

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DAISE DA ROSA

**O MATRICIAMENTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: aspectos
sociopolíticos e técnicos**

FLORIANÓPOLIS

2014

DAISE DA ROSA

**O MATRICIAMENTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: aspectos
sociopolíticos e técnicos.**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado ao Departamento de Serviço
Social da Universidade Federal de Santa
Catarina, como requisito parcial para a
obtenção do título de Bacharel em Serviço
Social.

Orientador: Prof^a Dr^a Myriam Raquel
Mitjavila

FLORIANÓPOLIS

2014

DAISE DA ROSA

O MATRICIAMENTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: aspectos sociopolíticos e técnicos.

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Departamento de Serviço Social, do Centro Sócio-Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Banca examinadora:



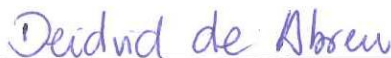
Profª Drª MYRIAM RAQUEL MITJAVILA

Orientadora



Profª Drª Liliame Moser

1º examinadora



MSc - Deidvid de Abreu

2º examinador

FLORIANÓPOLIS

2014

“Nunca se pode saber de antemão de que são capazes as pessoas, é preciso esperar, dar tempo ao tempo, o tempo é que manda, o tempo é o parceiro que está a jogar do outro lado da mesa e tem na mão todas as cartas do baralho, a nós compete-nos inventar os encartes com a vida.”

José Saramago

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado força e coragem para realização deste sonho.

Agradeço aos meus pais, por todo amor e dedicação que tem comigo, por me ensinarem que tudo na vida se conquista com sacrifício, mas que ao final se tem a recompensa. Obrigado por tudo, amo muito vocês.

Ao meu irmão Daniel, por ser o melhor irmão que uma pessoa pode ter, por ser meu melhor amigo e por estar sempre ao meu lado. Te amo Dani.

Ao meu noivo Samuel Silvio Martins pela compreensão nas minhas ausências, meu companheiro nas alegrias e nas angustias. Obrigado por fazer parte da minha vida e me fazer à pessoa mais feliz. Te amo muito.

Às minhas grandes amigas Carina Daroceski Medeiros, Karoline Lúcia Martins, Maria Salete da Rosa e Marina Freitas Elias, pela amizade, força compreensão e paciência. Cada uma de vocês faz parte de cada passo que dei nessa longa caminhada. Obrigada por tudo, amo todas vocês.

As amigas que fiz durante a graduação, em especial a Nássara, Priscila Bueno, Tatiane Santos, Tatiany Assis, que me ajudaram direta e indiretamente para que esse objetivo fosse alcançado. Em particular a Aline Jordão, minha grande companheira nesse momento difícil de construção desse trabalho, só nós sabemos como foi difícil à elaboração, mas conseguimos.

A minha Supervisora de estágio Tamara A. Arias Schutel, uma excelente profissional, que contribuiu ainda mais para o meu interesse pela saúde mental.

A todos os professores do Departamento de Serviço Social que contribuíram para a ampliação do meu conhecimento. Em especial a professora Myriam Mitjavila que me orientou para execução deste trabalho.

Todos muito obrigada!

RESUMO

ROSA, Daise da. **O matriciamento nos serviços de saúde mental: aspectos sociopolíticos e técnicos.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014.

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem por objetivo descrever e analisar o matriciamento, ou apoio matricial, como dispositivo ou modalidade de organização dos serviços de saúde no âmbito da atenção básica em saúde mental no Brasil. É de caráter monográfico, decorrente de uma revisão do escasso material bibliográfico e documental disponível no país sobre o tema. A perspectiva adotada focaliza a análise de aspectos sociopolíticos do papel do matriciamento no contexto da reforma sanitária e, especialmente, do processo de reforma psiquiátrica que teve início nas últimas duas décadas do século XX. Pretende-se demonstrar que, longe de ser apenas um instrumento de gestão, o matriciamento consiste em uma estratégia de natureza essencialmente política, tanto no que se refere às condições que a originaram como às conseqüências de sua aplicação para a orientação e qualidade dos serviços na área da saúde mental. O principal alvo do matriciamento é constituído pelas equipes multiprofissionais que atuam nos serviços de saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família, as quais passam a receber orientações normativas e técnicas de agentes matriciadores, definidos como tais em virtude de possuírem conhecimentos especializados em temas de saúde mental. O presente trabalho tem o propósito de mostrar que as práticas de matriciamento emergiram como resultado de processos de profunda reorganização dos serviços de saúde em geral, e dos serviços de saúde em particular, criando as condições históricas de possibilidade dessa estratégia. Assim, o matriciamento surge como uma estratégia que visa administrar - em um contexto de escassez de recursos humanos especializados - as demandas de atenção à saúde mental através da rede de serviços que se constitui a partir das reformas sanitária e psiquiátrica no âmbito do SUS. Ao longo do trabalho,

apresentam-se alguns antecedentes nacionais e internacionais da trajetória histórica dos serviços de saúde mental que podem ter influenciado a emergência do apoio matricial, de forma a compreender suas características, problemas e desafios atuais. Com essa finalidade, discutem-se alguns aspectos da orientação política e técnica das práticas de matriciamento no campo da saúde mental, constatando-se a predominância do olhar biomédico ou psiquiátrico sobre a saúde mental nos conteúdos dos manuais e documentos que contém as orientações para as interações entre “matriciadores” e “matriciandos”. Trata-se de conteúdos que se mostram contraditórios com a perspectiva promovida pela política nacional de saúde, que declara a priorização das dimensões socioculturais da saúde mental. Devido à importância dessas dimensões, o trabalho conclui com algumas considerações acerca do papel do Serviço Social nos processos de matriciamento, principalmente no que diz respeito aos aspectos sociopolíticos e culturais da saúde mental.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; Saúde Mental; Matriciamento; Equipes Multiprofissionais.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Roteiro para discussão de casos em apoio matricial de saúde mental.....	57
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial por tipo (dezembro de 2003 – dezembro de 2006).....	44
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário da Saúde

APS – Atenção Primária de Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS Ad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas

CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CNS – Conferência Nacional de Saúde

COI – Centros de Orientação Infantil

COJ – Centros de Orientação Juvenil

CSM – Centro de Saúde Mental

ESF – Estratégia de Saúde da Família

MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PSF – Programa de Saúde da Família

SF – Saúde da Família

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. CONTEXTO SÓCIO-HISTÓRICO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE MENTAL	15
2.1. Aspectos político-institucionais da atenção à saúde mental	15
2.2. A crise do modelo asilar no Brasil	19
2.3. Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária.....	22
2.4. Política Nacional de Saúde Mental.....	28
3. MATRICIAMENTO E PRÁTICAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL.....	31
3.1. Processo histórico do matriciamento e seus conceitos.....	31
3.2. Matriciamento e trabalho multiprofissional.....	39
3.3. Desafios presentes no apoio matricial.....	45
4. SERVIÇO SOCIAL E APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL.....	49
4.1. Inserção do Assistente Social nas equipes multiprofissionais em Saúde Mental.....	49
4.2. O exercício profissional do Assistente Social e o matriciamento em saúde mental.....	54
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
REFERÊNCIAS.....	62
ANEXO.....	68

1. INTRODUÇÃO

As respostas sociais ao problema da loucura inauguraram o campo da saúde mental com a criação de dispositivos de tratamento que persistem até o presente, tais como os serviços de saúde e a medicina psiquiátrica. No entanto, a trajetória dos recursos assistenciais para lidar com os problemas de saúde mental experimentou mudanças estreitamente vinculadas a processos de transformação das próprias sociedades e de suas maneiras de interpretar a saúde mental e de lidar com ela.

Todas as formas conhecidas das respostas sociais organizadas perante os problemas de saúde mental envolveram, e envolvem a criação de instrumentos matriciadores das práticas dos agentes responsáveis pela efetivação dessas respostas. Essa necessidade de matriciar ações, a partir de objetivos e orientações políticas e técnicas, tende a se incrementar a medida que se torna também mais densa, complexa e diversificada a rede de objetos, e de instrumentos para abordá-los, que passam a fazer parte do campo da saúde mental. Assim, por exemplo, a decadência política e institucional do manicômio como espaço privilegiado de atendimento à saúde mental teve como consequência a criação de redes de serviços substitutivos de caráter ambulatorial e comunitário que envolvem uma expansão dos objetos (problemas, transtornos, mal-estares para além da loucura), dos serviços de saúde (centros de saúde, comunidades terapêuticas, centros de atenção psicossocial, etc.) e a inclusão de novas categorias profissionais, além das tradicionais representadas pela medicina e a enfermagem.

No Brasil, os movimentos de Reforma Sanitária e de Reforma Psiquiátrica representaram grandes conquistas na direção de construir um sistema de saúde e uma rede de serviços que respondessem aos critérios de universalidade, integralidade, equidade, participação social, e que fossem capazes de efetivar, na prática, a crítica ao modelo de tratamento precedente, baseado no isolamento asilar, na discriminação social e na punição dos indivíduos diagnosticados como

portadores de doença mental..

Porém, junto com essas conquistas surgiram novos desafios. Nessa esteira, talvez um dos mais importantes seja como construir uma rede de serviços capaz de cumprir com os objetivos traçados pela política nacional de saúde mental preconizada a partir da Reforma Psiquiátrica em um contexto de escassez de recursos humanos especializados em saúde mental para atuar na atenção básica.

Pretendemos demonstrar, por meio do presente trabalho, que o matriciamento, ou apoio matricial em saúde mental, responde precisamente à essa necessidade de moldar a nova rede assistencial de acordo com a orientação da política de saúde mental. E o principal foco dos processos de matriciamento em saúde mental é constituído pelas equipes multiprofissionais que atuam no âmbito da atenção básica em saúde. O matriciamento visa proporcionar parâmetros para a atuação dessas equipes nas áreas de promoção, prevenção e tratamento em saúde mental, através de interações com agentes matriciadores responsáveis pela nova qualificação das equipes e dos serviços em função de um conjunto de conteúdos políticos, normativos e técnicos que constituem o núcleo da política de saúde na área da saúde mental.

O trabalho que ora apresentamos é de caráter monográfico, resultante da uma revisão do escasso material bibliográfico e documental disponível no país sobre o tema. O objetivo principal é identificar os fatores que condicionaram o matriciamento como objetivo político, os tipos de conteúdo que o sustentam e os desafios que coloca para as equipes multiprofissionais e, em especial, para o Serviço Social nesse espaço.

O trabalho está estruturado em cinco seções, incluindo esta primeira e breve introdução. Na segunda seção serão abordados aspectos da historicidade dos modelos assistenciais que foram emergindo no enfrentamento dos problemas da área da saúde mental, principalmente no que se refere a elementos precursores das práticas de matriciamento, tais como a criação de redes de serviços ambulatoriais, a territorialização da atenção à saúde mental e a inclusão de novas categorias profissionais nas modalidades de atenção pós-manicomial.

A terceira seção é dedicada a descrever e analisar o processo de criação e

implantação do matriciamento no Brasil, do ponto de vista dos seus objetivos políticos, do tipo de saber profissional que o organiza e de suas implicações para a atuação das equipes multiprofissionais envolvidas.

A inserção do Serviço Social nos processos de matriciamento em saúde mental é abordada na quarta secção. Para tanto, são realizadas algumas considerações sobre o lugar das dimensões socioculturais da saúde mental nas práticas de matriciamento e suas relações com o modelo biomédico dominante.

Por fim, na quinta e última seção incluímos algumas reflexões a modo de considerações finais, porém, de caráter inacabado, tendo em vista as limitações próprias de um trabalho como o que ora se apresenta. Trata-se, na verdade, de pontuar alguns problemas cuja abordagem deveria ser continuada por meio de futuras pesquisas sobre o tema.

2. CONTEXTO SÓCIO-HISTÓRICO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE MENTAL

Nesta seção serão abordados aspectos da historicidade da loucura no cenário nacional e internacional, direcionando o olhar para o caminho percorrido desde a Idade Média, passando pelo movimento da Reforma Psiquiátrica e Sanitária brasileira, até a atual Política nacional de Saúde Mental.

Introduzindo as práticas de matriciamento, que embora não tivesse esse nome, e não se pudessem registrar formas deste modelo em Saúde Mental, alguns elementos estariam presentes a partir da Reforma Psiquiátrica. O matriciamento sempre fez parte da atenção à saúde, com a definição de protocolos, na organização dos serviços, nas normas formuladas pelo Estado.

2.1. Aspectos político-institucionais da atenção à saúde mental

O fenômeno conhecido como loucura nem sempre foi considerado como algo negativo e tão pouco visto como uma doença. Na Grécia antiga a loucura chegou a ser considerada um privilégio, pois eram através dos delírios que alguns tinham acesso a verdades divinas. Porém, para Silveira e Braga (2005) essas pessoas não eram consideradas normais perante a sociedade, mas portadoras de uma “desrazão¹” e, portanto, deveriam ser mantidas à distância, desassociando o dito sagrado das experiências terrenas.

Segundo Silveira e Braga (2005, p. 3)

[...] desde a Idade Média já existiam mecanismos de exclusão do louco, ainda não é aí que a loucura vai ser percebida como um fenômeno que requeira um saber específico, pois os primeiros estabelecimentos criados para circunscrever a loucura destinavam-se simplesmente a retirar do convívio social as pessoas que não se adaptavam a ele.

¹ É entendida como tudo aquilo que uma sociedade enxerga como sendo seu “outro”: a estranheza, a ameaça, a alteridade radical. (SILVEIRA; BRAGA, 2005, p. 592)

Todo o conhecimento que era direcionado para o espiritual passa por uma mudança do pensamento místico para as causas naturais. Alguns pensadores desenvolveram explicações racionais para o chamado transtorno mental. Fortes (2010) cita Hipócrates (460-380 a.C.) que possuía uma grande capacidade de observação, já associava quadros mentais a estados infecciosos, foi o pioneiro na tentativa de libertar a medicina dos rituais mágicos e percebeu que o cérebro era o centro dos sentimentos e também das ideias. E o médico romano Galeno (131-200 D.C) atribuía ao cérebro a função controladora dos fenômenos mentais, separando a alma em razão e intelecto, coragem e raiva, apetite carnal e desejos.

A Idade Medieval se definiu por uma regressão de todo pensamento científico que se atingiu até então. A feitiçaria e a "**demonologia**"², justificativas da questão, passaram a reprimir o pensamento e as ações médicas nesse momento. O caminho de inflexibilidade para com os loucos, os mais frágeis e as mulheres tem na Idade Medieval o seu marco referencial (FORTES, 2010).

O isolamento dos chamados "loucos" ou a institucionalização destes tiveram várias formas no decorrer da história. A mais antiga foi a ação de recolhimento em edifícios sustentados pelo poder público ou por grupos religiosos. Antes de abrigar os loucos, os edifícios eram utilizados para segregar os leprosos na defesa da saúde pública (PESSOTTI, 1996).

Em seguida, surgem na Europa instituições hospitalares (algumas delas filantrópicas) designadas ao tratamento médico aos doentes sem auxílio da família e, então, começam a asilar e tratar os loucos. Muitas dessas instituições se tratavam de hospitais gerais e destinavam espaços inteiros a esses doentes. Por este motivo, por vezes eram chamados de hospícios. Pessotti (1996) explica que o tratamento realizado por essas instituições era efetivado por religiosos sem nenhuma formação médica, os quais não tinha o propósito de se fazer um tratamento psiquiátrico com os doentes.

É ainda no século XVII que os hospícios são gerados com a finalidade de

² É o estudo sobre demônios. E Fortes (2010) acentua que a partir do século XVIII o demônio que foi criado pela Contra-Reforma enfim deixou de fazer parte do corpo humano tornando a loucura uma doença e, portanto suscetível ao tratamento e a cura.

prender os loucos com outros marginalizados pela sociedade. Surgem também hospícios na Inglaterra, na Escócia, em Paris, na Alemanha e na Bélgica, onde aparece a Aldeia de Gheel, que será posteriormente precursora na inserção do tratamento psiquiátrico.

Reforça Foucault (1972, p. 373):

Essa aldeia significava outrora que os loucos eram encurralados, e que com isso o homem com razão ficava protegido. Ela manifesta agora que o louco está livre e que, nessa liberdade que o põe em pé de igualdade com as leis da natureza, ela se ajusta ao homem racional.

Na Itália e na França os loucos considerados tranquilos eram esquecidos em suas casas ou vagavam pelas ruas, sendo motivo de zombaria pela sociedade. E quando eram vistos como perigosos eram aprisionados e acorrentados com os criminosos nas prisões (PESSOTTI, 1996).

No século XVIII começam a surgir hospícios mais extensos e arejados, com melhores condições sanitárias, estruturados para a função hospitalar. Entretanto, localizados em edifícios separados de hospitais gerais.

É nesse período que o diretor do Asilo de Bicêtre ³em 1793, Philippe Pinel⁴ constatou que não servia para o estudo da loucura o método cruel de exclusão existente em Bicêtre. Com a decisão de retirar as correntes que prendiam os loucos, a intenção de Pinel era de obter um diagnóstico e tratamento corretos, que deveriam ser encaminhados pela razão e pela observação dos casos em condição normal, sem as distorções determinadas pela violência e o controle dos antigos hospícios.

³É um hospital localizado ao sul de Paris, França. Construído em 1634, foi planejado como hospital militar. Foi utilizado como orfanato, prisão, asilo para doentes mentais e hospital.

⁴ Médico Francês pioneiro no tratamento mais científico e menos supersticioso contra a loucura defendendo tratamentos mais humanos, tornando-se um dos precursores da psiquiatria moderna. Disponível em: <http://www.dec.ufcg.edu.br/biografias/PhlipxPi.html>

A partir disso, Pessotti (1996, p. 163) aponta a reorganização interna do instituto:

[...] era instrumental, servia para assegurar uma correta observação da natureza da loucura. A distribuição racional dos doentes segundo as semelhanças dos casos também facilitaria a observação e o tratamento. Como resultado, bem cedo começaram a chamar a atenção diversos problemas e sintomas que não eram notados quando os loucos eram apenas amontoados sem qualquer distinção.

Para as dimensões médicas não interessava localizar a parte central da doença no organismo, mas simplesmente considerar sinais e sintomas, a fim de agrupá-los segundo sua ordem natural, com base nas manifestações claras da doença. Desta forma, a ação de Pinel ao libertar os loucos das correntes não ocasionou a inserção destes em um espaço de liberdade, mas, pelo contrário, fundou a ciência que os classificava e acorrentava como objetos de saberes, discursos e práticas atualizados na instituição da doença mental.

Explanam Silveira e Braga (2005) que é a partir do século XVIII que começa a se ter uma compreensão da loucura como objeto do saber médico, caracterizando-a como doença mental e, desse modo, possível de tratamento e de cura. Esse período é considerado o “Século das Luzes”, onde a razão ocupa um lugar de grande importância, pois é através dela que o homem pode conquistar a liberdade e a felicidade. Nessa época é que acontece o reconhecimento do pensamento científico e é em meio a esse contexto que ocorre o surgimento do hospital como âmbito terapêutico.

O hospital psiquiátrico, a partir da premissa errônea e impalpável concretamente sobre a qual baseia sua atuação, a cura/normatização, sustenta práticas excludentes – sua resposta última, em vários casos, acaba se tornando o abandono à perpétua internação ou às internações tão recorrentes que nada de palpável pode ser estabelecido, organizado ou recuperado fora do espaço manicomial. É nesse quadro problemático que se inserem as críticas e no qual os serviços substitutivos propõem novas práticas discursivas (FERRO, 2009, p. 04).

Segundo Fortes (2010) as instituições psiquiátricas tornaram-se símbolos de “exclusão social”⁵, confisco da cidadania e conseqüentemente da vida dos pacientes portadores de transtornos mentais, sendo que estas estavam descomprometidas com o cuidado à saúde e com a reinserção psicossocial desses pacientes.

A partir do século XIX, a psiquiatria passa a ser um imperativo de ordenação dos sujeitos, um modelo centrado na medicina biológica que se limita em observar e descrever os distúrbios nervosos, intencionando um conhecimento objetivo do homem.

Neste sentido, Amarante (1995, p.26) aborda:

[...] a psiquiatria busca firmar-se enquanto processo de conhecimento científico, em sua pretensão de neutralidade e descoberta da essência dos distúrbios através de relações de causalidade. Este território – matizado pelos cânones científicos – pretende garantir credibilidade de ciência à medicina psiquiátrica emergente.

Na idade de ouro do alienismo nos séculos XVIII e XIX a organização dos serviços tinha como epicentro único o manicômio, portanto, não havia ainda a necessidade de regular, controlar e nem de padronizar a assistência à loucura nesses espaços, pois estes não existiam. No século XIX já haviam médicos e asilos, mas a medicina em muitos casos ainda não existia dentro da psiquiatria como especialidade médica à Saúde Mental.

2.2 A crise do modelo asilar no Brasil

No século XIX o modelo asilar atravessa situações de crise, e essas foram experimentadas por tal modelo no século XX, com formas alternativas e substitutivas, que gerou a necessidade de matriciamento.

⁵ “A exclusão social pode ser definida como um processo múltiplo de apartação de grupos e sujeitos, presente e combinado nas relações econômicas, sociais, culturais e políticas, dele resultando discriminação, não acessibilidade ao mundo oficial do trabalho e do consumo.” (MINAYO, 2001, p. 3, *apud* GONÇALVES, 2005, p. 100).

Serão destacados aspectos, conjunturais e contextos que operaram como construção do matriciamento. As principais transformações que podem ser consideradas como instrumentos precursores para o apoio matricial pode ser, a inserção do higienismo na Saúde Mental com a influência das experiências a nível nacional e internacional, que envolveram a criação de uma rede de serviços de Saúde Mental, o Centro de Saúde Mental (CSM) no Brasil e o Centro de Psiquiatria na França.

No Brasil, a partir do século XIX, ainda durante o período imperial, tem início a assistência psiquiátrica pública, que era exercida de forma amadora por meio de instituições de caráter asilar pertencentes à Igreja Católica. A sociedade do século XIX enxergava no louco uma ameaça à segurança pública, sendo o recolhimento aos asilos a única forma de lidar com a pessoa com transtorno mental.

Para Fortes (2010) esse recolhimento foi autorizado e legitimado pelo Estado, por meio de textos legais editados pelo Imperador, tendo como objetivo oferecer proteção à sociedade. A população colocou uma pressão no Estado Imperial para que este recolhesse os “loucos” a um lugar de isolamento e fez com que determinasse a construção de um local específico com o objetivo de tratá-los. Surgiu assim o hospício Pedro II, em 1852, no Rio de Janeiro, com a função de remover e excluir o doente. De forma progressiva, esse padrão assistencial se desenvolveu e se ampliou em todo o território brasileiro, consolidando e reproduzindo em solo nacional o hospital psiquiátrico europeu como o espaço socialmente legitimado para a loucura.

Durante o século XVIII, no Brasil, o atendimento hospitalar era realizado dentro das Santas Casas de Misericórdia, instituições religiosas e filantrópicas, que eram destinadas ao tratamento de enfermos, sendo o doente mental somente acolhido. Tais tratamentos cumpriam um papel de amparo social. Somente no século XIX é que passam a proporcionar locais exclusivos para o cuidado de doentes mentais (RIBEIRO, 1999).

Ribeiro (1999, p.18) reforça:

Não havia, até o século XIX, nem um esboço de estruturação, organização ou disposição para se cuidar dos doentes mentais como indivíduos enfermos que careciam de cuidados especiais. Tampouco as Santas Casas, que costumavam acolher os loucos, dispensavam-lhes qualquer atendimento médico-hospitalar.

Apesar de oferecer local específico para tratamento, as Santas Casas de Misericórdia ofereciam aos indivíduos com transtornos mentais tratamento diferenciado. Estas pessoas eram colocadas em porões sem nenhuma assistência médica, entregues aos guardas, que os reprimiam por seus delírios e alucinações, através de espancamento.

Nesse processo de recolhimento dos doentes mentais Jorge (1997) descreve que houve a necessidade de se construir um espaço de recolhimento mais adequado aos indivíduos com transtornos mentais, que se localizavam nas dependências da Santa Casa de Misericórdia ou nas ruas. Essa ação fazia parte de uma transferência de responsabilidades e da retirada desses doentes do espaço urbano. Com isso esses indivíduos acabaram sendo deslocados para o Hospício de Pedro II.

Com o fim do Império e o surgimento da República, em 1890, o Hospício Pedro II foi separado da Santa Casa de Misericórdia e passou a se chamar “Hospício Nacional de Alienados”, sendo dirigido pelo Governo Federal. Durante esse ano foi fundada a Assistência Médico-legal aos doentes mentais e as Colônias de São Bento e Conde de Mesquita, incorporadas ao Hospício Nacional de Alienados. As Colônias foram criadas para resolver as dificuldades de superlotação do hospício, e sua forma de tratamento era composta por atividades agropecuária e artesanatos.

Será na segunda década do século XX quando a Saúde Mental passa a ser considerada como um problema de natureza política que vai além do problema da loucura e que se coloca como assunto de Estado, onde pela primeira vez, este e as elites dominantes começam a perceber a importância da Saúde Mental para a constituição da pureza racial no sentido higiênico da população brasileira.

O descentramento da Saúde Mental na loucura levou a criação de mecanismos e formou agentes que deveriam atuar além do território, nas intervenções políticas e técnicas a fim de evitar os comportamentos indesejáveis. Esse descentramento vai exigir a padronização, criar sistemas de referência ainda precários, tudo isso implica no comando do saber psiquiátrico e nas formas de matriciamento.

Ribeiro (1999) relata que em 1923 foi fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental no Estado do Rio de Janeiro. Esta tinha como intuito reformar a assistência psiquiátrica no país. Já em 1927 foi inaugurado o Serviço de Assistência ao Doente Mental com a função de coordenar os hospitais psiquiátricos públicos do Rio de Janeiro, se tornando responsável pela assistência psiquiátrica no Brasil, ao fazer parte do Ministério da Educação e Saúde em 1930. Um dos precursores no aperfeiçoamento da assistência psiquiátrica e na humanização no atendimento foi o psiquiatra Ulysses Pernambucano⁶, que rompeu com as paredes do hospital psiquiátrico, através da introdução da Psiquiatria Social.

2.3. Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária

Durante as primeiras seis décadas do século XX, apesar de um crescente interesse biopolítico, o hospital era um modelo fortemente hospitalocêntrico onde não aparecem elementos que suscitem a questão do matriciamento, apontando assim à necessidade de reformulação desse modelo.

A Reforma Sanitária e Psiquiátrica no Brasil objetivaram muitas propostas que já tinham sido experimentadas em outros países em aspectos que podem ser precursores das práticas de matriciamento, e que envolvem o Estado.

Nesse sentido alguns elementos são importantes serem citados para ilustrar essas práticas de matriciamento, como a criação da rede de serviços

⁶ Foi um pioneiro da Psiquiatria Social, numa época em que não era corrente esta abordagem em saúde mental. Professor da Faculdade de Medicina do Recife criou em 1931, a Assistência a Psicopatas de Pernambuco, um sistema completo de serviços aos doentes mentais.

ambulatoriais que geram a necessidade de padronizar diversos elementos na abordagem da Saúde Mental; a inserção de equipes multiprofissionais nos serviços de saúde, que começam a atuar a partir de tradições profissionais com saberes e linguagens diferentes que passam a ser comuns a todos os profissionais envolvidos; outro elemento é a territorialização da organização de assistência à Saúde Mental no caso da Reforma Sanitária com a criação do SUS, já na Saúde Mental a territorialização é no sentido da articulação desta com a Estratégia de Saúde da Família e com os serviços substitutivos⁷. Essas mudanças na organização da Saúde Mental criaram uma padronização a fim de efetivar e cumprir com as metas de desinstitucionalização.

No Brasil com a grande influência de propostas da Europa com a psiquiatria de setor, é que teve início nas décadas de 1950 e 1960 na França, uma perspectiva crítica sobre os entraves da psicoterapia institucional enquanto intervenção terapêutica intramuros.

A psiquiatria de setor compreende uma reorganização do campo assistencial, fundamentada na articulação entre os setores hospitalares e ambulatoriais. Tinham como base central a adoção de medidas de continuidade terapêutica após a alta hospitalar, a fim de evitar a reinternação ou ainda gerar novas internações (AMARANTE, 2011).

A partir da setorialização da atenção há uma forma de territorialização da assistência conforme os parâmetros populacionais que tinham como função organizar o trabalho nos CSM e dentro do hospital. Isso fez com que cada equipe assistencial adotasse a responsabilidade por um setor específico no interior do hospital e fora dele.

Esse modelo descentralizou de forma parcial a atenção por parte do profissional psiquiatra e começa a incorporar – mesmo que de forma subordinada aos outros médicos – outros profissionais, como enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. E principalmente dos Estados Unidos, por meio da Psiquiatria comunitária, influenciou o redirecionamento dos objetivos da Psiquiatria brasileira.

⁷ A expressão da intenção psiquiátrica de renovar seu papel terapêutico, funcionando segundo uma lógica de empresa, onde esses serviços juntamente ao hospital psiquiátrico se especializam e fragmentam por tipos de prestação e competência (ROTELLI, 2001 apud ANAYA, 2004)

A partir desse momento, a meta era a redução do transtorno mental na comunidade. As propostas preventistas tornaram-se a referência para os setores organizados da Psiquiatria brasileira, em contraposição ao modelo hospitalar privado que estava se tornando dominante no país.

Durante a década de 1970, mais especificamente no ano de 1978, ocorre no Brasil o início de um movimento de desospitalização⁸ e desinstitucionalização⁹ e o período da Reforma Psiquiátrica brasileira. Iniciou-se também o movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. Esse movimento é identificado como Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), composto por trabalhadores participantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, integrantes de associações de profissionais e pessoas com grande histórico de internações psiquiátricas.

Sobre este movimento, Amarante (1996, p.8) explana:

[...] o projeto do MTSM assume um caráter marcado pela crítica ao saber psiquiátrico que, a partir de então, vem delineando o surgimento da atual concepção da reforma psiquiátrica. Esta vem configurar um processo bastante inovador, original e prolífero, permeado por inúmeras iniciativas práticas de transformação, com o surgimento de novos atores e protagonistas e uma emergente produção teórica, na qual novas questões surgem no cenário do campo da saúde mental.

Este movimento, através de diversos espaços de luta, começa a protagonizar e a implantar a denúncia da violência dos manicômios, da comercialização da loucura, da preeminência de uma rede privada de assistência e a produzir coletivamente uma crítica ao denominado saber psiquiátrico e ao padrão hospitalocêntrico¹⁰ na assistência aos portadores de doença mental.

O modelo de desinstitucionalização italiano em psiquiatria foi realizado de forma democrática e inspirou a crítica radical ao modelo manicomial no Brasil, revelando a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas fundantes da psiquiatria.

⁸ Refere-se ao processo de criação de dispositivos que viabilizem alternativas de cuidados psico sócio-assistenciais opostos aos espaços que se caracterizam como locus de repressão e sofrimento e que promovem a exclusão social.

⁹ Fundamenta-se na ideia de desconstrução e invenção.

¹⁰ Modelo focalizado no serviço hospitalar, com visão biologicista do processo saúde-doença.

A formulação da desinstitucionalização, nascida dos projetos de psiquiatria preventiva e comunitária, opera uma crítica ao sistema psiquiátrico, por ser centrado na assistência hospitalar, mas não faz o mesmo com a natureza do saber que o autoriza. Em resumo, inspira-se no paradigma psiquiátrico tradicional, assumindo a validade de seus princípios, e partindo do pressuposto de que a reforma implica a correta condução administrativa. (AMARANTE, 1996, p. 10)

Em 1987 aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde Mental. Um grupo de liderança do MTSM vinculado diretamente à gestão avaliou que o movimento estava limitando-se à ação na esfera intragovernamental, com características fortemente corporativas. Perante essa situação, no mesmo ano foi convocado o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, no qual surgiu o “Movimento de Luta Antimanicomial”, que adotou como palavra de ordem: “Por uma sociedade sem manicômios”. Tal movimento visava à desconstrução dos muros literais ou simbólicos, com os quais a técnica assumiu o mandato de exclusão da loucura do contexto social.

Este período teve o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos – SP, realizado no hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta, onde ocorriam maus-tratos e mortes de pacientes. Através desta intervenção foi possível a construção compreensível de uma rede de cuidados substitutiva ao hospital psiquiátrico (BRASIL, 2005)

No ano de 1989, é apresentado o projeto de Lei nº 3.657/89, chamado de Projeto Paulo Delgado, que propôs a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e o desaparecimento progressivo dos hospitais psiquiátricos para serem substituídos por outras modalidades de serviço. Com a aprovação desse projeto de lei são implantados em Santos – SP os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) inspirado na experiência de Trieste (Itália) os quais oferecia um serviço que funcionava em tempo integral. Foram criadas também nesse período as cooperativas e residências para os afastamentos do hospital psiquiátrico e o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), chamado de Dr. Luiz da Rocha Cerqueira em Santos-SP, que depois se expandiu para o restante do país.

Em 1992, os movimentos sociais inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em alguns estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental.

Ainda na mesma década ocorre a assinatura da Declaração de Caracas e a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental. Através destas, entra em vigor no país as primeiras normas federais que regulamentam a implantação de serviços de atenção diária, estabelecidas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia. Os CAPS vieram para aproximar e reinserir o paciente de doença mental, que anteriormente era excluído da vida em sociedade, vinculando com a comunidade, instituições, projetos e programas, como os agentes comunitários de saúde, equipes de saúde da família, escolas e as empresas (BRASIL, 2005)

Outro momento de transformações no contexto da saúde foi na década de 1980 com o Movimento da Reforma Sanitária, um movimento que surgiu em meio à Ditadura Militar onde o modelo de saúde estava concentrado na exclusão de pessoas não inseridas no mercado de trabalho formal e, conseqüentemente, mais pobre e centrado na atenção à saúde privatista, em clínicas médicas e hospitais privados. Nesse contexto, o movimento sanitário brasileiro se tornou um projeto concretizado em um espaço democrático, em que se encontra a necessidade de liberdade e o surgimento de novos sujeitos políticos.

Mendes (1995, p. 42) aborda o conceito da Reforma Sanitária:

Pode ser conceituada como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema.

Nesse sentido, em 1986 acontece a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) que, difere das conferências anteriores, onde os debates se limitavam às ações governamentais, com a participação restrita de deputados, senadores e de autoridades do setor. Esta se deu com a participação de representantes da sociedade civil, além de técnicos, profissionais de saúde, intelectuais e políticos que já participaram das conferências anteriores. Com isso, foi possível um debate democrático sobre as questões de saúde do país.

Em seu relatório final, a VIII CNS:

Propunha a criação de um sistema de saúde universal, público e gratuito, que teria, na participação, um de seus princípios. Para colocá-lo em prática, o relatório propunha, dentre outras medidas, a criação de conselhos municipais compostos por usuários e trabalhadores de saúde eleitos pela sociedade local para desempenharem o papel de controlar o poder executivo e o setor privado. (MOREIRA; ESCOREL, 2009, p. 798).

O Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, foi oficializado a partir da VIII CNS e mais tarde com a Constituição Federal de 1988. Esta propõe um novo fundamento organizacional citado pela reforma sanitária.

Mendes (1995, p. 47) ressalta alguns aspectos fundamentais sobre a questão da saúde na Constituição:

a) O conceito de saúde entendido numa perspectiva de uma articulação de políticas sociais e econômicas; b) O entendimento da saúde como direito social universal derivado do exercício de uma cidadania plena; c) A caracterização das ações e serviços de saúde como de relevância pública; d) A criação de um Sistema Único de Saúde organizado segundo as diretrizes de descentralização com mando único em cada esfera de governo, o atendimento integral e a participação da comunidade; e) A integração da saúde no espaço mais amplo da seguridade social.

O SUS tem apresentado essa ampliação nos direitos com a expansão do acesso da população aos serviços de saúde, além de introduzir o direito à saúde como requisito de cidadania na cultura da população (SILVA, 2009).

Em 1990 foi elaborada a Lei 8.080, “que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas Municipais” (MENDES, 1995, p.47). Essa lei manifesta algumas conquistas da Constituição Federal de 1988 e serviu de apoio jurídico para a

continuação da luta do Movimento da Reforma Sanitária. Neste mesmo ano é implantada no país a Lei 8.142, “que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.” (MENDES, 1995, p.49). As Leis Orgânicas Municipais instituídas em 1990 colocam para os municípios a compreensão da saúde, das esferas federativas no SUS, mas inserindo os fundamentos constitucionais federais e estaduais.

2.4. Política Nacional de Saúde Mental

No ano de 2001, a Lei Paulo Delgado é aprovada no Brasil, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, porém, a aprovação é um substitutivo do Projeto de Lei original que traz modificações importantes no texto normativo. A Lei Federal 10.216 (Anexo 1) redireciona a assistência em saúde mental privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços da base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, no entanto, não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios, mas ainda assim a lei atribui novo andamento para o movimento da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005).

Através da publicação da lei 10.216 juntamente com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental¹¹ e as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, que a política de saúde mental do governo federal começa a se estabelecer obtendo maior visibilidade. O Ministério da Saúde institui serviços abertos para substituição e diminuição de leitos psiquiátricos no país, com isso expandindo a rede de atenção diária à saúde mental. (BRASIL, 2005)

Durante a III Conferência Nacional de Saúde Mental são pactuados democraticamente princípios e estratégias para a mudança da assistência em

¹¹ Dispositivo fundamental de participação e de controle social. Foi convocada logo após a promulgação da lei 10.216, e sua etapa nacional são realizadas no mesmo ano, em dezembro de 2001. (BRASIL, 2005, p.10).

saúde mental no país.

[...] a III Conferência consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2005, p.10).

Ainda dentro dos princípios da III Conferência Nacional de Saúde Mental, Vasconcelos et al (2009, p. 28) aponta que:

As políticas de saúde mental devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a habilitação da sociedade para conviver com a diferença; garantir a integração da política de saúde mental com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte, habitação e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania; a efetivação da reforma psiquiátrica requer agilidade no processo de superação dos hospitais psiquiátricos e a concomitante criação da rede substitutiva que garanta o cuidado, a inclusão social e a emancipação das pessoas portadoras de sofrimentos psíquicos, através de uma rede de serviços territorializados e integrados à rede de saúde que realize ações de proteção, promoção, prevenção, assistência e recuperação em saúde mental.

Esse processo de desinstitucionalização de leitos em hospitais psiquiátricos é impulsionado com a criação do Programa “De Volta para Casa¹²”, que conta com incentivos financeiros para as pessoas que estiveram por um longo tempo internados em tratamentos psiquiátricos. É instituída também a estratégia de redução de danos com a política para a questão do álcool e outras drogas. Tais ações são realizadas pelos governos federal, estadual e municipal, e pelos movimentos sociais, com a intenção de mudar o modelo de assistência, deixando de ser focalizado no hospital psiquiátrico, passando para o modelo de atenção comunitária (BRASIL, 2005).

Pitta afirma (2011, p.52):

A exemplo da maioria dos países da Europa Ocidental, que reduziram vigorosamente o número de leitos em hospitais psiquiátricos desde o

¹² Esse programa tem por objetivo a inserção social de pessoas acometidas de transtornos mentais, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados.

início dos anos 1980, o Brasil implementou um novo modelo de atenção às pessoas com transtornos mentais a partir de serviços comunitários territorializados. Em pouco mais de uma década, e mais decisivamente a partir da lei 10.216, milhares de leitos psiquiátricos [...] foram reduzidos e centenas de serviços comunitários implementados, ainda que com distribuição desigual nas regiões do Brasil. O financiamento federal da Política Nacional de Saúde Mental é componente chave para a implementação desse novo modelo de atenção.

Em meio ao processo da Reforma Psiquiátrica, é importante refletir a respeito dos dispositivos utilizados para substituir os leitos em hospitais psiquiátricos. Assim sendo, é necessário avaliar sua sistematização na rede de saúde e o seu desempenho diante da efetivação das políticas de saúde mental. Isto é, garantir que a Reforma Psiquiátrica ultrapasse os princípios da desospitalização, e execute a cidadania, a autonomia e a liberdade do portador de doença mental.

Essas reformas que atingem o setor público da saúde não possuem antecedentes históricos e exigem mudanças na orientação das práticas dos gestores, dos profissionais e de outros trabalhadores, criando metas e padrões de recursos humanos que são escassos para atender os serviços de saúde.

3. MATRICIAMENTO E PRÁTICAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL

Nessa seção será abordado o processo histórico do matriciamento no Brasil, passando para apresentação dos espaços assistenciais em saúde e o trabalho multiprofissional e finalizando esta seção com os desafios presentes no matriciamento .

3.1. Processo histórico do matriciamento e seus conceitos

Para abordar esse assunto é necessário fazer um resgate histórico sobre o SUS e o que foi implantado no Brasil a partir do mesmo. O SUS faz parte de um resumo de lutas do Movimento Sanitário e dos movimentos populares ocorridos na década de 1980.

Para Fuhrmann (2003, p. 06)

O Sistema Único de Saúde pode ser compreendido como um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas e federais, estaduais e municipais, da administração direta ou indireta ou de fundações mantidas pelo Poder Público.

O SUS ainda prevê o direito a autonomia das pessoas, na busca pela integridade física e moral, o direito à igualdade nos serviços de saúde, à utilização da epidemiologia para a criação de prioridades, à divulgação de informações quanto ao potencial da assistência à saúde.

Esse sistema também inclui a participação da comunidade como uma das responsáveis no processo de universalização e integridade da saúde, ressaltando a indispensável necessidade da descentralização dos serviços para os municípios (FUHRMANN, 2003).

A partir das ações do SUS, é instaurado no Brasil pelo Ministério da Saúde o Programa Saúde da Família (PSF), que vem na tentativa de substituir o modelo

hospitalocêntrico, inserindo o modelo preventivo, que se define por modelo de atenção primária à saúde, sendo que tem como objetivo racionalizar os altos custos da saúde pública no Brasil e torná-la mais resolutiva através de uma parceria com o governos estaduais e municipais.

O PSF foi elaborado pelo Ministério da Saúde, sendo em nível federal, porém a implantação do programa se dá pela adesão dos municípios a esse projeto estratégico, sendo um grande referencial na organização da Atenção Primária de Saúde (APS)¹³. Tendo assim a implantação das Unidades de Saúde da Família nos municípios. Fuhrmann (2003, p.10-11) explica como ocorre a inserção dessas Unidades nas comunidades.

A implantação das Unidades de Saúde da Família nas comunidades ocorre, geralmente, tendo como critério e enfoque de risco social. São comunidades que possuem altos índices de desemprego, criminalidade, prostituição, crianças fora da escola e outras questões sociais, que aumentam o risco de adoecer e morrer. Assim, os gestores municipais, muitas vezes, optam por implantar as primeiras equipes do PSF em áreas periféricas e com dificuldade de acesso da comunidade aos serviços de saúde.

Porém, Fuhrmann aponta que o Programa sofreu críticas por definir esse tipo de prioridade direcionado para os pobres, mas que deve ser analisado de uma forma diferente. Deve ser visto como “modelo de assistência à saúde e tem como objetivo reorganizar o sistema de saúde no Brasil e substituir, em médio prazo, a rede básica tradicional.” (2003, p.11).

Nesse contexto da APS surge a Estratégia de Saúde da Família (ESF), caracterizada como “porta de entrada” de um sistema de saúde constitucionalmente fundado no direito à saúde e na equidade do cuidado. Tem como objetivo gerar ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnósticos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. (BRASIL, 2009). Dentro de sua estrutura, a ESF tem como propósito modificar os serviços de saúde, trazendo estes para mais perto das famílias e, conseqüentemente,

¹³ É definida como o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além de representar a coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural. (BRASIL, 2009, p. 09).

melhorando a qualidade de vida da população.

Essas ações são desenvolvidas por uma equipe de Saúde da Família (SF) e são dirigidas a cada pessoa, às famílias e a um conjunto de pessoas de um determinado território. Sobre sua composição:

A equipe de Saúde da Família é composta minimamente por um médico generalista ou médico da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). O número de ACS varia de acordo com o número de pessoas sob a responsabilidade da equipe [...]. (FRANCO; MERHY, 2003, p.57).

As equipes de SF possuem algumas atribuições que devem ser desenvolvidas de uma forma executiva e dinâmica. Estando preparadas, portanto, para exercer as atividades:

- conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;
- identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta;
- elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença;
- prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção à saúde;
- resolver, através da adequada utilização do sistema de referência e contra-referência, os principais problemas detectados;
- desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos;
- promover ações intersectoriais para o enfrentamento dos problemas identificados. (BRASIL, 1997, p.14).

Para se discutir a inserção do Apoio Matricial no processo de trabalho na saúde, é necessário examinar algumas características do SUS. Esse sistema foi elaborado para consideração da predominância de problemas de saúde e do território, na distribuição e no funcionamento dos serviços de saúde. Porém há uma dificuldade em colocar em prática as diretrizes impostas pelo texto constitucional e a legislação complementar, como a hierarquização, regionalização e a integralidade. Cunha e Campos (2011) afirmam que as contribuições para essa dificuldade foram à descentralização e a municipalização, características da legislação brasileira.

Outra grande dificuldade para o SUS funcionar como uma rede de serviços e programas é a desmedida autonomia dos municípios e a eventual ausência dos estados da Federação, intrincando assim a regionalização e a continuidade de projetos e de diretrizes do sistema. Além dessas expressivas dificuldades no corpo estrutural do sistema de saúde, há também os problemas na parte organizacional e/ou gerencial, que embora estejam associados aos problemas citados acima, evidenciam-se por estarem na subordinação de atores locais como os gestores e os trabalhadores na área da saúde.

Como problema na parte gerencial, Cunha e Campos acentuam a insuficiente e inadequada responsabilização clínica.

[...] um modo de organizar o trabalho e os processos de decisão nas organizações, que contribui para que os profissionais de saúde reduzam seu objeto de trabalho (e, portanto, sua responsabilidade clínica) a procedimentos, doenças ou partes do corpo (em vez de se responsabilizarem por pessoas de forma global). Da mesma forma, essa racionalidade induz os serviços de saúde a se responsabilizarem pelos usuários somente enquanto eles se localizam dentro do seu espaço físico, nem antes de entrarem nem depois de saírem. (2011, p. 963)

Dessa forma, é possível observar que na maioria dos contratos feitos entre os gestores, trabalhadores e serviços de saúde, a predominância é de dimensão quantitativa, ou seja, focalizada no número de procedimentos e consultas por horário de trabalho, sendo escassos os contratos que tenham como princípio a responsabilidade sobre uma população que reside em um determinado território, valorizando o trabalho em conjunto com outros serviços da rede, na busca da prevenção e promoção de saúde.

Cunha e Campos (2011) apontam que existe uma tendência de um diálogo interdisciplinar insuficiente dentro das equipes de saúde, por estas serem estruturadas em relações de poder desiguais. Com isso, fez-se necessário a construção de procedimentos para reconhecer com mais estabilidade os profissionais de saúde de distintos serviços da rede assistencial.

Campos (1999, p. 395) reforça esse trabalho interdisciplinar deficiente, afirmando que:

O estilo de governo e a estrutura de poder das organizações condicionam e determinam comportamentos e posturas. Um sistema de poder altamente verticalizado, com tomada centralizada de decisões, tende a estimular descompromisso e alienação entre a maioria dos trabalhadores. Um processo de trabalho centrado em procedimentos e não na produção de saúde tende a diluir o envolvimento das equipes de saúde com os usuários.

Assim surge a proposta de Apoio Matricial, que vem dialogar justamente com esses impasses, ao mesmo tempo em que propõe formas atuais de contratos entre os serviços de saúde com os profissionais e desses com os usuários. O matriciamento tem como objetivo principal garantir a retaguarda específica às equipes e profissionais de saúde que são representantes da atenção a problemas de saúde.

Campos e Domitti (2007, p. 400) conceituam apoio matricial:

Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico pedagógico às equipes de referência.

Equipe de referência e apoio matricial faz parte de novos arranjos organizacionais, sendo uma forma ou metodologia para o processo de trabalho em saúde, com a finalidade de aumentar as possibilidades de executar-se a clínica ampliada¹⁴ e a integração entre as diversas especialidades e profissões. Para Campos e Domitti (2007), essa ampliação do trabalho clínico vem para assegurar uma abordagem integral, pois se acredita que nenhum especialista de forma isolada assegure isso.

Dentro da equipe de referência está inserido o que Campos e Domitti (2007) chamam de “apoiador matricial”, um especialista que possui um

¹⁴ Busca se construir numa ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas. A Clínica Ampliada reconhece que, em um dado momento e situação singular, pode existir uma predominância, uma escolha, ou a emergência de um enfoque ou de um tema, sem que isso signifique a negação de outros enfoques e possibilidades de ação. (BRASIL, 2009, p. 10).

conhecimento e um perfil diferente dos outros profissionais da equipe de referência. Portanto, pode absorver mais recursos do saber e também contribuir com intervenções que possam melhorar e aumentar a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe.

O fato de não ter a equipe de referência faz com que o usuário se torne responsável de todos os profissionais de saúde, e, conseqüentemente, de nenhum, pois cada profissional se preocupa em atender sua parte, não se preocupando com as intervenções em um projeto terapêutico adequado e pactuado com o usuário e dentro da equipe. O usuário acaba sendo reduzido apenas em diagnósticos, por abordagens de diferentes profissionais e que ao final o problema acaba não sendo resolvido (BRASIL, 2004).

As equipes de referência surgem para propor um novo sistema de relações entre profissionais de saúde e usuários. Estando organizado da seguinte forma:

Cada Unidade de Saúde se organiza por meio da composição de equipes, formadas segundo características e objetivos da própria unidade, e de acordo com a realidade local e disponibilidade de recursos. Essas equipes obedecem a uma composição multiprofissional de caráter transdisciplinar, isto é, reúnem profissionais de diferentes áreas, variando em função da finalidade do serviço/unidade. [...] As equipes podem também se organizar a partir de uma distribuição territorial. Neste caso, os usuários de um território são divididos em grupos, sob a responsabilidade de uma determinada equipe de referência territorial. (BRASIL, 2004, p. 08).

O apoio matricial faz parte de uma organização e complementa as equipes de referência, em que se evidencia a importância de cada trabalhador e de um modelo de gestão democrático, relativo aos resultados para o usuário, deixando de lado a mera produção de procedimentos. “O apoio matricial é, portanto, uma forma de organizar e ampliar a oferta de ações em saúde, que lança mão de saberes e práticas especializadas.” (BRASIL, 2004, p. 13).

Esse método de gestão do cuidado junto com a equipe de referência vem se desenvolvendo desde a década de 1980. Foi aplicado primeiramente em serviços de saúde mental, de atenção básica e da área hospitalar do SUS de Campinas – SP, Belo Horizonte – MG e na cidade de Rosário/ Argentina, entre os anos de 1990 e 1998. Após esse período alguns programas do Ministério da

Saúde, como: Humaniza-SUS, Saúde Mental e Atenção Básica/Saúde da Família, implantaram esses novos arranjos organizacionais, pois seus procedimentos acontecem de uma forma mais singularizada e fomenta o trabalho interdisciplinar.

Para conceituar o apoio matricial, Campos e Domitti (2007) explicam os termos separadamente. O termo matriz é de origem latina, e que é indicado para sinalizar a relação entre os profissionais de referência e os especialistas de uma forma horizontal. E o apoio complementa o termo matricial, pois sugere uma metodologia para estabelecer essa relação entre referência e especialista, deixando de se sustentar na autoridade.

Os profissionais de referência são identificados como aqueles que possuem a responsabilidade pela coordenação e também pela condução de uma situação, que pode ser individual, familiar ou comunitária. Tais profissionais possuem o objetivo principal de aumentar as possibilidades de criação de vínculo entre usuário e profissionais de saúde. Por mais que os profissionais intervenham em uma determinada situação, é importante que se tenha um coordenador dentro da equipe de referência para que seja possível uma melhor compreensão do caso, através de diálogos que objetivam uma proposta terapêutica. Esse procedimento busca a definição de prioridades, e com o vínculo criado dos profissionais com os usuários, torna-se possível a participação destes nos processos de decisão clínicos.

Campos (1999) faz uma observação abordando o apoio matricial como método de trabalho que modifica a noção tradicional existente que é a referência e contra-referência¹⁵, pois ele afirma que um paciente que se utiliza de um apoio matricial não deixará de ser “cliente” da equipe de referência. Nesse sentido, o trabalho é realizado através de projetos terapêuticos e efetuado também por um grupo mais abrangente de trabalhadores, não somente pela equipe de referência.

¹⁵ É uma forma de organização dos serviços de saúde, que possibilita o acesso das pessoas que procuram cada Unidade de Saúde a todos os serviços existentes no Sistema Único de Saúde, visando à concretização dos princípios e diretrizes do SUS garantindo o acesso do usuário a todos os níveis de atendimento/complexidade do SUS. (DIAS, 2012, p. 24 *apud* ORTIGA, 2006).

Esta organização amplia as possibilidades e composição interdisciplinar dos projetos terapêuticos, sem diluir a responsabilidade sobre os casos e sem criar percursos intermináveis de encaminhamento. Por outro lado, permite aos trabalhadores combinarem de forma mais livre o trabalho necessário com espaços em que poderiam dedicar-se a desenvolver atividades mais de seu gosto particular. (CAMPOS, 1999, p. 397).

Campos (1999) enfatiza que essa organização foi criada a fim de modificar o modelo de atendimento, tornando-o mais singularizado ¹⁶e também mais personalizado, em que a equipe de referência responsável por uma quantidade de usuários específica teria mais resolutividade¹⁷ nos casos e permitiria que os profissionais de saúde pudessem acompanhar melhor o processo que ele define de “saúde/enfermidade/intervenção” dos pacientes.

Campos e Domitti (2007) apontam formas de se estabelecer um contato direto entre equipe de referência e apoio matricial, a partir de uma combinação de encontros, que podem ocorrer de forma regular, isso fica a critério das equipes.

Esses encontros possuem o objetivo de debater os casos de saúde escolhidos pela própria equipe, com a finalidade de programar projetos terapêuticos determinando uma série de intervenções que serão realizadas pelos profissionais inseridos na equipe de referência.

Esses autores abordam três pontos importantes para o desenvolvimento da vinculação entre a equipe de referência e o apoiador matricial, são eles:

- atendimentos e intervenções conjuntas entre o especialista matricial e alguns profissionais da equipe de referência;
- em situações que exijam atenção específica ao núcleo de saber do apoiador, este pode programar para si mesmo uma série de atendimentos ou de intervenções especializadas, mantendo contato com a equipe de referência, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo apoiador diretamente ao paciente, ou à família ou à comunidade;
- é possível ainda que o apoio restrinja-se à troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador, diálogo sobre alterações na

¹⁶ Baseia-se na premissa de que nas práticas de saúde coletiva – em especial na APS – é fundamental levar em consideração não só o indivíduo, mas todo o seu contexto social. (CHIAVERINI et al, 2011, p. 21)

¹⁷ Nesse termo os autores Jorge, Souza e Franco (2013, p. 739) expõe que este abrange aspectos relativos a demanda, a satisfação do cliente, as tecnologias dos serviços de saúde, a existência de um sistema de referência preestabelecido, a acessibilidade dos serviços, a formação dos recursos humanos, as necessidades de saúde da população, a adesão ao tratamento, aos aspectos culturais e socioeconômicos da clientela, entre outros.

avaliação do caso e mesmo reorientação de condutas antes adotadas, permanecendo, contudo, o caso sob o cuidado da equipe de referência (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p.401).

3.2. Matriciamento e trabalho multiprofissional

Como anteriormente apontado um dos elementos que suscitou a necessidade de matriciamento foi a inserção de equipes multiprofissionais com suas tradições e linguagens diferentes.

A Estratégia de saúde da família vem para fazer transformações significativas no sistema hierarquizado e regionalizado do SUS, através de um movimento de reorientação desse modelo de atenção à saúde no Brasil. Para a ampliação das ações exercidas pela APS no país, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Um NASF deve ser constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob-responsabilidade das equipes de SF, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio às equipes de SF. (BRASIL, 2009, p.07).

O NASF foi criado pelo Ministério da Saúde, “mediante a Portaria GM nº 154, em 24 de janeiro de 2008” (BRASIL, 2009, p. 10). E vem com o intuito de apoiar as equipes de SF, além de ampliar a cobertura dos serviços de saúde. Como comprometimento, o NASF deve propor mudanças na atuação dos profissionais da SF, propor também para esses profissionais ações interdisciplinares e intersetoriais, que possam aumentar a resolutividade nos serviços oferecidos pelas equipes de SF e do NASF.

Assim, a organização dos processos de trabalho dos NASF, tendo sempre como foco o território sob sua responsabilidade, deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias, tais como estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto. (BRASIL, 2009, p.08).

Quanto a sua composição, o NASF é constituído por equipes de profissionais de áreas diferentes de conhecimento, esses profissionais deverão agir em união com as equipes de SF, dividindo experiências, práticas dentro dos territórios que fazem parte de sua responsabilidade. O NASF possui em suas diretrizes duas modalidades, que são essenciais para o desempenho profissional, a saber:

- NASF 1: deverá ser composto por no mínimo cinco profissionais com formação universitária (Psicólogo; Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da Educação Física; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista; Médico Pediatra; Médico Psiquiatra e terapeuta ocupacional) vinculado de oito a vinte equipes SF, exceto nos estados da Região Norte, onde o número mínimo passa a ser cinco.
- NASF 2: deverá ter no mínimo três profissionais (Psicólogo; assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista e terapeuta ocupacional), vinculado a no mínimo três equipes SF. (BRASIL, 2009, p. 2).

Nesse sentido, a equipe do NASF e as equipes da SF terão a função de organizar espaços de discussões para a administração do cuidado. Fazem parte desse processo reuniões e atendimentos em conjunto, constituídos de aprendizado coletivo. E como aspecto obrigatório das ações exercidas pelo NASF, o caderno de atenção básica apresenta os principais aspectos:

- O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às equipes de Saúde da Família;
- Vincula-se a um número de equipes de Saúde da Família em territórios definidos, conforme sua classificação;
- A equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família criarão espaços de discussões para gestão do cuidado: reuniões e atendimentos compartilhados constituindo processo de aprendizado coletivo
- O NASF deve ter como eixos de trabalho a responsabilização, gestão

compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende pela Saúde da Família.

A partir do conceito do NASF é que o apoio matricial se intensifica, por ser o “apoio” algo centralizado no NASF. É complementado com o processo de trabalho denominado “equipes de referência”. Os autores Cunha e Campos (2011, p. 965) definem essas equipes:

A Equipe e os Profissionais de Referência são aqueles que têm a responsabilidade pela coordenação e condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Objetiva ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários. O termo responsabilidades pela coordenação e condução refere-se à tarefa de encarregar-se da atenção ao longo do tempo, ou seja, de maneira longitudinal, à semelhança do preconizado para equipes de saúde da família na atenção básica [...].

O apoio matricial é composto por profissionais, que não possuem relação direta com os usuários, porém sua função está em oferecer apoio às equipes de referência que, neste caso, são as equipes de SF. Como essas equipes são formadas por profissionais responsáveis pelo controle dos problemas de saúde dos usuários, em tese eles acabam tendo a necessidade de articular suas ações com a rede assistencial, para resolução dos casos.

O NASF encontra-se inserido na referida rede assistencial e vem de forma a assegurar a retaguarda especializada das equipes de SF.

De acordo com as diretrizes do NASF existiriam duas dimensões de suporte importantes para o apoio matricial.

[...] dimensões de suporte: assistencial e técnico-pedagógico. A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões podem e devem se misturar nos diversos momentos (BRASIL 2009, p.12).

Dentro da proposta do NASF é preciso compreender que existem dois conhecimentos distintos e importantes que são o conhecimento central do especialista e o conhecimento comum que pode ser compartilhado entre a equipe de SF e o citado especialista. Mas esses dois conhecimentos para serem

incorporados dependerão sempre da situação que é objeto de matriciamento.

No processo de trabalho dos profissionais do NASF existe outro ponto chave: definir de uma forma detalhada e cuidadosa as tarefas, a fim de obter uma criação compartilhada de diretrizes clínicas e de procedimentos para que se possa acionar o apoio matricial (BRASIL, 2009). O NASF é constituído por profissionais de diversas áreas do conhecimento em saúde, e isso inclui a saúde mental, e tem se firmado em vários municípios como a principal ferramenta para efetivação do Apoio Matricial, especialmente para o fortalecimento da Atenção Básica de cidades com uma articulação de rede.

A rede de atenção à saúde mental, instituída dentro do contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil, com o intuito de substituir os leitos psiquiátricos, e para, além disso, efetivar a cidadania e a autonomia dos usuários é formada por Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental, Hospitais Gerais e CAPS. Esses serviços são caracterizados fundamentalmente como base municipal e pública, uma rede de atenção estruturada e comunitária destinada às pessoas com transtornos mentais.

Os SRT são casas que se localizam dentro do espaço urbano, criados para responder às necessidades de moradia os portadores de doença mental considerado grave, vindas de hospitais psiquiátricos. As residências devem atuar junto aos CAPS e a rede de atenção à saúde mental dentro do território (BRASIL, 2005).

Como ação do CAPS é possível citar a prestação de atendimento clínico em um processo com atenção diária, impedindo, por consequência, as internações em hospitais psiquiátricos. Assim, estimulando a inclusão social dos portadores de doença mental, por meio de ações intersetoriais e a organização da rede de atenção em saúde mental nos municípios.

Esses centros apresentam um nível de complexidade de atenção que inclui também a internação (CAPS – III) podendo, assim, substituir o hospital psiquiátrico. Previsto para ser porta de entrada em saúde mental no Sistema Unificado de Saúde (SUS), esta instituição assume assim a parte de responsabilidade na administração e centralidade dos atendimentos no território. (FILHO; NOBREGA, 2004, p. 374).

Os serviços de atenção diária oferecidos pelo CAPS têm modificado significativamente o modelo de desassistência que assinalou a saúde mental pública no país. Por mais que esteja evidente a ampliação igualitária dos serviços da rede de atenção, a distribuição dos CAPS no Brasil ainda é de forma desigual, sendo possível visualizar essa desigualdade através da diferenciação da estrutura dos CAPS nas regiões brasileiras (BRASIL, 2005).

A partir disso, Os CAPS são denominados como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i e CAPS ad. Em sequência será exposta a diferenciação destes serviços:

- CAPS I: São Centros de Atenção Psicossocial que possuem condições de atender municípios com uma população de aproximadamente 50.000 habitantes;
- CAPS II: Atendem municípios com mais de 50.000 habitantes, e os serviços são oferecidos aos usuários adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Os dias de funcionamento são segunda à sexta-feira;
- CAPS III: São os serviços de grande complexidade, oferecidos a uma população de mais de 200.000 habitantes e estão localizados em sua maioria em grandes metrópoles brasileiras. Funcionam 24 horas em todos os dias da semana, inclusive feriados, se necessário o CAPS III, realiza acolhimento noturno, porém essas internações podem variar de algumas horas a sete dias, não podendo ultrapassar.
- CAPS i: São serviços especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, atendem a uma população de mais de 200.000 habitantes e seu funcionamento acontece nos cinco dias úteis da semana.
- CAPS ad: Os serviços desse Centro de Atenção Psicossocial são destinados às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras

drogas. Dão cobertura a cidades com mais de 200.000 habitantes, a cidades localizadas na fronteira, em municípios considerados rota de tráfico de drogas ou em municípios em circunstância de epidemiologias importantes e que necessitem dos serviços do CAPS ad para dar soluções efetivas às demandas de saúde mental. Seu funcionamento acontece nos cinco dias úteis da semana (BRASIL, 2005).

Tabela 1 - Série histórica CAPS por Tipo (Brasil, 2006 -2011)

Ano	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	CAPSad III	Total
2006	437	322	38	75	138	-	1010
2007	526	346	39	84	160	-	1155
2008	618	382	39	101	186	-	1326
2009	686	400	46	112	223	-	1467
2010	761	418	55	128	258	-	1620
2011	822	431	63	149	272	5	1742

Fonte: (BRASIL, 2012)

Entre os anos 2006 e 2011 é possível observar a evolução dos diferentes tipos de CAPS, porém os serviços que possuem o funcionamento 24 horas e aqueles voltados ao cuidado de populações específicas, como crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas, tem uma baixa evolução em comparação aos outros serviços. E a partir de 2011, observa-se na tabela um novo serviço na Rede de Atenção Psicossocial, o CAPSad III que se destina ao cuidado de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, com funcionamento de 24 horas e nos 7 dias da semana.

Como já citado neste trabalho, o eixo de origem do surgimento do apoio matricial será junto às equipes de referência. Esse arranjo organizacional sugere uma metodologia para estabelecer uma ordem para a relação entre a equipe de referência e os especialistas, desta forma, distanciando-se do modelo vertical com base na autoridade e tendo base em procedimentos dialógicos.

Nesse sentido, Campos e Domitti (2007, p. 402) consideram que esse

método de trabalho, “sugere que tanto na gestão do trabalho em equipe quanto na clínica, na saúde pública ou nos processos pedagógicos, a relação entre sujeitos com saberes, valores e papéis distintos pode ocorrer de maneira dialógica”.

3.3. Desafios presentes no apoio matricial.

O apoio matricial fundamenta-se num método de transformação tanto do processo de saúde doença, quanto da realidade das equipes de saúde e as comunidades.

Chiaverini et al (2011, p. 15) estabelece o momento em que o matriciamento pode ser solicitado:

- Nos casos em que a equipe de referência sente necessidade de apoio da saúde mental para abordar
E conduzir um caso que exige, por exemplo, esclarecimento diagnóstico, estruturação de um projeto terapêutico e abordagem da família;
- Quando se necessita de suporte para realizar intervenções psicossociais específicas da atenção primária, tais como grupos de pacientes com transtornos mentais;
- Para integração do nível especializado com a atenção primária no tratamento de pacientes com transtorno mental, como, por exemplo, para apoiar na adesão ao projeto terapêutico de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes em atendimento especializado em um CAPS;
- Quando a equipe de referência sente a necessidade de apoio para resolver problemas relativos ao desempenho de suas tarefas, como, por exemplo, dificuldades nas relações pessoais ou nas situações especialmente difíceis encontradas na realidade do trabalho diário.

As equipes de referência e de apoio matricial são compostas por profissionais de diferentes especialidades que compartilham seus saberes específicos, a fim de construir em conjunto um projeto terapêutico. Nesse sentido Chiaverini et al (2011) explica que existe o campo que é comum a todos os profissionais e o núcleo que é algo específico de cada especialidade. Dessa forma o matriciamento vai atuar como uma ferramenta a serviço de todos os profissionais dos serviços da saúde no nível básico, o trabalho interdisciplinar,

composto por trocas de saberes e construção de conhecimento.

Esse novo modo de produzir saúde situa-se dentro da perspectiva do pensamento construtivista que trabalha com a hipótese de uma eterna reconstrução de pessoas e processos em virtude da interação dos sujeitos com o mundo e dos sujeitos entre si. Essa capacidade se desenvolve no matriciamento pela elaboração reflexiva das experiências feitas dentro de um contexto interdisciplinar em que cada profissional pode contribuir com um diferente olhar, ampliando a compreensão e a capacidade de intervenção das equipes. (CHIAVERINI et al, 2011, p. 16).

A institucionalização do matriciamento pressupõe papéis bem definidos. Faz parte do processo desse método de apoio matricial, definir o especialista que será denominado de “matriciador” e o restante dos profissionais da equipe de referência “matriciandos”. Isso reforça que a horizontalidade instituída por esse novo arranjo organizacional, não é colocada em prática totalmente. Porém, a intenção com o decorrer do trabalho entre as equipes, esse processo de trabalho interdisciplinar, capacite o restante dos profissionais a lidar com as situações, tornando os profissionais matriciadores. A relação entre matriciador e matriciando parece entrar em contradição com objetivos de horizontalização nas equipes multiprofissionais. Relações assimétricas aqueles que são os detentores do saber e os que irão aplicá-lo, quem determina o capital de conhecimento comum, determina as formas de trabalho.

A partir do que foi apresentado nesse trabalho sobre esse novo modelo organizacional, pode ser observado que existe algumas dificuldades na metodologia de trabalho. Campos e Domitti (2007) fazem a ligação dessas limitações à estruturação das instituições de saúde, as quais se organizam de tal forma que impossibilita, por vezes, o processo de trabalho das equipes interdisciplinares e o sistema de cogestão.

Quanto ao sistema de cogestão Guizardi e Cavalcante (2010, p. 1248) conceituam:

O conceito é uma resposta à clara implicação das teorias e práticas administrativas com processos de produção de alienação, de expropriação e restrição das esferas decisórias de governo, processos que resultam na indução ao agir burocrático e em condições que consolidam uma perspectiva funcional de dominação. Em confronto com essa tradição, a cogestão apresenta-se como um projeto de construção de compromisso e solidariedade com o interesse público, de capacidade

reflexiva e autonomia dos sujeitos. A partir da explicitação desses valores, o conceito afirma a dimensão coletiva da tarefa da gestão, que justamente por esta conformação não pode tornar-se atribuição de especialistas ou elites.

As equipes de referência e o apoio matricial são arranjos organizacionais, e fazem parte da metodologia de trabalho, são meios para que se realizem a gestão da atenção em saúde. Essas buscam diminuir a divisão imposta ao processo de trabalho resultante da especialização em quase todas as áreas de conhecimento em saúde.

Campos e Domitti (2007) advertem que a interdisciplinaridade não necessita somente de uma boa comunicação entre os profissionais de saúde, mas também montar um sistema que possa produzir um compartilhamento conjunto e diacrônico, para um aumento da eficácia das intervenções que se realizam.

Chiaverini et al (2011, p. 28) aborda sobre esse assunto:

Mais ampla do que uma discussão entre profissional de referência e matriciador, essa forma de interconsulta permite que a equipe construa estratégias em comum, com base em um projeto terapêutico organizado coletivamente. Quanto mais diferentes sejam as fontes de informação e as diferentes visões presentes, maior a possibilidade de se obter uma visão abrangente e de se construir um projeto terapêutico realmente ampliado e singular.

A função de cada profissional deve ficar clara, alguém tem que se responsabilizar pela sequência longitudinal e pela construção de uma lógica que procure integrar a contribuição dos vários serviços, departamentos e profissionais.

Para Campos e Domitti (2007) existe um obstáculo estrutural que dificulta a adoção do método de trabalho de apoio matricial. Os autores relacionam esse obstáculo a grande fragmentação dos serviços de saúde voltados à atenção ao usuário.

Verifica-se na área da saúde que a construção de unidades de gestão obedece antes de tudo à lógica corporativa e das profissões. Esse fato é marcante em áreas voltadas para a assistência ao usuário, que se organizam em departamentos, diretorias ou coordenações recortadas segundo profissão ou especialidade médica. [...] No entanto nos departamentos voltados diretamente para a atenção ao usuário, encontra-se departamento de enfermagem, de ortopedia, de psiquiatria, infectologia, etc. Nesses serviços, há uma composição multiprofissional

de pessoal, com baixo grau de coordenação, comunicação e integração entre as distintas especialidades e profissões. [...] Essa estrutura cria dificuldades gerenciais extremas e constitui-se em um obstáculo estrutural à adoção do método de trabalho de apoio matricial. (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 403).

O apoio matricial admite um uso lógico de recursos, quando cria oportunidade para que um único especialista associe naturalmente seu trabalho com o de várias equipes de referência. De acordo com esse esquema, um especialista assegura apoio matricial a várias equipes de referência que contribuem para avaliação conjunta dos casos. Esse tipo de relação, com o passar do tempo, a equipe de referência iria incorporando em seu campo de conhecimento aspectos antes delegado ao especialista, denominado “matriciador”, ampliando assim a capacidade de resolução dos problemas de saúde apresentados, indicando com mais precisão os casos que necessitam de apoio especializado (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O apoio matricial é um dispositivo importante para ampliação da clínica; ao mesmo tempo, para se trabalhar em uma perspectiva interdisciplinar, pressupõe-se algum grau de adesão a um paradigma que pense o processo saúde, doença e intervenção de modo mais complexo e dinâmico. (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p.405)

4. SERVIÇO SOCIAL E APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL

A inserção efetiva dos Assistentes Sociais no campo da Saúde Mental é relativamente recente e contemporâneo a processos do próprio campo de Serviço Social.

Esta seção aborda a inserção do Serviço Social na saúde mental, passando pela sua inclusão nas equipes multiprofissionais em saúde mental. Também serão realizadas algumas considerações, discutindo o exercício profissional dentro do matriciamento em saúde mental.

4.1. Inserção do Assistente Social nas equipes multiprofissionais em Saúde Mental

A inserção do Serviço Social no campo da saúde mental teve início na década de 1940, mas de maneira não muito expressiva, nos primeiros trinta anos da profissão no Brasil não havia muitos assistentes sociais trabalhando na área psiquiátrica como em clínicas, hospitais e manicômios, o próprio campo da Saúde Mental era restrito ao espaço manicomial. Havia poucos hospícios estatais e estes por vezes atendiam a grandes áreas do interior, com uma característica de o atendimento ser voltado para a população mais pobre.

A partir disso, Cerqueira (1968) apud Bisneto (2009) aponta espaços com pouca ou nenhuma atuação profissional.

Havia poucos hospícios estatais. Eles atendiam um grande número de pacientes, na maioria indigentes ou crônicos abandonados pela família. Trabalhavam poucos assistentes sociais em cada hospício; havia hospitais gerais ou psiquiátricos para os trabalhadores e seus dependentes, pertencentes à rede dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), sem que os assistentes sociais fossem, necessariamente, especializados em psiquiatria; havia poucas clínicas psiquiátricas

privadas, que se destinavam ao atendimento às pessoas mais ricas. Não empregavam assistentes sociais. (CERQUEIRA, 1968, p. 44-46 apud BISNETO, 2009, p. 21)

As primeiras práticas profissionais dos assistentes sociais aconteceram dentro dos Centros de Orientação Infantil (COI) e dos Centros de Orientação Juvenil (COJ), mais precisamente em 1946. Entretanto, o número de assistentes sociais continuava sendo reduzido e o seu propósito diferente da atuação profissional atual, no atendimento de jovens e famílias dentro da prevenção higienista.

Em 1956 a equipe do COJ, segundo Vasconcelos (2002) apud Schutel (2012), tinha em sua composição três psiquiatras, três psicólogos e quatro assistentes sociais. Entre as profissionais de Serviço Social existia uma que havia retornado dos Estados Unidos, com especialização em Serviço Social Psiquiátrico e também realizou estágio em uma clínica de conduta ainda nos Estados Unidos, mostrando a grande influência norte-americana nos serviços brasileiros.

A partir de 1964 com a reforma no sistema de saúde e da previdência, ocasionadas pela ditadura militar, o número de hospitais psiquiátricos aumentaram significativamente e conseqüentemente a possibilidade de emprego para assistentes sociais. Bisneto (2009, p. 23) aborda esse acontecimento:

Com a passagem do atendimento psiquiátrico para a rede previdenciária conveniada privada abriram-se várias clínicas psiquiátricas que faziam o atendimento e depois em pagas pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Com isso se multiplicou a possibilidade de empregar assistentes sociais na área de Saúde Mental.

A origem do Serviço Social em Saúde Mental partiu da modernização conservadora da ditadura militar brasileira a procura de uma legitimação em áreas críticas, como a atenção à saúde dos trabalhadores do sistema previdenciário brasileiro. A partir disso Bisneto (2005, p. 113-114) aborda que:

As portarias que incluíram o assistente social na Previdência visavam muito mais controlar a assistência psiquiátrica no nível previdenciário com medidas racionalizadoras do que propostas terapêuticas. Os assistentes sociais que propõem um Serviço Social terapêutico esquecem que a

“questão social” está fortemente ligada ao problema da Saúde Mental no Brasil, e é por esta relação que o Serviço Social se insere na área, historicamente e na atualidade. A grande maioria dos estabelecimentos psiquiátricos só tem Serviço Social quando ligado à Seguridade Social. As poucas exceções são singularidades que confirmam a regra.

A partir do planejamento centralizado da saúde pelo Estado foi possível se instituir normas como a de que todo estabelecimento psiquiátrico que cobrasse do INPS tivesse que ter assistentes sociais. E, deste modo, somente na década de 1970 teve início a inserção efetiva do assistente social na área psiquiátrica.

Porém, essa grande contratação aconteceu em nível precário, como explana Bisneto (2009, p. 24):

Os hospitais psiquiátricos passaram a contratar um assistente social para cumprir a regulamentação do Ministério, pagando o mínimo possível como salário e sem incumbi-lo de funções definidas. Quando, pela resolução do INPS, a quantidade de pacientes exigia a contratação de mais de um assistente social, a contratação era em nível precário, em geral, por poucas horas diárias e contrato provisório, quando não era só para constar, e nenhum trabalho era efetivamente feito.

Ainda nesse contexto, Vasconcelos et.al. (2009, p. 41) aborda dois aspectos importantes:

As bases de legitimidade são anteriores a esse processo e a inserção “maciça” de assistentes sociais nesse campo expressa dois aspectos: de um lado, a luta e a conquista política da categoria profissional, pautada no reconhecimento do processo histórico de intervenção nesse campo e, por outro lado, uma conjuntura sociopolítica em que o Estado visa “racionalizar” os custos da atenção à saúde e estabelecer formas de uma gestão menos caótica dos aspectos sociais associados à internação.

Segundo Bisneto (2009), o Serviço Social foi requisitado pela ditadura militar como último executor de políticas sociais na área de Saúde Mental, repetindo sua contradição histórica, de uma demanda pelas elites para atender aos mais pobres. Veio também para viabilizar o sistema manicomial na sua questão mais problemática, pois a grande dificuldade para o governo nesse período nos hospícios, não era propriamente dito a loucura, pois esta já estava sendo controlada pelo mecanismo asilar, por psiquiatras e psicólogos, mas sim a

pobreza, o abandono, pois isso gerava objeção da sociedade.

A partir do exposto, Bisneto (2009, p. 27) faz uma comparação com os períodos históricos em que o Serviço Social se inseriu.

[...] é possível analisar que o governo da ditadura militar tentou repetir a história, usando o Serviço Social em Saúde Mental nos anos de 1970, tal qual o Estado, o empresariado e a Igreja, que, aliados, nas décadas de 1930 e 1940, implantaram o Serviço Social no Brasil visando, aspectos econômicos, políticos e ideológicos, ou seja, facilitar a acumulação capitalista, controlar os trabalhadores e legitimar o modelo social.

Conforme Bisneto (2009), a inserção dos assistentes sociais nos serviços psiquiátricos na década de 1970 aconteceu sem elaboração de uma proposta de estruturação da prática na Saúde Mental, além daquelas já indicadas pelo Serviço Social clássico. A ação profissional ficou destinada a acontecer sem que houvesse demanda específica, sem diretrizes de atuação por parte da categoria, porém com muito trabalho a fazer, dada a precariedade social dos usuários em serviços psiquiátricos.

Bisneto (2009, p. 49) caracteriza essa ação profissional com as dificuldades de divulgação e publicação em Serviço Social no Brasil:

[...] levam a que os profissionais atuando em Saúde Mental tenham dúvidas acerca do Debate Contemporâneo, isto é, se o Serviço Social tem objeto específico ou não, se tem estatuto de ciência, se tem teoria própria. Em Saúde Mental, devido à mesclagem com a psiquiatria, essas dúvidas aumentam.

Durante esse período histórico de inserção do Serviço Social no campo da Saúde Mental, houve a criação de equipes multidisciplinares no atendimento psiquiátrico. Essas equipes não se estabeleceram apenas porque o Serviço Social seria um novo meio de encaminhar o problema da loucura, mas também porque o Serviço Social funcionaria como o que Bisneto (2009, p. 50) denomina de “apaziguador das “questões sociais” emergentes na área manicomial e como barateador dos custos de assistência em geral”.

Iamamoto e Carvalho (1988, p. 328) apud Bisneto (2009, p. 50) consideram que:

[...] o surgimento e disseminação das equipes multidisciplinares. Quanto a esse aspecto, será interessante situar a origem de sua implantação nas instituições assistenciais. Esta origem está profundamente vinculada ao agravamento da “questão social”, especialmente das condições de saúde da população dos países dependentes.

Na década de 1970 o Serviço Social era requisitado para compor as equipes multiprofissionais, porém sem que houvesse uma definição clara do papel a ser desempenhado, trabalhando mais como auxiliar do psiquiatra do que especificamente como assistente social, na resolução dos problemas sociais. Atualmente o Serviço Social é chamado a participar de atendimento interdisciplinar para abordar questões de natureza social do sofrimento mental.

Bisneto (2009, p. 123) explicita o processo de trabalho do assistente social nas instituições psiquiátricas:

A questão de saber o que o Serviço Social realmente faz é complexa. O assistente social quase sempre reflete, como objetivo, sua adesão a uma teoria, ou ao estatuto do estabelecimento, ou a um programa da organização institucional, ou às políticas sociais que julga adequadas. Os objetivos expressos nas publicações de Serviço Social e nos estatutos dos estabelecimentos psiquiátricos são espelhos de uma intenção que nem sempre se dá concretamente. Os objetivos declarados nem sempre são alcançados, nem por isso o trabalho do Serviço Social é invalidado.

Robaína (2010) apresenta outra condição para o trabalho do assistente social na Saúde Mental:

Outra exigência na qualificação do trabalho do Serviço Social na saúde mental é utilizar a pesquisa como instrumento para construção de uma metodologia de intervenção do Serviço Social, a partir dos marcos legais da profissão do projeto Ético-Político e da Reforma Psiquiátrica na sua raiz (ROBAÍNA, 2010, p.349).

Diante do exposto, pode se concluir que a atuação do Serviço Social no âmbito da Saúde Mental ainda se encontra em processo de construção. Entretanto, é possível verificar a crescente demanda de trabalho de assistentes sociais no campo da saúde mental, especialmente junto às equipes multiprofissionais.

4.2. O exercício profissional do Assistente Social e o matriciamento em saúde mental

A expansão e o desenvolvimento da ESF e dos serviços substitutivos, tais como: os CAPS e os SRT's em saúde mental, marcam um grande progresso da política do SUS. Esses serviços substitutivos implantados na maioria das cidades brasileiras têm sido destinados ao processo de desinstitucionalização dos usuários com transtornos psíquicos que estiveram internados por um longo tempo no sistema asilar e também aos casos de transtornos graves e persistentes. Dessa forma, o transtorno psíquico considerado menos grave segue sendo instrumento de intervenção de ambulatorios e da rede de Atenção Básica.

O Ministério da Saúde (2003, p. 02) define os CAPS:

Os CAPS, dentro da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Eles devem ser territorializados, ou seja, devem estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja, etc.) daqueles usuários que os frequentam. Deve ser um serviço que resgate as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos estes recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental. A reinserção social pode se dar a partir do CAPS mas sempre em direção à comunidade.

Ainda o Ministério da Saúde (2003) deixa claro que os CAPS não podem ser considerados os únicos serviços de saúde mental efetivo, isso pensando que a rede de cuidados também é composta pela Atenção Básica, as residências terapêuticas, os ambulatorios, os centros de convivência, entre outros serviços.

É de grande importância a articulação da saúde mental com a Atenção Básica, pois é possível dizer que “todo problema de saúde é também – e sempre – de saúde mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde” (BRASIL, 2005, p.33) O problema está nas condições que a Atenção Básica possui para atender os usuários de saúde mental, pois grande parte dos

usuários com transtornos psíquicos leves ou severos estão sendo atendidos pelos profissionais das equipes de Atenção Básica.

A partir desse pressuposto, o Ministério da Saúde (2003) vem incentivando as políticas de expansão, formulação e avaliação da Atenção Básica, procedimentos que englobem a dimensão abstrata dos usuários e dos problemas de saúde mental mais constantes. Vem implantando diretrizes e dando possibilidades para os municípios menores estruturarem a rede de cuidados em saúde mental na Atenção Básica, na intenção de estabelecer vínculos com os usuários, famílias e comunidade.

As equipes da atenção básica possuem uma grande proximidade com as comunidades e com as famílias, se tornando um recurso estratégico para o enfrentamento aos transtornos mentais existentes no território. Porém, nem sempre a atenção básica dispõe de condições suficientes para dar conta dessa tarefa complexa que é atender usuários com transtornos psíquicos, isso porque nem sempre os profissionais dão conta da resolutividade do caso que se apresenta no cotidiano dos serviços por motivos diversos. Isso está relacionado por vezes pelo quadro reduzido de profissionais nas equipes de saúde, e por vezes a falta de capacitação para lidar com a demanda.

O Ministério da Saúde apresenta os princípios do SUS na articulação da Atenção Básica e a Saúde Mental:

- noção de território;
- organização da atenção à saúde mental em rede;
- intersetorialidade;
- reabilitação psicossocial;
- multiprofissionalidade/interdisciplinaridade;
- desinstitucionalização;
- promoção da cidadania dos usuários;
- construção da autonomia possível de usuários e familiares (BRASIL, 2003, p. 3)

Com o intuito de fomentar a inclusão e a articulação da Saúde Mental na Atenção Básica, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde produziu os seguintes eventos:

- Oficina de Trabalho para “Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica”, ocorreu em 2001, com a presença do Departamento de Atenção Básica (DAB) e a Coordenação Geral de Saúde Mental (CGSM) Ministério da Saúde e alguns municípios com experiências em curso de Saúde Mental na Atenção Básica.
- Seminário Internacional sobre Saúde Mental na Atenção Básica, esse evento aconteceu em 2002, foi realizado através de parceria Ministério da Saúde /Organização Pan-Americana da Saúde/Universidade Federal do Rio de Janeiro /Universidade de Harvard.
- Em 2003 aconteceu a Oficina de Saúde Mental no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, intitulada como “Desafios da integração com a rede básica”, com a participação do Departamento de Atenção Básica, Coordenação Geral de Saúde Mental, Coordenadores estaduais e municipais de saúde mental e trabalhadores da saúde mental de diversas regiões do Brasil. (BRASIL, 2003).

Esses eventos propiciaram auxílio para que a Coordenação Geral de Saúde Mental e a Coordenação de Gestão da Atenção Básica apresentassem algumas diretrizes para as ações de saúde mental na Atenção Básica como:

- Apoio Matricial da saúde mental às equipes da Atenção Básica;
- Formação como estratégia prioritária para inclusão da saúde mental na Atenção Básica
- Inclusão da saúde mental no Sistema de Informações da Atenção Básica. (BRASIL, 2003).

Figueiredo (2005) apud Nascimento (2007) aborda que o ponto central do Apoio Matricial em saúde mental é a responsabilização compartilhada das situações, a fim de eliminar a lógica do encaminhamento e conseqüentemente aumentando a resolutividade dos casos que se apresentam para as equipes de saúde e de matriciamento.

Para a discussão do caso, o Ministério da Saúde sugere um roteiro para

que ocorram as práticas de matriciamento:

Quadro 1: Roteiro para discussão de casos em apoio matricial de saúde mental:

Motivo do matriciamento.
Informações sobre a pessoa, a família e o ambiente.
Problema apresentado no atendimento: - nas palavras da pessoa - visão familiar - opinião de outros
História do problema atual: - início - fator desencadeante - manifestações sintomáticas - evolução - intervenções biológicas ou psicossociais realizadas - compartilhamento do caso
Configuração familiar (genograma)
Vida social: - participação em grupos - participação em instituições - rede de apoio social - situação econômica
Efeitos do caso na equipe interdisciplinar
Formulação diagnóstica multiaxial

Fonte: (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2011 apud CHIAVERINI et al, 2011)

Através do Apoio Matricial as equipes de saúde e dos matriciadores tem a possibilidade de diferenciar tanto as situações individuais quanto as coletivas.

É importante salientar que a equipe de apoiadores matriciais, possui no

seu contexto a função de difundir a noção das práticas antimanicomiais, com a articulação da rede de serviços do território a que pertence.

Para a organização das ações do Apoio Matricial, o Ministério da Saúde propõe que:

Onde houver CAPS, Oficinas e/ou outros equipamentos da Saúde Mental: os diversos membros dessas equipes de saúde mental farão o apoio matricial às diferentes equipes da atenção básica, programando sua carga horária para encontros semanais, e formas de contato para demandas inesperadas ou intercorrências. No caso de municípios onde o número de CAPS é insuficiente para garantir apoio matricial a todas as equipes da atenção básica é possível compor esse apoio com a implantação de equipes de apoio matricial e/ou planejar a expansão do número de CAPS. E onde não houver serviços de saúde mental: criação de equipes de apoio matricial compostas, no mínimo, por um médico psiquiatra (ou generalista com capacitação em saúde mental), dois técnicos de nível superior (psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeiro, entre outros) (BRASIL, 2003, p. 4).

O exercício profissional do assistente social em saúde mental é construído nas relações sociais e através das demandas originárias dos usuários, dos serviços e também nas relações com os outros profissionais que compõe a equipe.

Rosa e Melo (2009, p.90) apontam que:

O assistente social contribui no processo de acesso a determinados direitos pela veiculação de informação, aproximação dos canais garantidos de direitos e no fomento à criação de conselhos locais de saúde. De outra maneira, também pode atuar como agente político no interior da própria equipe de saúde mental, pois é identificado como um profissional que faz circular as informações entre os diferentes membros da equipe; questiona o cotidiano institucional fazendo com que a equipe funcione e acione seu potencial em prol das necessidades dos usuários e do serviço.

O assistente social não faz parte da área “psi¹⁸” e nem exclusivamente do campo da saúde, mas possui um olhar e uma contribuição específica da profissão. Exerce dois papéis no campo do matriciamento, como matriciando nas equipes multiprofissionais, onde o assistente social corre o risco de deixar colonizar sua atuação pelas categorias, pela lógica, conceitos e elementos do saber médico,

¹⁸ Campo da saúde composta por profissionais da psiquiatria e da psicologia.

correndo o risco de contribuir ao fortalecimento de um padrão medicalizado da Saúde Mental. Com isso a atuação do Assistente Social deixa de contar com subsídios teóricos sobre a Saúde Mental para dar suporte para que atuem com a problemática, e acaba se perdendo, pois se prende ao olhar médico e pelas diretrizes da instituição.

Como eventual matriciador o assistente social desempenha papéis como questões de desigualdades sociais, no que diz respeito ao acesso aos serviços em aspectos e relações sociais, no acesso ao tratamento no âmbito dos serviços de saúde. Na participação das organizações, análises dos papéis não médicos e também no resgate dos saberes dos outros profissionais envolvidos.

A equipe de matriciadores deve contar com profissionais formados, em saúde coletiva, ciências sociais, ciências humanas, o assistente social não possui uma posição específica, por ser uma profissão ainda subordinada e marginalizada em relação a outros profissionais da área da saúde.

Mas são de grande importância as contribuições do Serviço Social em aspectos específicos as dimensões sociais da saúde mental, em questão de desigualdades sociais, direitos dos usuários, nas relações de poder entre os pacientes e os profissionais de saúde e também nas formas de organização nesta área.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve por objetivo descrever e analisar aspectos sociopolíticos e técnicos do matriciamento como instrumento em Saúde Mental.

A análise da trajetória histórica dos modelos assistenciais em saúde mental permitiu observar que o matriciamento surge a partir de condições de possibilidades criadas pelos próprios processos de transformação desses modelos. Embora todas as respostas assistenciais aos problemas de saúde envolveram algum tipo de padronização ou matriciamento da atenção, evidenciou-se que a Reforma Psiquiátrica, ao promover a criação de uma rede baseada na desospitalização e no atendimento ambulatorial territorializado, gerou as condições objetivas para instituir o apoio matricial como dispositivo ao mesmo tempo político e técnico. Trata-se, ao mesmo tempo, de uma estratégia desenhada para os serviços públicos, caracterizados pela escassez relativa de recursos humanos especializados em saúde mental.

A criação desse novo modelo assistencial tem nas equipes multiprofissionais que atuam na atenção básica um dos seus pilares fundamentais. Como vimos, o matriciamento envolve interações entre matriciadores (especialistas em saúde mental) e matriciandos (profissionais não especialistas em saúde mental). Em trabalhos futuros, seria interessante indagar o que no corpo deste trabalho identificamos como uma relação assimétrica (matriciadores-matriciandos) no contexto de uma política de saúde mental que declara objetivos de horizontalização das relações entre os sujeitos envolvidos (gestores, profissionais, usuários e trabalhadores).

Do ponto de vista dos conteúdos do matriciamento, apontamos a necessidade de refletir acerca dos riscos de instituir uma visão extremamente medicalizada da saúde mental, ao não incluir (ou incluir em menor medida) entre os matriciadores que representem campos profissionais da área psicossocial em sentido estrito (assistentes sociais, psicólogos, antropólogos, entre outros). A

análise de alguns conteúdos dos processos de matriciamento permitiu concluir que existe o risco de que se firme uma visão mais biomédica e menos psicossocial da saúde mental, na contramão dos objetivos da própria Reforma Psiquiátrica.

A necessidade de incluir nas práticas de matriciamento as dimensões sociopolíticas e culturais da saúde mental introduziria importantes desafios para algumas profissões, tanto no que diz respeito à sua participação como matriciandos quanto a sua eventual ação matriciadora. Especificamente com relação ao Serviço Social, salientamos a importância de suas contribuições em aspectos ou problemáticas que se referem a dimensões sociais da saúde mental, em matéria de desigualdades sociais, direitos dos usuários, relações de poder entre usuários e agentes institucionais e formas de organização e ação coletiva nesta área.

Por último, é preciso destacar que não houve qualquer pretensão de exaustividade na abordagem do tema. O caminho percorrido permitiu, apenas, descrever alguns aspectos do matriciamento como instrumento político e técnico e, ao mesmo tempo, identificar questões que merecem ser aprofundadas por novos estudos.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 136p. 1995.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e atenção psicossocial**. Cap. 3: Das psiquiatrias às rupturas com a psiquiatria. Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ, 2011.

ANAYA, F. **Reflexão sobre o Conceito de Serviço Substitutivo em Saúde Mental: a Contribuição do CERSAM de Belo Horizonte – MG**. Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP. Rio de Janeiro, 2004.

BISNETO, J. A. **Uma análise da prática do Serviço Social em saúde Mental**. Revista Serviço Social e Sociedade, ano XXVI, n. 82, p.110-130, jun. 2005.

BISNETO, J. A. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 22/11/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas/Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral 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. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada** / Ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. **Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados - 10**, Ano VII, nº 10, março de 2012. Brasília, 2012. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 28p. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs/saudemental. Acesso em: 03/08/2014.

CAMPOS, G. W. S. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde.** *Ciênc. saúde coletiva*, vol.4, n.2, pp. 393-403. 1999.

CAMPOS, G. W. S; DOMITTI, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.** *Cad. Saúde Pública*, vol.23, n.2, pp. 399-407. 2007.

CHIAVERINI, D. H. et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Brasília : Ministério da Saúde, 236p, 2011.

CUNHA, G. T; CAMPOS, G. W. S. **Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde.** *Saúde soc.*, vol.20, n.4, pp.961-970. 2011.

DIAS, V. A. **REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA: Um importante sistema para complementaridade da Integralidade da Assistência Trabalho de Conclusão de Curso.** (Especialista em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012.

FERRO, L.F. **Trabalho territorial em hospitais psiquiátricos: construindo no presente um futuro sem manicômios.** *Psicol. cienc. prof.*, vol.29, n.4, pp. 752-767. 2009.

FILHO, N.G.V. NÓBREGA, S.M. **A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social.** *Estudo de Psicologia*, 9 (2), 373-379, 2004.

FORTES, H. M. **Tratamento compulsório e internações psiquiátricas.** *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, vol.10. 2010.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica.** Editora perspectiva, título do original em francês *Histoire de la Folie à l'Âge Classique*. 1972.

FRANCO T.B, MERHY E.E. **Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial.** In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS (orgs.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.* São Paulo: Hucitec; 2003.

FUHRMANN, N. L. **Programa Saúde da Família: viabilizando a saúde pública universalizada no Brasil.** *Revista Virtual Textos & Contextos*, nº 2, dez. 2003.

JORGE, M. A. S. **Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental.** [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1997.

JORGE, M. S. B. SOUSA, F.S.P. FRANCO, T.B. **Apoio matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde.** Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn. 2013.

MENDES, E. V. **Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** HUCITEC-ABRASCO, São Paulo - Rio de Janeiro, 1995.

MOREIRA, M. R; ESCOREL, S. **Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS.** *Ciênc. saúde coletiva*, vol.14, n.3, pp. 795-806. 2009.

NASCIMENTO, C. C. **Apoio matricial em saúde mental: possibilidades e limites no contexto da reforma psiquiátrica.** São Paulo, 2007.

NOGUEIRA, M. S. L; COSTA, L. F. A. **Política Pública de Saúde Mental: discutindo o paradigma da desinstitucionalização.** Universidade Federal do Maranhão, Programa de pós-graduação em políticas públicas, III jornada internacional de políticas públicas, 2007.

PESSOTTI, I. **O século dos manicômios.** Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996.

PITTA, A.M.F. **Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (12): 4579-4589, 2011.

RIBEIRO, P. R. M. **Saúde Mental No Brasil.** São Paulo: Arte & Ciência,1999.

ROBAÍNA, C. M. V. **O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental.** *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 102, p. 339-351, abr./jun. 2010.

ROSA, L. C. S; MELO, Tânia M. F. S. **Inserções do Assistente Social em Saúde Mental: em foco o trabalho com as famílias.** Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. VII_VIII, n. 7_8, 2009.

SCHUTEL, T. A. **Serviço Social e saúde mental:** análise de artigos apresentados nos Encontros Nacionais de Pesquisadores em Serviço Social. 2012. 100 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

SILVA, S. F. **Sistema único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.33, n.81, p. 38-46, jan/abr. 2009.

SILVEIRA, L. C; BRAGA, V. A. B. **Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2005, vol.13.

VASCONCELOS, E. M, et al. **Abordagens Psicossociais: Perspectivas para o Serviço Social.** Editora HUCITEC, São Paulo, v.3, 2009.

Anexo 1:**LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.**

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a

necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize

situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do

familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant

