das questões dirigidas aos participantes do estudo foi referente à formação em saúde mental para a atenção primária, ou se haviam recebido algum curso, capacitação sobre o tema no ambiente de trabalho ou fora dele. Do total de entrevistados apenas dois participaram de um curso com encontros semanais, porém não souberam dizer a duração do curso com precisão, o curso teve como tema específico álcool e drogas, oferecido pela prefeitura através da escola municipal de saúde no ano de 2013.

Entre os profissionais da atenção primária (médico/enfermeiro), nenhum teve formação durante a graduação voltada para saúde mental na atenção primária, embora relatem que tiveram uma disciplina de psiquiatria ou enfermagem psiquiátrica ambas voltadas para área hospitalar, aspectos medicamentosos e para os distúrbios graves. Nenhum relatou ter frequentado serviços de saúde mental que não fossem hospitalares.

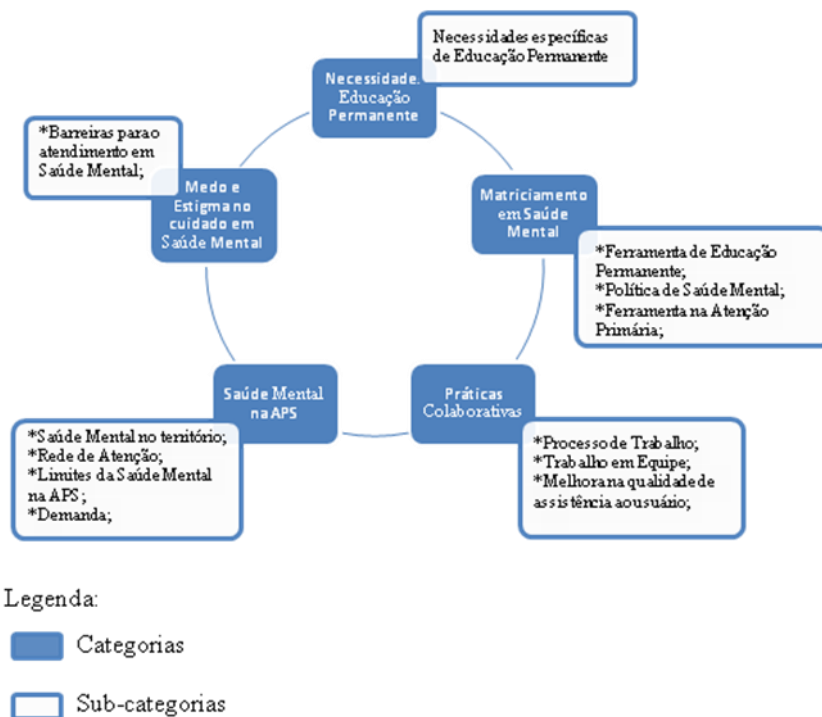
Os psiquiatras relataram que a maior parte da carga horária da residência se deu em ambiente hospitalar, e também não tiveram conhecimento sobre apoio matricial e saúde mental para atenção primária.

Quando questionados sobre capacitação proporcionada como profissional da unidade/equipe pesquisada, dois médicos disseram ter participado de algumas discussões sobre matriciamento em saúde mental realizados pela organização social no início da estratégia de matriciamento nas unidades. Os enfermeiros entrevistados disseram que não haviam participado de nenhuma capacitação.

Entre as psicólogas apenas uma relatou ter participado de reuniões com assessoria técnica para discutir problemas enfrentados pelas equipes de matriciamento nas unidades de saúde da família em duas ou três ocasiões apenas.

Após a análise das entrevistas e elucidação das categorias e temas, os resultados são apresentados segundo as cinco categorias identificadas: Necessidades de Educação Permanente em Saúde, Saúde Mental na Atenção Primária, Matriciamento em Saúde Mental, Práticas Colaborativas entre profissionais da Atenção Primária e Saúde Mental e Medo e Estigma no cuidado em Saúde Mental. A figura 6.1 apresenta as categorias e subcategorias.

Figura 6.1 - Categorias e subcategorias



Fonte: o autor

6.1 Necessidades de educação permanente em saúde

Tanto os profissionais de APS como os profissionais de saúde mental relatam que necessitam de ações de educação permanente para desenvolverem as práticas do cotidiano no atendimento em saúde mental na atenção primária. Percebe-se a utilização

dos termos: capacitação, curso, educação continuada, treinamento, porém a análise dos discursos nos permite afirmar que se referem à ações de educação permanente, embora não explicitados desta forma. Nos trechos a seguir podemos observar a necessidade de ações de educação permanente específicas que os profissionais consideram que os ajudaria a melhorarem a qualidade de seus atendimentos.

(...) "Olha, eu acho que um atendimento, um curso com, não sei, com o próprio psicólogo ou psiquiatra direcionado realmente pra, não digo, não vou nem focar uma doença de saúde mental, mas que seja todas, até pra gente saber como conversar com esse paciente, em que momento que a gente acha que ele realmente está em crise e em que momento que dá pra segurar um pouco mais esse caso, que de repente a gente até acha que o caso é agravante, que já tem que correr com o paciente, mas às vezes não, às vezes com o olhar desse profissional dá pra segurar mais um pouquinho, fica tranquila, né, então vamos tentar resolver com calma" E5

(...) "Mas acho que talvez se tivesse mais disponível alguns cursos, algumas coisas de manejo, um pouco mais de conhecimento, de depressão, eram perguntas básicas, assim, como trata depressão? Por quê aparece mais em mulheres? O que é isso e aquilo? Muita coisa infantil que era, né..... essa disponibilidade para conhecer a rede constantemente, eu acho que alguns manejos, mesmo..." É, sim. Mas isso tinha que ser bem constante, eu acho. Talvez semestral, pelo menos. E essa pessoa que vai fazer, também, o matriciamento social... uma pessoa bem 'dê a vara, mas ensine a pescar mesmo, não dê o peixe'. É essa sensação, você está ali apagando fogo" E9

" não dá para escapar dos grandes temas, a dependência química, da psicológica na gestação, do pós-parto, né, da psiquiatria infantil, do desenvolvimento neuropsicomotor, da infância, esses temas precisam ser partidos sempre, precisam ser olhados sempre. Não só em termos de conduta, mas em termos de ensinar, não ensinar, seria muito pretensioso, de ensinar o médico a observar..... Psiquiatria, e eu acho isso bonito, é observar, é ver. (...)" E12

Os profissionais de saúde mental também relatam a necessidade de ações de educação permanente para lidar com a realidade do processo de trabalho na APS, visto que a rotina de trabalho em saúde mental é diferente da APS, como no relato a seguir:

"Quando você se aproxima da atenção básica é um trabalho muito diferente. E é para você conseguir falar com a linguagem que você está acostumada na saúde mental, com pessoas que te entendem, só de você falar "o paciente está assim" a pessoa já vai te entender. Quando você chega lá na unidade, não é bem por aí. As pessoas não estão tão acostumadas com isso e aí você precisa sozinho, enfim, descobrir como você vai acessar aquele profissional para que ele possa entender ou como que você vai entender também o que ele está falando. Porque muitas vezes existe o contrário também, vários médicos chegavam falando "o paciente com x sei lá o que" e eu falava "o que é isso? Então, eu acho que poderia ter algo para se pensar nisso, para facilitar um pouco. As rotinas são muito diferentes também, a rotina de uma unidade é muito diferente de uma rotina de saúde mental. As consultas

são diferentes, a postura é diferente, então, tanto para os dois lados acho que é importante pensar nisso também, que se tivesse, enfim, algum instrumento, algum curso, alguma coisa que pudesse ajudar seria bacana. E nas intervenções possíveis, porque as vezes a gente não consegue sair muito do escopo, assim, consulta, visita, grupo, a gente não consegue pensar muito além, porque é o que a gente tem disponível, que a gente está acostumada a fazer" E9

6.2 Saúde mental na atenção primária

Os entrevistados reconhecem que a saúde mental deve ter o seu lugar na APS, embora tenham diversos programas e diferentes demandas, relatam que os demais programas normalmente seguem protocolos definidos e no atendimento em saúde mental não existe essa facilidade de protocolos tão definidos, entretanto, não pode ser negligenciada, como nos trechos abaixo:

"Observava...é... os profissionais.... se tivesse, estariam ali para aprender, com certeza, porque a gente sente falta disso né... de uma coisa mais sólida...porque a saúde mental ela é muito subjetiva e não dá para você...no achismo...ah eu acho que ela é histérica...eu acho que ela está com depressão...ah eu acho que ela é bipolar...mas porque você está achando? Porque a novela disse? né?!...e infelizmente a gente aqui...as vezes falta tempo e disposição pra você procurar algo mais...é tanta coisa né...é tanto programa pra gente se envolver que acaba alguma coisa passando..." E4

"acho que pensando em como é o trabalho na matriciamento e na atenção básica, acho que tem uma questão importante, que a saúde mental sai muito do protocolo, né. É isso. Você atendeu uma gestante, você tem um roteirinho, se ela estiver de tantas semanas faz isso, se ela estiver de menos faz isso, mais... faz aquilo... E na saúde mental não tem isso. Às vezes você vai precisar levantar da cadeira, às vezes você vai precisar dar uma volta com o paciente pela unidade. Então, eu acho que isso é que incomoda um pouco as pessoas quando se fala de saúde mental. Por que é tão difícil atender esse paciente? Então, as pessoas chegam aqui no CAPS e falam, "mas eles estão cantando? Não tem consulta? Como é que é isso". Não consegue entender que não tem uma agenda de consulta. Então, acho que por isso também que é muito difícil, você chegar na unidade, com pessoas que não estão acostumadas com isso e falar "olha, você vai precisar levantar, você vai precisar fazer de um outro jeito, que não é ficar sentado atrás de uma cadeira. Então, acho que isso incomoda um pouco algumas pessoas. E não tem alguém que diga como fazer, não tem uma receita para você seguir, "com esse paciente você vai fazer assim", não tem. Então, as pessoas ficam... é diferente de se tem febre, passa, toma o remédio; está com uma ferida, passa tal pomada. Na saúde mental não. Alguém que está com algum delírio vai ser muito diferente daquela outra pessoa que também está com um delírio. Pode ser proposta de intervenções diferentes, acho que essa é a grande dificuldade também. É muito subjetivo, é muito da percepção ali do momento" E10

Os profissionais percebem a importância do atendimento em saúde mental no território como facilitador do acompanhamento dos pacientes, reconhecendo a atenção primária como um local possível para esse acompanhamento e proporcionando ao usuário o acesso aos serviços de saúde mental quando estes recursos forem necessários, como no trecho a seguir:

"Porque hoje em dia se ver que a, a chance de, de muitos usuários principalmente onde tem a estratégia da saúde da família, onde entra o matriciamento, geralmente são áreas mais vulneráveis, né? Situações econômicas mais complexas, difíceis e tal, onde a, a incidência de casos de saúde mental é muito grande, né?..... obviamente que cada área tem um pouco do seu perfil, né? Não só demográfico, mas também de vulnerabilidades de violência, coisa e tal, obviamente que isso aumenta muito os agravos da saúde mental, então, tendo isso em vista, eu acho que, ter profissionais de saúde mental na atenção básica ajuda muito, o generalista, a poder tratar de uma maneira adequada, né? Sem que precise esse paciente ser encaminhado para um outro centro é, que obviamente filas intermináveis, é... Eu acho que ter isso, é, difundido no território, é muito melhor! (...)Enfim, mas existe uma estimativa que vinte por cento, um quinto da população! Você está falando de muita gente! Ou já teve ou tem ou vai ter em alguma fase da vida alguma questão de saúde mental, seja os casos mais simples né? Ansiedade, depressão, e muito comum insônia, né? E... Bom, como fazer? Como orientar? Eu acho que é, acho que é uma questão que, que é muito presente, né? (...)As doenças mentais, são é, é, é, são as que mais vão causar prejuízos, até mesmo econômicos né? e incapacitações ao trabalho! Tirando obviamente os eventos cardiovasculares, né? Esquizofrenia, alcoolismo, drogas, depressão, isso está num ranking muito alto, de que compromete não só a qualidade de vida, mas a economia como um todo, né? Então você abordar um alcoólico, um deprimido grave e não iniciar numa primeira consulta um projeto de tratamento para aquela pessoa, eu acho muito falho! Acho que por isso que é importante ter se difundido isso é, no território. Acho que é muito bacana!" E11

Outro ponto que identificamos nos relatos é a importância da rede de atenção à saúde. Os profissionais destacam que muitas vezes essa rede é desconhecida ou pouco explorada, e ter este conhecimento seria um facilitador no momento do atendimento e acompanhamento dos usuários, assim como quando existe falha na rede, os profissionais ficam sem referência para o seguimento dos usuários, como nos trechos a seguir:

"Eu não sei, eu acho que é importante o matriciamento, é importante para garantir essa autonomia, mas ao mesmo tempo... tem alguns casos que a gente acompanhava lá, é meio vazio, é meio solto, que a gente não vê a continuidade. A gente vai e faz um atendimento, dois atendimentos. E essa continuidade não volta para a gente. Por exemplo, aqui, a gente orienta porque não tem psicólogo lá,

francamente, precisa de um psicólogo para a criança e para adolescente. E não tem para onde a gente mandar oficialmente dentro da rede. Olha, a gente tem que orientar, não pode encaminhar. Oriento você a procurar nas clínicas sociais, nas faculdades, não é certo que a gente faça o encaminhamento formal. 'Olha, liga nesse número', dá várias opções. Querendo ou não, é uma coisa que até na minha faculdade acontecia, tinha clínica escola, existe isso. É da rede, então a gente pode usar, mas não é uma rede formal do SUS isso. Não é obrigação deles absorver nossa demanda também. E eu vou percebendo que essa pouca continuidade... uma vez às vezes é muito pouco, pouco no sentido de que trabalho terapêutico não é psicólogo, mas tem gente que precisa de psicólogo. Isso é um impasse." E9

Através dos relatos também podemos perceber que embora os profissionais reconheçam a importância da saúde mental na atenção primária, eles identificam que existem limites para esse atendimento, seja por finitude dos recursos disponíveis na APS, seja por falha na rede de atenção que faz com que o profissional não consiga dar o seguimento adequado ao usuário. Isso é demonstrado nos trechos abaixo:

"É justamente isso, falha terapêutica, chega uma hora que a atenção básica não consegue dar conta e não adianta ficar mantendo na atenção básica porque falam que não tem leito, falam que não tem internação, não tem vaga, não tem... daí assim, são casos que não adianta, não é questão assim, porque a pessoa veio com insuficiência cardíaca, ah, não isso resolve no posto. Não vai adiantar, a pessoa vai vir aqui e vai morrer. ...Então fica de outro jeito, então acho que o que não deu certo é assim, tem muita coisa que a gente pode fazer por aqui, não precisa ir pra especialidade, o matriciamento ajuda a agilizar muita coisa, mas também chega uma hora que também existe... fala assim, tem que ter um atendimento integral. A gente tem que passar para um atendimento mais complexo e não adianta ficar insistindo no que não dá" E6

"Mas a maior dificuldade é quando os pacientes precisavam de, como posso falar, algum acompanhamento psicológico, né, principalmente pra fazer terapia... E a gente também não tem o serviço para oferecer para esse paciente, a gente acabava...inclusive eu tenho até uma lista dos hospitais e escolas que a gente poderia falar para o paciente ir procurar. Não tem esse serviço. E aí o serviço de terapia mesmo, às vezes a gente consegue alguma avaliação e a gente vai naquela avaliação, a gente não tem um segmento psicológico para o paciente. E a medicação eu vou manejando, com o que... de acordo com o que eu sei" E7

Os profissionais das duas equipes identificam que existe uma grande demanda de atendimento nas unidades de saúde de usuários com necessidade de atenção em saúde mental e esta dificuldade aliada à necessidade de cumprimento de metas pode fazer com que o profissional em meio a essa tensão acabe por não conseguir dar a atenção necessária para os casos sob sua responsabilidade, visto que os profissionais

tem uma agenda estabelecida com horários predeterminados para cada atividade a ser realizada e em muitas situações não consegue ter autonomia para gerenciar o tempo que um usuário com necessidades em saúde mental poderá ter diferente do tempo previsto para um hipertenso ou diabético, como nos trechos a seguir:

"Ninguém é super-homem, super-mulher para fazer e abraçar o mundo. Como eu falo, psiquiatra é muito bom, é um cara excelente, muito explicativo, muito claro nas explicações, a gente entende o que ele fala, mas ele não pode abraçar o mundo. Ela dá um bom suporte para ele, mas também não tem condições de abraçar tudo, principalmente que parece que está aumentando os casos, ou existia e a gente não tinha notícia da quantidade real né, que é" E2

"Saber o quanto que é uma correria uma unidade de PSF, ainda mais quando há uma exaustiva cobrança de metas, né? Então, ficar meia hora, uma hora, com um paciente né? Pode te atrasar a agenda, o dia, mas é a atenção que precisa para aquele caso!" E11

"Às vezes a gente vê acontecer também do médico achar que ainda atrapalha. Atrapalha a produtividade, que eu estou perdendo uma hora aqui, não estou atendendo e não estou cumprindo a minha meta..." E12

6.3 Matriciamento em saúde mental

Os entrevistados consideram que o matriciamento é uma ferramenta de educação permanente, e os profissionais conseguem identificar a melhora no atendimento do usuário após ser matriciada:

"... porque justamente o matriciamento era isso daí, era uma discussão, né de alguns casos) de alguns casos e uma capacitação pra realmente fazer um manejo na própria equipe. Né, que eu falei se muitas dessas... desses transtornos de ansiedade generalizada detalhe.... essas coisas a gente no começo... por exemplo, agora eu matricio até depois de chegar na dosagem máxima a medicação indicada, daí de repente não tá tendo resposta daí eu já faço matriciamento, ou seja, já não encaminho, já não discuto o caso logo de cara, porque aí como na verdade sempre tem mais ou menos um espaço pra seguir, eu já vou fazendo, né, não tem resposta, aí que eu passo. Então assim, a capacitação é mais nas discussões, mesmo. Coisa que antes a gente encaminhava direto, ficava com muita dúvida aí a gente acabava ficando com mais tranquilidade pra manejar. Coisas mais simples, né as próprias depressões da vida, as ansiedades, até um pouco no começo dos pacientes esquizofrênicos mais leves, nem tanto sintoma positivo, assim, às vezes a gente até começa a já dar um início, um manejo pra fazer a discussão e já auxiliou bastante" E6

"a gente aprendeu formas de abordar ou de identificar, principalmente, de identificar sintomas, né. As pessoas depressivas, angustiadas, boa parte confunde a depressão com a ansiedade. Então a gente aprendeu a classificar o que está mais para a ansiedade do que para a depressão

né, a forma de ver a depressão, de conversar com a pessoa, de ver até aonde a gente pode ir, de conversar com a família, foi isso, eu gostei"
E2

"vejo o matriciamento como isso. Eu não consigo ver a palavra matricial sem trazer educação em saúde, né...compartilhar o conhecimento que eles já têm com a gente...não precisa ter um curso, um certificado...mas você vai compartilhar aquela experiência né.." E4

Embora a maioria dos profissionais relatem que o matriciamento é uma ferramenta de educação permanente, alguns dos entrevistados apontam que o matriciamento não deve ser uma ferramenta única de educação permanente e que outras ações são necessárias para o atendimento em saúde mental, como segue:

"tem o momento do matriciamento onde você desenvolve através de um determinado... vamos chamar assim, de uma determinada técnica, vou fazer uma licença poética: tem uma técnica de ensino ali, é uma técnica de ensino diferente da educação permanente. A educação permanente ela serve pra empresa também sentir como é que o pessoal está em relação a aquele assunto. O matriciamento não devolve ao macro o que está acontecendo, então não considero uma ação única de educação permanente. Talvez seja uma boa ação complementar, mas ela não serve a estratégia de educação permanente, eu acho, o matriciamento ele é pobre pra fazer isso, ele é muito particularizado, ele é muito qualitativo talvez, mas a educação permanente ela é quantitativa, você precisa ter metas, estratégias, rumos, nortes que seriam tratados melhor em técnicas de ensino um pouco mais tradicionais aí, tipo aula, curso, reciclagem, um pouco mais clássicas do que o matriciamento, e isso eu acho que a gente não vai... a gente deveria fazer, então duas coisas que deveriam ser feitas. Eu sei que é feito em outros assuntos, mas na saúde mental não é feito. Eu acho que tinha que ser feito, sim, a gente tinha que dar mais aula disso para os colegas uma vez que não basta matriciamento... quase que basta, mas ele não basta pra a estratégia da empresa ela precisa ser medida de outras formas como no processo de educação permanente onde a gente deveria ter mais inserção" E12

E por se tratar de uma ferramenta ainda pouco explorada os profissionais tanto da APS quanto da saúde mental consideram que o acolhimento das necessidades dos profissionais pela equipe matriciadora, ou seja, formar vínculos e fazer juntos, se torna um ponto muito importante para a consolidação do matriciamento como ferramenta na APS:

"eu acho que o acolher, né, o acolhimento do profissional na hora que a gente discute o caso deveria ser de uma outra maneira. Então, ou seja, não, vamos lá, vamos ver esse paciente, né, vamos ver o que que ele tem, porque você está me passando uma coisa, mas de repente vamos ver se eu consigo ver uma outra, no que que eu posso tentar

ajudar, então eu acho assim, uma consulta compartilhada nesse caso eu acho que vale muito a pena. Até porque ele tem outro olhar, né, então... E5.

"Da vinculação com a equipe. A gente se mostrar aberto às particularidades de cada unidade. Da gente não chegar com um jeito engessado. Matriciamento não é engessado. Cada unidade vai ter sua demanda, cada unidade vai ter um propósito, cada unidade vai ter sua birra, cada unidade vai ter as pessoas que não vão gostar de você, e isso tudo vai ter que ser trabalhado. Se o profissional de saúde mental não souber trabalhar com isso, não for treinado para trabalhar com isso, protelar para o pessoal essas coisas, ele não pode fazer matriciamento. Acho que o grande desafio do matriciamento é esse. É a gente entrar na unidade, a hora que a gente entra, a hora que a gente começa, então a gente vai desenvolvendo, mas é bem jóia quando isso vai se resolvendo. (...)o que a gente busca no matriciamento além de conhecer gente é trocar experiência, é buscar sempre o vínculo, nós somos construtores de vínculo e o matriciamento ele por excelência é isso. Por parte... Tanto para a equipe quanto para o paciente" E12

E por ser um espaço muitas vezes de escuta, ambas equipes SM e APS consideram a necessidade dos profissionais da APS de terem momentos de escuta não somente nas discussões de casos, mas no compartilhamento de suas experiências em saúde mental até mesmo fora do ambiente de trabalho, e que o matriciamento é um dispositivo que permite essa escuta, como a seguir:

"Então eu acho que esses manejos eram muito importantes de se trabalhar com a equipe e que vai além da discussão do caso em si. Várias vezes, tiveram várias situações também em que principalmente as agentes de saúde, traziam situações delas, de como estava com a casa, de como estava com os filhos, com os maridos e acho que fazia parte do trabalho também acolher essas demandas, enfim, trabalhar, pensar junto, para melhorar o trabalho. Outra coisa que aparecia bastante era como se relacionar com o paciente que é meu vizinho, que é meu amigo, que eu tenho no facebook. Apesar de se algo que eu imagino que a unidade já faça no seu trabalho, me parecia que elas tinham uma abertura maior para falar com a gente que estava ali mais disponível. Então, elas sempre traziam questões de 'ah, eu respondo no facebook, eu não respondo? Mas ele vai ficar chateado, não vai? ". Então essas relações interpessoais elas sempre apareciam também com bastante frequência, não era algo incomum e que ia além das discussões. Eu falo mais dos agentes comunitários de saúde porque eu acho que é um público maior e que , mas também acontecia de enfermeiros, médicos de virem, enfim, consultar profissionais e do Nasf

e também de trazer um pouco dessas demandas, tanto de manejo com paciente quanto de questões próprias deles. Esse é um ponto que eu sempre considerei importante no matriciamento e eu sempre questionava muito por que na unidade X os agentes comunitários de saúde não participavam. Na unidade Y eles estavam presentes, auxiliares de enfermagem, eu acho que é importante você ter contato com a equipe inteira, que é quem vai estar lá na ponta fazendo o trabalho. Então de trabalhar essa educação permanente com eles mesmo" E9

6.4 Práticas colaborativas entre profissionais da atenção primária e saúde mental

Os entrevistados relatam a necessidade do trabalho em equipe como um fator de melhora na qualidade do atendimento aos usuários e melhora do próprio relacionamento entre as equipes de APS e SM, e apontam que quando os profissionais fazem um trabalho compartilhado, os casos apresentam melhores conduções e resultados:

"Tem um caso que eu acho que foi bastante assim... que salta assim, quando fala vem sempre a cabeça, que é um paciente que a gente atendia, que era acompanhado pela equipe da estratégia na unidade X, paciente psicótico, mas que fazia uso da medicação, tinha um vínculo importante com a médica de família e aí a médica de família, por motivos que não estão em questão, sai da unidade e aí esse paciente descompensa, para de tomar medicação, entra em surto psicótico, fica bastante se colocando em risco, colocando a família em risco e aí a equipe traz para gente o caso e dizendo "olha, é muito difícil, ele não quer ir no CAPS, como a gente pode fazer?". E a gente começa um trabalho junto, de atender esse paciente junto e o paciente começa a se vincular com a equipe do CAPS, topa vir no CAPS, participa das atividades e aí é um caso que fica em acompanhamento todo o tempo junto, tanto da equipe de estratégia quanto da equipe do CAPS. Em nenhum momento, mesmo ele aceitando vir para o CAPS, tomando a medicação, a gente para de discutir ele no matriciamento. Então, sempre que tinha a oportunidade a gente falava dele, ele continuava sendo atendido, por questões outras, pelo médico. Então a gente sempre foi discutindo ele no matriciamento e ele foi fazendo acompanhamento no CAPS" E9

"Foi [graças]... uma das virtudes dela assim está assim, foi a intervenção, o atendimento conjunto com o psicólogo, com o psiquiatra, fizemos isso por pelo menos uns 6 meses, depois ficou só comigo e hoje em dia eu só atualizo, [enquanto tinha no CAPS] a gente só atualizava as informações: "ó, ela está fazendo um curso", "ó, ela assinou um acordo demissão", "não vai mais trabalhar de segurança" "não vai mais trabalhar armada" e agora da última vez eu falei: "é, ela está super feliz e tudo, já estou pensando em ir com ele em conjunto com a psiquiatra, a decisão de retirar a medicação de forma gradual" E8

O relato a seguir demonstra que os profissionais mesmo quando compartilham ações e se utilizam do trabalho em equipe no matriciamento, possuem a impressão de que os casos de saúde mental não apresentam resolução e sim melhoras do quadro, já que em alguns casos não existiria alta.

"...na verdade assim, o meu caso o matriciamento, resolução... resolução não tem, porque eu falei, todos os casos de matriciamento que eu passava era esses casos de esquizofrenia, de autismo, que não tem alta. Na verdade assim, a gente consegue controlar um pouco, manter, as medicações ajustar, mas assim, daí a gente consegue até... conseguiu fazer alguns casos de manter um seguimento até que estável, né, tirando essas intercorrências que eu falei, mas no geral, nesses casos que a gente conseguiu estabilidade porque assim, os casos que a gente conseguiu matriciamento, estabilizar tudo, ótimo, a gente conseguiu fazer seguimento, a gente fazia o seguimento só na equipe e daí que a gente rematriciava em qualquer intercorrência, né". E6

O relato abaixo demonstra que os profissionais querem trabalhar juntos, pensando no trabalho em rede e no compartilhamento dos conhecimentos:

"Pensando hoje na atenção primária aqui no posto...eu acho que ahh...não sei...saiu o manual de esquizofrenia na atenção básica, eu acho que seria uma coisa legal sentar com alguém é...especialista e ler esse manual e discutir...e o quê que dá pra a atenção básica fazer...e segurar e não levar pro (CAPS), porque a gente também sabe que o [CAPS] também tá sobrecarregado e...como que a gente vai trabalhar junto? Né...a gente está articulado numa rede como que a gente vai se ajudar nisso? E4

6.5 Estigma e Medo no cuidado em saúde mental

O medo de atendimento de usuários com demandas em saúde mental também esteve presente nos discursos, demonstrando que o desconhecimento do tema fortalecem o estigma existente em torno do mesmo e se apresentam como uma barreira para o cuidado em saúde mental, como nos relatos a seguir:

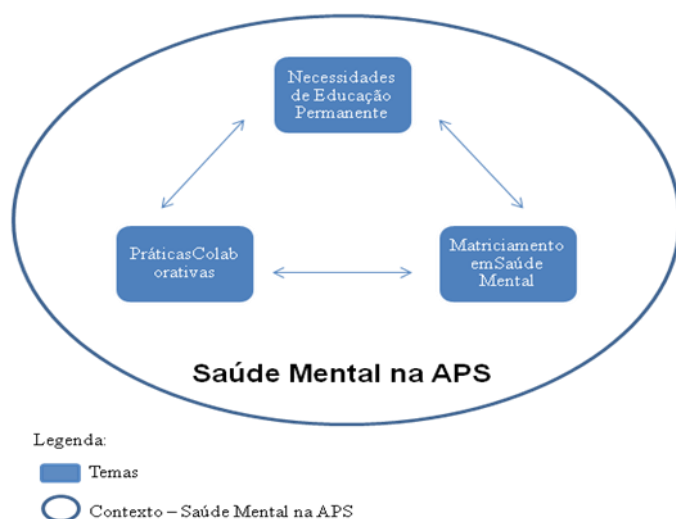
"Eu tinha medo. Eu tinha medo de me aproximar, eu ficava mais a distância, mais afastada, não sabia como abordar. A própria família deles é um preconceito muito grande, é difícil falar: "Meu filho tem um problema psiquiátrico", alguma coisa assim" E2

"E quando vem para a gente - lá em cima eu to na medicação -, eu percebo que tem uma outra dificuldade, que é assim "ah é 'piti'", todo mundo que chega é 'piti'. Então há nos profissionais de saúde tem esse... esse tabu né, esse preconceito. Já chega lá "é 'piti'", mas nem sabe o que a pessoa tem né. "Ah, isso aí é 'piti', isso aí...". Até na hora de passar o caso para o enfermeiro ou o enfermeiro passar para o médico também - que isso aí ocorre em todas as categorias" E3

"eu tenho medo. Por que teve um paciente que me pegou e me enforcou! Aí depois disso eu fiquei com medo. Então assim, não é certo né? Mas assim, eu disfarço, mas no fundo vou dando um passinho para trás, sabe? Se eu tiver sozinha na sala, eu já quero sair, circular, isso não é certo. Ele é um paciente como outro, eu não posso fazer isso, né." E3
 "é que assim, as pessoas têm muito medo da saúde mental. Quando chega um paciente que é nosso para ser atendido pela gente junto com alguém da equipe, bate na porta, entra tipo 'chegou, chegou, chegou!', tenho a sensação de que querem que seja atendido logo e saia dali porque incomoda" E9

As categorias e subcategorias apresentaram relação de reciprocidade entre si, o que nos permitiu agrupá-las em três temas síntese que respondem ao objetivos do estudo, assim a categoria Saúde mental na APS refere-se ao contexto das necessidades de EPS, do Matriciamento em saúde mental e das Práticas colaborativas como demonstrado na figura 6.2.

Figura 6.2 Temas do estudo



Fonte: o autor

Podemos perceber através da elucidação dos temas, as relações existentes entre os mesmos, tal como a relação de reciprocidade entre o matriciamento em saúde mental e as práticas colaborativas entre profissionais das duas equipes Saúde mental (SM) e Atenção Primária à saúde (APS), fazendo com que quanto maior o estreitamento desta relação, maior o favorecimento da potência do matriciamento como ferramenta de educação permanente, já que o fato de reconhecer os papéis dos profissionais, fortalece as ações que promovem o compartilhamento de conhecimentos e aumenta a confiança e o respeito entre os profissionais. Isto pode diminuir as barreiras existentes no atendimento aos usuários com necessidade de cuidados em saúde mental, e fortalecer a

política de saúde mental na atenção primária, pautada na mudança da lógica de encaminhamentos, para a lógica de suporte técnico-pedagógico que o matriciamento enquanto retaguarda pode proporcionar.

Percebe-se também que existem limitações para este cuidado em saúde pois outras barreiras podem influenciar o processo de trabalho, tal como o excesso de demanda na atenção primária e a tensão dos profissionais no cumprimento de metas quantitativas, assim como o tempo disponibilizado pelas regras estabelecidas nas agendas para os profissionais, que a depender da organização do processo de trabalho, pode ser uma barreira importante impactando negativamente no cuidado dos profissionais aos usuários, uma vez que o cuidado em saúde mental demanda diferentes modos de cuidado a depender da necessidade de cada usuário, como tempo de consulta, retornos diferenciados, compartilhamento com mais de um profissional, etc.

7 DISCUSSÃO

Os resultados alcançados nos possibilitaram identificar a contribuição deste estudo que foi a elucidação das necessidades de ações de educação permanente que promovem a colaboração entre os membros das equipes e entre as equipes, necessárias para o aprimoramento e o fortalecimento do matriciamento em saúde mental na atenção primária.

Contudo o estudo apresenta limitações. Uma das limitações foi o número de profissionais e equipes estudadas e suas características, visto que selecionaram-se duas equipes que faziam reuniões regulares e mantinham ações compartilhadas em saúde mental. Esta opção buscou a elucidação do fenômeno investigado.

Identificamos que os profissionais não receberam formação dirigida à saúde mental na atenção primária, e também tiveram pouca ou nenhuma ação de educação permanente que não aquelas ligadas diretamente ao matriciamento.

No campo da saúde é preciso avançar na articulação dos aspectos bio-psico-sociais, na abordagem dos problemas, tanto na prática assistencial, como nas práticas educativas. Conforme avançam as mudanças na atenção à saúde integral, torna-se necessário repensar o processo de formação profissional como um todo, articulando coerentemente a graduação, as várias modalidades de pós-graduação e de educação permanente nos serviços de saúde. Nesse sentido tornou-se indispensável repensar e reorganizar o espaço da atenção clínica na APS, rompendo com a fragmentação das especialidades, e colocando, em primeiro lugar, como lógica estruturante, as necessidades dos usuários (Feuerwerker, 2002).

Com relação às necessidades de ações de educação permanente os profissionais das equipes pesquisadas relataram que são necessárias ações que auxiliem no atendimento ao usuário com necessidades em saúde mental, principalmente no que diz respeito ao manejo e condução dos casos, ou seja, em como conversar com o paciente, que tipo de perguntas devem ser feitas, o que se deve buscar na consulta com estes usuários para identificação das necessidades, reconhecimento da sua gravidade, e tomada de decisão pelo profissional de forma compartilhada com o usuário e família.

Também são relatadas necessidades por discussão dos problemas de saúde mais relevantes em saúde mental e que aparecem com certa frequência na atenção básica, tais como: depressão e depressão pós-parto, dependência química, insônia, bem como o cuidado com problemas de saúde mental na infância e adolescência. Percebe-se a

angústia dos profissionais das equipes de ESF frente aos transtornos e agravos em saúde mental.

Além das necessidades destacadas acima, os entrevistados apontaram a necessidade de ações educativas que facilitem a aproximação entre os serviços de APS e SM, visto que organização de cada tipo serviço e da rede de atenção apresenta diferenças significativas no processo trabalho. Ou seja, os profissionais de APS precisam conhecer melhor como é o trabalho com os pacientes no CAPS, por exemplo, e os profissionais do CAPS também necessitam conhecer a rotina e processo de trabalho na APS. Percebe-se também nas falas dos entrevistados que conhecer o que cada profissional faz, favorece as ações no matriciamento. Esta aproximação seria um componente importante na construção das práticas colaborativas interprofissionais, já que conhecer e reconhecer o papel de cada profissional da equipe favorece a confiança e o respeito mútuo entre os profissionais das equipes. A colaboração e integração da equipe também fortalecem o campo comum de atuação na APS e SM e a ampliação dos escopos de práticas de cada um dos profissionais, porque facilita o aprendizado compartilhado entre os envolvidos (Rodriguez et al., 2005).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o conceito de saúde vai além da mera ausência de doenças, só é possível ter saúde quando há completo bem-estar físico, mental e social. Diversos fatores podem colocar em risco a saúde mental dos indivíduos, entre eles, rápidas mudanças sociais, condições de trabalho estressante, discriminação de gênero, exclusão social, estilo de vida não saudável, violência e violação dos direitos humanos. A promoção da saúde mental envolve ações que permitam às pessoas adotar e manter estilos de vida saudáveis (OMS, 1976). Este conceito rompeu com o modelo da unicausalidade para a multicausalidade, embora tenha limitações por não incorporar a discussão de outros determinantes sociais.

Os determinantes sociais são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (Buss; Pelegrini, 2007).

Uma implicação da definição é que a saúde mental é mais do que a ausência de transtornos mentais. Trata-se de um estado de bem-estar no qual um indivíduo realiza suas próprias habilidades, pode lidar com as tensões normais da vida, trabalhar de forma produtiva e ser capaz de fazer contribuições à sua família e comunidade. Em contrapartida da definição de saúde mental, temos o modelo biomédico que se caracteriza pela explicação unicausal da doença, pelo biologicismo, fragmentação,

mecanicismo, tecnicismo e especialização. O modelo do processo saúde-doença da unicausalidade pressupõe o reconhecimento do agente etiológico, pois é este que deverá ser identificado e combatido (Cutolo, 2006).

Entre os profissionais que trabalham na saúde da família há dificuldade em cuidar e apoiar os pacientes com “problemas de saúde mental”. Historicamente, há uma formação acadêmica deficitária no cuidado de pessoas com necessidades de atendimento em saúde mental. Quando há formação, ela ocorre em ambientes hospitalares e/ou ambulatoriais psiquiátricos, sem a apresentação das especificidades do adoecimento psíquico na atenção primária. Durante esta formação, os profissionais, especialmente auxiliares de enfermagem, médicos e enfermeiros, têm contato com pacientes com transtornos mentais graves e geralmente em períodos de crise, diferentemente dos casos que encontrarão no cotidiano de trabalho na APS (Brasil, 2011).

Segundo estudo canadense, a colaboração interprofissional é o processo de desenvolvimento e manutenção de relações e comunicação entre os usuários, famílias e comunidades que permitam alcançar melhores resultados em saúde. Os elementos de colaboração são: respeito, confiança, tomada de decisão compartilhada e parceria. O estudo define seis domínios de competências para a prática colaborativa que incluem, conhecimentos, habilidades, atitudes e valores essenciais para a cooperação interprofissional: comunicação interprofissional, atendimento centrado no paciente/família/comunidade, clarificação dos papéis, funcionamento da equipe, liderança colaborativa e gerenciamento de conflitos (CIHC, 2010).

No estudo americano de competências e prática interprofissional colaborativa, o trabalho em equipe requer a cooperação na prestação dos cuidados centrados no usuário, a coordenação dos cuidados, a colaboração dos membros da equipe na resolução dos problemas compartilhados, conhecer os papéis e responsabilidades de todos os membros, reconhecer a interdependência e em algum nível a renúncia à autonomia plena para a tomada de decisão compartilhada entre equipe, usuário e família (IECE, 2011).

Nesse momento de reorientação do modelo de atenção em saúde mental, com importantes conquistas legais e com a ampliação crescente do debate, estimulado, sobretudo, pela descentralização e municipalização do cuidado, devem ser multiplicados esforços na direção de uma real transformação cultural da mentalidade e das práticas profissionais nesse campo do saber, para o atendimento integral das necessidades de saúde, em particular em saúde mental (Nunes et al., 2007).

Nos relatos dos profissionais podemos notar a preocupação em fazer o seguimento dos usuários no território, de acordo com o preconizado na política de saúde mental, na reorientação do modelo de atenção e reforma psiquiátrica, de maneira a integrar as ações em saúde mental com os profissionais de diferentes serviços e proporcionar uma atenção integral aos usuários.

Segundo Bezzera e Dimenstein (2008), uma atenção integral, como a pretendida pelo SUS, só poderá ser alcançada através da troca de saberes no trabalho em equipe, e práticas colaborativas e alterações nas estruturas de poder estabelecidas, de modo a instituir uma lógica de trabalho interdisciplinar e interprofissional que se apóie em uma rede interligada de serviços de saúde.

Os profissionais percebem que a atenção primária é um espaço para o acompanhamento dos usuários que apresentam necessidades de cuidado em saúde mental.

A rede de atenção à saúde mental, composta por CAPS, SRT, Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais, caracteriza-se por ser pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2005).

A construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. A articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é fundamental para a constituição de um conjunto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. Esta rede é maior, no entanto, do que o conjunto dos serviços de saúde mental do município. Uma rede se conforma na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades, numa concepção também intersetorial do cuidado em saúde mental. A idéia é que somente uma organização em rede dos serviços de saúde e intersetorial, é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas, em um país de acentuadas desigualdades sociais. É a articulação em rede de equipamentos da cidade, não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais. Para esta organização, a noção de território é especialmente orientadora. O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dá a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade num sentido genérico e abstrato, mas a trabalhar com os componentes,

saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa resgatar os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo as soluções coletivamente entre a rede de atenção em saúde mental e a atenção básica, em especial na ESF (Brasil, 2005).

O apoio matricial surgiu a partir do reconhecimento de que a reforma psiquiátrica não poderia avançar se a atenção básica não fosse incorporada ao processo. Não é viável concentrar esforços somente na rede substitutiva, mas é preciso estender o cuidado em saúde mental para todos os níveis de assistência, em especial, à atenção primária. Entretanto, sabemos que as equipes de atenção básica se sentem inseguras, com dificuldades de enfrentar as demandas em saúde mental que chegam cotidianamente ao serviço, especialmente os casos mais graves e/ou crônicos. O matriciamento visa dar suporte técnico a essas equipes, bem como estabelecer a corresponsabilização (Dimenstein et al., 2009).

Dentre as dificuldades relatadas pelos profissionais, estão a rotina de trabalho na ESF que apresenta uma demanda constante e muitas vezes exagerada por parte dos usuários com sofrimento psíquico, seja dos usuários com transtorno mental grave ou dos dependentes de medicamentos (troca de receitas controladas) ou, ainda, daqueles usuários hipersolicitantes devido a transtornos mentais leves ou queixas inespecíficas, que frequentemente demandam acolhimento e consulta não agendada.

Os profissionais destacam que o matriciamento é uma ferramenta com forte potencial de educação permanente e capaz de favorecer as ações colaborativas entre as equipes, embora enfrente algumas barreiras para sua consolidação na atenção primária, tais como: a crescente demanda de cuidados e a também crescente pressão por metas de produção, fazendo com que muitas vezes o profissional não consiga disponibilizar tempo na agenda de trabalho para momentos de ações educativas, além dos horários estabelecidos para as reuniões de matriciamento onde a discussão de casos pontuais acaba sendo priorizada. Outra importante barreira é o estigma que a saúde mental apresenta enraizado historicamente tanto na formação, quanto nas práticas de saúde e na cultura das instituições.

Dessa forma, uma barreira a ser enfrentada no processo de matriciamento em saúde mental é a concepção do que os profissionais da ESF entendem por saúde mental, sendo a “educação em saúde mental” fundamental na rotina dos espaços matriciais. De modo que as necessidades de ações educativas incluam a desconstrução do conceito de

saúde mental como ausência de “doença” mental. Isso requer que os profissionais de saúde da família reconheçam as atividades de promoção e prevenção à saúde, tais como grupos de atividade física (caminhada, por exemplo), grupos de artesanato, momentos de confraternização com a comunidade em datas comemorativas, como espaços que promovem a saúde mental (Brasil, 2011).

As ações educativas segundo os profissionais entrevistados deveriam também contemplar o reconhecimento e o questionamento do estigma que a saúde mental historicamente carrega. Para os gregos o termo estigma era utilizado para se referirem a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava, o que denunciava que os possuidores de tais sinais eram criminosos, escravos ou traidores e, por isso,deviam ser publicamente evitados. Atualmente o termo é utilizado de maneira semelhante ao sentido original, porém é mais aplicado à própria desgraça do que à sua evidência corporal (Goffman, 1998).

O estigma é evidenciado na fala dos entrevistados, que apontaram não só o estigma mas também o medo que os profissionais tem de cuidar de usuários com este perfil.Entretanto reconhecem que o medo vem do desconhecido e relatam que gostariam de adotar uma postura diferente em relação aos usuários com transtornos mentais e sofrimento psíquico. O apoio matricial exerce papel fundamental na desconstrução do estigma e medo, porque ao trabalhar longitudinalmente com as equipes da ESF, podem juntas construir outra lógica de atenção à saúde aos usuários com necessidades de saúde mental por profissionais não especializados.

Dentre os novos desafios encontrados na inserção dos profissionais da saúde mental na atenção primária, está a estruturação de vínculos e, com isso, a abordagem do sofrimento emocional dos pacientes, suas famílias e comunidade. Cuidar do sofrimento psíquico, lidar com os aspectos subjetivos do adoecimento mental, constitui uma abordagem em que a maior parte dos profissionais da APS sente insegurança. Essa insegurança nasce não apenas do desconhecimento técnico, mas também de visões preconceituosas e estigmatizantes (Brasil, 2011).

A educação em saúde mental deve ocorrer de forma longitudinal no processo de matriciamento com base nas questões e problemáticas cotidianas e utilizando métodos variados. A reunião de equipe da ESF é um espaço precioso para a discussão de temas relacionados à promoção de saúde e à desconstrução dos preconceitos relacionados ao

adocimento psíquico, por meio, por exemplo, de leitura de textos, discussão de casos e planejamento conjunto de atividades de grupos variados (Brasil, 2011).

Os objetivos da política nacional de educação permanente em saúde são, trabalhar com conceitos ampliados de saúde, sabendo que não apenas os aspectos biológicos necessitam de atualização para os profissionais, mas que outros determinantes interferem no processo saúde-doença, individual e coletivas. Outros determinantes do processo saúde-doença devem ser levados em consideração tais como o meio físico (condições de moradia, aspectos geográficos), acesso e qualidade da água e de alimentos, por exemplo, além dos aspectos socioculturais, que incluem acesso à formação e informação (Ceccim, 2004/2005).

A concepção de educação como construção coletiva pautada no agir comunicativo, contextualizada na realidade de trabalho, predomina na realidade empírica investigada. Essa representação pode ser denominada comunicativa/emancipatória, pois promove a participação e reflexão dos sujeitos partícipes do processo de trabalho, trabalhadores, usuários e gerentes de serviços de saúde e corrobora a concepção de EPS interprofissional. A ação comunicativa presente à educação no trabalho em saúde contribui para ampliar espaços de reflexão sobre as práticas e configurar ações que não sejam reduzidas à racionalidade instrumental que orienta a execução de procedimentos (Silva; Peduzzi, 2011).

Um dos aspectos básicos do apoio matricial é a promoção de conhecimento e o empoderamento das pessoas, considerando os profissionais e usuários nos seus contextos, na sua família e na sua comunidade (Brasil, 2011).

Ao mesmo tempo em que as equipes de apoio matricial compartilham conhecimentos técnicos com a equipe de atenção primária, acabam também se apropriando das peculiaridades deste nível de atenção e entram em contato com o que a política de saúde mental preconiza, que é o atendimento e acompanhamento dos casos leves e moderados prioritariamente na atenção primária à saúde e coordenação do cuidado destes usuários. Dessa forma, também identificam as dificuldades enfrentadas pelos profissionais da APS e podem discutir os limites e potencialidades da ferramenta matriciamento.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo elucidou as necessidades de ações de educação permanente que promovem a colaboração entre os membros das equipes que são necessárias para o aprimoramento e o fortalecimento do matriciamento em saúde mental na atenção primária. Dentre as ações apontadas como necessárias estão a necessidade em conhecer e reconhecer as peculiaridades da saúde mental, como conduzir a consulta e o manejo com os usuários com necessidades em saúde mental na APS, repensando e organizando o espaço da clínica, rompendo com a fragmentação da especialidade, e colocando em primeiro lugar, como lógica estruturante, as necessidades dos usuários.

Também são apontadas necessidades por discussão dos problemas de saúde mais relevantes e frequentes na APS, sendo eles, a depressão e depressão pós-parto, dependência química, problemas relacionados à saúde mental na infância e adolescência, e ainda sobre os transtornos e agravos em saúde mental.

Os profissionais apontam que são necessárias ações educativas que facilitem a aproximação entre os serviços de APS e SM, no intuito de conhecer as diferenças e reconhecer as ações realizadas em cada serviço da rede de atenção, já que esta aproximação é um componente importante na construção das práticas colaborativas que tem como principal objetivo melhorar a qualidade de atenção aos usuários.

O estudo mostrou a necessidade de ações educativas que incluam a desconstrução do conceito de saúde mental como ausência de "doença mental", assim como também são necessárias ações educativas que contemplem o reconhecimento e a discussão sobre o estigma que envolve historicamente as questões ligadas à saúde mental.

As práticas colaborativas interprofissionais possibilitam a integração das equipes e favorecem as ações do campo comum entre as profissões na APS e SM, e a ampliação dos escopos das práticas dos profissionais.

Este estudo demonstrou que qualquer ação proposta no sentido de avançar no tema das ações de educação permanente em saúde mental na atenção primária, deverá considerar as dificuldades do cotidiano do trabalho e as necessidades dos trabalhadores, e também revelou necessidades de ações de educação permanente que podem favorecer o atendimento dos usuários com necessidades em saúde mental através do matriciamento em saúde mental e práticas colaborativas entre as equipes de APS e SM.

No que se refere a estudos futuros identifica-se a necessidade de pesquisas que estudem a implementação das ações de EPS e avaliem os resultados na perspectiva de mudança das práticas profissionais.

Como um dos resultados deste estudo apresentamos a seguir uma proposta de intervenção (anexo E) para ser utilizado entre as equipes de SM e APS nas unidades que utilizam o matriciamento como ferramenta para as ações de saúde mental. Não se pretende encerrar toda a discussão das ações de educação permanente com esta proposta, mas ser um ponto de partida na discussão das ações educativas de saúde mental na APS.

REFERÊNCIAS¹

- Amarante AL, Lepre AS, Gomes JLD, Pereira AV, Dutra VFD. As estratégias dos enfermeiros para cuidado em saúde mental no programa saúde da família. *Texto Contexto Enferm.* 2011jan-mar;20(1):85-93.
- Azevedo DM, Gondim MCS, Silva DS. Apoio matricial em saúde mental: percepção dos profissionais no território. *Rev de Pesq: Cuidado Fundament (Online) [Internet].* 2013 jan-mar; [citado 24 fev 2015];5(1): 3311-22. Disponível em <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental>
- Barban EG, Oliveira AA. O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no programa saúde da família do município de São José do Rio Preto (capacitação e educação permanente aos profissionais de saúde na atenção básica). *Ciênc Saúde.* 2007jan-mar;14(1):52-63.
- Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 1977.
- Bezerra E, Dimenstein M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicol Cienc Prof.* 2008;28(3):632-64.
- Buss PM, Pellegrini FA. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Rev Saúde Coletiva.* 2007 abr;17(1)77-93.
- Brasil. Constituição, 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil.* Brasília; DF, Senado; 1988.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Guia prático para matriciamento em saúde mental.* Brasília, DF: Centro de Estudo e Pesquisa em saúde Coletiva; 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental/Coordenação de Gestão da Atenção Básica. *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários.* Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção básica.* Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Série E. Legislação em Saúde).
- Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Secretaria de Atenção à Saúde. *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.* Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.* Brasília, DF : Ministério da Saúde; 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde); Série Pactos pela Saúde 2006; vol. 9.

¹ De acordo com estilo Vancouver

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 278 de fevereiro de 2014. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde; Brasília, DF; Ministério da Saúde; 2014.

Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999;4(2):393-403.

Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000 jul-dez;5(2):219-30.

Campos GW, Domiti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 2007;(2): 399-407.

Campos RTO, Gama CAP, Ferrer AL, Santos DVD, Stefanello S, Trapé TL, Porto K. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(12):4643-52.

CIHC - Canadian Interprofessional Health Collaborative. A National Interprofessional Competence Framework [Internet]. Vancouver: CIHC; 2010 [citado 17 jan 2017] Disponível em http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf. 2010.

Carneiro AC, Oliveira ACM, Santos MMS, Alves MS, Casais NA, Santos JE. Saúde mental e atenção primária: uma experiência com agentes comunitários de saúde em Salvador-BA. *RBPS*. 2009 out-dez;22(4):264-71.

Cavalcante CM, Pinto DM, Carvalho AZT, Jorge ASB, Freitas CHA. Desafios do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. *RBPS, Fortaleza*, 2011;24(2):102-108.

Ceccim R B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunic Saúde Educ*. 2004 set-2005 fev;9(6):161-77.

Cossetin A, Olschowsky A; Avaliação das ações em saúde mental na estratégia de saúde da família: necessidades e potencialidades. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32(3):495-501.

Cutolo LRA. Modelo biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. *ACM Arq Catarin Med [periódico na internet]*. 2006 [citado 15 fev. 2017];35(4):16-24. Disponível em : <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/392.pdf>.

D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *J Interprof Care*. 2005 May;19 Suppl 1:8-20.

D'Amour D, Ferrara-Videla M, Rodriguez LSM, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care* 2005 May; 19 Supl. 1:116-31.

Davini MC. Practicas laborales em los servicios de salud: las condiciones Del aprendizaje. In: Haddad QJ, Rosche MAC, Davini MC, editores. *Educación permanente*

de personal de salud. Washington, DC: Organización Panamericana de La salud; 1994. p.109-26.

Dimenstein M, Severo AK, Brito M, Pimenta AL, Medeiros V, Bezerra E. O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde Soc São Paulo*. 2009;18(1):63-74.

Feierabend RH, Bartee ZL. A collaborative relationship between a community mental health center and family practice residency program. *Fam Syst Health*. 2004;22(2):231-37.

Feuerwerker LCM. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec; 2002.

Figueiredo DM. Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas (SP). Campinas, 2006

Fickel JJ, Parker LE, Yano EM, Kirchner JE. Primary care-mental health collaboration: an example of assessing practice and potential barriers. *J Interprof Care*. 2007;21(2):207-16.

Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 47. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.

Gazinato ECS, Silva CRC. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. *Saúde Debate*. 2014;38(10):296-304.

Gerdes JL, Yeun EJ, Frey CM. Assessing collaboration with mental health providers: the primary care perspective. *Fam Syst Health*. 2001;19(4):429-43.

Goffman E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1988.

IECP - Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice. Genebra: [citado 02 dez 2015]. Disponível em: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/WHO/HRH/HPN/10.3; 2010.

IECEP - Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative; 2011.

Jorge MSB, Sousa FSP, Franco TB. Apoio matricial para resolução de casos clínicos de saúde mental na atenção primária à saúde. *Rev Bras de Enferm*. 2013;66(5):738-44.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2008.

Morais APP, Tanaka OY. Apoio Matricial em Saúde: alcances e limites na atenção básica. *Saúde Sociedade, São Paulo*, 2011;21(1):161-170.

Novaes MA, Machiavelli JL, Verde FCV, Filho ASC, Rodrigues TRC. Tele-educação para educação continuada das equipes de saúde da família em saúde mental. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2012;16(43):1095-106.

Nunes M, Jucá VJ, Valentim, CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios da reforma psiquiátrica e sanitária. *Cad Saude Publica* 2007; 23(10):2375-2384.

OMS - Organizacion Mundial de La Salud. Documentos básicos. 26 ed. Genebra; 1976.

Paula PP. Saúde mental na atenção básica: política, trabalho e subjetividade.[tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia; 2011.

Quinderé PHD; Jorge MSB; Nogueira MSF; Costa LFA; Vasconcelos MGF. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Ciênc e Saúde Coletiva.* 2013;18(7):2157-66.

Rodriguez SML, Beaulieu MD, D'Amour D, Ferrada M. The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical work. *J Interprof Care* May 2005;19 Suppl1: 132-47.

Santos VC, Soares CB, Campos CMS. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP.* [Internet].2007[citado 20 out 2013];41(spe):777-81.

São Paulo. Prefeitura [citado 2017 junho 30] Disponível em <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/RAPS04112013.pdf>.

São Paulo. Prefeitura de São Paulo [citado 2017 fev 25] Disponível em <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/organizacao/TabelaEstabServCRSSTS.pdf>; 2016.

São Paulo (Estado). Secretaria do Estado da Saúde. Saúde mental. 2013[citado 05 out 2013]. Disponível em <http://www.saude.sp.gov.br/humanizacao/areas-tematicas/saude-mental>

Silva JAM, Peduzzi, M. Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. *Saúde Soc São Paulo.* 2011;20(4):1018-32.

Sousa FSP; Jorge MSB; Vasconcelos AGF; Barros MMM; Quinderé PHD; Gondim LGF. Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. *Physis Rev de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro,* 2011;21(4):1579-1599.

Sousa, MLT, Tófoli, LF. Apoio matricial e integralidade na atenção primária à saúde. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis,* 2014;6(13):47-70.

Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4ª ed. Porto alegre: Bookman; 2010.

Anexo A - Roteiro de entrevista

I - Roteiro de entrevista em campo

Nome: _____
 Categoria Profissional: _____ Idade: _____ Sexo: _____
 Escolaridade: Ensino fundamental completo () Ensino médio: () completo
 () incompleto Ensino superior: () completo () incompleto
 Pós graduação: () Sim. () Especialização () Mestrado () Doutorado Área _____ () Não
 Ano de conclusão graduação em saúde e/ou da educação profissional _____
 Tempo de trabalho na instituição: _____
 Tempo de trabalho na unidade de estudo: _____ Tempo de trabalho na equipe: _____

II-Roteiro de Entrevista

Inicialmente gostaria de saber sua experiência relacionada ao atendimento dos pacientes que necessitam de cuidados em saúde mental aqui na UBS (exemplifique e conte alguma situação que ilustre o que você está comentando)

1. Como você vê o atendimento de saúde mental na atenção primária? Como tem sido sua experiência?
2. Como tem sido sua experiência com o matriciamento em saúde mental? Você pode contar algum caso que se recorde em que o matriciamento ajudou muito no atendimento ao paciente? Que ajudou pouco e que não ajudou? Você pode me dar exemplos?
3. No caso que não “deu certo”. O que você acha que poderia ter sido feito para ter o resultado esperado?
4. Você já teve alguma atividade de formação (cursos, aprimoramento, etc) sobre atendimento em saúde mental na APS ou matriciamento? Quais foram? Algum destes foi realizado no serviço? Isso te possibilitou melhoria no atendimento?
5. Quais atividades você sente necessidade para melhorar e aperfeiçoar o atendimento em saúde mental na APS?

Dados de identificação

Título do Projeto: Necessidade de ações de educação permanente para fortalecer e aprimorar o atendimento em saúde mental na atenção primária à saúde

Pesquisador Responsável: Lidiane Soares dos Santos Melo

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Escola de Enfermagem USP

Telefones para contato do pesquisador: (11) 995499953 E-mail para contato com o pesquisador: l.soares@bol.com.br

Contato com CEPEE para dúvidas ou denúncias quanto a questões éticas:

E-mail: edipesq@usp.br Telefone: (11) (55 11) 3061-7652

Contato com o CEP/SMS para dúvidas ou denúncias quanto a questões éticas:

E-mail: smscep@gmail.com Telefone: (11) 3397-2464

O Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “Necessidade de ações de educação permanente para fortalecer e aprimorar o atendimento em saúde mental na atenção primária à saúde”, de responsabilidade da pesquisadora Lidiane Soares dos Santos Melo, aluna do Programa de Pós-Graduação Formação Interdisciplinar em saúde, Mestrado Profissional.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa cujo objetivo geral é conhecer as necessidades educativas de trabalhadores de saúde para a prática interprofissional colaborativa entre equipes de saúde da família e profissionais de matriciamento em saúde mental. Os objetivos específicos são: identificar e analisar ações que promovam colaboração entre trabalhadores das equipes de saúde da família e de matriciamento em saúde mental; identificar e analisar as necessidades de ações educativas de trabalhadores de saúde para a prática interprofissional colaborativa entre os profissionais das equipes de saúde da família e de matriciamento em saúde mental.

O pesquisador será o responsável por realizar todas as entrevistas, norteadas por um roteiro (com tempo médio de duração prevista em uma hora), que serão gravadas e posteriormente transcritas. O local e o horário das entrevistas será o de escolha do entrevistado, assegurando sua privacidade e o não prejuízo das atividades de trabalho. Será solicitado que relate sobre sua experiência de trabalho no que se refere ao atendimento de usuários que apresentem necessidades de saúde mental na atenção primária e de articulação e entrosamento entre a equipe saúde da família e profissionais do matriciamento em saúde mental. Julga-se que poderá haver desconforto do entrevistado ao relatar sobre sua experiência de trabalho e atuação na ESF, mas caso

isso ocorra o entrevistado poderá interromper a entrevista a qualquer momento. A confidencialidade das informações geradas e a privacidade do sujeito da pesquisa serão garantidas. Não ocorrerão prejuízos de ordem profissional ou de qualquer ordem acaso ocorra desistência ou recusa em participar do estudo. A participação é *voluntária* e este consentimento poderá ser retirado a qualquer tempo.

Julga-se que não há riscos associados à sua participação nesta pesquisa, visto que você será convidado a participar de uma entrevista e as informações que obtivermos por seu intermédio serão rigorosamente confidenciais e mantidas em sigilo sem sua identificação. Como benefício o projeto pode oferecer contribuições para o fortalecimento e aprimoramento das práticas colaborativas interprofissionais entre equipes de saúde da família e de matriciamento em saúde mental, através do conhecimento das necessidades de ações de educação permanente para o atendimento em saúde mental na atenção primária. Em caso de o participante apresentar quaisquer dúvidas acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa, pode entrar em contato com a pesquisadora através dos diferentes contatos fornecidos no início desse formulário. Em caso de o participante apresentar quaisquer dúvidas ou denúncias acerca de questões éticas pode entrar em contato com o contato do CEP/SMS e do CEP/EEUSP também estão disponibilizados no início do formulário. Esse TCLE será fornecido em 2 (duas) vias com as assinaturas do pesquisador e participante; o participante receberá 1 (uma) das 2 (duas) vias.

Eu, _____, declaro ter sido informado e concordo em participar do projeto de pesquisa acima descrito.

São Paulo, ___ de _____ de _____.

Assinatura do pesquisador

Assinatura do participante

Anexo C - Carta de autorização do Serviço de Saúde

Ao Sr. (a) _____ Responsável do Serviço de Saúde _____ Vimos solicitar sua autorização para coleta de dados para a pesquisa intitulada "Necessidade de ações de educação permanente para fortalecer e aprimorar o atendimento em saúde mental na atenção primária à saúde" coletadas por meio de entrevista semiestruturada com os sujeitos de pesquisa. Salientamos o caráter científico do estudo proposto, no qual a colaboração é estritamente voluntária, sem nenhuma penalização ou prejuízo à sua pessoa ou instituição caso não concorde em participar da pesquisa. Também destacamos que não haverá identificação pessoal ou institucional e que as informações fornecidas serão confidenciais. Desde já apresentamos nosso compromisso de retorno dos resultados da pesquisa ao serviço sob a forma de relatório.

Lidiane Soares dos Santos Melo- Pesquisador responsável pela investigação

Assinatura de consentimento do responsável

Assinatura do pesquisador responsável pela investigação

Lidiane Soares dos Santos Melo - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), Departamento de Orientação Profissional. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419. Cerqueira Cesar. CEP: 05403-000. São Paulo-SP. Telefone: (11) 3061-7652.

ANEXO D - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

CAAE:45411815.0.0000.5392

Número do Parecer:1.235.305

Continuação do Parecer: 1.235.305

Tipo Documento	Arquiv	Postagem	Auto r	Situaçã o
Outros	cartaderesolucaodependencias.docx	29/08/2015 12:07:35	Lidiane Soares dos Santos Melo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetomestradospplataformabrasil16815.docx	29/08/2015 12:08:47	Lidiane Soares dos Santos Melo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLELidianeMelo16815.docx	29/08/2015 12:09:46	Lidiane Soares dos Santos Melo	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	29/08/2015 12:11:05	Lidiane Soares dos Santos Melo	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICA S_DO_P ROJETO_518561.pdf	29/08/2015 12:11:32	Lidiane Soares dos Santos Melo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 18 de Setembro de 2015

Assinado por: Lisabelle Mariano Rossato
(Coordenador)

Ações educativas de trabalhadores de saúde para a prática interprofissional colaborativa entre profissionais das equipes de Atenção Primária à Saúde e de matriciamento em Saúde Mental.

Introdução

Os resultados desta dissertação evidenciam necessidades de ações de educação permanente dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) e Saúde Mental (SM).

A complexidade do tema dos cuidados de saúde mental na atenção primária à saúde requer que os profissionais da APS tenham segurança em suas ações e que sejam apoiados pelo matriciamento de SM configurando ações compartilhadas entre as equipes para a melhoria da qualidade da atenção aos usuários.

Destacam-se, inicialmente, duas necessidades de ações educativas referidas pelos profissionais de saúde: o manejo das situações trazidas pelos usuários com sofrimento psíquico, e a compreensão dos problemas de saúde mental mais frequente no cotidiano das unidades, como depressão, depressão pós-parto, insônia, questões ligadas à infância e adolescência, abuso de substâncias químicas, transtornos e agravos em saúde mental.

Outros aspectos foram identificados como necessidades de ações educativas para o cuidado de SM na APS: a abordagem das concepções de saúde mental, visto que os conceitos e preconceitos são fatores que interferem no cuidado aos usuários, e a discussão sobre o medo e estigma, medo que usuários com necessidades em saúde mental podem causar nos profissionais de saúde, principalmente nos casos agudos ou usuários em crise, e o estigma da saúde mental historicamente presente entre os profissionais e instituições.

Também é necessário que exista um espaço de troca entre os profissionais, no intuito de reconhecerem as especificidades de cada equipamento de saúde, assim como o reconhecimento dos papéis dos profissionais de ambas as equipes – de APS e de SM.

Cabe destacar que para que esses espaços de discussão sejam possíveis é necessário que as instâncias gestoras, entendendo a importância das ações de educação permanente, propiciem a sua realização, viabilizando os espaços físicos, horário previsto nas agendas além daqueles reservados para as reuniões de matriciamento que já

ocorrem nas unidades, possibilitando tanto continuidade das atividades de matriciamento e a discussão de casos, quanto ações educativas.

Justificativa

A SM representa uma demanda crescente na APS e segundo a Política Nacional de Saúde Mental as ações na APS são fundamentais para a articulação em rede na qual se baseiam as ações de SM no país. Percebe-se que os profissionais ainda apresentam pouco ou nenhuma formação voltada para a saúde mental, principalmente no âmbito da APS o que torna necessário um programa de Educação Permanente em Saúde que permita a discussão dos temas relevantes para o atendimento integral e de qualidade aos usuários com necessidade de atendimento em saúde mental na APS.

Objetivos

Fortalecer as ações de atendimento em saúde mental na APS, através do matriciamento em SM.

Objetivos Específicos

- Permitir a discussão dos temas relevantes em SM entre os profissionais da APS e matriciamento em SM
- Possibilitar o reconhecimento das especificidades do atendimento em saúde mental aos profissionais da APS
- Possibilitar o reconhecimento das peculiaridades da APS aos profissionais do matriciamento SM
- Facilitar o reconhecimento dos papéis dos profissionais e favorecer a colaboração entre as equipes
- Promover espaço de reflexão sobre as tensões e dificuldades encontradas pelos profissionais no desenvolvimento das ações em saúde mental na atenção primária (potencialidades e barreiras da política de SM na APS).

Metas

Diminuir as dificuldades encontradas pelos profissionais da APS no atendimento aos usuários com necessidades em saúde mental.

Público Alvo

Profissionais da APS: agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos e profissionais do matriciamento em SM: psicólogo, psiquiatra, fonoaudiólogo.

Temas

Concepções de Saúde Mental

Política Nacional de Saúde Mental e Matriciamento em SM

Condução e manejo dos casos em SM na APS

Rede de atenção à Saúde e intersetorialidade (limites e potencialidades da APS)

Agravos e transtornos mentais frequentes na APS

Ações compartilhadas entre equipes da APS e de matriciamento em SM

Estigma em saúde mental

Cronograma

O cronograma deverá ser desenvolvido pelas unidades, com participação do gestor local e profissionais envolvidos.

Recursos humanos

As equipes deverão indicar/escolher um profissional da unidade ou externo a ela para cada tema a ser abordado, proporcionando que cada tema seja tratado pelo(s) profissional(s) mais habilitado(s) para conduzir a discussão e propiciar um aprendizado compartilhado.

Recursos Materiais

Deverá ser disponibilizada a impressão/cópia de artigos, textos etc, que servirão de apoio nas discussões.

Sala com mesa e cadeiras, papel e caneta para uso dos participantes.

Outros recursos áudio visuais devem ser providenciados conforme necessidade dos profissionais.

Considerações Finais

Entende-se que as necessidades de ações educativas identificadas e aqui sugeridas, de forma alguma esgotam os temas necessários, mas apenas representam um ponto inicial das ações locais de EPS.

É fundamental que outras ações sejam organizadas e implementadas no sentido de fortalecer e aprimorar as ações em saúde mental na APS.

Espera-se que estas ações despertem nos profissionais a reflexão e crítica sobre as ações e práticas em saúde mental na APS e proporcionem segurança aos profissionais no atendimento aos usuários com necessidades em saúde mental.

Sugestão de Leituras

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental/Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático para matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Centro de Estudo e pesquisa em saúde Coletiva. 2011

Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde. (Série E. Legislação em Saúde)2012.

Bezerra E, Dimenstein M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicol. Cienc. Prof.*2008;28(3):632-64.

Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*.1999;4(2):393-403.

Cunha GT; Campos GWS. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde e Sociedade*. 2011;20(4):961-70.