



Universidade de Brasília - UnB

Instituto de Psicologia - IP

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura – PPG - PsiCC

Fabiane Minozzo

**Análise da implantação do Apoio Matricial em Saúde Mental entre CAPS e Equipes de
Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis**

Brasília

2011

Fabiane Minozzo

Análise da implantação do Apoio Matricial em Saúde Mental entre CAPS e Equipes de Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientador: Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa

Brasília

2011

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de
Brasília. Acervo 991190.

M666a Minozzo, Fabiane.
Análise da implantação do apoio matricial em saúde
mental entre CAPS e equipes de saúde da família :
trilhando caminhos possíveis / Fabiane Minozzo. --
2011.
132 f. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília,
Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia
Clínica, 2011.

Inclui bibliografia.

Orientação: Ileno Izídio da Costa.

1. Saúde mental. 2. Psicologia clínica. 3. Serviços
de saúde mental. 4. Psiquiatria social. I. Costa,
Ileno Izídio da. II. Título.

CDU 613.86

Fabiane Minozzo

**Análise da implantação do Apoio Matricial em Saúde Mental entre CAPS e Equipes de
Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis**

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Aprovada em 29 de julho de 2011.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa – PsiCC/UnB
Presidente da Banca

Profa. Dra. Tania Maris Grigolo – Ministério da Saúde
Membro Externo

Profa. Dra. Maria Inês Gandolfo Conceição – PsiCC/UnB
Membro

Prof. Dra. Deise Matos do Amparo - PsiCC/UnB
Suplente

Brasília

2011

AGRADECIMENTOS

Ao professor Dr. Ileno Izídio da Costa, orientador, mestre e inspirador na luta pela saúde mental coletiva. Obrigada pelo suporte, serenidade, tranquilidade e aposta no meu percurso na pesquisa e na elaboração da dissertação. Seu apoio foi fundamental!

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília, pelas reflexões e aprendizagens. Aos colegas das disciplinas, pelas trocas e pelo companheirismo!

Ao meu amor e companheiro Maurício, por estar sempre ao meu lado em todas as escolhas e momentos da vida. Seu apoio e compreensão foram essenciais. Tenho certeza que sem seu amor o caminho teria sido muito mais difícil. Meu eterno agradecimento!

Ao Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde, que me permitiu a experiência profissional na gestão nacional da Atenção Primária à Saúde e a abertura para o aprofundamento acadêmico na área da Saúde Mental na Saúde da Família. Um agradecimento especial à minha querida ex-coordenadora Elizabeth Wartchow, pelo incentivo à realização do mestrado e pelo carinho.

Aos colegas e amigos do Ministério da Saúde e de Brasília, pelas ampliações de olhares e pela possibilidade de vivenciar boas práticas e relações.

À Tânia Maris Grigolo, pelo carinho, pelas trocas e construções no Ministério da Saúde, pela orientação serena durante a especialização em saúde mental e pela inspiração na realização do mestrado. Seu incentivo foi fundamental para a participação na seleção.

À Samantha Pereira França, querida coordenadora, pelo convite para trabalhar na saúde do Rio de Janeiro, por acreditar no meu trabalho e pelo apoio na realização da pesquisa.

À direção e coordenação técnica do CAPS Maria do Socorro Santos, à gerência e coordenação médica da Clínica da Família Maria do Socorro Silva de Souza, pela atenção e acolhimento quanto à realização da pesquisa e a todos os profissionais que participaram desse estudo. Sem vocês essa escrita não seria assim!

Aos meus colegas de trabalho na OSS Viva Comunidade pelo carinho e incentivo.

Aos meus pais que me deram a vida, sou eternamente grata!

A todos da minha família, pelo amor e pelo entendimento quanto às minhas ausências e poucas idas ao nosso amado estado nesses últimos tempos.

Aos meus amigos do coração que me apoiaram nesse percurso.

A todos, que de uma forma ou de outra, contribuíram para a realização desta dissertação.

Onde a brasa mora e devora o breu
Como a chuva molha o que se escondeu
O seu olhar melhora, melhora o meu.

(Arnaldo Antunes e Paulo Tait)

RESUMO

Esta pesquisa situa-se na área da saúde mental na saúde pública e tem como objetivo analisar a implantação do apoio matricial em saúde mental do CAPS III Maria do Socorro Santos às equipes de Saúde da Família (SF) da Clínica da Família Maria do Socorro Silva de Souza, atuantes no Bairro da Rocinha, no município do Rio de Janeiro, Brasil. O apoio matricial objetiva ampliar a resolubilidade da SF e produzir maior responsabilização pelas situações de saúde mental na Atenção Primária à Saúde, rompendo com a lógica dos encaminhamentos indiscriminados. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de cunho exploratório, do tipo pesquisa-ação que teve como instrumentos os grupos operativos de reflexão e a resposta a questionários. Utiliza-se a análise de conteúdo e sua técnica temática como forma de analisar os achados. Realizaram-se encontros de grupos operativos de reflexão com profissionais da SF, do CAPS e dos dois serviços conjuntamente. Para cada grupo estudado foram destacadas categorias e subcategorias de análise. No que se refere à SF os resultados apontaram para a dificuldade das equipes na abordagem dos casos de saúde mental, que foi associada à falta de capacitação na área e insuficiências na formação, e a coexistência dos modelos asilar e psicossocial nas práticas de cuidado de tais equipes. No que se refere ao CAPS III indicaram a importância do fortalecimento do trabalho em equipe para a realização do apoio matricial e algumas dificuldades no que se refere ao trabalho multidisciplinar. Os achados evidenciaram caminhos a serem trilhados no apoio matricial, destacando-se o suporte à SF na coordenação de grupos e na realização das visitas domiciliares. Conclui-se que o apoio matricial entre os dois serviços analisados encontra-se em processo inicial, ocorrendo esporadicamente, embora o CAPS já tenha organizado proposta para a sistematização e regularidade do matriciamento, através de mini-equipes de retaguarda. Avalia-se que esse estudo auxiliou os participantes na reflexão sobre a importância do apoio matricial no cuidado em saúde mental, despertou o desejo de colocá-lo em prática e indicou caminhos a serem percorridos. Sinalizou, ainda, a necessidade do fortalecimento da saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS), através de investimentos na educação permanente, da priorização da saúde mental nos indicadores e metas propostas pela gestão e da importância de maior integração entre os CAPS e as equipes de SF. Pretende-se, com esta dissertação, contribuir para transformações na saúde mental, principalmente no fortalecimento da APS nessa área.

Palavras-chave: Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde. Apoio Matricial. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

ABSTRACT

This research is situated in the area of Mental Health in Public Health and aims to examine the implementation of matrix support in mental health at the Center for Psychosocial Support CAPS III Maria do Socorro Santos to Family Health (SF) teams of the Family Clinic Maria do Socorro Silva de Souza, who work in the neighborhood of *Rocinha*, city of Rio de Janeiro, Brazil. The matrix support aims at broadening the solvability of SF and produce greater sense of responsibility for mental health in situations of Primary Health Care, breaking with the logic of indiscriminate referrals. This is a qualitative, exploratory research, of the action-research type, that had as instruments the reflection operative groups and response to questionnaires. Content analysis and thematic technique were used as means to reach the findings. Meetings were held with operative reflection groups and SF and CAPS professionals, separately and together. For each study group categories and subcategories of analysis were highlighted. Regarding the SF team, results indicated the difficulty of the teams in addressing the mental health cases, which was associated with lack of training in the area and weaknesses in formative education, and coexistence of asylum-based and psychosocial care models such teams' practices. With regard to the CAPS III, the results indicate the importance of strengthening teamwork to achieve the matrix support and some difficulties with regard to multidisciplinary work. The findings indicate routes to be followed in the matrix support, especially assisting the SF teams in group coordination and in conducting of home visits. The conclusion is that the matrix support between the two services analyzed is in the initial stages, occurring sporadically, although the CAPS has already organized a proposal to systematize and regularize the matrix support, by mini assistance teams. It is evaluated that this study helped the participants in reflecting on the importance of matrix support in mental health care, has awakened a desire to put it into practice and indicated routes to be followed. The need to strengthen mental health in the Primary Health Care through investments in continuing education, the prioritization of mental health indicators and goals proposed by the management department and the importance of greater integration between the CAPS and SF teams is also indicated. It is intended, with this dissertation, to contribute to changes in mental health system, the strengthening of Primary Health Care in this area.

Keywords: Mental Health. Primary Health Care. Matricial Support. Psychosocial Attention Center.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Participantes da Pesquisa: CAPS III Maria do Socorro Santos.....	47
Quadro 2: Participantes da Pesquisa: Clínica da Família Maria do Socorro Silva de Souza.....	47
Quadro 3: Encontros, objetivos e método dos grupos da pesquisa.....	49
Quadro 4: Categorias e subcategorias: Saúde da Família.....	56
Quadro 5: Considerações sobre a formação e a abordagem da SF na área da saúde mental.....	56
Quadro 6: Coexistência dos modelos asilar e clínica ampliada nas concepções e práticas de Saúde Mental na Saúde da Família.....	60
Quadro 7: Considerações sobre concepção, prática, dificuldades e facilidades de implantação do apoio matricial.....	66
Quadro 8: Expectativas e estado da arte do apoio matricial na visão da Saúde da Família.....	69
Quadro 9: Categorias e subcategorias: CAPS III.....	72
Quadro 10: Importância do trabalho em equipe para a realização do apoio matricial.....	72
Quadro 11: Dificuldades no trabalho em equipe.....	76
Quadro 12: Considerações sobre o entendimento conceitual e prático do apoio matricial.....	80
Quadro 13: Estado da arte do apoio matricial a partir do olhar do CAPS.....	83
Quadro 14: Categorias e subcategorias: Saúde da Família e CAPS III.....	86
Quadro 15: Pressão e sofrimento da SF no trabalho: o desafio do tempo para os encontros de matriciamento.....	87
Quadro 16: Parâmetros de atendimento para os profissionais de nível superior da Saúde da Família.....	90
Quadro 17: Sobrecarga dos Agentes Comunitários de Saúde: matriciamento mais uma tarefa a ser feita?.....	91
Quadro 18: Considerações sobre a relação do matriciamento e o sofrimento psíquico da SF no trabalho.....	94
Quadro 19: Considerações sobre a organização das agendas de matriciamento e sobre os encaminhamentos.....	96
Quadro 20: Caminhos possíveis para a realização do apoio matricial em saúde mental.....	100

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS I - Centro de Atenção Psicossocial de referência para municípios com população entre 20.000 a 70.000 habitantes.

CAPS II - Centro de Atenção Psicossocial de referência para municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes.

CAPS III – Centro de Atenção Psicossocial de referência para municípios com população acima de 200.000 habitantes, com funcionamento durante todos os dias da semana, sábados, domingos e feriados, 24 horas ininterruptamente.

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial de referência para o cuidado de crianças e adolescentes em municípios com população acima de 100.000 habitantes.

CAPSAD - Centro de Atenção Psicossocial de referência para o cuidado de pessoas com problemas relacionados ao álcool e outras drogas em municípios com população acima de 60.000 habitantes

CF – Clínica da Família, nomenclatura utilizada na cidade do Rio de Janeiro equivalente às Unidades de Saúde da Família.

CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas

ESF – Estratégia Saúde da Família

GM – Gabinete do Ministro

MS – Ministério da Saúde

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

SF – Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

OSS – Organização Social de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PET - Programa de Educação pelo Trabalho

PNASH - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares

PSF – Programa Saúde da Família

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SMSDC/RJ - Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro

SUS – Sistema Único de Saúde

UERJ - Universidade Estadual do Rio de Janeiro

UnB – Universidade de Brasília

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UR - Unidade de Registro

WONCA- World Organization of Family Doctors

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 PERCURSO CONCEITUAL	17
2.1 Reforma Psiquiátrica	17
2.1.1 Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	19
2.2 O papel estratégico do CAPS III na rede de atenção em saúde mental	24
2.3 Atenção Primária à Saúde: o desafio do investimento nas ações de Saúde Mental ...	27
2.3 Retaguarda especializada às equipes de SF: o Apoio Matricial em saúde mental	32
3 PERCURSO METODOLÓGICO	37
3.1 Pesquisa-Ação	37
3.2 Grupos operativos de reflexão.....	40
3.3 Aspectos Éticos.....	41
3.4 Contexto e cenário da pesquisa	42
3.5 Participantes da Pesquisa	45
3.6 Os encontros de grupo.....	48
3.7 Análise e interpretação dos dados.....	52
4 ANÁLISE DOS GRUPOS PESQUISADOS	55
4.1 A voz da Saúde da Família	55
4.1.1 Saúde Mental na Saúde de Família.....	56
4.1.2 Apoio Matricial em Saúde Mental: perspectiva da Saúde da Família.....	66
4.2 O que dizem os profissionais do CAPS III?	72
4.2.1 Trabalho em Equipe.....	72
4.2.2 Apoio matricial em Saúde Mental: perspectiva do CAPS.....	80
4.3 A integração Saúde da Família e CAPS	86
4.3.1 Inserção do matriciamento no processo de trabalho da Saúde da Família: um desafio ..	86
4.3.2 Apoio Matricial em Saúde Mental: trilhando caminhos possíveis.....	96
4.4 Levantamento das propostas de ações de apoio matricial	103
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	105

REFERÊNCIAS	113
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	119
APÊNDICE B - Questionário 1	121
APÊNDICE C - Questionário 2.....	122
APÊNDICE D - Texto para discussão - Grupo do CAPS	123
APÊNDICE E - Texto para discussão - Grupo ESF.....	127
APÊNDICE F - Descrição do caso clínico	131

1 INTRODUÇÃO

O atual modelo de atenção à saúde mental, norteado pelos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tem como principal diretriz a ampliação e qualificação do cuidado às pessoas com transtornos mentais nos serviços comunitários e a reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar. Configura-se como uma mudança na concepção e na forma de cuidado, buscando tratar o sujeito em sofrimento psíquico o mais próximo da sua rede familiar, social e cultural (BRASIL, 2005).

A principal diretriz da Política Nacional de Saúde Mental consiste na redução gradual e planejada de leitos em hospitais psiquiátricos, com a desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internações. Concomitantemente, prioriza a implantação de serviços e ações de saúde mental de base comunitária, capazes de atender com resolubilidade os pacientes que necessitem de atenção (BRASIL, 2005). A desinstitucionalização pressupõe transformações culturais e subjetivas na sociedade e nas práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais de saúde. Implica trabalhar com as estratégias de poder-saber que constituem os processos de subjetivação determinantes de uma dada forma de lidar com a loucura (PAULON, 2003).

A atenção ou cuidado psicossocial são expressões que indicam a necessidade de serem construídas oportunidades para as pessoas que sofrem de transtornos mentais, para que possam exercer sua cidadania e atingir seu potencial de autonomia no território em que vivem. No Brasil, na perspectiva do cuidado psicossocial, a rede de saúde mental é composta por diversas ações e serviços, tais como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatórios, residenciais terapêuticos, leitos de atenção integral em saúde mental em hospital geral, cooperativas de trabalho e geração de renda, ações de saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS), entre outros (BRASIL, 2010).

Os CAPS são considerados serviços estratégicos da Reforma Psiquiátrica brasileira. O seu surgimento aponta a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. Esses serviços prestam atendimento em saúde mental em regime de atenção diária, visando evitar internações em hospitais psiquiátricos. Dentre seus objetivos destaca-se o oferecimento de suporte à atenção em saúde mental na APS (BRASIL, 2004).

Já os serviços de APS se constituem na porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde - SUS, local onde são identificadas e coordenadas as respostas para as necessidades de saúde das pessoas, suas famílias e comunidades. Na APS são desenvolvidas ações de promoção, proteção, reabilitação e manutenção da saúde, prevenção de agravos,

diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde mais comuns e relevantes da população (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde tem empreendido esforços no sentido de remodelar a Atenção Primária no país, consolidando a Saúde da Família (SF) como a sua estratégia prioritária. A cobertura da Estratégia Saúde da Família cresceu sobremaneira nos últimos anos e atinge atualmente 53% da população brasileira, com um registro de 31.981 equipes de Saúde da Família, em abril de 2011 (BRASIL, 2011).

Em relação à Saúde Mental, a realidade das Equipes de SF demonstra que, cotidianamente, elas se deparam com problemas psíquicos: 56% das equipes referiram realizar “alguma ação de saúde mental”, mesmo que o façam sem o suporte técnico adequado (OPAS, 2002).

Dessa forma, as Equipes de SF se constituem como um recurso estratégico para o enfrentamento das diversas formas de sofrimento psíquico. Contudo, nem todos profissionais sentem-se confiantes para dar conta dessa tarefa. Os modelos atuais de desenvolvimento e formação profissionais para o SUS têm deixado lacunas referentes ao aprendizado do cuidado, gerando deficiências de ordens técnicas, políticas e gerenciais nos serviços de saúde. A falta de capacitação prejudica o desenvolvimento de ações integrais. Além disso, atender às pessoas com problemas de saúde mental é, de fato, uma tarefa complexa (BRASIL, 2003).

Esses apontamentos indicam a necessidade de ampliação das ações de saúde mental na Atenção Primária à Saúde e, sobretudo, a importância da qualificação das equipes Saúde da Família para aumentar a sua capacidade resolutiva para com as pessoas em sofrimento psíquico. Nesse sentido, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) podem desenvolver um trabalho estratégico no fortalecimento da Saúde da Família no que se refere ao cuidado em saúde mental com base no território. Para tal é importante que esses serviços se integrem com as equipes de APS auxiliando no acompanhamento, capacitação e apoio ao cuidado das pessoas com transtornos mentais.

Tomando como referência o contexto da Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde, este trabalho está relacionado com meu percurso profissional. Já na graduação me engajei em estudos e estágios que tinham como base a Reforma Psiquiátrica. Dentre eles, destaco a participação voluntária, como auxiliar de pesquisa, em estudo qualitativo, do tipo pesquisa-intervenção que tinha como objetivo analisar o processo de desinstitucionalização da loucura, as práticas de cuidado e a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul. A ampliação do acesso ao cuidado psicossocial em saúde mental, para sujeitos com sofrimento psíquico e seus familiares, passou a fazer parte de minhas buscas no percurso profissional na saúde pública.

Meu interesse pela saúde mental e saúde pública me conduziu a realizar de 2004 a 2006 a Residência Multidisciplinar em Saúde Coletiva, ênfase na Atenção Primária à Saúde. A escolha pela APS ocorreu devido ao fato de que, naquele momento, pouco se refletia e se produzia teoricamente sobre o papel desse nível de atenção no que se refere ao cuidado em saúde mental. O desejo por aprofundar o tema culminou, como trabalho de conclusão da residência, em uma pesquisa sobre os Grupos de Saúde Mental desenvolvidos na Atenção Primária, que verificou quando o grupo de saúde mental torna-se um dispositivo desinstitucionalizante.

Além disso, por um tempo, atuei como Acompanhante Terapêutica, atendendo pessoas que se encontravam em um estado de sofrimento psíquico tal que prejudicasse sobremaneira os seus vínculos e a circulação social, com perda na qualidade de vida. O Acompanhamento Terapêutico é uma prática em saúde utilizada como um recurso no processo da Reforma Psiquiátrica. Esse se utiliza da casa, da cidade, da rua e de outros espaços como ferramentas para a produção da saúde.

A experiência durante a Residência me fez refletir sobre a importância dos espaços de gestão da Atenção Primária para que a saúde mental fosse priorizada neste nível de atenção, o que me conduziu a atuar na gestão estadual do Rio Grande do Sul e na esfera nacional, no Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Tais experiências me proporcionaram perceber a Saúde da Família como uma estratégia fundamental no processo de reestruturação da APS e como espaço importante para a ampliação do acesso às ações de saúde mental. Permitiram também perceber as inúmeras dificuldades enfrentadas pelas equipes de SF para o desenvolvimento de ações em saúde mental que envolvesse vínculo, escuta, acolhimento e resolubilidade. Para qualificar minhas contribuições junto à gestão realizei a Especialização em Saúde Mental da UnB, realizada pelo Departamento de Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da UnB.

Atualmente, trabalho em uma Organização Social de Saúde (OSS), que atua em co-gestão com a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC/RJ), onde se tem concentrado esforços para expandir as Equipes de Saúde da Família e os Centros de Atenção Psicossocial. Dessa forma, uma das ações estratégicas a serem incentivadas pelo município do Rio de Janeiro, para o fortalecimento da APS no que se refere à saúde mental, é a implantação do apoio matricial dos CAPS às equipes de seu território de atuação.

Este estudo se realiza com profissionais que atuam no CAPS III Maria do Socorro Santos e nas equipes de Saúde da Família da Clínica Maria do Socorro Silva de Souza, atuantes no bairro da Rocinha, no município do Rio de Janeiro. A pesquisa tem como questão

norteadora a idéia de que os profissionais de saúde mental que compõem o CAPS realizam de forma tímida ou ainda não realizam as ações de apoio matricial.

O apoio matricial em saúde mental é um arranjo organizacional em que especialistas em saúde mental oferecem suporte e apoio a Equipes de SF com o objetivo de ampliar a sua resolubilidade e produzir maior responsabilização pelas situações de saúde mental, rompendo com a lógica dos encaminhamentos indiscriminados. Tal apoio auxilia na condução de casos e de situações complexas em saúde mental na SF, bem como apoia o planejamento de ações e a educação permanente das equipes no que se refere à saúde mental.

Sendo assim, esta pesquisa tem o objetivo de analisar o processo de implantação do apoio matricial em saúde mental do CAPS III Maria do Socorro Santos às equipes de Saúde da Família. Possui como objetivos específicos: a) Investigar o processo de implantação do apoio matricial em saúde mental do CAPS III Maria do Socorro Santos às equipes de Saúde da Família da Clínica da Família Maria do Socorro Silva de Souza; b) Identificar as principais facilidades e dificuldades no processo de implantação do apoio matricial em saúde mental; c) Promover aos participantes da pesquisa a reflexão sobre o apoio matricial em saúde mental; d) Identificar as principais ações de apoio matricial viáveis de realização ou qualificação.

Para tal, no segundo capítulo abordamos o percurso conceitual que embasa teoricamente esta dissertação. Contextualizamos a Reforma Psiquiátrica e seu percurso na realidade brasileira, apresentamos o papel estratégico dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na rede de saúde mental e a especificidade dos CAPS III. Após, discutimos conceitualmente o que é Atenção Primária à Saúde (APS) e o papel das equipes de Saúde da Família na atenção em saúde mental. Por fim, abordamos o conceito e a importância do Apoio Matricial para o fortalecimento da APS na área da saúde mental.

No terceiro capítulo descrevemos o percurso metodológico utilizado para este estudo, o cenário da pesquisa e os caminhos percorridos para desenvolver e alcançar os objetivos estabelecidos. Utilizamos como instrumentos de pesquisa os Grupos Operativos de Reflexão e a resposta a questionários pelos participantes. Realizamos grupos com profissionais da SF, do CAPS e dos dois serviços conjuntamente. Como forma de analisar os dados, usamos a análise de conteúdo na modalidade de análise temática.

No quarto capítulo apresentamos a análise dos grupos pesquisados o que contempla os resultados que emergiram dos grupos operativos de reflexão e das respostas dos profissionais aos questionários. Destacamos categorias e subcategorias para os grupos homogêneos (por serviço) e para os grupos mistos (integração entre os dois serviços).

Nas considerações finais ressaltamos as singularidades dos grupos pesquisados, bem como as consonâncias encontradas entre eles. Destacamos reflexões emergentes durante o estudo com o intuito de fortalecer a saúde mental na Saúde da Família, de sinalizar a importância do Apoio Matricial e de instigar maior integração entre CAPS e SF. Apontamos também contribuições para a saúde mental na saúde pública e sugestões de aprofundamentos na área através de estudos futuros.

Esperamos que esta dissertação possa subsidiar o fortalecimento do apoio matricial em saúde mental, sinalizar dificuldades e estratégias que auxiliem no enfrentamento dos problemas ora encontrados, tendo em vista uma Estratégia SF mais resolutiva no que se refere à saúde mental. Almejamos inspirar outros serviços e municípios na implantação do apoio matricial.

2 PERCURSO CONCEITUAL

2.1 Reforma Psiquiátrica

As expressões “reforma” e “psiquiatria” andam juntas desde o nascimento da Psiquiatria, em 1793. Os reformadores da Revolução Francesa delegaram a Philippe Pinel a tarefa de humanizar e dar um sentido terapêutico aos hospitais gerais, onde os loucos encontravam-se recolhidos junto com outros marginalizados da sociedade. A partir desse momento, a internação passa a ter um caráter médico e a loucura a ser vista como doença. Antes de ser concebida assim, outras interpretações eram dadas à loucura, tais como de que se constituía em saber divino, comédia, desrazão, cada qual apontando para diferentes concepções e formas de tratamento (TENÓRIO, 2002).

No século XIX, surgem os asilos para o estudo da doença e a psiquiatria fica na ambivalência entre punir e tratar os portadores de sofrimento psíquico. No século XX, no Pós-Guerra, revela-se o avesso da Tecnologia Pineliana, ao constatar-se que o hospital psiquiátrico é responsável pelo agravamento da doença mental (SILVEIRA, 2003). Nesse contexto, vão sendo construídas novas experiências e novas propostas de intervenção no âmbito da Psiquiatria.

De acordo com Birman (2001), na história da Psiquiatria há *dois* grandes momentos em que seu arcabouço teórico-assistencial é redimensionado. O *primeiro* é a tentativa de reforma dos manicômios (Reformas Asilares), iniciadas com as experiências das Comunidades Terapêuticas (Inglaterra) - em que o tratamento fundamenta-se na reeducação social - e o movimento de Psicoterapia Institucional (França) - que entende que é a própria instituição que deve ser tratada. O *segundo* momento corresponde à ampliação do dispositivo psiquiátrico para a comunidade, objetivando a prevenção e a promoção em saúde mental.

Se por um lado houve uma superação do espaço hospitalar como único *locus* de tratamento, por outro houve uma projeção difusa da terapêutica e do saber psiquiátrico para o corpo social, o que trouxe implicações políticas e ideológicas problemáticas no campo da assistência. A Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, dos Estados Unidos e a Psiquiatria de Setor, da França, são representantes desse movimento (BIRMAM, 2001).

A Psiquiatria Comunitária nasce com o intuito de aproximar a doença do contexto, percebendo a influência das forças e pressões a que estão submetidos os pacientes numa comunidade fechada e, com isso, ensejando a possibilidade de manipulação do ambiente para a prevenção, o tratamento e a reabilitação. Apreende as necessidades em saúde mental da

comunidade através da incidência e prevalência dos transtornos mentais. As técnicas de trabalho são multidisciplinares e incluem agentes de saúde da comunidade (BUSNELLO, 1976).

O fundamento da Psiquiatria Comunitária é a Psiquiatria Social e sua base prática é o serviço setorizado. Sua técnica de trabalho consiste na aplicação dos conhecimentos da Psiquiatria Social na comunidade, isto é:

[...] tenta determinar os fatores originados na família e na sociedade que perturbam a adaptação ótima dos indivíduos e que podem, sem dúvida, ser considerados de importância etiológica. Não se preocupa somente com os indivíduos enfermos, mas também com os processos de adaptação dos indivíduos e com as forças culturais e sociais que tendem a perturbar ou a auxiliar a sua capacidade adaptativa. (BUSNELLO, 1976, p. 3)

Tais experiências não superaram o modelo asilar, pois não fizeram transformações culturais em relação à Psiquiatria, que continuou a ter um caráter adaptativo e de higiene mental. Também, porque conciliavam o hospital psiquiátrico com os serviços externos. De acordo com Tenório (2001, p.88), as propostas de humanização do asilo e ambulatorização não conseguiram superar a lógica do manicômio, pois foram repetidos alguns “vícios” das práticas asilares nesses serviços e sua expansão induziu a fármaco-dependência, “criando outro circuito de cronificação da clientela”.

Diante do contexto dos movimentos sociais e com o intuito de romper com o paradigma psiquiátrico instituído surge, na década de 1960, o movimento da antipsiquiatria na Inglaterra. Esse contribuiu com o processo da reforma psiquiátrica italiana que veio logo em seguida e que, efetivamente, rompeu com o modelo psiquiátrico. A reforma foi desencadeada por Franco Basaglia e, juntamente com a Psiquiatria Democrática Italiana, que trouxe a importância da territorialidade, serviu de inspiração para diversas experiências reformadoras que aconteceram no mundo, inclusive a brasileira (SILVEIRA, 2003).

A expressão reforma psiquiátrica passa a exigir uma “adjetivação precisa”, denotando um movimento que tem uma característica essencial: o resgate da cidadania de sujeitos obrigatoriamente tutelados. Ganha, portanto, uma inflexão diferente: a crítica ao asilo deixa de visar seu aperfeiçoamento ou humanização, vindo a incidir sobre os próprios pressupostos da Psiquiatria, a condenação de seus efeitos de normatização e controle (DELGADO,1992).

Em 1990, foi assinada a Declaração de Caracas, documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas. As organizações, associações, autoridades de saúde,

profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde, afirmaram princípios comuns aos países das Américas no que concerne à atenção em saúde mental.

Dentre esses princípios destacam-se a centralidade da proteção dos direitos humanos e de cidadania das pessoas com transtornos mentais, a necessidade de construir redes de serviços que substituam os hospitais psiquiátricos e garantam a adequada atenção integral e multidisciplinar. Isso inclui, quando necessário, a hospitalização em hospitais gerais, respostas que evitem o aparecimento de uma nova geração de pessoas afetadas por transtornos mentais de longa evolução, vínculos sólidos com os serviços de Atenção Primária à Saúde (os quais devem ter alta capacidade resolutiva) e a participação de usuários e familiares no planejamento e implantação dos programas e serviços de saúde mental. Outro aspecto apontado pela Declaração é a necessária pactuação de ações por parte dos diferentes atores sociais, a fim de melhorar o estado de saúde mental da população. A Declaração de Caracas fortaleceu a mudança de paradigma na atenção à saúde mental na América Latina. É, portanto, um passo importante no processo da Reforma.

2.1.1 Reforma Psiquiátrica Brasileira

O início da Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo de outro movimento importante que ocorreu no país na década de 1970: a Reforma Sanitária (BRASIL, 2005). A Reforma Sanitária Brasileira objetivou repensar o modelo de saúde vigente e reordenar a forma de pensar e projetar as ações de saúde. Uma de suas grandes conquistas foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988.

O modelo de saúde vigente até então era baseado no atendimento médico previdenciário, centralizador, fragmentário, hospitalocêntrico, especializado, não garantido como direito e reservado à parcela da população que trabalhava e contribuía. De acordo com Temporão (2010), depois de 1988 o acesso aos cuidados em saúde tornou-se um direito de todos e pelo menos metade da população excluída foi incorporada ao Sistema de Saúde. Segundo o autor, atualmente, 150 milhões de pessoas de uma população de quase 200 milhões dependem do SUS.

Embora contemporânea da Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência dos manicômios (BRASIL, 2005). Foi inspirada pelas experiências de desinstitucionalização europeias e pelas comunidades terapêuticas norte-americanas e

argentinas. “O processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde” (BRASIL, 2005, p. 6).

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens [...]. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (Ibid, p.6)

A seguir, destacam-se os principais componentes históricos da Reforma Psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2005):

I - Crítica do modelo hospitalocêntrico (1978-1991) – momento marcado pela construção coletiva da crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. Destacam-se:

1978 - início do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas.

1987 – II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), que adota o lema “por uma sociedade sem manicômios”; I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro; Inaugura-se o primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo.

1989 – início do processo de intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) na Casa de Saúde Anchieta, um hospital psiquiátrico onde ocorriam maus-tratos e mortes de pacientes. Tal intervenção teve repercussão nacional e demonstrou a possibilidade de construção de uma rede de cuidados substitutiva ao hospital psiquiátrico. Neste período, são implantados nesse município Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionavam 24 horas, criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações.

Iniciam-se as lutas nos campos legislativo e normativo. Dá-se entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país.

II- Começa a implantação da rede extra-hospitalar (1992-2000): a partir desse período a política do Ministério da Saúde para a saúde mental começa a ganhar contornos mais definidos. Na década de 1990, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, definiram-se marcos conceituais que provocaram modificações na atenção integral à

saúde mental. Propôs-se um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais que partem de uma visão integrada das várias dimensões da vida do sujeito, em diferentes e múltiplos âmbitos de intervenção, tais como o educativo, o assistencial e o de reabilitação (BRASIL, 2005).

Entram em vigor as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, embasadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. Surgem leis estaduais que regulamentam o processo da reforma psiquiátrica (MORAIS, 2010): 1991 a Lei Estadual do Rio Grande do Sul e 1993 a Lei Estadual do Ceará.

III - A Reforma Psiquiátrica depois da lei Nacional: consolidação do novo modelo (2001 -2010).

No período de *2001 a 2005* o Ministério da Saúde cria linhas específicas de financiamento para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. Momento de expansão dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico (BRASIL, 2005).

2001 – A Lei Federal 10.216 foi sancionada após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, redirecionando a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária. A lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, sendo que sua promulgação impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação dessa lei e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade (BRASIL, 2005).

2002 - é lançada a Portaria GM 336, que cria os CAPS, com financiamento específico; Cria-se uma política específica para os usuários de álcool e outras drogas. Para os Hospitais, inicia-se o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/ Psiquiatria).

2003 - cria-se o Programa “De Volta para Casa”.

2004 - realize-se o primeiro Congresso Brasileiro de CAPS, em São Paulo. Inicia-se o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS (PRH) – (Portaria GM 52, de 20 de janeiro de 2004) em que a principal estratégia deste Programa é promover a redução progressiva e pactuada de leitos a partir dos macro-hospitais (hospitais com mais de 600 leitos) e hospitais de grande porte (com 400 a 600 leitos psiquiátricos).

2005 – reafirma-se a Declaração de Caracas na Carta de Brasília, redigida pelo Ministério da Saúde do Brasil, a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), durante a realização da Conferência Regional para a Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 Anos depois da Declaração de Caracas. A Conferência teve por objetivo avaliar os resultados obtidos desde 1990.

São criados os Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e outras Drogas, Portaria Nº 1.612/GM/MS, de 9 de setembro de 2005.

No período de *2007 a 2010* ocorreram avanços e aprofundamento na ampliação do acesso em saúde mental, em continuidade ao período anterior, consolidando a mudança no modelo de atenção no SUS, com a incorporação decisiva de novos desafios para a Política Nacional de Saúde Mental. Quatro temas são destacados pela Coordenação Nacional de Saúde Mental no relatório de gestão deste quadriênio: consolidação do modelo territorial de atenção; intersetorialidade; drogas e vulnerabilidade; formação e produção de conhecimento para a Saúde Mental Pública (BRASIL, 2011b).

A seguir destacam-se algumas das conquistas desse período (BRASIL, 2011b):

2007 – I Seminário Integrado de Redução de Danos no SUS. O objetivo principal desse seminário foi elaborar recomendações para subsidiar o Plano Integrado de Redução de Danos no SUS, como forma de oficializar essa estratégia de prevenção, promoção da saúde e tratamento das pessoas que usam álcool e outras drogas. Aprovada a Política Nacional sobre o Álcool, através do Decreto nº 6.117. Consolidaram-se os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental em alguns estados: Bahia, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro.

2008 – publicada a Portaria GM 154/08, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), recomendando a inclusão de profissionais de saúde mental nas suas equipes. Esse foi um dos principais avanços do período 2007-2010 para a inclusão das ações de saúde mental na Atenção Primária.

2009 – é publicada a portaria 2.629/09, que reajustou os procedimentos hospitalares para a atenção em saúde mental em Hospitais Gerais. Pela primeira vez, os procedimentos de psiquiatria em Hospital Geral são mais bem remunerados do que os procedimentos em Hospitais Psiquiátricos, o que se configura uma virada histórica e um estímulo importante para os gestores ampliarem e qualificarem os leitos nessas instituições.

É lançado o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS, com o objetivo de priorizar a expansão de estratégias de tratamento e prevenção relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas. Foram criadas as

Escolas de Redutores de Danos do SUS, para a qualificação da rede de serviços, por meio da capacitação teórica e prática de segmentos profissionais e populacionais da comunidade, a fim de potencializar as ações de atenção integral voltadas para usuários de álcool e outras drogas.

2010 – ocorreu a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, que discutiu os desafios da intersetorialidade, trazendo para a Política Nacional de Saúde Mental o componente da parceria e a articulação com outras políticas públicas.

No que se refere aos avanços das ações às pessoas usuárias de álcool e outras drogas na APS, em setembro de 2010 foi lançada a portaria 2.843 criando os NASF 3, que objetivam promover a atenção integral em saúde e saúde mental, prioritariamente para usuários de crack, álcool e outras drogas na Atenção Primária, em municípios com porte populacional pequeno, menor que 20.000 habitantes.

O Programa de Educação pelo Trabalho PET Saúde Mental foi uma importante iniciativa estrutural para a Política de Saúde Mental no ano de 2010 e representa um aprofundamento da relação da área com a Política Nacional de Formação e Educação Permanente no SUS. O PET Saúde/Saúde Mental tem como objetivo a integração entre Universidade e Serviços, como instrumento de qualificação dos profissionais e formação dos estudantes de graduação na área da saúde/saúde mental. Em 2010, o Programa foi ampliado e a Portaria Conjunta nº 6, de 17 de setembro de 2010 instituiu o PET Saúde/Saúde Mental/Crack 2011.

Sendo assim, vários são os dispositivos e as estratégias para caminhar rumo à desinstitucionalização e construir uma rede integrada de ofertas de cuidado em saúde mental. Percebemos, com isso, que os últimos anos foram marcados por vários esforços rumo à consolidação da Política Nacional de Saúde Mental. Durante esse percurso ocorreram muitos embates, enfrentamentos, discussões que, dentro do possível, auxiliaram o fortalecimento da Política.

No que se refere ao fortalecimento da saúde mental na Atenção Primária através do matriciamento, destaca-se dois fatos importantes desses últimos anos: 1) aumento da cobertura de CAPS, que começa a se estender para áreas menos assistidas; 2) expansão das ações de saúde mental na atenção primária, vinculadas à criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), o que vem aprofundar, sistematizar e ampliar as estratégias de apoio matricial para as equipes de Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2011b).

Os CAPS, os NASF e o fortalecimento da Atenção Primária em ações de saúde mental, contrapondo-se ao modelo centrado na hospitalização, aparecem como estratégias para a efetivação dos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Buscam promover um

cuidado que fortaleça a cidadania, a autonomia, a inclusão social, o rompimento dos estigmas, bem como intervir através de ações articuladas de atenção à saúde mental, prevenção do adoecimento psíquico e de promoção da saúde.

2.2 O papel estratégico do CAPS III na rede de atenção em saúde mental

Os CAPS são serviços de saúde abertos, de base territorial, integrantes da rede do SUS. São lugares de referência e tratamento para pessoas em sofrimento psíquico grave, cuja gravidade e/ou persistência demandem sua inclusão num serviço de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de saúde (BRASIL, 2004).

Os CAPS objetivam acolher os pacientes em sofrimento psíquico, estimular sua integração social e familiar, apoiar suas iniciativas de busca da autonomia, oferecendo-lhes atendimentos multiprofissionais. Sua principal característica consiste no trabalho territorial, ou seja, na atuação o mais próxima possível do cotidiano das pessoas em sofrimento, buscando integrá-las ao seu contexto social e cultural, evitando assim o seu isolamento e reclusão social. Os profissionais que lá atuam realizam atendimentos clínicos, oficinas, grupos visando à reinserção social dos usuários, através do acesso ao trabalho, educação, lazer, fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários (BRASIL, 2004).

Para conceituar sofrimento psíquico grave, dor apresentada pelos usuários que recebem atenção no CAPS, tomaremos a definição de Costa (2003; 2006) o qual indica que esse sofrimento se refere ao campo do subjetivo, da angústia, sendo impossível reduzi-lo a um conceito unívoco e simples. O termo grave refere-se à intensidade do sofrimento, ao não comum ou não facilmente administrável. Sendo assim, sofrimento psíquico grave é definido por Costa (2006, p. 9):

[...] não só tudo aquilo que está sob o domínio da definição de psicose, mas para apontar alguns desafios filosóficos: a) buscar superar a classificação nosográfica, empiricista, categorial e sintomatológica das classificações psiquiátricas, que, por si só, se pretendem atóricas (o que é um equívoco); b) apontar mais para fenômenos existenciais, fenomenológicos, de cunho interno, relacional e dinâmico, que falam da angústia humana, das contradições da estruturação psíquica, do sofrimento (psíquico, afetivo, emocional, relacional), para além do sintoma e c) tentar resgatar, portanto, a dimensão “normal”, “natural”, “inerente” de qualquer sofrimento humano, inclusive daqueles tidos como psicóticos. Neste sentido, o qualificativo “grave” se refere tão somente à intensidade do sofrimento e não a uma classificação específica, buscando resgatar a dimensão contígua de todo sofrimento humano, de um extremo (“suportável”) a outro (“desorganizador”).

Para prestar atenção aos pacientes em sofrimento psíquico grave, o meio de trabalho característico do CAPS é a equipe multiprofissional, contando com a experiência de várias categorias profissionais: arteterapeutas, assistentes sociais, enfermeiros, musicoterapeutas, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, dentre outras. Conta também com o apoio de técnicos administrativos, técnicos de enfermagem, oficinairos e com equipe de cozinha, limpeza e vigilância. De acordo com Costa-Rosa (2000), a composição de equipe no CAPS visa superar o grupo comum dos especialistas, que fragmentam as práticas e o sujeito, que não produzem encontros de diálogo sobre a atividade cotidiana.

O trabalho em equipe no CAPS busca rever as relações internas de poder, a inclusão social do usuário, a utilização de recursos da comunidade, o envolvimento dos familiares no tratamento, trabalhando para a autonomia do sujeito. Assim, nesse contexto, “o papel dos profissionais e sua ação diária prevêm mudança de postura e adaptação contínua às diferentes demandas e situações” (ABUHAB et. al., 2005, p. 370).

Nesse sentido, os CAPS surgem como uma proposta ousada de transformação, visando substituir uma realidade alicerçada e restrita ao espaço hospitalar e com o poder de resolução centralizado no profissional médico.

Uma atenção integral, como a pretendida pelo SUS, só poderá ser alcançada através da troca de saberes e práticas e de profundas alterações nas estruturas de poder estabelecidas, sendo instituída uma lógica do trabalho interdisciplinar por meio de uma rede interligada de serviços de saúde. (BEZERRA, et. al., 2008, p.642)

Existem seis tipos de CAPS, que são diferenciados de acordo com o porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e perfil populacional dos municípios brasileiros. Assim, esses serviços diferenciam-se como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi (infância), CAPSAD (álcool e drogas) e CAPS III ad. Todos os CAPS são compostos por equipes multiprofissionais.

O CAPS III, um dos focos deste trabalho, são serviços de maior complexidade, implantados em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com funcionamento 24 horas, durante todos os dias, inclusive feriados e finais de semana. Na rede de saúde mental, os CAPS III são estratégicos pela possibilidade de acolher a crise, podendo oferecer acolhimento noturno, nos finais de semana e feriados, para os casos que necessitam. Visam, dessa forma, proporcionar atenção integral e evitar internações psiquiátricas. Geralmente, o acolhimento noturno atende aos usuários que estão vinculados a um projeto terapêutico nos CAPS (BRASIL, 2004).

Sendo assim, na lógica da Reforma Psiquiátrica, acreditamos ser fundamental que os profissionais que atuam no CAPS III ampliem suas concepções de sofrimento psíquico grave e de crise. A ampliação de tais conceitos incorpora, na compreensão do sofrimento psíquico, as dimensões subjetivas, históricas, contextuais, relacionais, além dos aspectos biológicos. Modifica também a forma de conceber os pacientes, que passam a ser percebidos, para além da sua doença, como sujeitos, com possibilidades e potencialidades, que em determinados momentos, devido ao aumento da intensidade de seu sofrimento, necessitam de cuidados mais próximos e intensivos. Mudam, então, os entendimentos de tratamento, de cura, de diagnóstico que deixam de ser entendidos de maneira estanque para incorporar a dimensão existencial dos sujeitos.

De acordo com Costa (2006), a crise, numa perspectiva psicológica, pode ser entendida como sendo uma manifestação súbita de uma ruptura de equilíbrio pré-existente. Nesse sentido, os momentos da vida considerados como geradores de crise, como adolescência, casamento, separação, perda de emprego não levam necessariamente a pessoa à crise. Podemos entender que a situação de crise é desencadeada quando o sujeito ao necessitar dar respostas frente a algumas situações da vida, não possui recursos emocionais para tal, gerando um rompimento de seu equilíbrio psíquico. O contexto de crise, nesse sentido, “é aquele cujo aparecimento causa desequilíbrio psíquico, no qual o sujeito se encontra desprovido das competências que o levam a uma re-acomodação às situações de conflito” (CARVALHO; COSTA, 2008, p. 154).

A crise, desde a perspectiva psicossocial, está relacionada com os contextos reais da vida do sujeito, correspondendo “a uma complexa situação existencial” (BASAGLIA, et. al., 1991, p. 55). Dessa forma, é necessário colocá-la no interior de uma série de nexos e fazer uma leitura conjunta da situação, para compreendê-la. Segundo Nicácio e Campos (2004), a crise torna-se um evento histórico, que se coliga com a história do sujeito. Sendo assim, “a complexidade das situações de crise não pode ser lida como um dado isolado e a própria compreensão é redimensionada em processo na continuidade da relação” (p.76).

O CAPS III, ao incorporar aspectos fundamentais para o cuidado da crise e do sofrimento psíquico grave, tem papel importante junto à Atenção Primária à Saúde. Nas ações de apoio matricial, torna-se fundamental colocar em pauta tais temas, a fim de discutir e qualificar a intervenção da APS, aumentando seu grau de resolubilidade nessas situações. Mas para isso, a integração entre os dois serviços necessita ocorrer.

2.3 Atenção Primária à Saúde: o desafio do investimento nas ações de Saúde Mental

Segundo Sousa (2007), historicamente, o conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) vem sendo construído em diversos contextos sócio-econômicos e culturais, com diferentes intencionalidades, que transitam entre ser um nível do sistema, um conjunto específico de serviços de saúde ou de intervenções, o primeiro ponto organizativo de uma rede de atenção, entre outros. Entretanto, o balizador dessa base conceitual ancora-se na declaração de Alma Ata (1978, p.1), quando os cuidados primários em saúde são definidos como:

[...] baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter [...]. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país [...] quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade [...] pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

A partir da Conferência de Alma Ata, a APS vem alcançando progressivamente mais espaço de discussão no cenário mundial das Políticas de Saúde, por ser definida como um importante estratégia para diminuir as iniquidades dos serviços de saúde. Starfield (2002) define APS como a porta de entrada no sistema de saúde, focalizando a atenção sobre os indivíduos, as famílias e a comunidade, de maneira contínua e sistemática, devendo ser o eixo orientador determinante do trabalho dos demais pontos desse sistema, abrangendo os aspectos da promoção, prevenção, manutenção e a melhoria da saúde. A mesma autora (1994) aponta que em sua forma mais altamente desenvolvida, a APS é responsável pela resolução de cerca de 85% dos problemas de saúde da população.

De acordo com Starfield (2002), há quatro atributos essenciais que conjuntamente definem um serviço da APS:

Primeiro contato – implica a acessibilidade e o uso do serviço para cada novo problema ou episódio de saúde. Isto é, a população tem um serviço disponível a cada vez que ocorre um problema ou necessidade em saúde. As Unidades Básicas de Saúde ou Unidades de Saúde da Família deveriam ser os lugares que as pessoas procurassem inicialmente nessas situações, devido à facilidade de acesso.

Longitudinalidade – requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo. As relações entre a equipe de saúde e os

usuários na Atenção Primária são contínuas e de longa duração, independentemente da presença ou ausência de problemas de saúde. Isso significa uma atenção e cuidado personalizados ao longo do tempo. As pessoas recebem acompanhamento durante todo o ciclo da vida: nascimento, infância, adolescência e juventude, idade adulta e no processo de envelhecimento.

Integralidade – supõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de ações que atendam as necessidades mais comuns da população adscrita e a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde. Implica, então, realizar a atenção integrando ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação, promovendo acesso aos diferentes níveis de atenção e ofertando respostas ao conjunto de necessidades de saúde de uma comunidade e não apenas a um recorte de problemas.

Coordenação da atenção – implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, pela equipe de saúde, com reconhecimento dos problemas que requerem seguimento em outros pontos da rede. Coordenar as ações de saúde, considerando a história anterior de atenção ao usuário (terapias ou ações já utilizadas) e as necessidades do presente, atuando com o compromisso de buscar a resolução dos problemas e prestar atenção continuada à pessoa/família, mesmo nos casos de encaminhamento a outros níveis de atenção, atuando de forma integrada com os profissionais dos serviços especializados.

No caso brasileiro, APS foi denominada de Atenção Básica e representa um conjunto de ações, voltadas para o âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Essas ações devem ser desenvolvidas por meio de práticas gerenciais, sanitárias, democráticas, participativas e do trabalho em equipe que devem ser dirigidas à população de um território bem delimitado. As equipes assumem responsabilidade sanitária no território e consideram a dinamicidade existente no contexto, o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural (BRASIL, 2006).

A APS, como é preconizada pelo Ministério da Saúde brasileiro, rompe com compreensões simplistas, tais como a de que é uma saúde para pobres e de que resolve somente os problemas mais simples de saúde. As equipes de APS se defrontam com questões culturais, econômicas e estruturais das comunidades, famílias e sujeitos residentes no território, com diversas formas de adoecimento, trabalhando, assim, com a complexidade do processo saúde-doença.

Visando fortalecer a APS no Brasil, em 1991 foi iniciado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e em 1994 o Programa de Saúde da Família – PSF. Em 2006,

com o lançamento da Política Nacional de Atenção Básica (Portaria GM 648), esses programas se transformaram em estratégias, com o objetivo de contribuir na construção de um novo modelo de atenção integral à saúde das famílias. Logo, são estratégias voltadas para a reorganização das ações de APS, que se fundamentam em uma nova ética política institucional. A Estratégia Saúde da Família surge em caráter substitutivo ao modelo de Atenção Primária tradicional.

A Saúde da Família é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais, compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A presença dos ACS, profissionais moradores da própria comunidade que atuam como elo entre as equipes de SF e a população, é uma experiência inovadora e exclusiva da realidade brasileira.

Tais equipes atuam em unidades básicas de saúde e possuem a responsabilidade de prestar atenção à saúde a uma população determinada, tendo como máximo recomendado o equivalente a 4.000 (quatro mil) pessoas sob sua adscrição. As equipes de SF são responsáveis pelo cadastramento familiar, diagnóstico situacional e por ações dirigidas aos problemas de saúde, de maneira pactuada com a população, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias, ao longo do tempo, mantendo postura pró-ativa frente os problemas de saúde e doença da comunidade.

Além dos atributos gerais da Atenção Primária, a SF possui atributos complementares (STARFIELD, 2002):

a) **Orientação comunitária:** envolve o conhecimento das necessidades da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a mesma, considerando os diferentes contextos em que a população vive – domicílios, espaços comunitários, de trabalho e outros. Compreende também o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.

b) **Orientação familiar:** a relação da equipe de saúde com a família é o foco central da estratégia. Os profissionais das equipes de Saúde da Família devem ter postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença, compreendendo a grande influência do ambiente, a estrutura e a dinâmica familiar nesse processo. As equipes devem priorizar a abordagem integral, buscando compreender a família de forma sistêmica, como espaço de desenvolvimento individual e de grupo, dinâmico e passível de crises.

c) **Competência cultural:** os profissionais necessitam ter outros conhecimentos e habilidades, para além do campo das disciplinas acadêmicas da área de saúde, no intuito de facilitar a relação com as populações culturalmente diversas. Tais conhecimentos envolvem

capacidade de escuta e de manejo das situações adversas, desenvolvimento de trabalho em equipe, estabelecimento de parcerias, comprometimento com os usuários, respeitando os modos de viver dos indivíduos e famílias.

Por atuar no território, atender uma população adscrita, investir no vínculo dos profissionais com os usuários e contar com a presença dos agentes comunitários de saúde a Atenção Primária, impulsionada pela Estratégia Saúde da Família, é um campo importante na rede de saúde mental. De acordo com Nunes et. al. (2007), os ACS, por serem residentes da comunidade e por trabalharem no território, se destacam pelo contato com os casos de sofrimento mental, procurando lidar de modo contínuo com essas situações.

Segundo dados internacionais de prevalência adotados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), 3% da população apresenta transtornos mentais severos e persistentes, necessitando de cuidados contínuos. De 9 a 12% da população possui transtornos mentais leves, precisando de cuidados eventuais. De acordo com pesquisas realizadas no Brasil pela Unifesp (2007), em relação às dependências de álcool e outras drogas (exceto tabaco), as prevalências atingem cerca de 6% da população. Se for considerado apenas o álcool, há 9% a 11% de pessoas, entre os 12 e os 65 anos, que são dependentes. Grande parte dessas pessoas está sendo atendida na APS, demonstrando que, cotidianamente, essas equipes se deparam com problemas de saúde mental.

Ainda, a OMS e o Ministério da Saúde (2001) estimam que quase 80% das pessoas encaminhadas para os profissionais de saúde mental não trazem, a priori, uma demanda específica que justifique a necessidade de uma atenção especializada. Ou seja, elas poderiam ser atendidas pela Atenção Primária.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu relatório de 2001 sobre a Saúde do Mundo, enfatiza que a Saúde Mental na Atenção Primária torna o atendimento mais efetivo e articula-o com as demais etapas da atenção à saúde. Além de mobilizar a comunidade e ser economicamente favorável, a APS busca a integralidade, atua no território e com o contexto familiar, procura a continuidade do cuidado e busca articular-se com a rede de atenção.

A OMS e a Associação Mundial de Médicos de Família (WONCA, 2008) apontam que o manejo e o tratamento de transtornos mentais no contexto da atenção primária é um passo fundamental para possibilitar ao maior número de pessoas o acesso mais facilitado e rápido aos serviços. Isso não só proporciona uma atenção de melhor qualidade como também reduz o desperdício resultante de exames supérfluos e de tratamentos impróprios ou não específicos. Dentre as principais razões para a integração de saúde mental na APS destacam-se: a relevante magnitude e prevalência dos transtornos mentais e o baixo número de pessoas

recebendo tratamento, o aumento do acesso aos cuidados em saúde mental, ações e serviços que propiciam o respeito aos direitos humanos, a redução de custos indiretos com a procura de tratamento em locais distantes, e bons resultados na saúde de sujeitos em sofrimento psíquico.

Dentre as diretrizes para a Saúde Mental na APS, apontadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), destacam-se: a identificação, acolhimento e atendimento das demandas de saúde mental do território, em seus graus variados de severidade; a priorização das situações mais graves, que exigem cuidados mais imediatos; intervenções baseadas no contexto familiar e comunitário, em que a família e a comunidade são entendidas como parceiras no processo de cuidado; a garantia de continuidade do cuidado pelas equipes de APS, com apoio das equipes de saúde mental; as redes sanitária e comunitária; o cuidado integral que articula ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação psicossocial; e a educação permanente das equipes.

Todas essas características apontam para a estratégia SF como um espaço potencial do cuidado, promoção e prevenção em saúde mental, já que considera o sujeito e as famílias em sua singularidade, complexidade, integralidade, inserção sócio-cultural e percebe o território como um instrumento de análise, intervenção e de possibilidades de criação e inserção social. As equipes de Saúde da Família podem auxiliar na identificação de casos de transtornos mentais que dificilmente procuram os serviços de saúde, atender no domicílio, identificar o sofrimento mental antes de seu agravamento, desenvolver ações de promoção da saúde mental e de prevenção do adoecimento, além de acompanhar e encaminhar, quando necessário, os pacientes para os serviços especializados, mantendo o vínculo com a família e prestando cuidado a outras questões de saúde do usuário. Entende-se, assim, que há princípios comuns entre a atuação das equipes de saúde da família e de saúde mental.

É, portanto, no espaço comunitário que se pode constituir novas formas de cuidado em saúde mental, tendo em vista a maior aproximação com a realidade dos sujeitos em sofrimento psíquico, que remetem a intervenção para a reafirmação da Reforma Psiquiátrica brasileira, investindo no território como elemento propulsor de saúde. Mas, para isso, torna-se necessário investir em estratégias que incluam as ações de saúde mental no cotidiano da saúde da família, pois alguns estudos apontam que ainda é frágil o desenvolvimento dessas atividades por algumas equipes (TANAKA; RIBEIRO, 2006).

Dessa forma, torna-se primordial, então, incluir ativamente as ações de saúde mental na atenção primária, ajudando as equipes a trabalhar a dimensão do sofrimento psíquico. Para ampliar as ações de saúde mental na atenção primária, o Ministério da Saúde propõe, como

uma das alternativas, um trabalho de suporte às equipes de SF, através do apoio matricial que pode ser oferecido pelos profissionais de saúde mental dos CAPS, dos NASF ou de outros serviços de saúde mental presentes nos municípios. No caso desta dissertação, focaremos no apoio prestado pelos profissionais do CAPS.

2.3 Retaguarda especializada às equipes de SF: o Apoio Matricial em saúde mental

Dentre as estratégias elencadas pelo Ministério da Saúde (2004) a serem utilizadas pelos profissionais dos CAPS de apoio às equipes de Saúde da Família, destaca-se o Apoio Matricial em saúde mental que objetiva assegurar, de um modo dinâmico e interativo, retaguarda técnica especializada a tais equipes. O Apoio Matricial, ou matriciamento, é um arranjo formulado por Campos (1999) que almeja aumentar o grau de resolubilidade das ações de saúde na Atenção Primária à Saúde. A adoção do apoio matricial provoca uma reorganização nos organogramas dos serviços de forma que os especialistas ou as áreas especializadas passam a oferecer apoio técnico a equipes de Atenção Primária à Saúde.

As equipes ou profissionais de referência, como as equipes de Atenção Primária à Saúde, caracterizam-se por se responsabilizar pela atenção em saúde à população de um território adscrito (CAMPOS, 1999). Tais equipes buscam mudar o padrão dominante de responsabilidade nas organizações: ao invés de profissionais se responsabilizarem por atividades e procedimentos, responsabilizam-se por pessoas. Ou seja, forma-se uma equipe em que os trabalhadores têm uma clientela sob sua responsabilidade, como no caso da Estratégia Saúde da Família, em que uma equipe é responsável pela atenção à saúde de uma população adscrita. Para fins de entendimento, sempre que utilizarmos os termos equipe de referência compreenda-se que estamos nos referindo às equipes de Saúde da Família.

O apoio matricial é composto por dois conceitos: *apoio* e *matricial*. O conceito *matricial* indica uma mudança na posição do especialista em relação ao profissional que demanda seu apoio. Busca romper com as relações verticais presentes na comunicação entre os níveis hierárquicos do sistema de saúde que, na maioria das vezes, ocorre por meio do formulário de referência e de contra-referência, em que há um encaminhamento desresponsabilizado dos profissionais da APS para os serviços especializados, na tentativa de transferir a responsabilidade pela condução do caso clínico. Dessa forma, *matricial* indica a possibilidade “de sugerir que profissionais de referência e especialistas mantenham uma relação horizontal, e não apenas vertical como recomenda a tradição dos sistemas de saúde” (CAMPOS; DOMITTI, 2007. p. 402). Já o termo *apoio* sugere uma maneira de operar essa

relação horizontal entre especialista e equipe de referência, não mais baseada na autoridade, mas sim em procedimentos dialógicos (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

No caso, o apoiador procura construir de maneira compartilhada com os outros interlocutores projetos de intervenção, valendo-se tanto de ofertas originárias de seu núcleo de conhecimento, de sua experiência e visão de mundo, quanto incorporando demandas trazidas pelo outro também em função de seu conhecimento, desejo, interesses e visão de mundo. (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 402)

O Apoio Matricial é utilizado ou solicitado quando a equipe de Atenção Primária à Saúde encontra limites ou dificuldades na condução dos casos clínicos, na direção ou planejamento de atividades específicas. O Apoio Matricial visa ampliar o campo de atuação e qualificar as ações dessas equipes (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Essa proposta de reorganização do trabalho em saúde facilita a troca de opinião entre os profissionais e os convida para a elaboração conjunta de projetos terapêuticos singulares, baseados no diálogo e no compromisso com a saúde dos usuários, aumentando a sua responsabilidade pelo processo saúde-doença (CAMPOS, 1999).

O Apoio Matricial busca “personalizar os sistemas de referência e contra-referência, ao estimular e facilitar o contato direto entre referência encarregada do caso e especialista de apoio” (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 401). De acordo com Oliveira (2010), esse arranjo não pretende por fim aos sistemas de referência e contra-referência, porque para algumas áreas de atenção, sobretudo as que dependem de aparelhos especiais, o encaminhamento tradicional ainda será pertinente, desde que seja realizado mantendo-se o vínculo e continuidade do cuidado desses pacientes pela equipe de referência. Dessa forma, o apoio matricial subverte o modelo hegemônico das organizações de saúde que fragmentam o trabalho, dificultam a multidisciplinaridade e produzem excessivos encaminhamentos às diversas especialidades, muitas vezes desnecessários.

Considerando-se a realidade brasileira em que a Saúde da Família é a estratégia eleita pelo Ministério da Saúde para re-organizar a APS e que as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental apontam para a necessidade de se investir em serviços e ações de base territorial, o apoio matricial em saúde mental é uma estratégia importante que fortalece o desenvolvimento de ações de saúde mental na SF. Além disso, conforme Dimenstein et al (2009), a Reforma Psiquiátrica brasileira precisa avançar no que se refere ao fortalecimento da APS, já que muitas equipes de SF se sentem desprotegidas, sem capacidade para enfrentar as demandas em saúde mental que chegam aos serviços, especialmente nas situações mais graves e/ou crônicas. O apoio matricial, dessa forma, objetiva dar suporte a essas equipes,

bem como fortalecer a co-responsabilização pelos casos. O apoio matricial pode ser realizado por profissionais de diversas áreas especializadas, mas no caso desta dissertação abordaremos o apoio matricial em saúde mental.

O apoiador matricial em saúde mental é, então, um técnico especializado na área que tem um núcleo de conhecimento, que irá agregar saberes, dialogar e contribuir com intervenções que aumentam a capacidade da equipe de SF em resolver problemas de saúde e ampliar a sua clínica. De acordo com Figueiredo (2006), o apoio matricial proporciona o encontro entre profissionais da saúde mental e equipes de APS, compondo um espaço de trocas de saberes, invenções e experimentações que auxiliam a equipe a ampliar sua clínica e sua escuta, a acolher o choro, a dor psíquica e a lidar com a subjetividade.

O Apoio Matricial ocorre em duas dimensões: *dimensão assistencial*: que demanda uma ação clínica direta com os usuários e *dimensão técnico-pedagógica*: que demanda uma ação e apoio educativo com e para a equipe (CAMPOS, 2003; 2007).

De acordo com Campos e Domitti (2007) há duas maneiras básicas de integração entre apoiadores matriciais e equipes de Saúde da Família:

- Encontros periódicos e regulares (semanal, quinzenal, mensal) entre equipe de Saúde da Família e apoiador matricial com o objetivo de discutir casos ou problemas de saúde selecionados pela equipe de Saúde da Família, elaborar conjuntamente a condução de casos e, ainda, discutir temas clínicos, de saúde coletiva ou de gestão, fortalecendo a educação permanente.
- Solicitação do apoiador matricial em casos imprevistos, urgentes e de crises, para os quais não é possível aguardar os encontros periódicos, através de contato telefônico, eletrônico ou outro demandando o apoio.

O apoio matricial implica sempre a construção de um projeto terapêutico integrado entre apoiadores e equipe de Saúde da Família, no entanto essa articulação pode desenvolver-se em três planos:

- 1) atendimentos e intervenções conjuntas entre o matriciador e equipe de Saúde da Família;
- 2) atendimentos programados para o especialista ou para o serviço especializado que presta apoio matricial, nas situações que exijam atenção específica do apoiador matricial, mas mantém-se o contato com a equipe de Saúde da Família que não se descompromete com o caso;

3) troca de conhecimentos e orientações, discussão de caso clínico, diálogo sobre alterações nas condutas terapêuticas, permanecendo o cuidado com a equipe de Saúde da Família (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Nos atendimentos e intervenções conjuntas, a troca de impressões e informações, o apoio entre apoiadores matriciais e equipe de Saúde da Família torna-se fonte de fortalecimento mútuo para enfrentamento das dificuldades trazidas pelos usuários. Esses processos de trabalho interdisciplinares podem se ampliar para incluir ações intersetoriais conjuntas no território, junto a ONGs, escolas, e outros dispositivos sociais (BRASIL, 2004; 2010). Dentre as ações conjuntas de apoio matricial destacamos:

- Discussão de casos clínicos: consiste na prática de reuniões nas quais participam profissionais da Saúde da Família, referência para o caso clínico em questão, e o apoiador ou equipe de apoio matricial. Geralmente, os casos elencados para esse tipo de discussão são os mais complexos, com os quais a equipe de SF enfrenta alguma dificuldade de cuidado. A idéia consiste em rever e problematizar o caso, contando com o suporte e aporte do apoiador ou da equipe de apoio matricial, buscando possíveis alternativas e revisões na condução da situação. De acordo com as necessidades de alguns casos, pode ser necessária a participação direta do apoiador ou de outros serviços de saúde da rede, o que não desresponsabiliza a equipe de SF com a situação. O exercício visa o entendimento de vários aspectos da singularidade do caso, a partir da troca de informações, hipóteses, experiências com o objetivo a formular um projeto terapêutico (OLIVEIRA, 2010; BRASIL, em fase de elaboração).

- Atendimento conjunto: consiste nas intervenções que são realizadas conjuntamente entre em equipe de SF e apoiador ou equipe matricial. Realizar em conjunto com o apoiador ou equipe matricial uma consulta em um consultório, no domicílio ou em outro espaço; coordenar conjuntamente um grupo; realizar em conjunto um procedimento. O objetivo consiste em possibilitar a troca de saberes e de práticas em ato, gerado experiência para todos os profissionais envolvidos. Gera-se a oportunidade de compartilhamento de saberes e de dificuldades no cotidiano. Atender conjuntamente um usuário proporciona que os profissionais da SF observem como o apoiador aborda o caso, bem como permite que o matriciador sinta na pele a proximidade do vínculo e os tensionamentos que vivem os profissionais da SF (OLIVEIRA, 2010). Algumas modalidades de atendimentos conjuntos: Consulta conjunta, Visita domiciliar conjunta, Abordagem familiar, Coordenação de Grupos em conjunto.

O apoio matricial visa, então, ações conjuntas das equipes matriciais e equipes de SF. Nesse arranjo organizacional, o profissional responsável pelo apoio participa de reuniões de planejamento das equipes de SF, realiza ações de supervisão, discussão de casos, atendimento compartilhado e atendimento específico, faz visitas domiciliares conjuntas, realiza abordagens familiares, coordena e planeja grupos conjuntamente, além de participar de iniciativas de educação permanente. Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar por meio de discussões conjuntas, intervenções junto às famílias e comunidades (BRASIL, 2010).

Sendo assim, o apoio matricial consiste em um arranjo organizacional que busca investir no cuidado em saúde mental na estratégia Saúde da Família. O desafio baseia-se em realmente se efetivar o cuidado em saúde mental, nesse nível de atenção, em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Atenção Primária à Saúde, buscando-se mais responsabilização e resolubilidade.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de cunho exploratório, a qual considera o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, ou seja, fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis como as vivências, as experiências, a cotidianidade (MINAYO, 1996). Nesse sentido, as ideias que perpassarão esse estudo serão as de complexidade, da existência de múltiplas realidades socialmente construídas, considerando a interação mútua entre o objeto, o pesquisador e a realidade.

No tocante à pesquisa exploratória, optamos por este recurso por tratar-se de serviços com pouco tempo de implantação e, portanto, ainda não pesquisados no que se refere ao tema deste estudo. Dessa forma, demandando maior aproximação com o contexto e conhecimento da realidade. O estudo exploratório tem por “objetivo conhecer a variável de estudo tal como se apresenta, seu significado e o contexto onde ela se insere” (PIOVESAN; TEMPORINI, 2005, p. 321).

Por ser uma pesquisa que pretende auxiliar na reflexão sobre o apoio matricial em saúde mental e discutir a sua implantação nos serviços, optamos pela abordagem metodológica da pesquisa-ação. Essa modalidade de pesquisa é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLLENT, 1996).

3.1 Pesquisa-Ação

Dionne (2007) caracteriza a pesquisa-ação como instrumento de intervenção na realidade circundante dos pesquisadores, em parceria com os atores implicados em determinadas situações problemáticas. Em conjunto, pesquisadores e atores promovem ações para transformar a situação inicial em uma situação diferenciada. Nesse sentido, Thiollent (1996) refere que a resolução efetiva das dificuldades dos participantes envolvidos somente pode ser levada adiante com a participação dos atores sociais. Assim, mesmo que as soluções não sejam aplicáveis no momento da pesquisa, poderão ser aproveitadas para o processo de sensibilização e tomada de consciência.

Para Barbier (2002), a pesquisa-ação possui um duplo objetivo: modificar a realidade e produzir conhecimentos relativos a essas transformações. Há uma contínua interação entre o pesquisador e o participante, o pesquisador implica-se no processo que se insere e também

contribui para novas reflexões e práticas. Além disso, o cotidiano é incluído no processo de construção do conhecimento. A pesquisa-ação tem como finalidade “servir de instrumento de mudança social” (p. 53), sendo assim, não se pode “dissociar a produção de conhecimento dos esforços feitos para levar à mudança” (p.53).

Dessa forma, a pesquisa-ação se caracteriza por visar à mudança na realidade, valorizando a interação entre pesquisadores e participantes nas situações investigadas e sendo um instrumento de trabalho com grupos, instituições e coletividades. Para Barbier (2002), os objetivos práticos da pesquisa-ação consistem em: propor soluções quando for possível; acompanhar ações correspondentes; fazer progredir a consciência dos participantes com relação à existência de soluções perante as dificuldades; produzir conhecimento acerca da situação investigada, adquirir experiência e contribuir para a discussão ou fazer avançar o debate acerca das questões abordadas. Para Brandão (1987), os resultados dessa modalidade de pesquisa estão vinculados à tomada de consciência dos fatores envolvidos nas situações de vida e na participação coletiva para a mudança na ordem social.

Os instrumentos utilizados na pesquisa-ação são, em geral, mais interativos e implicativos do que os das pesquisas positivas. Incluem discussões e dinâmicas de grupo, conversas aprofundadas, pesquisa documental, informações vivas e opinativas dos participantes, diário de itinerância, observação participante, dentre outras (BARBIER, 2002; BRANDÃO, 1987).

O desenvolvimento da pesquisa em tela incluiu alguns momentos propostos por Thiollent (1996) para a pesquisa-ação. O autor destaca que o planejamento de uma pesquisa-ação é flexível, não seguindo uma série de fases rigidamente ordenadas, sendo que algumas podem ser omitidas ou outras adicionadas no decorrer da pesquisa, caso seja necessário. Descrevemos a seguir os passos dados para o desenvolvimento dessa investigação.

- **Fase exploratória:** consiste no primeiro levantamento da situação, dos problemas prioritários, das características do público alvo, de eventuais ações a serem construídas, das expectativas dos participantes, à semelhança do diagnóstico. Esse momento permite o reconhecimento, a análise situacional que produz ampla visão do contexto, das práticas atuais e dos participantes e envolvidos. Possibilita ainda detectar os apoios e resistências, convergências, divergências e posicionamentos, fazendo um balanço da viabilidade do estudo.

Neste estudo, para identificar a situação, as expectativas e os principais problemas no que se refere à implantação do apoio matricial em saúde mental, através do CAPS III em questão, realizamos reuniões e conversas informais com a coordenação e técnicos de saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro; com a direção e

coordenação técnica do CAPS III Maria do Socorro Santos; com a gerência da Clínica da Família analisada. Observamos uma reunião de equipe do CAPS e o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família. Participamos de encontros do fórum de saúde mental da área de planejamento 2.1, que reúne diversos serviços atuantes nos bairros e comunidades da zona sul do município, a fim de discutir a saúde mental no território. Além disso, aprofundamos o levantamento da literatura sobre o tema da saúde mental na APS e apoio matricial.

- **Levantamento de objetivos:** consiste no estabelecimento dos principais objetivos da pesquisa. Após os primeiros contatos e observações foram elencados os principais objetivos deste estudo, que foram apresentados à direção e coordenação técnica do CAPS III Maria do Socorro Santos, para a gerência da Clínica da Família Maria do Socorro Silva de Souza e para o Centro de Estudos da Coordenação de Área Programática 2.1, para verificar sua viabilidade e pertinência.

- **Definição dos critérios para amostra:** a amostragem é pensada quando o campo delimitado é muito grande, como no caso desta pesquisa. Tais critérios serão apresentados adiante no subtítulo “Participantes da pesquisa”.

- **Seleção de métodos e técnicas de pesquisa:** consiste na escolha dos procedimentos a serem utilizados, ou seja, como fazer e porquê fazer de um determinado jeito. Neste estudo optamos por trabalhar com *grupos operativos de reflexão* com os profissionais do CAPS III e equipes de Saúde da Família, para reflexão sobre apoio matricial e discussão coletiva sobre essa prática, utilizando-se das técnicas de leitura de textos de apoio e de discussões em grupo. Além de respostas dos participantes a questionários compostos por cinco perguntas, quatro abertas e uma fechada, elaborados para a pesquisa em tela, respondidos pelos participantes no início e no final da pesquisa.

- **Apreciação da pesquisa pelos participantes:** após formados os grupos de participantes foi apresentada e discutida a proposta de pesquisa, os seus objetivos, os métodos e técnicas, definindo-se conjuntamente horário, duração, quantidade de grupos.

- **Coleta de dados:** nesse momento foram realizados os grupos operativos de reflexão, respondidos os questionários pelos profissionais e cumpridas as atividades pactuadas no primeiro encontro com os participantes, sofrendo alterações nas datas programadas devido aos imprevistos ocorridos no território e nas equipes.

- **Análise dos dados:** essa fase será melhor descrita em capítulo subsequente desta dissertação.

- **Disseminação:** consiste na “divulgação externa”, além do retorno da informação aos grupos implicados. Essa etapa objetiva comunicar os resultados para o público que

participou da pesquisa e escrever trabalhos acadêmicos, publicações de artigos em jornais e revistas, apresentação em congressos e eventos da área.

Após a defesa da dissertação, os resultados serão apresentados ao grupo participante e às chefias dos serviços. Uma cópia do relatório será entregue ao comitê de ética em pesquisa e à Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, bem como pretendemos realizar publicações e apresentações em congressos e eventos científicos.

- **Assistência e avaliação:** os pesquisadores apóiam o grupo na aplicação do levantamento dos resultados e depois de um tempo entram em contato com o grupo para ver como utilizaram os resultados da pesquisa.

Em função do tempo de duração do Mestrado, da duração da parte prática da pesquisa e da realização das transcrições, essa fase não pode ser inserida no plano de ação. O estudo focou-se mais na reflexão e discussão sobre o conceito e as práticas de apoio matricial, visando maior apropriação dos participantes sobre o tema. Durante os encontros da pesquisa o grupo apresentou propostas práticas que visam implantar o matriciamento em saúde mental às equipes de Saúde da Família que foram discutidas conjuntamente e elaborado documento a ser discutido com os demais membros das equipes que não participaram do estudo.

A seguir apresentaremos uma breve descrição dos grupos operativos de reflexão e da justificativa de sua utilização como um dos instrumentos de pesquisa.

3.2 Grupos operativos de reflexão

Optamos pelos Grupos Operativos de Reflexão pelo objetivo dos encontros grupais deste estudo serem entendidos como um espaço de produção de conhecimento, de reflexão sobre a prática e sobre a implicação de cada profissional com o tema e de proposição de ações, o que vai ao encontro da proposta da pesquisa-ação.

Pichon-Rivière (1998) define o grupo operativo como um conjunto de pessoas, ligadas no tempo e espaço que se propõem explícita ou implicitamente a uma tarefa, interagindo em uma rede de papéis, estabelecendo vínculos entre si. A organização de um grupo operativo é ao mesmo tempo objetiva e subjetiva, envolvendo racionalidade e afetividade.

Nos grupos operativos os seus integrantes realizam um trabalho comum ou uma tarefa comum para alcançarem objetivos. A “tarefa é um organizador dos processos de pensamento, de comunicação e de ação que ocorrem na situação de grupo” (FERNANDES et al., 2003, p. 197). A tarefa, para Pichon-Rivière (1998), possui duas dimensões: uma explícita

e outra implícita. A primeira diz respeito ao objetivo direto e consciente do grupo, que é o trabalho a ser produzido, no caso desta pesquisa consiste na reflexão sobre a implantação do apoio matricial. Já a tarefa implícita se caracteriza pela manutenção da coesão do grupo e a superação de ansiedades despertadas durante a realização da tarefa explícita. Portanto, o grupo, para o autor, deve superar os obstáculos surgidos, como, por exemplo, a formação de subgrupos dispersivos, e manter a esperança de que a meta poderá ser atingida.

Os Grupos de Reflexão, um dos tipos de grupos operativos voltados ao ensino-aprendizagem, enfatizam a reflexão e a indagação dos participantes sobre as tensões oriundas do processo de ensino-aprendizagem. Esses grupos objetivam que seus integrantes reflitam sobre tarefas a serem postas em ação, fazendo análise das responsabilidades próprias de cada um na condução do processo e se envolvendo na resolução das ansiedades, angústias e tensões, a fim de que a tarefa seja realizada (CORONEL, 1997; ZIMERMAN, 2000).

A abordagem do coordenador nos grupos de reflexão objetiva auxiliar o coletivo na reflexão e na remoção das dificuldades que o impedem de realizar as tarefas, favorecendo a comunicação e ação. Através das reflexões, os grupos buscam promover mudanças necessárias, a fim de que os seus participantes possam trabalhar em conjunto e tentar encontrar suas próprias soluções para os problemas identificados (CORONEL, 1997).

De acordo com Silva (2007), o recurso dos grupos operativos pode ser utilizado quando são determinados tempo e tarefa para um grupo e os grupos de reflexão quando são utilizadas técnicas, como a leituras dos textos que propiciam aquisição de conhecimentos, questionamentos e mudanças de práticas no ambiente de trabalho. Desse modo, em consonância com o proposto pela autora, será utilizada a expressão *grupos operativos de reflexão* como representante da escolha estratégica da pesquisa-ação adotada para esta pesquisa. Os grupos operativos de reflexão foram utilizados como instrumento nesse estudo por estarem em consonância com as necessidades apontadas pelos grupos pesquisados, de possibilitar a reflexão, discussão e aquisição de conhecimento sobre apoio matricial, bem como incentivar que a prática ocorra subsidiada pelo suporte teórico.

3.3 Aspectos Éticos

Neste estudo seguimos os critérios éticos das diretrizes e normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, presentes na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi submetido e aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Município do Rio de Janeiro.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) foi lido conjuntamente no início dos grupos operativos de reflexão, informando sobre a possibilidade de desistência a qualquer momento, a disposição de prestar todo e qualquer esclarecimento solicitado, o sigilo e o anonimato da identidade dos participantes. Todos os participantes foram esclarecidos dos objetivos, metodologia e tempo de duração da pesquisa.

3.4 Contexto e cenário da pesquisa

Esta pesquisa ocorreu em dois serviços que atuam no bairro da Rocinha, na zona sul da cidade do Rio de Janeiro, pertencentes à área de planejamento 2.1 da SMSDC/RJ. A área 2.1 é composta pelos bairros Botafogo, Catete, Cosme Velho, Flamengo, Glória, Humaitá, Laranjeiras, Urca, Copacabana, Leme, Lagoa, Gávea, Ipanema, Jardim Botânico, Leblon, São Conrado, Vidigal e Rocinha. O censo de 2010 está em fase de conclusão e estima que o número de moradores da Rocinha esteja em torno de 95 e 100 mil habitantes.

O acesso à saúde na Rocinha teve um avanço no ano de 2010. A SMSDC/RJ firmou contratos de co-gestão com Organizações Sociais de Saúde (OSS), a fim possibilitar maior celeridade na expansão de alguns serviços de saúde, principalmente a Estratégia Saúde da Família. A OSS que atua na zona sul do município é a Viva Comunidade e seu papel consiste em apoiar a gestão municipal nas metas e objetivos firmados em contrato de gestão. Tal OSS nasceu em 2009 e passou a realizar, juntamente com a SMSDC/RJ, a gestão da Estratégia Saúde da Família em três áreas do município.

Até 2010, no que se refere à saúde, a Rocinha contava com um Centro Municipal de Saúde e equipe da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, não sendo atendida pela Estratégia Saúde da Família. Durante o ano de 2010 e o primeiro trimestre de 2011, o bairro passou a ser contemplado com 25 equipes, o que corresponde a 100% (cem por cento) de cobertura de Saúde da Família. Atualmente, as 25 equipes situam-se em três Unidades e estão assim distribuídas: 8 (oito) equipes no Centro Municipal de Saúde Rinaldo De Lamare, 6 (seis) equipes no Centro Municipal de Saúde Albert Sabim e 11 (onze) equipes na Clínica da Família Maria do Socorro Silva de Souza.

Juntamente a esse cenário, cabe referir que desde 2009 há um movimento de expansão da Saúde da Família no município do Rio de Janeiro como um todo. Segundo dados do Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde, em janeiro de 2009 o município contava com 124 (cento e vinte e quatro) equipes implantadas, o que correspondia a um percentual de cobertura da Saúde da Família de 6,9% da população. Já em junho de 2011,

havia 404 (quatrocentos e quatro) equipes implantadas, ou seja, 22,5% dos residentes na cidade com acesso à Estratégia. Observamos que em junho de 2011 houve um aumento de mais de 300% das equipes em relação a janeiro de 2009 (BRASIL, 2011). A meta da SMSCD/RJ é de que até o final de 2012 o município atinja 35% de cobertura da Estratégia Saúde da Família.

Além das equipes de Saúde da Família, em março de 2010 foram inaugurados na Rocinha a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas e o Centro de Atenção Psicossocial III Maria do Socorro Santos (CAPS III). Observamos, dessa forma, uma ampliação dos serviços de saúde neste bairro, que agora conta com cobertura de Atenção Primária, Pronto Atendimento às Urgências e um serviço 24 horas de Saúde Mental.

O CAPS III, a UPA 24 horas e a Clínica da Família (CF) Maria do Socorro Silva de Souza atuam na mesma unidade física, um grande complexo de estrutura modular, chamado de Centro Integrado de Atenção à Saúde (CIAS). Cada serviço possui suas salas e ambientes próprios, sendo que a UPA e a CF atuam na parte térrea e o CAPS na parte superior da unidade. O CAPS III e a UPA atendem, além da população da Rocinha, clientela de outros bairros, comunidades e locais, tais como Vidigal, Vila Canoas e São Conrado.

A cidade do Rio de Janeiro possui 19 (dezenove) CAPS, desses 12 (doze) são CAPS II, 3 (três) são CAPS I, dois CAPSAD e 2 (dois) CAPS III. Em relação aos CAPS Maria do Socorro Santos, destaca-se que ele foi o primeiro CAPS do tipo III inaugurado na cidade. O seu trabalho iniciou no dia 08 de março de 2010 e foi batizado de Maria do Socorro Santos em homenagem à pintora e militante do movimento da luta antimanicomial da cidade, falecida em março de 2005. O serviço atende população de quatro comunidades, dentre elas a do bairro da Rocinha.

No momento do estudo, o CAPS III Maria do Socorro Santos possuía a equipe completa, contando com o seguinte quantitativo e especialidade de profissionais respectivamente: um Diretor, um Coordenador Técnico, um Administrador, quatro médicos psiquiatras, quatro psicólogos, sete enfermeiros, um assistente social, um nutricionista, um terapeuta ocupacional, um musicoterapeuta, um oficinheiro, onze técnicos de enfermagem, quatro auxiliares administrativos e três copeiras, totalizando quarenta e um profissionais, mais os vigilantes.

A maioria dos profissionais cumpre carga horária de quarenta horas semanais, exceto alguns enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam em regime de plantão de doze horas folgando trinta e seis, os psiquiatras que realizam vinte horas, terapeuta ocupacional e assistente social que são respaldados por lei para fazer o máximo de trinta horas semanais. No

início do estudo havia a falta de um médico psiquiatra para a equipe ser considerada completa, de acordo com as diretrizes da SMSDC/RJ, que foi admitido no decorrer da pesquisa. A contratação de psiquiatras com perfil para atuação nesse tipo de serviço foi uma das dificuldades apontadas pela direção do CAPS. Observamos que essa equipe é ampliada em relação à equipe mínima normatizada pelo Ministério da Saúde, para fins de credenciamento de um CAPS III.

A viabilização do cadastramento desse CAPS III pelo Ministério da Saúde está em tramitação. O projeto foi aprovado pelo conselho distrital de saúde e encaminhado ao municipal. Aguardando deliberações para envio ao conselho estadual de saúde.

A escolha pelo CAPS III Maria do Socorro Santos como um dos campos de pesquisa ocorreu pelo fato de que foram realizados contatos prévios com os trabalhadores, direção e coordenação do serviço devido ao trabalho de assessoria técnica prestados à OSS Viva Comunidade pela pesquisadora, o que possibilitou impressões sobre a necessidade do serviço no que se refere à implantação do apoio matricial em saúde mental. Percebemos que o apoio matricial consistia em um tema que precisava ser debatido, discutido e aprofundado na equipe do CAPS, a fim de que fosse implantado como uma ação do serviço.

Destacamos que a realização de ações mensais de apoio matricial pela equipe técnica do CAPS consiste em uma das metas desse serviço, pactuadas no contrato de gestão entre a SMSDC/RJ e a OSS Viva Comunidade: “Todos os profissionais da equipe técnica do CAPS deverão realizar atividades de matriciamento. Devem ser realizadas pela equipe, no mínimo, quatro atividades de matriciamento por mês” (RIO DE JANEIRO, 2009, p. 25). Tal meta gerava debates na equipe, preocupações da direção e coordenação sobre como realizar tal ação de forma organizada e sistemática, para ser incorporada como uma atividade cotidiana do serviço. Como o serviço consiste no primeiro CAPS do tipo III, inaugurado em março de 2010 no município do Rio de Janeiro, muitas ações ainda estavam em fase de implantação no momento da pesquisa.

A escolha pela Clínica da Família Maria do Socorro Silva de Souza ocorreu por ela se situar na mesma estrutura física que o CAPS III, o que favorece a relação entre os dois serviços e facilita a implantação do apoio matricial. Além de facilitar os encontros conjuntos das duas equipes propostos pela metodologia da pesquisa.

A composição das equipes de saúde da família no município do Rio de Janeiro ocorre de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde elencados na Portaria GM 648 de 2006 (BRASIL, 2006). Cada equipe de saúde da família é formada por um médico generalista ou médico de família e comunidade, um enfermeiro, um técnico de

enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Na Clínica da Família Maria do Socorro Silva de Souza atuam onze equipes de Saúde da Família e quatro Equipes de Saúde Bucal, o que contempla o seguinte quantitativo e especificidades de profissionais: um gerente, um coordenador médico, onze médicos, onze enfermeiros, onze técnicos de enfermagem, sessenta e seis agentes comunitários de saúde, quatro dentistas, quatro auxiliares de saúde bucal, um técnico em saúde bucal, nove auxiliares administrativos, um farmacêutico, totalizando cento e vinte profissionais.

A CF conta com um farmacêutico que oferece suporte aos três serviços que atuam neste complexo. Todos os profissionais da Saúde da Família são contratados para trabalhar quarenta horas semanais, de acordo com o preconizado pela Portaria GM 648 de 2006 (BRASIL, 2006). Os profissionais do CAPS e da Saúde da Família são contratados no regime de Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

Em relação ao apoio matricial, o município tem investido em espaços de capacitação, como o curso de Apoio Matricial oferecido para profissionais da APS e de serviços de saúde mental, realizado pela SMSDC/RJ em parceria com a Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ. Além disso, o tema tem sido foco da Coordenação Municipal de Saúde Mental em seminários, fóruns e publicações com o intuito de fortalecer a prática no município.

Porém, esse contexto de expansão das equipes de Saúde da Família e da implantação de serviços tipo CAPS III sugere que o apoio matricial em saúde mental do CAPS para a Estratégia Saúde da Família é uma prática com pouco tempo de existência em vários territórios do município.

3.5 Participantes da Pesquisa

Devido ao grande quantitativo de profissionais atuantes no CAPS III, na Clínica da Família em questão e da metodologia da pesquisa, fez-se necessário estabelecer uma amostra de pesquisa, que foi delineada de acordo com os critérios descritos a seguir. Os participantes desse estudo consistiram nos profissionais de nível superior e técnicos de enfermagem do CAPS III Maria do Socorro Santos e nos profissionais de nível superior da Clínica da Família Maria do Socorro Silva de Souza.

Ressaltamos que, primeiramente, havíamos proposto como participantes da pesquisa no CAPS III somente os profissionais de nível superior, porém houve procura dos técnicos de enfermagem com desejo de participar do estudo, bem como o interesse da direção e da

coordenação do serviço para a inclusão dos referidos profissionais. O argumento da solicitação referiu-se ao fato de que esses profissionais compõem a equipe de apoiadores matriciais do serviço. Dessa forma, tais técnicos foram incluídos e o termo de consentimento livre-esclarecido foi adaptado e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa.

Critérios para participação dos profissionais do CAPS III Maria do Socorro Santos:

- profissionais que já desenvolvem ou desenvolveram alguma ação de apoio matricial, que têm disponibilidade para participar da pesquisa e motivação para a realização de ações de apoio matricial;

- profissionais participantes ou que já participaram do curso sobre Apoio Matricial – Babel, oferecido pela SMSDC/RJ em parceria com a Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ, que têm disponibilidade para participar da pesquisa e motivação para a realização do apoio matricial;

- outros profissionais que possuem o seguinte perfil: motivação e interesse em realizar o apoio matricial, capacidade de escuta, capacidade de discussão sobre clínica, facilidade na construção de vínculo e de construção conjunta de conhecimento.

Critérios para participação dos profissionais da Clínica de Saúde da Família Maria do Socorro Silva de Souza:

- profissionais de nível superior que já tiveram experiência em receber apoio matricial em saúde mental, que têm disponibilidade para participar da pesquisa e motivação para realizar ações de saúde mental;

- profissionais que já realizaram o curso sobre Apoio Matricial – Babel, oferecido pela SMSDC/RJ em parceria com a Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ, que têm disponibilidade para participar da pesquisa e motivação para a realização de ações de saúde mental;

- outros profissionais de nível superior que possuem o seguinte perfil: motivação e interesse em realizar ações de saúde mental, ou seja, profissionais que de alguma forma mostram-se mais sensíveis às questões subjetivas ou que se preocupam com o sofrimento psíquico dos usuários e que possuam disponibilidade em participar da pesquisa;

- profissionais de nível superior que possuem capacidade de transmissão do conhecimento para os demais membros da equipe não participantes da pesquisa.

- de preferência, pelo menos um profissional de nível superior, de cada equipe de saúde da família.

Optamos por restringir a participação na pesquisa aos profissionais de nível superior da Clínica da Família em função de entendimento de que os integrantes do estudo poderiam abordar e discutir o tema apoio matricial com os demais integrantes de suas equipes, como os Agentes Comunitários de Saúde, Técnicos de Enfermagem e Auxiliares e Técnicos de Saúde Bucal. Diferente do CAPS, nenhum profissional de nível médio procurou a pesquisadora com interesse em participar da pesquisa, o que fez com que os critérios iniciais fossem mantidos. Os demais profissionais do CAPS III, como os administrativos, não foram incluídos na pesquisa por não realizarem ações de apoio matricial para as equipes de saúde da família.

Os critérios foram apresentados para a gerência da Clínica da Família (CF), direção e coordenação do CAPS que divulgaram o estudo para seus profissionais. Além da propagação do estudo pelas chefias dos serviços, tais profissionais foram apresentados ao projeto pela pesquisadora antes do início da investigação. A seguir os quadros com a especialidade e quantidade de participantes da pesquisa nos dois serviços.

Quadro 1 – Participantes da Pesquisa: CAPS III Maria do Socorro Santos

Especialidade	Quantidade
Psicólogo	03
Enfermeiro	04
Nutricionista	01
Terapeuta Ocupacional	01
Musicoterapeuta	01
Técnico de enfermagem	05
Total	15

Fonte: Pesquisa de campo.

Os participantes do CAPS possuíam idade variando entre 24 e 56 anos, sendo 04 (quatro) do sexo masculino e 11 (onze) do sexo feminino.

Quadro 2 – Participantes da Pesquisa: Clínica da Família Maria do Socorro Silva de Souza

Especialidade	Quantidade
Enfermeiro	03
Dentista	02
Farmacêutico	01
Total	06

Fonte: Pesquisa de campo.

Os participantes da CF tinham idade variando entre 25 e 37 anos, sendo todos do sexo feminino.

Na Clínica da Família, devido ao número reduzido de profissionais interessados em participar do estudo, a proposta foi apresentada duas vezes pela pesquisadora, em dias e turnos diferentes. Mesmo assim, obtivemos a participação de poucos profissionais. Destacamos que nenhum médico participou, tanto do CAPS quanto da Saúde da Família.

A coordenação técnica e diretoria do CAPS, a coordenação médica e a gerência da CF não participaram dos encontros de grupo para possibilitar a livre expressão dos receios, dúvidas e expectativas dos participantes em relação ao tema. A pesquisa lhes foi apresentada, anteriormente aos encontros de grupo, foram ouvidas suas propostas e sugestões, bem como suas expectativas em relação ao estudo, o que foi utilizado para a delimitação dos objetivos e do método. Combinou-se com tais chefias e com o grupo pesquisado que os encaminhamentos e propostas pactuadas pelos participantes da pesquisa lhes seriam apresentados com intuito de facilitar sua execução. Ocorreu uma exceção no quinto encontro em que, de forma pactuada com o grupo de participantes, a direção e coordenação técnica do CAPS participaram de um momento do grupo para apresentar a proposta prática de organização do apoio matricial, construída no serviço.

3.6 Os encontros de grupo

Após a apresentação da proposta de pesquisa aos profissionais interessados e do conhecimento mais aprofundado do cenário, optamos por realizar dois momentos de grupo: o primeiro com grupos homogêneos por serviço, ou seja, formaram-se dois grupos: um da Clínica da Família e outro do CAPS. E o segundo momento com a integração dos dois serviços, formando-se um grupo misto.

Essa opção metodológica ocorreu baseada nos seguintes argumentos: 1) interesse em identificar as diferentes concepções, olhares, percepções e ansiedades de cada grupo estudado sobre o apoio matricial, bem como as suas principais necessidades e propostas práticas, o que é possível através dos grupos homogêneos em relação ao serviço. De acordo com Westphal (1992), tais grupos permitem resultados mais ricos e aprofundados sobre um tema à medida que elaboram e esmiúçam as questões em discussão a partir de seu lugar específico; 2) interesse em integrar os dois serviços para a construção de propostas práticas de apoio matricial viáveis de execução, através dos grupos mistos.

Tal proposta foi apresentada e aprovada pelos participantes. Dessa forma, ocorreram três encontros com cada grupo por serviço e três encontros integrando todos os participantes.

A seguir o cronograma dos encontros, que foram planejados e pactuados conjuntamente com os profissionais do CAPS III Maria do Socorro Santos e da Clínica da Família Maria do Socorro Silva de Souza.

Quadro 3 – Encontros, objetivo e método dos grupos da pesquisa

Encontros dos grupos homogêneos por serviço		
Encontro	Objetivo do encontro	Método
Primeiro	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecer sobre a pesquisa - Apresentar os participantes - Identificar as concepções e dúvidas dos integrantes sobre apoio matricial - Pactuar os encontros e atividades subsequentes 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação individual de cada participante e de seu entendimento sobre apoio matricial em saúde mental. - Resposta ao Questionário 1 (Apêndice B).
Segundo	<ul style="list-style-type: none"> - Discutir o conceito e as ações de apoio matricial. 	<ul style="list-style-type: none"> - Leitura e discussão de texto (Apêndice D e E) elaborado pela pesquisadora a partir das principais dúvidas dos participantes elucidadas no Questionário 1.
Terceiro	<ul style="list-style-type: none"> - Discutir como o apoio matricial ocorre na prática. 	<ul style="list-style-type: none"> - Discussão de caso clínico em que ocorreu apoio matricial em saúde mental à Saúde da Família (Apêndice F).
Encontro do grupo misto		
Encontro	Objetivo do encontro	Método
Quarto	<ul style="list-style-type: none"> - Integrar os dois serviços - Apresentar propostas de matriciamento de cada grupo 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação e discussão das especificidades de trabalho de cada serviço e das propostas no que se refere ao apoio matricial em saúde mental elencadas nos grupos homogêneos
Quinto	<ul style="list-style-type: none"> - Construir propostas de implantação do apoio matricial em saúde mental - Identificar as concepções e dúvidas dos integrantes sobre apoio matricial, após a participação na pesquisa - Avaliação de todos os encontros 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação e discussão das necessidades da CF no que se refere à saúde mental e da proposta de organização do matriciamento pelo CAPS - Resposta ao Questionário 2 (Apêndice C) - Avaliação dos encontros da pesquisa
Sexto	<ul style="list-style-type: none"> - Pactuar ações de apoio matricial a serem implantadas - Encerramento da pesquisa 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação e discussão do consolidado de propostas que emergiram durante a pesquisa - Construção de documento com as ações viáveis de realização no presente e no futuro.

O primeiro encontro buscou integrar os participantes nos grupos pesquisados, construir vínculo com a pesquisadora, identificar as principais concepções dos integrantes e atividades já desenvolvidas no que se refere ao apoio matricial, bem como levantar as dúvidas e opiniões sobre as principais facilidades e dificuldades para a implantação dessa prática. Além da fala de cada participante, respondendo a pergunta norteadora “o que é o apoio matricial para você?” e discussão coletiva posterior, cada participante respondeu o Questionário 1 que objetiva identificar o conceito de apoio matricial de cada participante, levantar as experiências vivenciadas de matriciamento, as dúvidas sobre o tema, bem como identificar se os participantes imaginam o desenvolvimento desta prática e qual sua opinião sobre as principais facilidades e dificuldades para a implantação do apoio matricial.

O segundo encontro objetivou refletir e discutir sobre os conceitos e as ações de apoio matricial. O texto utilizado foi baseado em publicações sobre o tema e nas concepções do Ministério da Saúde. O texto para cada grupo foi construído a partir das dúvidas dos participantes elencadas no Questionário 1. Dessa forma, os escritos diferiram nos dois grupos, mesmo que de forma mínima.

O terceiro encontro buscou discutir como o apoio matricial ocorre na prática. Para isso, optamos por apresentar um caso clínico ocorrido em outra realidade brasileira, envolvendo a atenção a uma crise em saúde mental por uma equipe de SF e o apoio matricial operando no cotidiano do serviço. Essa opção se deu porque os grupos estudados relataram poucas experiências de matriciamento no primeiro e segundo encontros, apresentaram dúvidas sobre a prática e requisitaram conhecer a realidade de casos de saúde mental conduzidos na APS com o suporte do apoio matricial. O caso elucidado objetivou auxiliar os grupos nas discussões sobre a prática do matriciamento e disparar elucidações de casos vivenciados pelos participantes, a partir de seu conhecimento e de sua própria prática de apoio matricial.

O quarto encontro foi o primeiro de integração entre os dois serviços. Os participantes apresentaram as especificidades de cada serviço: Saúde da Família e CAPS III e foram discutidas dúvidas e curiosidades dos profissionais a respeito da prática de cada unidade. Além disso, foi discutido sobre como organizar o apoio matricial na realidade estudada. Os participantes apresentaram e refletiram sobre as propostas que emergiram nos grupos homogêneos.

O quinto encontro teve o objetivo de construir propostas para a implantação do apoio matricial em saúde mental entre os dois serviços, a fim de que ele fosse uma prática regular e sistematizada, identificar as concepções e dúvidas dos integrantes sobre apoio matricial após a participação na pesquisa, e avaliar todos os encontros. Esse encontro foi dividido em dois

momentos: o primeiro em que os grupos trocaram ideias sobre como organizar o apoio matricial do CAPS III às equipes de saúde da família e um segundo momento em que a direção, coordenação e integrantes da pesquisa que atuam no CAPS III apresentaram uma proposta de organização do matriciamento, com posterior debate coletivo. No final, os participantes responderam o Questionário 2 e realizaram a avaliação dos encontros da pesquisa. O Questionário 2 é composto por cinco perguntas equivalentes às do Questionário 1, respondido pelos participantes no final da pesquisa, permitindo a comparação entre as respostas dos participantes no início e no final da pesquisa.

Ressaltamos que concomitantemente aos encontros de grupo desse estudo, a direção, coordenação técnica e equipe do CAPS elaboraram uma forma de organização da equipe do serviço, a fim de propor o apoio matricial de forma estruturada e sistemática às equipes de SF. Tal proposta foi trazida pelos participantes do CAPS para o debate em vários momentos da pesquisa. Por isso, foi decidido conjuntamente com os grupos estudados que essa proposta seria melhor elucidada e discutida nesse encontro do estudo.

O sexto encontro ocorreu dois meses após o quinto encontro, depois de todas as transcrições terem sido finalizadas. Teve o objetivo de apresentar e discutir com os participantes da pesquisa as propostas práticas elencadas durante a realização do estudo, bem como eleger coletivamente as ações viáveis de serem colocadas em prática no momento atual e no futuro. Construímos conjuntamente um documento com as propostas finais para servir de norteador do planejamento e da execução das ações e para ser apresentado pelos participantes da pesquisa aos demais membros das equipes.

Cada encontro teve uma duração média de duas horas e foi coordenado pela pesquisadora que atuou como moderadora das discussões, facilitando que cada participante pudesse expressar suas ideias, opiniões e sentimentos em relação ao tema proposto. Nos momentos necessários, intervenções foram realizadas com o objetivo de auxiliar os grupos a se focarem na tarefa, refletirem sobre o trabalho e as angústias no que se refere ao tema e se visualizarem no processo do apoio matricial, como é permitido pelos grupos operativos de reflexão. Os grupos ocorreram no período de novembro de 2010 a fevereiro de 2011. Todos os encontros foram gravados com a permissão dos participantes e subsequentemente transcritos pela pesquisadora.

3.7 Análise e interpretação dos dados

Utilizamos a análise de conteúdo como forma de tratamento das informações. Segundo Minayo (1999), a análise de conteúdo visa ultrapassar o senso comum e o subjetivismo na interpretação dos dados e produzir uma análise crítica frente aos produtos obtidos durante a pesquisa. Do ponto de vista operacional, busca ultrapassar os sentidos manifestos, atingindo níveis mais profundos de análise. “Articula a superfície dos textos descrita e analisada com fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem” (MINAYO, 1999, p. 203).

Para Bardin (1977, p.38), a análise de conteúdo é considerada:

[...] como um conjunto de técnicas de análises de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens [...]. A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e de recepção das mensagens, inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não).

De acordo com Franco (2008, p.12), “o ponto de partida da Análise de Conteúdo é a mensagem, seja ela verbal (oral ou escrita), gestual, silenciosa, figurativa ou diretamente provocada”. A emissão de mensagens está necessariamente vinculada ao contexto. Nesse sentido, a análise de conteúdo situa-se em uma concepção crítica e dinâmica da linguagem.

Para a autora, um dos primeiros desafios do pesquisador que utiliza a análise de conteúdo é a definição das Unidades de Análise que se dividem em dois tipos: Unidades de Registro e Unidades de Contexto. “A Unidade de Registro é a menor parte do conteúdo, cuja ocorrência é registrada de acordo com as categorias levantadas” (FRANCO, 2008, p. 41). A Unidade de Registro utilizada nessa pesquisa será o Tema.

De acordo com Minayo (1999), a análise temática auxilia na identificação de núcleos de sentido presentes no conjunto do material produzido na pesquisa, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Para a autora, “[...] a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso” (p. 209).

A Unidade de Contexto é considerada o “pano de fundo” que vai dando significado às unidades de registro. Ou seja, torna-se fundamental conhecer o contexto a partir do qual as informações foram emitidas, já que a contextualização é um fator imprescindível para que os resultados ganhem relevância e importância de divulgação, bem como para que possam ocorrer transformações e reconstruções (FRANCO, 2008).

Definidas as unidades de análise, este estudo seguiu os seguintes momentos propostos por Franco (2008). Ressaltamos que a análise dos dados dessa investigação foi feita após o término dos grupos e da posterior transcrição dos relatos.

1) **Pré-análise:** é a fase de organização do material. Suas atividades consistem em:

a) **Leitura flutuante:** estabelecimento de contato com os documentos a serem analisados, conhecimento dos textos e mensagens nele contidas, deixando-se invadir por impressões, representações, emoções, conhecimentos e expectativas (p. 52).

Nessa fase fizemos leituras e releituras dos relatos transcritos e das respostas aos questionários, o que possibilitou a emergência de hipóteses, interpretações e conexões com as teorias. Nesse momento emergiram pontos relevantes dos encontros, dos conteúdos manifestos e latentes.

b) **Escolha dos documentos:** são definidos os documentos a serem analisados.

Foram escolhidos os registros transcritos dos encontros com os grupos, os questionários respondidos pelos participantes, bem como o aprofundamento do contexto contido nas mensagens emitidas.

c) **A referência aos índices:** consiste na elaboração de indicadores. O índice é a menção de um determinado tema em uma mensagem. Quanto mais mencionado um tema, mais relevância terá. Nesse caso, recorre-se à frequência observada acerca do tema, ou seja, é feita uma análise quantitativa para identificar a frequência do tema escolhido. Franco (2008) considera que “qualquer que seja o tema explicitado, o mesmo passa a ter mais importância para a análise dos dados, quanto mais frequentemente for mencionado” (p. 57 e 58).

Para a análise deste estudo foram elencados os principais temas que emergiram nas transcrições e nas respostas aos questionários e contabilizada a respectiva frequência quantitativa dos mesmos. Nesse momento foram:

- Identificadas as unidades de registro (UR) nas transcrições e nos questionários, ou seja, foi marcado o início e o final de cada verbalização no material analisado;
- Nomeados os temas e associadas cada UR a um tema;
- Quantificados os temas, ou seja, foram contadas as UR de cada tema que apareceram no material analisado.

2) Terminada a pré-análise, iniciamos a definição das categorias. O critério de categorização é considerado procedimento essencial da análise de conteúdo, já que há a interlocução entre os objetivos da pesquisa e seus resultados. A categorização é um procedimento de agrupar dados considerando a parte comum existente entre eles. Classifica-se por semelhança ou analogia, segundo critérios. “A categorização é uma operação de

classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação seguida de um reagrupamento baseado em analogias, a partir de critérios definidos” (FRANCO, 2008, p. 59).

Para a definição das categorias realizamos os seguintes procedimentos:

- Definição e nomeação das categorias: os temas foram agrupados em conjuntos maiores do que o próprio tema, em função de sua quantidade e qualidade. Foram atribuídos nomes para as categorias.
- Descrição das categorias: as categorias serão descritas a seguir, com explicação do que cada categoria significa
- Desmembramento das subcategorias, com exemplos de unidade de registro.
- Associação das categorias às características dos grupos estudados.
- Associação das categorias ao conhecimento científico.

Para visualizarmos as especificidades de cada grupo estudado, analisamos os grupos homogêneos por serviço e o grupo misto, sendo definidas categorias e subcategorias respectivas aos grupos em questão.

4 ANÁLISE DOS GRUPOS PESQUISADOS

Neste capítulo serão apresentados e discutidos os dados referentes à análise da implantação do apoio matricial em saúde mental do CAPS III às equipes de Saúde da Família pesquisadas. Para isso, faremos a descrição e análise das categorias analíticas e subcategorias emergentes da pesquisa de campo, relacionadas com os objetivos do estudo. Foram organizadas e analisadas todas as transcrições dos encontros, bem como as respostas aos questionários respondidos pelos participantes no início e no final da pesquisa. Tivemos um grande quantitativo de material para análise, mas apresentaremos os achados que tiveram maior frequência e significação para o estudo.

A ordenação dos dados descritos e obtidos será exposta por categorias temáticas, subcategorias, temas, verbalizações dos profissionais (unidade de registro) e respectivas frequências. Os resultados serão apresentados de acordo com os grupos pesquisados: Saúde da Família, CAPS, Saúde da Família e CAPS. Para identificar os temas mais recorrentes utilizamos a análise quantitativa. Foi verificada a quantidade de unidades de registro - menções nas falas e respostas dos participantes aos questionários - e contabilizada a frequência em cada tema. No quadro das subcategorias optamos por apresentar duas diferentes verbalizações por tema, para melhor exemplificar o conteúdo temático. A escolha das verbalizações foi feita considerando os trechos mais significativos para a realidade exposta nos depoimentos dos participantes.

4.1 A voz da Saúde da Família

Esse grupo foi composto pelos profissionais da Saúde da Família que participaram do estudo nos três primeiros encontros dos grupos operativos de reflexão e responderam aos questionários disponibilizados pela pesquisadora. Dessa forma, a análise abaixo apresentada refere-se aos encontros em que os grupos foram homogêneos por serviço, nesse caso a SF. A seguir serão descritas e discutidas as categorias de análise e subcategorias desse grupo.

Quadro 4 – Categorias e subcategorias: Saúde da Família

Categoria	Subcategoria
Saúde Mental na Saúde da Família	Considerações sobre a formação e a abordagem da SF na área da saúde mental.
	Coexistência dos modelos asilar e clínica ampliada nas concepções e práticas de Saúde Mental na SF.
Apoio Matricial em Saúde Mental: perspectiva da Saúde da Família	Considerações sobre concepção, prática, dificuldades e facilidades de implantação do apoio matricial.
	Expectativas e estado da arte do apoio matricial na visão da SF.

Fonte: Pesquisa de Campo.

4.1.1 Saúde Mental na Saúde de Família

A categoria Saúde Mental na Saúde da Família (SF) abrange duas subcategorias: a) Considerações sobre a formação e a abordagem da SF na área da saúde mental e b) Coexistência dos modelos asilar e clínica ampliada nas concepções e práticas de cuidado em saúde mental na SF. Essa categoria evidenciará as principais dificuldades referidas pelos profissionais da SF no que se refere à atenção em saúde mental, bem como à coexistência dos dois modelos, asilar e clínica ampliada, nas idéias e práticas de cuidado da SF no que se refere à saúde mental.

Quadro 5 - Considerações sobre a formação e a abordagem da SF na área da saúde mental

Tema	Verbalizações	Frequência
Falta de capacitação e de conhecimento dos profissionais da SF sobre como abordar os casos de saúde mental	<p>A gente não está capacitado pra resolver os pequenos problemas de saúde mental ainda. (Dentista)</p> <p>A minha impressão aqui da clínica é que as pessoas são muito empenhadas em fazer. Você quase não vê paciente largado, pelo menos as enfermeiras elas têm mais contato. Dificilmente, você vai ver um paciente fora do CAPS que não tem cuidado, a gente corre bastante atrás, vamos</p>	21

	querendo resolver. Falta a gente saber mais como faz, falta informação, porque a vontade a gente tem. (Enfermeira)	
Medo do desconhecido e insegurança na abordagem dos casos de saúde mental na SF	Eu acho que a 1ª coisa, pelo menos partindo de mim, eu tenho medo do desconhecido, então a primeira maneira pra eu tentar quebrar isso é entender os problemas psiquiátricos. (Dentista) Mas aí que está a questão, se você não tem apoio, se você se sente insegura, como você vai abordar? (Enfermeira)	08
Pré-conceito e fuga da saúde mental	Mas eu acho que nós também temos um pré-conceito, não é não? (Dentista) Mas sabe por que é muito vago? Exatamente, porque a gente foge. (Enfermeira)	06
Casos de saúde mental: alguns ignorados outros não identificados	A gente que não identificava, ou não queria identificar. (Dentista) A gente ignorava. Mais um trabalho, então deixa pra lá. (Enfermeira)	06
Total		41

Fonte: Pesquisa de Campo.

A inserção da saúde mental na prática cotidiana das equipes de SF pesquisadas apresenta algumas dificuldades, principalmente no que se refere à abordagem dos casos e das situações que envolvem práticas que vão para além do saber biomédico. As principais necessidades para o enfrentamento dessa dificuldade dizem respeito à necessidade de capacitação e de conhecimento sobre como fazer, como abordar os casos de saúde mental e como intervir nas situações que demandam uma intervenção para além do procedimento já conhecido dos profissionais como, por exemplo, nas situações de violência, de maus-tratos, que são evidenciadas durante os atendimentos de rotina realizados. Nesse sentido, os profissionais demonstraram necessidade de entender as psicopatologias e seus principais sintomas, para se arriscar em alguma abordagem:

Mas eu principalmente gostaria muito de entender um pouquinho quais são as psicopatologias. Os problemas principais e os sintomas, pra eu estar diante de um paciente e entender mais ou menos onde ele se situa, pra eu saber como que eu vou agir diante daquela situação ali. (Dentista)

Pela clínica proposta pela reforma psiquiátrica o cuidado em saúde mental vai muito além do conhecimento, manejo e da eliminação do sintoma, envolve a escuta do sujeito em sua complexidade e o entendimento do que o sintoma diz sobre existência da pessoa

(TENÓRIO, 2001). Na situação em estudo, a questão colocada pelos participantes diz respeito à aproximação com a saúde mental, à necessidade de saber como se aborda. As falas evidenciaram um desejo por conhecimento, o que pode ser tomado como dispositivo para se discutir a clínica psicossocial no processo de educação permanente, durante o apoio matricial.

No que se refere à formação dos profissionais da SF em relação à saúde mental, os participantes indicaram que há necessidade de se investir na graduação. Acreditamos que são fundamentais investimentos em formação, seja na graduação, em residências, em pós-graduações, mas com o objetivo de incentivar a clínica ampliada, ou seja, a clínica que incorpore as diversas dimensões do sujeito, subjetiva, social, cultural e biológica.

Eu acho que a graduação deixa muito a desejar. A parte prática que era de ficar olhando e não fazendo nada, que era o que acontecia, a gente ficava olhando. Mas na aula não teve nada muito aprofundado mesmo. (Enfermeira)

O estudo de Tanaka e Ribeiro (2009) também explicitou deficiências dos serviços de atenção primária relativas à insuficiência na formação da equipe de saúde e à carência de instrumentos e para a resolução e/ou encaminhamento dos problemas identificados e/ou demandados pelos usuários. Elucidou ainda que as atividades de educação permanente devem enfatizar, para além de questões conceituais, formas práticas de intervenção, pois a principal dificuldade visualizada foi dos profissionais transformarem os conceitos em prática, tendo a vista a sua formação essencialmente biomédica.

Nesse sentido da formação, concordamos com Onocko Campos (2010, p. 227) de que há a “necessidade da formação técnica continuada a partir da vivência cotidiana no serviço”, para que os conceitos possam ser discutidos a partir da prática, auxiliando, dessa forma, na qualificação da clínica. O apoio matricial é um arranjo que vem ao encontro dessa perspectiva de fortalecer a formação em serviço, pois através da prática da supervisão de casos e das discussões teórico-clínicas pode ampliar a prática dos profissionais da SF.

Destacamos também a importância de projetos nacionais que visam à qualificação dos profissionais e formação dos estudantes de graduação na área da saúde/saúde mental, como o Programa de Educação pelo Trabalho - PET Saúde/Saúde Mental, que integra Universidade e Serviços. Além disso, os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e em Saúde da Família são propostas que objetivam a aprendizagem em serviço e a formação para atuar na saúde pública, que acreditamos ainda ser uma grande deficiência para a maioria dos profissionais que atuam no SUS.

O medo do desconhecido e a insegurança na abordagem dos casos de saúde mental também foram evidenciados no conteúdo das falas dos profissionais da SF pesquisados. Tais sensações foram associadas com a falta de experiência em relação à saúde mental, com a necessidade de aprofundar o conhecimento e de receber apoio especializado da saúde mental, que pode ser oferecido pelo matriciamento.

Os profissionais também demonstraram preconceito em relação aos portadores de sofrimento psíquico grave e fuga desses casos na sua prática cotidiana, o que foi por eles associado com a precária formação e falta de experiência na saúde mental. Tais achados estão de acordo com o referido por Onocko Campos (2010) de que falta preparo dos profissionais na atenção primária para o desenvolvimento das práticas em saúde mental. A autora aponta que tais ações ainda estão muito vinculadas ao modelo biomédico, acarretando numa “série de posturas inadequadas como práticas discriminatórias e preconceituosas com relação ao portador de sofrimento psíquico, ações moralistas, normatizadoras e repressivas, infantilização etc.” (p. 227).

Diante dessa realidade, os participantes trouxeram que muitos casos de saúde mental não são identificados e outros são ignorados no cotidiano do serviço da SF, o que aponta para o descumprimento do atributo da integralidade, afim à APS. A integralidade pressupõe que as pessoas recebam cuidados que atendam as suas necessidades de saúde, evitando-se a fragmentação. Quando os usuários em sofrimento psíquico são ignorados ou não são identificados, eles não recebem atenção integral, percebendo-se uma cisão, como se os problemas psíquicos devessem ser tratados em outro lugar e as equipes de SF não se envolvessem como isso.

A integralidade é considerada por Mattos (2001) como um valor e deve estar presente na atitude do profissional no encontro com seus pacientes, buscando reconhecer suas demandas e necessidades de saúde, bem como incorporando ações de promoção, prevenção cura e reabilitação. A integralidade leva em consideração o sofrimento e outros aspectos envolvidos na qualidade de vida dos sujeitos e da população, evitando a fragmentação e a redução do paciente ao sistema biológico. Além disso, uma pessoa vista em sua integralidade pressupõe que ela seja atendida em toda a complexidade e caso for necessário o suporte de um serviço especializado, ele será acionado, mas sem perder o vínculo com a SF (MINOZZO, et. al., 2008).

Pensamos que para o fortalecimento da integralidade, além de investimentos na formação em serviço, a saúde mental deverá ser entendida como parte do processo de trabalho da SF, entrando como uma das prioridades da APS no Brasil. Destacamos a necessidade do

nível federal substituir alguns dos indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) que ainda estão vinculados ao modelo asilar e inserir outros voltados ao modelo psicossocial. Em tempo, os atuais indicadores vinculados à área da saúde mental presentes no SIAB são: N° de pessoas com deficiência física e mental – constante na Ficha A, Hospitalizações por abuso de álcool – presente na Ficha D de todos os profissionais e Hospitalizações psiquiátricas – Ficha D de todos os profissionais (BRASIL, 2010b).

Tal modificação e inserção de indicadores pode incentivar ações de saúde mental na atenção primária, pois as equipes se verão diante da necessidade de pelo menos identificar e cadastrar os usuários em sofrimento psíquico e registrar as atividades de cuidado a eles fornecidas. Além disso, através desse cadastro e registro será possível um diagnóstico dos principais problemas de saúde mental do território, das ações desenvolvidas na SF e dos resultados obtidos.

Ainda, tais achados indicam a necessidade de se investir na mudança curricular que inclua o trabalho no SUS, a especificidade da SF, o cuidado psicossocial, bem como a necessidade de investimentos por parte da gestão (municipal, estadual e federal) no fortalecimento da saúde mental na SF. Mas, também sinalizam o quanto o apoio matricial pode disparar a inserção da saúde mental na APS, já que pressupõe um suporte especializado em serviço, integrando teoria e prática.

Quadro 6 - Coexistência dos modelos asilar e clínica ampliada nas concepções e práticas de Saúde Mental na Saúde da Família

Tema	Verbalizações	Frequência
Importância do Vínculo	<p>Aí tem um detalhe, que aqui me chamou atenção, quando ele diz que no caso do médico que tem o vínculo com ele, então ele vai porque ele é a referência dele. Ele vai porque ele confia no que o médico está falando. Tem vínculo. Eu acho que o xis da questão é, a priori, estabelecer vínculo com esses pacientes. (Enfermeira)</p> <p>Por isso é bom esse vínculo, da gente estar participando mais do cotidiano, pra saber quem é quem, de que maneira abordar, que tipo de abordagem e ter paciência, porque demanda paciência pra estabelecer vínculo. (Enfermeira)</p>	10
Integralidade da atenção	Mas a gente tem que fazer o caminho contrário, porque a saúde está muito além da ausência de doenças. E aqui tem um espaço fantástico, essa parceria com o CAPS. Esses transtornos	06

	<p>psicossomáticos têm a ver com o contexto. A dona Maria que toma diazepam vai lá que tem outra dona Maria que o marido também a espanca, então as duas vão na recepção pra bater papo, pra trocar experiência. (Farmacêutica)</p> <p>Às vezes, a pessoa vem, chega, senta lá e a pessoa está cheia de coceira, cheia de marcas e você olha e a pessoa tá com sarna, ou às vezes está com uma mancha que não tem nenhuma sensibilidade, que é hanseníase, então, o dentista não olha mais somente o dente, assim como o enfermeiro, como o médico, como o técnico, e a gente tem essa visão complementar um do outro. (Dentista)</p>	
Nas situações de crise: encaminhamento para a emergência psiquiátrica	<p>Eu mesmo ia chamar a emergência pra dar uma injeção para que ele pudesse ser levado pra emergência psiquiátrica, porque como que eu vou deixar ele sair [...]. Ele não quer ir, eu tô mandando ele ir. (Enfermeira)</p> <p>Como não tem como prender ele aqui eu vou prender ele em algum lugar, vou chamar alguém pra isso. Eu vou prender ele em alguma emergência psiquiátrica, mas pra casa ele não vai. (Enfermeira)</p>	06
Nas situações de crise: a necessidade da medicação	<p>O médico não quer investigar e nem orientar, ele passa a receita ou faz o procedimento. (Enfermeira)</p> <p>Se tivesse uma medicação que pudesse controlar esse comportamento dele, eu faria. (Dentista)</p>	06
Nas situações de crise: a importância do saber médico	<p>Ele vai ter que passar por uma avaliação médica, mesmo não sendo psiquiatra. (Enfermeira)</p> <p>O médico vai ajudar muito na conduta clínica com esses pacientes. (Enfermeira)</p>	04
Total		32

Fonte: Pesquisa de Campo.

Os dados indicaram a coexistência dos dois modelos de cuidado, asilar e clínica ampliada, na atenção em saúde mental promovida pelas equipes de SF. De acordo com Costa-Rosa (2000), o modo asilar corresponde ao paradigma clássico da atenção em saúde mental, centra o cuidado nos aspectos orgânicos, no diagnóstico e no medicamento. A clínica ampliada, por sua vez, “traduz-se numa ampliação do objeto de trabalho e na busca de resultados eficientes, com inclusão de novos instrumentos” (BRASIL, 2009, p.26). É uma prática que parte do “núcleo biomédico para os aspectos subjetivos e sociais de cada sujeito,

respeitando a característica singular de cada caso [...] sem abrir mão de critérios técnicos previamente definidos (diretrizes clínicas, programas, etc.)” (CAMPOS, et.al., 2010, p.138).

A clínica ampliada se aproxima muito do modelo psicossocial, proposto pela reforma psiquiátrica. Tal modelo, situado em contraposição ao asilar, considera os fatores políticos e biopsicosocioculturais como determinantes do sofrimento psíquico, sendo decisiva a participação do sujeito no seu tratamento. Os seus meios básicos de tratamento incluem diversas formas como psicoterapias, laborterapias, socioterapias e um amplo conjunto de dispositivos de reintegração sociocultural, além do medicamento. Busca uma mudança na forma de relação dos usuários consigo mesmos, com o medicamento, com a família, com o tratamento e com a própria psiquiatria, dando ênfase à reinserção social (COSTA-ROSA, 2000).

De acordo com Grigolo (2010), no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira existem várias experiências de atenção ao sujeito em sofrimento psíquico que desconstruem a ética hegemônica e vivenciam outros valores em relação aos direitos dos usuários e ao cuidado produzido, assim, como outras formas de clínica que vêm sendo nomeadas de diversas formas: “clínica ampliada, clínica da referência, clínica do sujeito, clínica na crise, clínica sem manicômios, clínica transdisciplinar, clínica da atenção psicossocial” (GRIGOLO, 2010, p. 43). Dessa forma, para fins de análise, utilizaremos os conceitos de clínica ampliada e de clínica psicossocial como sinônimos.

No que se refere à clínica ampliada, evidenciamos nas falas dos participantes da SF concepções que apontam para o reconhecimento da importância do vínculo entre profissionais e usuários na realização das ações de saúde mental, bem como, aspectos que apontam para uma concepção ampliada do processo saúde-doença e o reconhecimento da importância da escuta e da troca entre os usuários como promotores de saúde mental.

O vínculo foi apontado como importante em vários momentos durante os encontros com a SF. Os profissionais sinalizaram que ele permite a tentativa de entender o sujeito em sofrimento, de buscar auxílio nas relações afetivas dos mesmos, para que a intervenção não parta imediatamente para o procedimento, como no caso de oferecer uma medicação ou forçar uma internação.

Você imagina, se você não tivesse vínculo com o cliente, se não tivesse a quem recorrer, onde eu vou, pra quem eu vou ligar, como? O vínculo é tudo. (Enfermeira)

A construção do vínculo aparece também como ponto importante no cotidiano dos profissionais da SF com os portadores de sofrimento psíquico na pesquisa de Leal (2010) que

evidenciou o vínculo possibilitando a criação de um lugar de potência entre os trabalhadores e os sujeitos em sofrimento psíquico, auxiliando-os na ampliação das suas relações com a família e com a comunidade.

Segundo Campos (1997), o vínculo com os usuários amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja. Concordamos com o autor e ressaltamos que o vínculo é fundamental também para a co-responsabilização do sujeito pela sua saúde e pela sua vida, auxiliando para que os profissionais desenvolvam práticas emancipatórias de cuidado, postura necessária na clínica psicossocial.

No que tange à concepção ampliada do processo saúde-doença, os profissionais apontaram em suas falas que possuem o entendimento de que a saúde não está vinculada somente com a ausência de doenças e nem somente com o orgânico, destacando o contexto como fator importante. Associado a isso, demonstraram reconhecer que a troca entre os usuários e a disponibilidade da escuta são práticas de cuidado que auxiliam os portadores de sofrimento psíquico na ampliação das suas vidas.

Um bate papo na recepção, a troca de experiência, nessas trocas de experiências a pessoa troca o sofrimento e alivia a vida. (Enfermeira)

Ela veio me procurar, porque ela não tinha urinado, 'eu acho que eu preciso de um diurético'. Eu sei que ela quer atenção, aí eu paro, eu converso e isso vai ajudar ela. (Enfermeira)

Vínculo e integralidade são aspectos intrínsecos à clínica ampliada, a qual trabalha com a ampliação de concepções e práticas, necessárias para a atuação com a complexidade que se apresenta na Atenção Primária. Segundo Campos (2010), a metodologia necessária para a atuação ampliada dependerá também da participação do usuário, tanto no diagnóstico, quanto no processo terapêutico. Nesse sentido, o compartilhamento das práticas proposto pelo apoio matricial é considerado estratégico para a ampliação do fazer clínico, inserindo a compreensão das várias dimensões do sujeito como importantes para a prática em saúde mental.

Ao mesmo tempo em que as concepções e práticas dos profissionais apontaram para uma clínica ampliada, emergiram falas associadas a concepções e intervenções asilares. Ao se depararem com a discussão de um caso em crise do tipo psicótica que procurou a APS, os profissionais da SF, participantes da pesquisa, demonstraram que nessas situações suas

intervenções ainda são baseados no modelo asilar. O encaminhamento para a internação psiquiátrica foi a primeira alternativa pensada pelos profissionais e em caso de negativa do paciente foram propostas intervenções que ignoram o sujeito, como por exemplo, a aplicação do medicamento e a colocação à força em ambulância para o transporte até a emergência psiquiátrica. A medicalização apareceu como procedimento necessário nesses momentos.

O que vocês estão falando é do surto, normalmente o que acontece não é você tentar uma conversa com o paciente. Na maioria dos casos você vai lá e parte pro procedimento, medicação. (Enfermeira)

Sabemos que um sujeito em crise do tipo psicótica, em risco de auto ou hetero-agressão, merece especial atenção tendo direito à proteção, resguardo e contenção, não podendo ser negligenciado, bem como o medicamento pode ser extremamente importante para diminuir a angústia e aliviar sua dor. O que destacamos aqui é que os dados indicam que a crise parece assustar os profissionais da SF. Nessa situação, evidenciamos que a contratação das intervenções, tanto com o paciente quanto com a família, se apresentou fragilizada nos discursos dos participantes, característica do modelo asilar em que pouca ou nenhuma consideração é dada à existência do sujeito e que o tratamento é focado na prescrição do remédio (COSTA-ROSA, 2000).

Segundo Basaglia et. al. (1991), a nova clínica dos serviços de base comunitária e territorial não elimina que em alguns casos há necessidade de proteção de pessoas que apresentem comportamentos que as exponham a altos riscos de sansão ou comportamentos que poderiam vir a comprometer sua contratualidade. O direito ao asilo pode ser entendido como uma possibilidade de afastamento, proteção, suporte, continência e atenção intensiva, necessário nesses casos, mas que não pode ser realizado com a negação de direitos do usuário, e sim de forma a continuar a contratação, “transformando-a em um fato ativo do qual o paciente participe efetivamente” (p. 65). A internação, nesse caso, deve favorecer a manutenção dos vínculos com o ambiente, a reconstrução e redefinição das relações com as pessoas significativas e a construção de novas redes de relação.

No que se refere à medicação, Onocko Campos (2001) chama a atenção para a necessidade do não abafamento da crise do tipo psicótica com grande quantidade de remédios, possibilitando o seu tratamento e acompanhamento, realizados em serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, como por exemplo no CAPS. Ainda, Onocko Campos e Gama (2010) referem que a prescrição de medicamentos é considerada um recurso importante para o trabalho da saúde mental, visando ao bem-estar do usuário. No entanto, a prescrição

inadequada dos medicamentos pode ser prejudicial aos usuários, principalmente quando é usada no sentido da não responsabilização do sujeito pelo seu problema e quando é utilizada como uma forma de apaziguamento da pessoa, deixando-a prostrada e passiva, impedindo o seu progresso no tratamento.

Além disso, a avaliação médica na crise se mostrou fundamental nas falas dos participantes da SF. O médico como parte de uma equipe de saúde tem papel necessário e possui especificidades em suas funções, sendo considerado peça fundamental para o funcionamento da engrenagem da SF. Porém, quando lhe é conferido o poder de soberania, os demais profissionais ficam na sua dependência, eximindo-se de realizar práticas que também podem ser desenvolvidas por eles, como o acolhimento, avaliação da situação de crise e as intervenções breves.

Destacamos que no contexto das equipes de SF pesquisadas há um CAPS III na mesma estrutura física, porém as equipes, ao discutir o caso de crise do tipo psicótica, não sugeriram a possibilidade de chamar os profissionais do CAPS para auxiliar na avaliação da crise e nem cogitaram o encaminhamento para esse serviço. O que se apresentou foi o encaminhamento para a emergência psiquiátrica, indicando o quanto o modelo clássico da psiquiatria ainda está presente nas concepções dos profissionais quando o tema é a crise em saúde mental. Ainda, tais dados sugerem que os profissionais da SF carecem de esclarecimento sobre as especificidades de um CAPS III, dentre elas destacando-se o acolhimento da crise.

Concordamos com Grigolo (2010) de que o desafio da saúde mental no SUS consiste no cuidado das pessoas com sofrimento psíquico grave na comunidade e na ampliação da atenção nos territórios, em que a APS e as redes sociais são fundamentais para a consolidação do caminho rumo à promoção da saúde e o cuidado territorial. Dessa forma, pensamos que investimentos devam ser feitos no fortalecimento da saúde mental na SF, com a inclusão da dimensão do cuidado frente às crises. Sabemos que a atenção a alguns tipos de crises muitas vezes vai demandar cuidados intensivos, mas algumas ações podem ser desenvolvidas na SF, como a capacidade de avaliação dos casos, o acolhimento e intervenções breves, o que merece investimentos.

Enfim, tais resultados sugerem que um dos aspectos a serem discutidos durante o processo do apoio matricial em saúde mental é o papel da APS nas situações de crise e as intervenções possíveis de serem realizadas nesse nível de atenção. Dessa forma, acreditamos ser fundamental aproveitar a coexistência dos dois modelos de atenção em saúde mental para fortalecer o modo psicossocial nas práticas de cuidado dos profissionais da SF.

4.1.2 Apoio Matricial em Saúde Mental: perspectiva da Saúde da Família

A categoria Apoio Matricial em Saúde Mental: perspectiva da Saúde da Família abrange duas subcategorias: a) Considerações sobre concepção, prática, dificuldades e facilidades de implantação do apoio matricial e; b) Expectativas e estado da arte do apoio matricial na visão da SF. Essa categoria apresenta os dados referentes à concepção das equipes de SF sobre apoio matricial, bem como aponta as dificuldades e facilidades referidas pelos profissionais no que se refere à implantação dessa prática. Discute também as expectativas dos participantes em relação ao apoio matricial e o estado de arte desse arranjo na Clínica da Família pesquisada.

Quadro 7 - Considerações sobre concepção, prática, dificuldades e facilidades de implantação do apoio matricial

Tema	Verbalizações	Frequência
Considerações sobre o conceito do apoio matricial	<p>É a primeira vez que me deparo com o tema, realmente não sei o conceito, pelo que ouvi hoje está relacionado com a saúde mental. (Dentista – primeiro encontro da pesquisa)</p> <p>O apoio matricial acontece quando algum especialista realiza o acompanhamento das equipes de saúde da família para a resolução dos problemas, dando apoio, esclarecimentos, discussões de caso e a melhor conduta a ser seguida. Existe o apoio matricial em saúde mental e apoio matricial em outras áreas também. (Dentista – encontro final da pesquisa)</p>	13
Dúvidas sobre o funcionamento do apoio matricial	<p>Como utilizar o matriciamento na prática? (Enfermeira)</p> <p>Se o profissional não concorda com a sugestão do matriciador, o que deve fazer? (Dentista)</p>	12
Dificuldades: a rotina intensa na SF e a pouca adesão dos profissionais na pesquisa	<p>Dentre as dificuldades acho que é a rotina intensa na CF, não permitindo que haja um investimento na implantação de novos projetos. (Enfermeira)</p> <p>Uma das dificuldades é a pouca adesão dos profissionais nesse processo. (Farmacêutica)</p>	12
Facilidades: proximidade entre os serviços e vontade de atender melhor os usuários	<p>Como facilidade de implantação do apoio matricial vejo a proximidade dos dois serviços, CAPS e Clínica da Família. (Enfermeira)</p> <p>Uma facilidade é a vontade dos participantes em</p>	08

	aumentar seu conhecimento em outras áreas, buscando atender melhor o cliente. (Enfermeira)	
Questões sobre o Apoio matricial e a rotina da Saúde da Família	Como que o matriciamento influencia na rotina da unidade? (Dentista) Como é o desdobramento do matriciamento na rotina diária? (Farmacêutica)	04
Total		49

Fonte: Pesquisa de Campo.

Ao iniciar a pesquisa, os achados apontaram que os profissionais da SF não conheciam o que é apoio matricial, tanto a nível conceitual, quanto a nível prático. Dos 06 (seis) participantes 05 (cinco) referiram nunca ter ouvido falar sobre o tema. Além disso, o questionário respondido pelos profissionais da SF no primeiro encontro evidenciou diversas dúvidas relativas ao funcionamento do apoio matricial. Interrogações que demonstram pouco contato com o tema e com a prática.

Como fazer? (Enfermeira)

Onde fazer? (Enfermeira)

Que instrumentos são utilizados? (Dentista)

Tais achados são semelhantes aos apresentados na pesquisa de Dimenstein et. al. (2009) a qual evidenciou que as equipes de Saúde da Família não têm clareza sobre a proposta de apoio matricial. “Ainda há muitas incertezas e expectativas equivocadas por parte de alguns técnicos. A maioria dos profissionais sequer foi capaz de definir a proposta [...]” (p.69).

Destacamos que no segundo questionário respondido, ao final da pesquisa, o conceito de apoio matricial estava mais claro para todos os participantes da SF. Nesse momento, o entendimento trazido apontou para o matriciamento como suporte e amparo de um serviço especializado para a SF na discussão de casos, na conduta clínica, possibilitando esclarecimentos teórico-clínicos e uma troca interdisciplinar.

O apoio matricial pode ser visto como uma soma de esforços entre as diferentes equipes de saúde [...] com o objetivo de apoiar, ajudar, conduzir as situações de saúde na Atenção Primária. Uma espécie de suporte interdisciplinar. (Farmacêutica)

Dentre as dificuldades para a implantação do apoio matricial, a partir da SF, destacaram-se a questão da rotina intensa na Clínica da Família e a pouca adesão dos profissionais na pesquisa. A rotina foi associada como uma excessiva carga de trabalho, gerando indisponibilidade de tempo e de investimentos em novas ações. Já a pouca adesão dos colegas nas discussões da pesquisa foi apontada como uma dificuldade para que o matriciamento fosse implantado, percebida como uma dificuldade na adesão dos profissionais a essa prática.

Uma das dificuldades é de convencer os demais profissionais na unidade da importância da participação nesse processo de matriciamento. (Enfermeira)

Nesse sentido, destacamos que a pesquisa ocorreu no serviço, durante o horário de trabalho dos profissionais, o que foi pactuado com os participantes e com a gerência e entendido pelos mesmos como um fator facilitador. Porém, os encontros com a SF sempre iniciavam atrasados, após o horário marcado e as justificativas giravam em torno da dificuldade no que se refere ao tempo para o término das atividades cotidianas.

Dentre as facilidades de implantação do apoio matricial, os profissionais da SF referiram a proximidade entre os dois serviços por atuarem na mesma estrutura física, o que favoreceria os encontros, bem como sua vontade e empenho em prestar um cuidado de qualidade para os usuários.

Também, surgiram questões sobre como o apoio matricial influenciaria na rotina da unidade de SF, principalmente sobre como inserir no cotidiano as reuniões de matriciamento. As dúvidas apontaram para a dificuldade de imaginar objetivamente em que momentos ocorreriam tais encontros.

Na prática o que pode acontecer, são 11 equipes e com 11 reuniões de equipe, não sei se eles [CAPS] vão ter essa disponibilidade toda pra estarem aqui. Inclusive pra gente reunir, mesmo que eles não participem das reuniões de equipe, a gente faz uma reunião específica com o CAPS, para reunir um dia que todos estejam aqui. Na prática é um pouco difícil. (Dentista)

Sendo assim, percebemos que os encontros da pesquisa auxiliaram os participantes na aquisição de conhecimento sobre conceito de apoio matricial e na reflexão sobre como inserir essa prática no cotidiano do serviço, bem como, apontaram que o processo de implantação do apoio matricial necessita de investimentos, tanto por parte da SF, quanto por parte do CAPS. No que se refere à SF, acreditamos serem necessários esforços na organização das atividades, a fim de possibilitar espaço e tempo para essa atividade. Quanto ao CAPS,

pensamos que são importantes esforços para a ativa proposição de encontros de matriciamento, aproveitando a proximidade entre os serviços e o desejo de alguns profissionais da SF.

Quadro 8 - Expectativas e estado da arte do apoio matricial na visão da Saúde da Família

Tema	Verbalizações	Frequência
Expectativas sobre o apoio matricial	<p>O que eu espero em relação ao matriciamento é que como a gente tem pacientes que têm problemas que já foi detectado de saúde mental, saber como proceder com esses pacientes, de que forma é melhor tratá-los, em que momento a gente deve intervir, em que momento não se deve intervir e tem que encaminhar para um apoio especializado. (Dentista)</p> <p>Espero que eles discutam os casos com a gente. Até pra gente saber o caso do paciente. Porque às vezes o paciente chega e fala: eu sou do CAPS. Mas ele não diz nada, ele só diz que é do CAPS. A gente não sabe o que ele tem, a gente não sabe nada. (Enfermeira)</p>	06
Dúvidas sobre o que o CAPS faz e como solicitar o apoio matricial	<p>Um paciente com paralisia cerebral, que a gente não consegue resolver, atender, é um caso de discutir com o CAPS? (Dentista)</p> <p>Não sei se eles vão nos dar abertura. A gente não sabe quando vai atender um paciente do CAPS. Então, assim, eu posso ir lá em cima na hora que eu tiver uma dúvida? Vou atrapalhar? Posso pedir pra atender comigo? (Enfermeira)</p>	06
Vivências não regularizadas de apoio matricial do CAPS com as equipes de SF	<p>Eu já vivi isso durante um exame preventivo. Porque o médico tentou fazer a coleta de preventivo, a paciente já tinha um comprometimento e não deixou, porque ela achava que ele tava enfiando uma faca nela, quando ele colocava o espécuro. Ela teve que ir pro CAPS, [...] desceu a psiquiatra com a enfermeira pra eu fazer o procedimento. Eu fiz explicando tudo o que eu ia fazer, mostrando pra ela, e aí foi feito. (Enfermeira)</p> <p>Sem querer eu já tive algumas consultas com a intervenção do matriciamento, porque eu tive assim, uns três casos de pacientes que são meus e que também são do CAPS e eu tive que fazer, por exemplo, uma extração em que a psicóloga veio</p>	05

	junto na consulta no dia da extração, ela me disse o momento exato de fazer a extração. [...] ela me acompanhou durante a consulta. (Dentista)	
Total		17

Fonte: Pesquisa de Campo.

As expectativas dos profissionais da SF em relação ao apoio matricial recebido a partir do CAPS giraram em torno de receber auxílio para a condução da prática clínica, apoiando na condução dos casos, nas intervenções. Em alguns momentos, apresentaram grandes expectativas e delegaram um grande poder aos profissionais do CAPS, como se eles soubessem de todas as respostas da saúde mental, conduzindo a intervenção da SF como se fossem uma espécie de super-poderosos.

Mas se eles disseram pra gente: num caso como este faz isso, faz aquilo. Esse caso não tem como fazer nada, manda pra gente ou não. (Enfermeira)

Acreditamos que tais expectativas devam ser trabalhadas nos encontros de matriciamento para que o não alcance das mesmas gere frustração e atrapalhe o processo. Além disso, apoio matricial bem conduzido deve valorizar tanto o saber dos especialistas em saúde mental, quanto dos profissionais da SF. Nesse sentido, o desenvolvimento do matriciamento demanda cuidado para cultivar uma relação respeitosa entre o saber das equipes de SF e o saber especializado do matriciador.

De acordo com Oliveira (2010), o apoio matricial implica numa lógica de troca multidirecional, de duplo ganho aos participantes do processo e não numa lógica hierarquizada “que coloca os saberes e as práticas cotidianas dos serviços de saúde em lugar de subserviência a uma maneira naturalizada de considerar a *expertise* do especialista” (p. 276, grifos do autor). Mas, para isso, pensamos que é importante a SF reconhecer o saber que possui devido ao trabalho vivo desenvolvido cotidianamente que a coloca próxima dos usuários e das comunidades, estabelecendo vínculos, conhecendo o território, fato extremamente relevante no cuidado em saúde mental.

Ainda, os profissionais da SF demonstraram desconhecer a especificidade do CAPS, através de falas que sinalizaram o não conhecimento sobre qual é público-alvo atendido por esse serviço, quais as atividades desenvolvidas etc. Referiram possuir dúvidas sobre como solicitar auxílio do CAPS para a discussão de casos ou para alguma intervenção conjunta de matriciamento. Manifestaram desconhecer os profissionais que lá atuam e não saber a quem recorrer em caso de necessidade.

Um paciente com Síndrome de Down, ou pacientes com retardo mental, eles são atendidos no CAPS? (Dentista)

O que falta é a gente conhecer mesmo. Você tem que procurar mesmo, eu cheguei lá meio perdida, [no CAPS] eu saí procurando qualquer pessoa. (Enfermeira)

Tais achados nos remetem à reflexão de que a integração entre os dois serviços ainda necessita de investimentos para o CAPS ser considerado uma referência de suporte nos casos de saúde mental. É importante que a SF conheça a especificidade de um serviço como o CAPS, nesse caso do CAPS III que possui características próprias, bem como o CAPS conheça a Estratégia Saúde da Família. Ao encontro desses dados, Onocko Campos et. al. (2009), na pesquisa avaliativa sobre a rede de CAPS, evidenciou que os coordenadores de unidades básicas demonstraram possuir ideia vaga e distorcida sobre o trabalho do CAPS, bem como os agentes de saúde estudados desconheciam a função dos CAPS.

Em relação ao processo de apoio matricial do CAPS com as equipes de saúde pesquisadas, os resultados apontaram que ocorrem experiências isoladas de matriciamento. Elas não são nomeadas como tal e nem ocorrem com regularidade, o que reflete na falta de reconhecimento dos profissionais da SF como sendo ações de apoio matricial. Tais experiências foram identificadas pelos profissionais e contadas no decorrer das discussões da pesquisa, quando o conceito e a prática foram debatidos e clareados em grupo.

Inclusive, faz uns dois meses eu tive uma conversa, nem sabia que se tratava de apoio matricial. Uma psicóloga, não lembro o nome dela, nós falamos sobre fazer um vínculo maior entre a Clínica da Família e o CAPS, para auxílio nos casos da saúde mental. (Dentista)

Enfim, na perspectiva da SF o processo de implantação do apoio matricial é incipiente, não ocorre com frequência e regularidade. As ações ocorrem quando algum caso clínico atendido pelos dois serviços – CAPS e SF - demanda intervenções conjuntas, mas tais atividades não eram mencionadas como sendo de apoio matricial, o que contribui para o desconhecimento do termo evidenciado no início da pesquisa.

Dessa forma, acreditamos que os encontros desse estudo dispararam a reflexão e maior apropriação do conceito de apoio matricial por parte da SF, bem como despertaram o desejo dos participantes em fortalecer essa atividade. Metaforicamente, uma semente foi plantada, mas sua germinação dependerá de ambos os serviços e do apoio das chefias no incentivo dessa prática.

4.2 O que dizem os profissionais do CAPS III?

Este grupo foi composto pelos profissionais do CAPS que participaram do estudo nos três primeiros encontros dos grupos operativos de reflexão e responderam aos questionários disponibilizados pela pesquisadora. A seguir serão descritas e discutidas as categorias de análise e subcategorias desse grupo.

Quadro 9 – Categorias e subcategorias: CAPS III

Categoria	Subcategoria
Trabalho em equipe	Importância do trabalho em equipe para a realização do apoio matricial.
	Dificuldades no trabalho em equipe.
Apoio Matricial em Saúde Mental: perspectiva do CAPS	Considerações sobre o entendimento conceitual e prático do apoio matricial.
	Estado da arte do apoio matricial a partir do olhar do CAPS.

Fonte: Pesquisa de Campo.

4.2.1 Trabalho em Equipe

A categoria “Trabalho em Equipe” é composta por duas subcategorias: a) Importância do trabalho em equipe para a realização do apoio matricial e; b) Dificuldades no trabalho em equipe. Nessa categoria estão incluídas as questões relacionadas à complexidade do trabalho em equipe no CAPS e suas principais dificuldades, bem como a importância da equipe para uma prática mais qualificada de apoio matricial.

Quadro 10 - Importância do trabalho em equipe para a realização do apoio matricial

Tema	Verbalizações	Frequência
Valorando a discussão sobre matriciamento dentro da equipe	Por isso que desde o início eu sou a favor de discutir primeiro o matriciamento para dentro, porque a gente tem que estar sabendo minimamente o que a gente está fazendo, que negócio é esse. (Nutricionista) A maioria das pessoas tem achado esse espaço potente, que desde a semana passada a gente se	11

	deu conta que viramos matriciadores e não discutimos o matriciamento. Nós percebemos a necessidade de discutir. (Musicoterapeuta)	
Importância do trabalho em equipe para a realização do matriciamento	<p>A gente não fala de um lugar de saber, mas sim do lugar da equipe. O trabalho em equipe fortalece o apoio matricial. (Psicóloga)</p> <p>O matriciamento só vai acontecer, vai ser efetivado, se essa equipe trabalhar em equipe e puder compreender e ter uma fonte de saúde mínima pra matricular. (Psicóloga)</p>	7
O papel do médico no matriciamento	<p>Até uma questão que eu levei [...], que eu achava que era necessária a presença do médico pra realizar o matriciamento. Aí o coordenador me falou que o objetivo é de todos os profissionais poderem visitar os outros serviços, não com a presença do médico, aquela coisa centrada no médico. Isso é uma coisa que me preocupa muito, porque o que vou fazer se precisar de uma ajuda médica? (Técnico de enfermagem)</p> <p>Eu entendo, porque o médico faz parte da equipe, é mais um que agrega o saber, o que tem a ver com aquilo que ele estudou, mas acho que é um pouco o que o modelo tenta superar, o modelo médico centrado. É um saber que não é hierárquico, né, que domina o restante do saber. (Terapeuta Ocupacional)</p>	7
Necessidade do suporte entre a equipe	<p>Eu vou precisar muito da equipe no matriciamento, para eu ir avaliando, ir aprendendo. (Psicóloga)</p> <p>Mas, eu acho que [...] a gente vai receber apoio da equipe nos casos que a gente trouxer, acho que a gente vai poder dar esse apoio, né? (Técnico de Enfermagem)</p>	4
Total		29

Fonte: Pesquisa de Campo.

O trabalho em equipe no CAPS foi apontado pelos participantes como um dos fatores que facilita, fortalece e traz maior uniformidade para a realização do apoio matricial. É percebido pela equipe como basilar para o seu bom andamento. As posições tomadas em equipe são consideradas importantes para a condução das situações que o matriciamento demandar.

Porém, os dados evidenciaram que os profissionais têm dificuldades para se reunir e discutir o que é matriciamento e a forma de realizá-lo. As falas apontaram que a equipe

realizou algumas ações de apoio matricial sem antes ter consensuado internamente o que é, como faz, quais as suas diretrizes. A falta de tempo e a correria no trabalho foram apontadas como um dos obstáculos para a realização da discussão interna sobre essa prática.

Mas de fato a gente tem que discutir matriciamento, os textos, mas também é importante que a gente discuta isso dentro do processo de trabalho [...]. A gente precisa olhar pra gente e cavar um tempo, apesar de toda a correria, apesar das agendas, pra discutir isso. (Nutricionista)

Porque às vezes a gente trabalha, trabalha, fica muito cansado e pra onde vai esse trabalho? Olhar para dentro e ir para fora, que é o matriciamento. É a gente ter condições, vestir a camisa do nosso serviço e não sair falando e fazendo besteira. (Psicóloga)

A não priorização de espaços de discussão sobre o apoio matricial demonstra que essa prática fica de lado para a equipe técnica do CAPS, como se fosse algo que deve ser feito porque a direção e a coordenação querem, ou porque a gestão municipal da saúde mental assim determinou. Tais achados nos remetem à reflexão de que esses profissionais ainda precisam refletir qual é o papel do CAPS na rede de atenção em saúde mental e qual é a finalidade do apoio matricial nesse processo.

Se levarmos em consideração que o CAPS é um serviço territorial, que busca trabalhar no resgate da singularidade dos pacientes portadores de sofrimento psíquico grave, na ampliação de sua autonomia e na reabilitação psicossocial, como não apostar no apoio matricial, uma atividade fundamental para se potencializar tais aspectos? O fortalecimento da SF para a atuação com a saúde mental, um dos objetivos do apoio matricial, auxilia na identificação de casos no território e acompanhamento das pessoas com vínculo e proximidade, fatores fundamentais tanto para a reabilitação psicossocial, quanto para a promoção da saúde mental e prevenção.

Ao aumentar a capacidade das equipes de SF em lidar com o sofrimento psíquico e integrá-las com os demais pontos da rede assistencial, o apoio matricial possibilita que a prevenção e o tratamento dos transtornos mentais, assim como a promoção da saúde e reabilitação psicossocial, aconteçam a partir da APS. A corresponsabilização pela demanda – tanto a equipe de SF como a equipe de SM são responsáveis por determinado território – leva à desconstrução da lógica de referência e contrarreferência. (BRASIL, 2010, p. 39)

Na discussão sobre a importância do trabalho em equipe para a realização do apoio matricial, o papel do médico emergiu como um tema relevante. Ao mesmo tempo em que a sua presença apareceu como fundamental durante os encontros de matriciamento, para dar

mais segurança aos demais profissionais na intervenção, a sua presença em todos os encontros de apoio matricial foi questionada pelo grupo.

A discussão grupal girou em torno das ideias de que o médico é um membro da equipe, importante para a discussão de casos clínicos e para abordagens conjuntas que exigem a sua especificidade. Porém, sua presença obrigatória em todos os encontros, como se fosse o detentor do saber para a realização do matriciamento foi relativizada entre os integrantes da pesquisa.

Eu acho que o PSF traz essa outra liberdade, dá pra gente esse movimento, essa autorização do saber, por conhecer o cliente, por conviver no território, não excluindo o saber de ninguém. Acho que o médico vem junto, é uma coisa de andar junto. (Terapeuta Ocupacional)

A proposta de organização do matriciamento nesse CAPS, relatada pelos profissionais, consiste na montagem de mini-equipes de matriciadores para um determinado número de equipes de SF. Cada mini-equipe contará com um médico e com profissionais de diversas categorias, incluindo técnicos de enfermagem. O médico ficará de retaguarda da mini-equipe nas situações em que seu saber se fizer necessário. Entendemos que tal perspectiva valoriza o saber da equipe interdisciplinar, buscando superar o modelo médico centrado.

Acho até que algumas questões de fato são médicas, algumas coisas mais específicas na clínica, mas não necessariamente tem que ter um médico em cada equipe de matriciadores. A ideia da coordenação do CAPS é de deixar um médico de pano de fundo [...]. Os matriciadores vão discutindo os casos, vendo as necessidades e aí sim centra numa especificidade da categoria. (Nutricionista)

A ideia do CAPS de valorização dos diversos saberes constituintes de uma equipe de matriciadores e a reflexão dos profissionais sobre a importância do trabalho em equipe na realização do apoio matricial está de acordo com a proposta da clínica psicossocial. De acordo com Costa-Rosa (2000), o trabalho em equipe na lógica do cuidado psicossocial pretende produzir formas de intercâmbio das visões teórico-técnicas e das práticas entre os profissionais. Procura ampliar o objeto das suas práticas, incorporando cada vez mais a existência-sofrimento na sua atenção e criticar amplamente o paradigma doença-cura.

O trabalho em equipe e uma linguagem comum dos profissionais ao público externo são identificados pelos profissionais do CAPS como estratégias de suporte para o trabalho e para a realização do apoio matricial. A equipe é identificada como um instrumento na troca

dos casos clínicos matriciados, no processo de aprendizagem e no auxílio quanto ao *feedback* das atitudes do matriciador.

Levando em consideração que “a maior parte dos profissionais de saúde não tem formação básica que valorize o trabalho em equipe” (BRASIL, 2010, p. 22), que muitos não possuem experiência em apoio matricial, que não há respostas prontas para todas as demandas de saúde mental da atenção primária, acreditamos que o trabalho em equipe é fundamental para o próprio matriciador. Dentre as razões para tal destacamos: o matriciamento é uma prática inovadora, que além da aptidão clínica, demanda do apoiador o conhecimento de Atenção Primária, a habilidade de entender o que o profissional da SF está solicitando e de transmitir conhecimento numa linguagem possível de ser compreendida, a capacidade de intervenções conjuntas respeitando o saber da SF, dentre outros. Nesse sentido, acreditamos que o trabalho em equipe pode oferecer suporte aos matriciadores no que se refere aos debates conceituais, às angústias, à condução de casos clínicos complexos, fortalecendo a interdisciplinaridade.

Quadro 11 - Dificuldades no trabalho em equipe

Tema	Verbalizações	Frequência
Problemas de comunicação e de articulação entre a equipe	<p>Uma coisa que me incomoda profundamente: eu não me sinto cuidada. Eu acho que a gente precisa estar mais afinado. Eu acho que nossa equipe não é uma equipe afinada. [...] Falta um planejamento, falta uma comunicação da equipe como um todo, pra que a gente possa entender o que o outro tá fazendo e aí sim a gente começar a ir para fora. (Psicóloga)</p> <p>Porque quando a gente não ta articulado entre nós, o paciente reflete essa desarticulação. Ainda mais na psicose, porque é como se ele tivesse umas antenas a mais. [...] então você estando afinado, no sentido desta equipe fazendo o matriciamento corretamente, você tem mais possibilidade de acertar no caso. (Psicóloga)</p>	11
Reunião de equipe despotencializada	<p>Geralmente na reunião de equipe a discussão não rola muito, porque muitas vezes a própria equipe não dá oportunidade de você falar. Às vezes você vai falar uma coisa e as outras pessoas falam outra coisa que parece que o que você disse não tem nada a ver. Esse espaço aqui é mais tranquilo [da pesquisa] onde todo mundo fala mais à vontade, não tem risco de alguém te interromper e achar que alguma coisa está certa ou errada. [...]. E a</p>	7

	<p>reunião da segunda-feira era pra ser isso também, era pra ter uma construção. (Técnico de Enfermagem)</p> <p>Mas eu gostaria de incluir a discussão do matriciamento na reunião de equipe, não uma hora antes, porque tem gente que vem do trabalho. Eu, por exemplo, pra chegar aqui 1 hora antes é difícil. A gente tem que aproveitar essas horas da reunião mais objetivamente. (Psicóloga)</p>	
Total		18

Fonte: Pesquisa de Campo.

As relações entre a equipe apareceram como um fator de relevância no ambiente de trabalho no CAPS. Observamos conflitos interpessoais, falta de apoio entre os profissionais, falta de comunicação e de articulação e conseqüentemente prejuízo ao desenvolvimento do apoio matricial e sofrimento do trabalhador da saúde mental. Ficou evidente também o trabalho isolado de cada especialidade, gerando falta de integração e de troca entre os profissionais.

A gente não se comunica, é o meu trabalho, é o meu serviço, sou eu que faço.
(Enfermeira)

As pessoas não perguntam, nem querem saber o que você está fazendo e quando você apresenta também não querem saber. Então, eu acho que essa é uma questão de adoecimento de uma equipe em saúde mental. (Psicóloga)

O trabalho em equipe é considerado determinante para o rompimento do paradigma manicomial atuando como uma das formas de enfrentar a fragmentação do trabalho e do sujeito, rumo à integralidade da atenção. Nesse sentido, a construção do novo modelo de assistência em saúde mental pressupõe uma atuação mais plural por parte dos profissionais e uma multiplicidade de enfoques. Dessa forma, “a equipe é um dos atores principais dessa configuração” (GULJOR, 2003, p. 85).

Mas, os achados dessa investigação refletem que o trabalho em equipe no CAPS apresenta dificuldades, o que acreditamos ser um ponto que necessita de atenção tanto da direção e coordenação, quanto da supervisão do serviço. Como trabalhar com a complexidade do sujeito em sofrimento psíquico grave sem a comunicação entre os diferentes saberes e práticas? Como se sentir fortalecido para realizar ações de apoio matricial sem contar com o suporte da equipe? Acreditamos que uma clínica que trabalha com a crise, que visa atuar com

o sujeito para além de sua doença, resgatando as potencialidades e singularidades não é compatível com o trabalho fragmentado.

Outra pesquisa realizada em CAPS III, que objetivou compreender a dinâmica das relações de trabalho, as facilidades e dificuldades no trabalho em equipe multiprofissional, também evidenciou entraves no trabalho em equipe, tais como superficialidade das relações e dificuldades dos profissionais em superar sua própria visão pessoal sobre o trabalho (ABUHAB et. al., 2005).

Trabalhar em equipe, com profissionais de diversas formações e visões de mundo, gera conflitos, mas também enriquece a prática, pois conta com um suporte de um grupo com diferentes saberes (GULJOR, 2003). Nesse sentido, pensamos ser fundamental tanto a abertura dos profissionais para o trabalho com a diferença, para a troca e para as aprendizagens, quanto uma condução clara do trabalho por parte da direção e coordenação do serviço, contemplando o que se espera de um CAPS III, suas diretrizes e metas.

Outro aspecto relatado pelos participantes diz respeito aos espaços de reuniões de equipe semanais, àquelas em que estão presentes a maioria dos integrantes do serviço. A falta de objetividade, o julgamento, a dificuldade de escuta entre os colegas, a pouca circulação da palavra apareceram como elementos dessa reunião, despotencializando a comunicação e as trocas profissionais. Além disso, reclamaram que a mesma não é utilizada para a discussão de casos clínicos. Dessa forma, identificam a necessidade de qualificar a reunião de equipe, a fim de torná-la um lugar de fala e de escuta entre profissionais, de discussão de casos e aprofundamento sobre o apoio matricial.

Eu acho que pra isso acontecer lá na reunião, a equipe tem que trazer mais, falar mais. (Enfermeira)

Eu vejo que na reunião de equipe a gente polemiza muito e acaba não chegando em nada. A gente poderia dividir os casos clínicos e tal, mas também através do matriciamento ocupar esse espaço como uma passagem de conhecimento pra toda a equipe e não monopolizar num conhecimento em x, y ou z. Enfim, sem julgamento, acho que o matriciamento entra aí pra não haver essa coisa do julgamento. Pra todos poderem participar desse processo de matriciamento. (Técnico de Enfermagem)

O estudo de Silva (2006) sobre as dores dos cuidadores em saúde mental realizado em CAPS, também identificou que a reunião semanal de equipe dos CAPS foi apontada pelos participantes de sua pesquisa como um momento que deveria ser melhor aproveitado por todos os profissionais, de maneira a beneficiar as relações interpessoais. A autora evidenciou que devido à grande demanda de outros assuntos a serem resolvidos na reunião, os assuntos relacionados aos casos clínicos e aos profissionais acabam tendo um tempo menor para

discussão. Também, ela indica que as reuniões de equipe nos CAPS deveriam se constituir em espaços de discussão de casos, de planejamento de ações e também de reflexão sobre os projetos terapêuticos.

Essa prática de trocas, saberes, desmonte das relações de poder, dentre outros, é algo que ainda constitui as construções dos CAPS. Os profissionais acabam por tentar outras possibilidades para um melhor funcionamento das reuniões. São práticas que só podem ser discutidas e implantadas tomando-se por base o coletivo, por isso muitas equipes possuem dificuldades em encontrar soluções ou chegar em um consenso. (SILVA, 2006, p. 96-97)

Ainda, sobre a discussão dos casos em equipe, concordamos com os achados da pesquisa de Abuhab et. al (2005) de que essa prática se constitui em uma das premissas dos CAPS, pois possibilita à equipe conhecer a história do usuário para melhor compreensão, avaliação e conduta clínica.

A pouca ou nenhuma discussão de casos clínicos na reunião de equipe semanal é um aspecto que nos chama a atenção nos achados de nossa pesquisa, pois nos alerta para a prática clínica do CAPS. Como está a clínica nesse serviço? Será que a atenção psicossocial está sendo possível? Ainda são reproduzidas práticas do modelo asilar? A correlação entre a discussão de casos em equipe e a qualidade da clínica desenvolvida no CAPS não foi foco desta pesquisa, podendo ser aprofundada em estudos futuros.

À semelhança dos achados de nossa pesquisa, o estudo de Silva (2006) evidenciou dois posicionamentos no que se refere ao trabalho em equipe:

“[...] ao mesmo tempo em que a atuação em equipe era sentida como um ponto de apoio, de alívio e de espaço de cuidado, eram feitas queixas de conflitos interpessoais, de injustiças na responsabilização pelo trabalho e de dificuldades para se chegar a um consenso” (p. 93).

Dessa forma, ratificamos a necessidade de fortalecer a reunião de equipe do CAPS, bem como os demais espaços de discussão e de trocas entre a equipe, possibilitando a reflexão e enfrentamento das dificuldades do trabalho coletivo. Percebemos também o quanto o trabalho em equipe é fundamental para o desenvolvimento do apoio matricial, para que essa prática se fortaleça e se efetive na lógica da clínica psicossocial. Parece-nos que os grupos operativos de reflexão se constituem em um instrumento importante no fortalecimento do trabalho interdisciplinar, possibilitando além das reflexões sobre o trabalho, a evidenciação e busca de alternativas pelo coletivo para diminuir as tensões dos conflitos interpessoais.

4.2.2 Apoio matricial em Saúde Mental: perspectiva do CAPS

A categoria Apoio Matricial em Saúde Mental: Perspectiva do CAPS inclui duas subcategorias: a) Considerações sobre o entendimento conceitual e prático do apoio matricial e; b) Estado da arte do apoio matricial no olhar do CAPS. Nessa categoria serão apresentados resultados e discussões referentes à concepção dos profissionais do CAPS sobre o apoio matricial, bem como a realidade no que se refere ao conhecimento e às experiências práticas dos participantes nesse tema. Além disso, será abordada a situação de implantação do apoio matricial na perspectiva desses profissionais.

Quadro 12 - Considerações sobre o entendimento conceitual e prático do apoio matricial

Tema	Verbalizações	Frequência
Considerações sobre o conceito de apoio matricial	<p>Não tenho a menor noção do que seja o matriciamento, estou aprendendo. Mas, acho que faço matriciamento intuitivamente. (Psicóloga - primeiro encontro da pesquisa)</p> <p>É uma ação que visa aumentar o grau de resolutividade na saúde da família, através do suporte dos profissionais do CAPS ou de outro serviço especializado. (Técnico de Enfermagem - último encontro da pesquisa)</p>	14
Dúvidas sobre como se dá a prática do apoio matricial	<p>Como é feito o apoio matricial? (Enfermeira)</p> <p>Matriciar é possibilitar um diagnóstico e um encaminhamento ou é preciso também matriciar o tratamento? (Psicóloga)</p>	14
Insegurança em ser matriciador	<p>Como que a gente dá apoio se a gente não esta seguro para isso? (Nutricionista)</p> <p>No meu caso, por exemplo, eu preciso de alguém me orientando, por mais que eu seja uma pessoa razoável, no sentido clínico, eu não me sinto autorizada a fazer/ser matriciadora. (Psicóloga)</p>	7
Poucas vivências em apoio matricial anteriores ao ingresso no CAPS III	<p>Eu tô na saúde mental há nove anos, fiquei num CAPS adulto durante cinco anos, onde pude experimentar e entender a importância do matriciamento, apesar da gente não usar esse nome, não sei se agora eles usam esse nome, a gente falava supervisão com a Saúde da Família, esse era o nome, e eu ficava como matriciadora de três grandes grupos que era território. (Enfermeira)</p>	3

	Eu trabalhei em outra área aqui do Rio de Janeiro, eu pude acompanhar três equipes e dar esse apoio técnico, e aí de certa forma eu experimentei o matriciamento, (...) mas não na saúde mental. (Nutricionista)	
Apoio matricial sentido como uma direção política	<p>Às vezes eu fico preocupada dele tomar uma proporção: (...) eu to muito preocupada em matricular, porque eu sei que é necessário, eu sei que é uma cobrança, uma pressão muito forte, política mesmo, assim do matriciamento. Eu acho, por exemplo, que nossos casos clínicos estão ali aflorando, a gente tem que trabalhar eles, eu acho que tem que ter espaço pras duas coisas. Eu fico só preocupada do foco maior ser a apresentação desse matriciamento. (Psicóloga)</p> <p>[...] mas nessa proporção que o matriciamento tá tomando, como política, como direção de trabalho, acho que é um desafio. (Musicoterapeuta)</p>	3
Total		37

Fonte: Pesquisa de Campo.

O questionário respondido pelos participantes do CAPS e as exposições verbais no primeiro encontro da pesquisa evidenciaram que muitos participantes do estudo desconheciam o conceito de apoio matricial. Dos 13 (treze) participantes do primeiro encontro, 7 (sete) referiram não entender o que é matriciamento. Ainda, os profissionais apresentaram diversas dúvidas sobre como se dá a prática do apoio matricial em saúde mental. As interrogações dizem respeito a aspectos da organização e funcionamento do apoio matricial, como por exemplo:

Como começar? (Enfermeira)

É necessário um protocolo? (Psicóloga)

Existe alguma metodologia para facilitar a realização? (Enfermeira)

Devido ao desconhecimento conceitual sobre matriciamento, os profissionais do CAPS demonstraram-se inseguros, solicitando um apoio para se autorizarem na realização dessa prática. Em alguns momentos a pesquisadora foi questionada sobre a possibilidade de permanecer mais tempo junto com o grupo e em outros ficou clara a expectativa de que a direção e a coordenação do serviço dessem todas as diretrizes para a realização do matriciamento.

A gente tem que ver isso com a direção, porque quando a gente for no PSF fazer o matriciamento, a gente já precisa saber para onde vai, para onde não vai, porque isso

é bom pro usuário. [...], a gente tem que ter uma linha a seguir. (Técnico de Enfermagem)

No que se refere à insegurança em realizar o apoio matricial, percebemos que a equipe do CAPS tem a ideia que deve dominar o conhecimento de todas as questões que emergirem da SF, que deve saber dizer o que fazer à SF, o que transforma a prática numa ação um tanto assustadora. Acreditamos que tais ideias precisam ser debatidas, a fim de que sejam desconstruídas no imaginário de tal equipe. O apoio matricial implica na troca de conhecimento, na construção conjunta de condutas clínicas e de ações. Por isso, é importante que a equipe do CAPS sintam-se mais leve e autorizada para se lançar no encontro com a SF, concebendo o matriciamento não como uma transmissão vertical do conhecimento, mas sim como o compartilhamento e a ampliação do olhar de todos os envolvidos.

Quando investigada a experiência profissional no que se refere ao matriciamento (Questionário 1), constatamos que somente 3 (três) pessoas, dos 15 (quinze) participantes da pesquisa do CAPS, haviam tido experiências prévias de apoio matricial antes ao ingresso no serviço. Esse contexto nos auxilia na compreensão das diversas dúvidas sobre como ocorre a prática e sobre o desconhecimento do que é apoio matricial por parte dos participantes. Porém, mesmo tendo poucos profissionais do CAPS com experiências anteriores de apoio matricial, somente 1 (um) participante da pesquisa respondeu no início do estudo, no Questionário 1, que não se imaginava sendo um matriciador. No final da pesquisa, todos os participantes do CAPS que responderam o Questionário 2 assinalaram que se imaginavam sendo matriciadores.

Outro dado importante, que nos auxilia no entendimento da realidade evidenciada, diz respeito ao baixo número de equipes de SF atuando no município do Rio de Janeiro até 2009, favorecendo as poucas experiências de apoio matricial para essa estratégia. Dos 3 (três) participantes com experiências prévias, 2 (dois) relataram sua ocorrência em outros municípios do Estado.

Matriciamento, eu só conhecia na teoria, pelas aulas da residência, achava uma coisa muito distante, pela quantidade de PSF, pelo menos na 2.1, enquanto residente não tinha quase nenhum. Tinha o programa de ACS, que a gente tentava contar em alguns casos. (Musicoterapeuta)

Nesse sentido, os profissionais demonstraram que a realização do apoio matricial é sentida com uma orientação política colocada para o serviço. Dessa forma, demonstraram perceber sua implantação tanto como um desafio, quanto como uma cobrança, como algo

vindo do externo, uma prática que deve ser realizada, mas ainda não há a compreensão de sua importância e da sua articulação com a missão de um CAPS III.

Porém, cabe referirmos que no segundo questionário aplicado, ao final da pesquisa, o conceito de apoio matricial apresentou-se mais claro para os participantes. Trouxeram entendimentos de que o matriciamento auxilia a SF a ter mais resolubilidade na atenção aos portadores de sofrimento psíquico, em co-responsabilização com o CAPS; de que o CAPS dará retaguarda especializada às equipes de SF nos casos de saúde mental; de que o matriciamento visa a uma construção compartilhada da discussão de casos clínicos etc. Mantiveram a vontade de conhecer mais sobre a prática, alguns apontaram a necessidade de ler mais sobre experiências já desenvolvidas de matriciamento e outros demonstraram que é necessário iniciar as vivências práticas para saber o que a realidade despertará em cada um.

Entendo que no apoio matricial posso ajudar as equipes de SF na abordagem em saúde mental. (Técnico de Enfermagem)

O apoio matricial é uma possibilidade de trocas, conversas entre profissionais da atenção básica e equipe especializada, a fim de aumentar a resolutividade dos casos, na lógica da co-responsabilidade. (Musicoterapeuta)

Preciso saber mais sobre a práxis. Agora é ação! (Psicóloga)

Sendo assim, de forma semelhante ao que ocorreu no grupo da SF, constatamos que os encontros da pesquisa auxiliaram os participantes do CAPS na apropriação do conceito de apoio matricial, bem como na visualização de suas fragilidades teórico-práticas no que se refere ao tema. Despertaram o interesse em alguns de iniciar a prática do apoio matricial e discutir as dificuldades a partir das vivências. Além disso, como proposta prática, os participantes sugeriram criar um espaço no CAPS para discussão sobre matriciamento, seja na reunião de equipe semanal ou na de final de turno, como uma forma de fortalecimento dos profissionais para o desenvolvimento da prática.

Quadro 13 - Estado da arte do apoio matricial a partir do olhar do CAPS

Tema	Verbalizações	Frequência
Necessidade de estreitar a comunicação entre o CAPS e a SF	Aí fica uma complicação nessa comunicação. Eu vejo que o CAPS ainda é uma novidade [...]. Tem muita gente nesse complexo aqui, e aí eu incluo todos, desde o cara que dirige a ambulância até o PSF que não entende ainda quem é a gente e qual o perfil e isso precisa estar claro, esse é um trabalho pra gente. (Psicóloga)	8

	A Saúde da Família tem tanta coisa pra fazer que às vezes eles deixam passar coisas importantes, como por exemplo: eu atendi aqui uma paciente outro dia que ela tinha uma demanda pra cá, e aí ela não tinha um encaminhamento [...]. Aí ela veio sozinha. [...] o ACS disse que tinham que marcar. Quer dizer ela passou por eles e ficou lá para ser agendado um dia, mas ainda bem que ela veio sozinha. (Técnica de Enfermagem)	
O processo de Matriciamento do CAPS com a Saúde da Família: iniciando	A gente está neste momento agora, de entrar em contato, de marcar o primeiro encontro e a partir daí já pensar uma data para voltar, numa coisa mais organizada. (Enfermeira) O olhar dessa equipe aqui [referindo-se ao caso clínico - Apêndice F], a gente ainda está engatinhando perto deles, porque eles são uma equipe de matriciamento, de forma que a psicóloga estava lá toda a semana, participando. Então quando o caso surgiu ela tinha tudo, né! A gente ainda está construindo para em um momento chegar neste patamar aqui. (Técnico de Enfermagem)	6
Total		14

Fonte: Pesquisa de Campo.

Para desenvolvimento do apoio matricial, os participantes referiram que há a necessidade de estreitar a relação e a comunicação entre o CAPS e as equipes de SF. Nesse sentido, os profissionais percebem que a SF e a UPA, atuantes no mesmo complexo, desconhecem a especificidade do CAPS e apontam para a necessidade de um trabalho de esclarecimento.

No que se refere ao CAPS, percebemos a importância do serviço de divulgar mais qual é sua função, seu objetivo e suas especificidades. Nesse sentido, como indica a Coordenação Nacional de Saúde Mental, deve ser fortalecida a articulação permanente do CAPS com as equipes de SF e com outros serviços com os quais estabelece redes. A integração com a APS, conforme é preconizado pelo Ministério da Saúde, envolve conhecer e interagir com as equipes de atenção primária de seu território, estabelecer iniciativas conjuntas de levantamento de dados relevantes sobre os principais problemas e necessidades de saúde mental no território, realizar apoio matricial às equipes da atenção primária, dentre outras (BRASIL, 2004).

No que tange à SF, tal desconhecimento pode acarretar no descumprimento do atributo da coordenação do cuidado, pois ao não ser realizado um encaminhamento responsável, não é garantida a continuidade da atenção em outro ponto da rede aos usuários que necessitam de um cuidado intensivo em saúde mental. O encaminhamento responsável ocorre quando, ao direcionar um usuário para algum outro serviço de saúde, a equipe de SF permanece sendo a responsável pela coordenação do cuidado. Ela vai manter o contato com o usuário e sua família, acompanhando essas e outras questões de saúde que surgirem nesse processo de cuidado.

Acreditamos que o desenvolvimento do apoio matricial com regularidade semanal, quinzenal ou de forma mais espaçada auxilia nesse processo de conhecimento e de esclarecimento das responsabilidades de cada serviço. A discussão de casos possibilitará a construção conjunta do projeto terapêutico singular e demandará a reflexão do papel de cada serviço na rede de saúde mental.

Dessa forma, vários questionamentos poderão emergir, permitindo a construção de esclarecimentos sobre a especificidade de cada serviço. Como, por exemplo, algumas questões que podem surgir: o caso ficará sendo cuidado na SF? Ficaré na SF, contando com o atendimento conjunto de algum profissional do CAPS? Demandará cuidados intensivos, por isso frequentará o CAPS? Participará de atividades dos dois serviços? O apoio matricial rompe com a lógica do encaminhamento ou da referência e contra-referência no sentido estrito, porque demanda responsabilidade compartilhada dos dois serviços na condução dos casos (BRASIL, 2004).

A análise aqui realizada evidenciou, também, que a implantação do matriciamento do CAPS com as equipes de SF pesquisadas está em processo inicial. No CAPS foram definidos os matriciadores, que são referência para determinadas equipes de SF, e esses estão iniciando os contatos, tentando marcar ou realizar o primeiro encontro.

Ontem eu fiz o meu primeiro contato com a enfermeira da saúde da família [...], conversei com ela, expliquei. Acho que eu estou conseguindo entender melhor o que é matriciamento. (Psicóloga)

Dessa forma, na perspectiva do CAPS, a implantação do apoio matricial às equipes estudadas está em processo inicial, ainda não ocorre com frequência e regularidade, corroborando os dados encontrados no grupo da SF. Os participantes identificaram a necessidade de estreitar os laços entre si, como equipe, e com a SF, fomentando a integração entre os serviços e o esclarecimento do que cada um faz. Da mesma forma que na SF,

acreditamos que os encontros da pesquisa possibilitaram maior apropriação do que seja o apoio matricial e surgiu a perspectiva de início de alguns movimentos.

4.3 A integração Saúde da Família e CAPS

A análise apresentada a seguir diz respeito aos dados produzidos nos encontros de integração entre os dois serviços – CAPS e Saúde da Família, nos grupos mistos. Abaixo realizaremos a descrição e discussão das categorias de análise e subcategorias desse grupo.

Quadro 14 - Categorias e subcategorias: Saúde da Família e CAPS III

Categoria	Subcategoria
Inserção do matriciamento no processo de trabalho na Saúde da Família: um desafio	Pressão e sofrimento da SF no trabalho: o desafio do tempo para os encontros de matriciamento
	Sobrecarga dos Agentes Comunitários de Saúde: matriciamento mais uma tarefa a ser feita?
	Considerações sobre a relação do matriciamento com o sofrimento psíquico da SF no trabalho
Apoio Matricial em Saúde Mental: trilhando caminhos possíveis	Considerações sobre a organização das agendas de matriciamento e sobre os encaminhamentos.
	Caminhos possíveis para a realização do apoio matricial em saúde mental

Fonte: Pesquisa de Campo

4.3.1 Inserção do matriciamento no processo de trabalho da Saúde da Família: um desafio

A categoria “Inserção do matriciamento no processo de trabalho da Saúde da Família: um desafio” é organizada em três subcategorias: a) Pressão e sofrimento da SF no trabalho: o desafio do tempo para os encontros de matriciamento; b) Sobrecarga dos Agentes Comunitários de Saúde: matriciamento mais uma tarefa a ser feita? e c) Considerações sobre a

relação do matriciamento com o sofrimento psíquico da SF no trabalho. Nessa categoria estão contemplados os temas que evidenciam as dificuldades no processo de trabalho da Saúde da Família que entravam a implantação do apoio matricial em saúde mental, os desafios a serem enfrentados, bem como as reflexões do grupo perante a visualização de tais obstáculos.

Quadro 15 - Pressão e sofrimento da SF no trabalho: o desafio do tempo para os encontros de matriciamento

Tema	Verbalizações	Frequência
Metas e pressão por número de atendimentos na SF	<p>A pressão que a gente sofre não é uma pressão por atendimento, mas sim pelo número de atendimentos. Então, por exemplo, a gente trabalha com agendas de horários marcados e quando um paciente falta é como se a gente não tivesse marcado, porque a gente não tem nem como justificar essa falta do paciente. Tudo bem que a gente acaba sempre batendo a meta, porque a gente atende uma quantidade de emergência absurda. Mas, por exemplo, num dia que não tem emergência a gente não bate a meta que eles queriam que a gente batesse e aí ao mesmo tempo é uma meta que não tem como bater. É uma pressão que não é só a gente que sofre. A gente sabe de outras unidades que todo mundo sofre da mesma coisa: da pressão por números. (Dentista)</p> <p>A gente sofre muito, eu acabo sem tempo de promover a saúde. É uma coisa que me angustia muito. Então, a demanda é intensa por atendimento [...]. Nesse momento, a gente tá meio sufocado. (Dentista)</p>	17
Demanda da SF por apoio à saúde mental dos profissionais	<p>Ela perguntou que tipo de ajuda nos poderíamos solicitar a vocês em relação ao nosso trabalho no que se refere à saúde mental. E aí nós discriminamos que vocês poderiam intervir [...] na saúde mental dos profissionais. (Dentista)</p> <p>Então não sei se de repente vocês podem nos dar um apoio psicológico. (Enfermeira – SF)</p>	12
Falta de tempo para a escuta na SF	<p>Mas também o problema é o seguinte, a gente não tem tempo para a escuta, porque a gente tem as metas para alcançar. (Enfermeira - SF)</p> <p>O atendimento de vocês tem a qualidade, não visa a quantidade [se referindo ao trabalho no Caps]. Vocês procuram entender a historia do paciente, a gente não tem esse tempo. (Dentista)</p>	8

Frustração no trabalho na SF	<p>A impressão que dá é que quando a gente não está lá atendendo a gente não tá fazendo nada e isso acaba, poxa, a gente tá lá trabalhando e tal. Acaba frustrando as expectativas. (Dentista)</p> <p>A demanda que a gente tem é alta e aí cada profissional se esforça pra atender a demanda do seu jeito, [...] então acaba que uns profissionais ficam sobrecarregados, enquanto outros simplesmente abstraem do que tem que fazer. E na hora da cobrança não é separado o joio do trigo, é cobrado de todo mundo ao mesmo tempo, isso é frustrante. (Dentista)</p>	4
Total	41	

Fonte: Pesquisa de Campo.

Nos encontros de integração, que objetivaram aproximar os dois serviços e discutir coletivamente como organizar o apoio matricial, os profissionais elucidaram algumas dificuldades de seu processo de trabalho que entram em cena para reflexão sobre o matriciamento. Dentre as questões que emergiram destacaram-se a pressão que os profissionais da SF estão sentindo para atingir metas, que são entendidas como cobranças por alcance de uma determinada produção numérica de atendimentos e de outras atividades. Os relatos apontam que essa sensação de pressão tem gerado problemas de relacionamento entre a equipe de SF e no coletivo de trabalho da Clínica da Família como um todo.

É porque nós vivemos numa pressão muito grande, às vezes a gente tem problemas de relacionamento dos profissionais. Problemas mesmo por conta da demanda, da pressão. (Enfermeira)

Então, às vezes essa pressão atrapalha o trabalho, porque se você tem meia hora pra atender esse paciente, você vai atender meia hora, se você só tem 15 min., você vai atender em 15 minutos. Isso é muito complicado. Então acaba que isso influencia no nosso trabalho e a gente fica estressado. (Dentista)

Os relatos indicam que os profissionais da SF estão em processo de sofrimento psíquico no trabalho, tanto por conta da sensação de sobrecarga e de pressão, quanto pelos problemas decorrentes, como os já citados de relacionamento de equipe. Ao se encontrarem com os profissionais de saúde mental do CAPS, demandaram suporte para o enfrentamento dessas dificuldades. Colocaram isso com uma demanda para o apoio matricial, que foi discutida e refletida por todos coletivamente e será melhor elucidada em subcategoria específica a seguir.

A gente gostaria de saber se a gente pode ter um apoio em saúde mental pros profissionais? É que às vezes é necessário. (Dentista)

A sensação de pressão para atingir metas e o tempo reduzido para os atendimentos têm gerado nos profissionais da SF a dificuldade de escuta, tão importante para um atendimento que vise à integralidade e necessário para a atenção em saúde mental. De forma semelhante, na pesquisa de Figueiredo (2006) sobre apoio matricial em saúde mental, as equipes de atenção básica, matriciadas por profissionais da saúde mental, referiram a questão do tempo reduzido e a falta de capacitação como dificuldades para agir e tomar decisões no campo da saúde mental. Para os profissionais do CAPS, o pouco tempo para os atendimentos da SF é um complicador para a atenção dos casos em sofrimento psíquico.

Essa questão do tempo, até pras visitas domiciliares que vocês colocaram é um ponto complicado. Porque quando vocês vão lá falar sobre a saúde, vocês falaram: eu tenho 2 horas e dessas duas horas eu tenho que ir em XX casas pra falar. E como a questão do matriciamento, você tem 2 horas e às vezes vão ser 2 horas que você vai ouvir uma pessoa e como que vai ser isso pra vocês? Mexer com esse tempo? (Técnico de Enfermagem – CAPS)

O grupo discutiu a importância do tempo para que a escuta possa ser realizada e se entenda um pouco do sujeito que está em sofrimento psíquico, possibilitando conhecer sua história, seu momento de vida e pensar em estratégias de intervenção.

Eu sei que vocês trabalham com metas e é muito difícil, né? Mas, na saúde mental, às vezes tem que escutar mesmo, ouvir, porque às vezes nem tudo tá dado, então você precisa de mais tempo pra conhecer a história, entender o que o paciente tá dizendo. (Técnica de Enfermagem - CAPS)

A cobrança referida pelos profissionais da SF, principalmente para realizar determinado número de atendimentos clínicos, tem gerado frustração nos profissionais, pois referem que outras atividades importantes não estão sendo realizadas com qualidade como, por exemplo, as atividades de promoção de saúde.

O trabalho da Clínica da Família é trabalhar também com promoção da saúde, então a gente fica frustrado por ser cobrado tanto por atendimentos e não exercer as funções reais. (Dentista)

Nesse contexto da SF, de sensação de cobrança por alcance de metas, de sofrimento psíquico no trabalho, de problemas de relacionamento com os colegas, o grupo se perguntou

sobre como desenvolver o apoio matricial. Como encontrar tempo para os encontros entre CAPS e SF? Como encontrar estratégias para escutar os pacientes?

Para subsidiar na discussão sobre as metas e sobre o tempo para os atendimentos, consultamos o contrato de gestão pactuado entre a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil – SMSDC/RJ e a OSS parceira dos serviços participantes do estudo. Constatamos que o município segue as metas baseadas em estudos e pesquisas nacionais. Para elucidar, seguem os parâmetros de atendimento para os profissionais de nível superior da Saúde da Família (RIO DE JANEIRO, 2009, p.20, 22)

Quadro 16 - Parâmetros de atendimento para os profissionais de nível superior da Saúde da Família

Profissional	Nº de turnos / semana	Nº de ações de saúde por turno	Nº de ações de saúde por semana	Meta mínima de acompanhamento
Médico de Família	5	Consulta – 12	60	240
	1	Interconsulta (telemedicina, matriciamento ou consulta com apoio do NASF) – 10	10	40
	2	Visita domiciliar – 4	8	32
	1	Atividade de grupo e nas escolas e creches da área – 1	1	4
	1	Reuniões de equipe e atividades de Educação Permanente	-	Não se aplica
Enfermeiro de Família	3	Consulta de enfermagem – 10	30	120
	1	Interconsulta (telemedicina, matriciamento ou consulta com apoio do NASF) – 10	10	40
	3	Visita domiciliar – 4	12	48
	2	Atividade de grupo e nas escolas e creches da área – 2	2	8
	1	Reuniões de equipe e atividades de Educação Permanente	-	Não se aplica
	1	Busca ativa e vigilância em saúde	-	Não se aplica
	1	Reuniões de equipe e atividades de Educação Permanente	-	Não se aplica
Cirurgião dentista de Família	5	Consulta – 8	40	160
	1	Interconsulta (telemedicina, matriciamento, ou consulta com apoio do NASF) – 8	8	32

Cirurgião dentista de Família	1	Visita domiciliar – 4	4	16
	2	Atividade de grupo e nas escolas e creches da área – 1	2	8
	1	Reuniões de equipe e atividades de Educação Permanente	-	Não se aplica

Fonte: Contrato de gestão entre SMSDC/RJ e OSS Viva Comunidade - Rio de Janeiro, 2009.

Analisando tais parâmetros, percebemos que a proposta de atividades na semana para os profissionais de nível superior está baseada em consultas, visitas domiciliares, atividades em grupo, reuniões de equipe e interconsulta, que pode ocorrer através do matriciamento. A interconsulta consiste em uma atividade interprofissional e interdisciplinar, em que é realizada uma consulta conjunta entre profissionais com diferentes conhecimentos ou são discutidos casos ou situações de saúde (CARVALHO; LUSTOSA, 2008).

De acordo com os parâmetros propostos para o número de atendimentos/consultas, foco do conteúdo das falas dos participantes da pesquisa, identificamos que a média proposta por hora é de 3 (três) consultas para o médico, 2,5 (duas e meia) consultas para o enfermeiro e 2 (duas) consultas para o dentista, bem como o proposto para as visitas domiciliares permite que se faça em média 1 (uma) visita por hora.

Após essa constatação, parece-nos que as falas dos profissionais apontam uma diferença entre o proposto pela SMSDC/RJ e o realizado, o que tem gerado a sensação de frustração e de cobrança. O que está ocorrendo que os profissionais da SF estão se sentindo tão cobrados por número de atendimentos? Porque nenhum participante da pesquisa sinalizou que é preconizado um turno semanal que pode ser utilizado para ações de matriciamento?

Esse estudo não previu a análise aprofundada da organização do processo de trabalho na CF pesquisada, o que pode ser realizado em investigações futuras. Mas, sinalizou que o processo de trabalho da SF precisa ser discutido com os profissionais que lá trabalham, para que seja avaliada a necessidade de sua revisão, o que serve de alerta para os gestores locais. Sobre a implantação do apoio matricial, identificamos a possibilidade de haver um turno semanal para a realização dessa atividade em cada equipe de SF, aspecto positivo e que também entra em cena na discussão do processo de fortalecimento dessa prática.

Quadro 17 - Sobrecarga dos Agentes Comunitários de Saúde: matriciamento mais uma tarefa a ser feita?

Tema	Verbalizações	Frequência
<p>Apoio matricial sentido pelos ACS como mais uma tarefa a ser feita</p>	<p>Eu comentei com o ACS, na ultima reunião, a gente tinha comentado deles participarem desse processo do matriciamento. E ele virou pra mim e falou assim: ‘mais uma tarefa pra gente, eu já não agüento mais, eu já tô sendo tão cobrado e agora e tô empurrando com a barriga’. Eu acho que a cobrança tá sendo tanta e em nenhum momento que alguém chega e diz, pô legal, vocês fizeram isso aí, foi produtivo. Não, é só cobrança. Então eles estão se desmotivando e eles seriam um ponto chave para esse processo da saúde mental. (Dentista)</p> <p>[...] é notório, é de todos. Todos os ACS nos falaram: ‘tá, mas a gente que vai fazer o matriciamento? Mais uma coisa pra gente fazer?’ Essa coisa, há algo a mais no trabalho. (Técnico de Enfermagem)</p>	<p>14</p>
<p>Sobrecarga dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)</p>	<p>O que eu to percebendo nos ACS [...] é que eles estão muito sobrecarregados, então como que a gente pode abreviar, objetivar, eles se autorizarem, se sentirem valorizados e poderem passar uma dinâmica bem humana, de humanização mesmo, porque eles são as pessoas que vão estar nesses lugares de mais difícil acesso na comunidade. (Psicóloga)</p> <p>Eu to percebendo que eles tão demandando algo do cansaço, da ordem de escrever muito. Muitos ACS dizem isso. (Psicóloga)</p>	<p>11</p>
<p>Total</p>		<p>25</p>

Fonte: Pesquisa de Campo.

Mesmo não estando presentes nos encontros da pesquisa, os ACS e seu trabalho consistiram em temas sobressalentes de discussão do grupo misto desse estudo. No contexto da implantação do matriciamento e conseqüentemente da responsabilização da SF pelos casos de saúde mental de seu território, o ACS foram identificados como tendo papel fundamental.

A gente tava querendo ver se é possível dos ACS entrarem na questão da saúde mental, porque eles podem entrar na casa de uma pessoa. Eles têm papel fundamental, porque eles vão lá, detectam a hanseníase, mas se a pessoa tem uma comorbidade de saúde mental, eles podem identificar e levar pra equipe. (Psicóloga)

Mas, tanto na percepção da SF quanto do CAPS, os ACS parecem estar sobrecarregados no trabalho, sentindo a mesma pressão pelo alcance de metas referido pelas equipes de SF para o desenvolvimento de atividades que lhe dizem respeito. Novamente, essa sobrecarga foi associada com frustração no trabalho e como desencadeadora de problemas de relacionamento de equipe. Em consonância com tais achados, o estudo realizado por Wai e Carvalho (2009), sobre o processo de trabalho do ACS, também aponta o cumprimento de metas como um dos fatores de estresse no desenvolvimento das atividades desses profissionais.

Eles estão sofrendo a mesma pressão, então, assim eles conversam com a gente, insatisfeitos com muitas coisas, sobrecarregados, e aí gera problema na equipe, briga na equipe, brigas maiores, então tá mesmo turbulento. (Dentista)

Ao se pensar na inclusão do ACS nas discussões sobre matriciamento e sobre seu papel com a saúde mental, os participantes expuseram a necessidade de reflexão sobre estratégias que reduzam ou que produzam rompimentos com a lógica de que o apoio matricial será mais uma tarefa que os ACS terão que dar conta. A ideia de “mais uma coisa” foi relatada pelos participantes como falas corriqueiras dos ACS quando se inicia a discussão de algo novo a ser implantado na SF. Sendo sentida assim também no que se refere ao apoio matricial.

Eu sinto isso no semblante deles. Quando você vai procurar os ACS para alguma coisa que precisa ser feita, a mais do que eles estão fazendo, eles dizem: de novo, mais isso? (Farmacêutica)

Então se a gente chegar nesse momento e disser assim: vamos matricular! Vamos participar! Acho que eles vão surtar. (Dentista)

Como bem nos aponta Lancetti (2006), a presença dos ACS em uma equipe de saúde é um marco importante para a saúde mental. A visita mensal desse profissional, a um grupo de pessoas de uma determinada área, proporciona que os sujeitos e famílias que estão em maior risco sejam atendidos. Dentre essas pessoas cita as que não vão às consultas, que não solicitam ajuda como, por exemplo, as que fazem uso prejudicial de drogas, as que sofrem atos de violência, as que estão em risco de suicídio. Ou seja, são as que mais necessitam e não necessariamente as que mais demandam.

O grupo refletiu sobre esse aspecto e alternativas foram pensadas para o início do trabalho de matriciamento. Propostas criativas foram discutidas, como por exemplo, fazer o

primeiro encontro de uma forma mais lúdica, como um chá da tarde, com utilização de recursos áudio visuais que trouxessem descontração, objetivando tornar o trabalho mais leve e evitando a negativa de participação dos ACS no matriciamento.

Durante essa discussão, o grupo refletiu se o apoio matricial consistiria em mais uma tarefa a ser feita pela SF. A resposta para essa questão foi positiva, mas sinalizaram que as trocas entre os serviços e o compartilhamento dos casos difíceis, propostos pelo matriciamento, podem trazer mais qualidade e leveza ao trabalho dos ACS e do restante da equipe.

Eu acho que de fato vai ser mais uma atividade, não dá pra negar isso não. [...] mas é tentar sair desse lugar de sobrecarga que muitas vezes a gente não pára pra fazer outra coisa, mas acho que ela vai dar uma outra qualidade a essa carga de trabalho, acho que é mais uma atividade sim. (Psicólogo)

Quadro 18 - Considerações sobre a relação do matriciamento e o sofrimento psíquico da SF no trabalho

Tema	Verbalizações	Frequência
Matriciamento pode aliviar o trabalho da SF pela troca e pelo compartilhamento	<p>Eu acho que [...] tendo essa escuta, essa troca, essa possibilidade de pensar junto do matriciamento, e aí o que a gente faz com isso, como que a gente pode melhorar. Isso pode ajudar vocês. (Musicoterapeuta)</p> <p>Eu acho que tem ali um componente interessante que esvazia a angústia, entendeu, da gente enquanto profissional, acho que tem essa função da gente estar sendo olhado. Quer dizer, de alguma forma a gente tá junto, ta trocando ali as angústias e não esquecendo os sucessos, porque quando se esvazia você vai trabalhar melhor. E vai beneficiar os usuários, porque eles que merecem tudo. (Psicóloga)</p>	7
Apoio matricial não é psicoterapia para os trabalhadores da SF	<p>Eu acho que o matriciador ele pode ajudar sim em saúde mental, não como uma terapêutica, no sentido de ser um terapeuta, mas do cuidado com esse profissional. Eu acho, não sei se isso é uma coisa utópica. Eu vejo que é necessário um vínculo com as equipes de saúde mental com vocês [SF], no caso, para que vocês tenham uma certa intimidade para poder discutir. (Psicóloga)</p> <p>E deixar bem claro que o matriciamento é um apoio, somente um apoio, nós vamos acompanhar esse processo, nos não vamos nos intrometer, nós</p>	6

	não somos terapeutas dos ACS, não somos terapeutas de vocês. Não é isso, então a gente tem que delimitar. (Psicóloga)	
Total		13

Fonte: Pesquisa de Campo.

Através das reflexões proporcionadas pelos encontros da pesquisa, os profissionais dos dois serviços construíram alguns direcionamentos importantes para o processo de apoio matricial. O grupo refletiu sobre o que o apoio matricial teria a contribuir com a demanda da SF de cuidado da saúde mental dos profissionais. Após o debate, chegaram ao consenso de que o matriciamento está relacionado com o compartilhamento da prática, com a co-responsabilização pelos casos clínicos e pelo processo de educação permanente, favorecendo a aprendizagem tanto da SF sobre saúde mental, quanto dos profissionais do CAPS que se apropriarão do que faz a SF.

Essa troca, esse compartilhar envolve escuta e apoio, acolhimento das angústias, o que poderá produzir efeitos positivos, como uma espécie de cuidado para os profissionais. No que se refere à SF, a discussão do grupo proporcionou a reflexão de que o matriciamento produzirá um espaço de trocas e de diálogo sobre casos de saúde mental e também a escuta das ansiedades, das dificuldades e das capacidades dos profissionais na condução dos casos clínicos, o que poderá produzir a sensação de um cuidado.

Conforme o matriciamento vai acontecendo, é possível e é provável que algum tipo de coisa se dê aí nesse compartilhar, que produza um efeito positivo pra todo mundo. (Direção do CAPS)

A reflexão do grupo está em consonância com o que o Ministério da Saúde propõe para o atendimento compartilhado, uma das ações de apoio matricial. Por ser uma intervenção interdisciplinar com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gera experiência para ambos os profissionais envolvidos (BRASIL, 2010).

Porém, o grupo concluiu que o apoio matricial não contempla espaços de psicoterapia para os profissionais. Esse sofrimento demanda outras intervenções, tanto ao nível de re-organização do processo de trabalho, quanto ao nível de gestão, mas não faz parte do apoio matricial.

Tal constatação está de acordo com o proposto pelo Ministério da Saúde (2010), o qual refere que no processo de apoio matricial é fundamental a promoção de espaços de escuta das angústias e das dificuldades dos profissionais da SF em relação ao seu cotidiano de

trabalho. A escuta objetiva resgatar seus vínculos afetivos, de trabalho e os processos de humanização e mobilizar recursos coletivos, a fim de criar mais ferramentas e instrumentos para o trabalho em saúde mental. Mas, a publicação do Ministério da Saúde aponta que esses espaços de escuta almejam fortalecer as equipes para lidar com a complexidade das situações e casos em que o sofrimento psíquico se faz presente, o que é diferente de oferecer espaços psicoterapêuticos para os profissionais. “[...] esses espaços não devem se configurar como psicoterapia para os profissionais/equipes, mas sim como momentos de trocas, construções mútuas que visam auxiliar na condução de casos e das situações complexas vividas no cotidiano do trabalho” (BRASIL, 2010, p. 43).

Tais conteúdos apontam que o grupo operativo de reflexão produziu conhecimento, debates e maior clareza do que seja a prática do apoio matricial. Embora o matriciamento ainda esteja iniciando, consideramos que tais reflexões são fundamentais para oferecer segurança aos matriciadores e maior clareza da SF do que é essa prática, dos seus limites e possibilidades.

4.3.2 Apoio Matricial em Saúde Mental: trilhando caminhos possíveis

A categoria “Apoio Matricial em Saúde Mental: trilhando caminhos possíveis” divide-se em duas subcategorias: e a) Apoio Matricial: considerações sobre a organização das agendas e sobre os encaminhamentos e b) Caminhos possíveis para o apoio matricial em saúde mental. Essa categoria apresenta questões, considerações e reflexões do grupo sobre a organização das agendas de matriciamento e os encaminhamentos dos casos de saúde mental da SF para o CAPS. Contempla ainda a apresentação e discussão das ações sinalizadas pelos participantes como possíveis de serem realizadas nesse momento.

Quadro 19 - Considerações sobre a organização das agendas de matriciamento e sobre os encaminhamentos

Tema	Verbalizações	Frequência
Questões e considerações sobre como organizar os encontros de matriciamento	Como que isso vai funcionar realmente na prática, porque teoricamente a gente já discutiu aqui um pouco, eu to levando um pouco disso, mas e na prática? Como que isso vai estar funcionando no dia a dia para que a gente alcance o que a gente discutiu? Eu fiquei pensando um pouco sobre isso e acredito que seja mais essa questão de os	16

	<p>matriciadores, quem é de cada equipe, estar reunindo com a equipe, mas à medida que forem surgindo, creio que vocês vão acabar como que está aqui no CAPS Maria do Socorro nessa reunião de vocês, então vai acabar nessa reunião, que vocês vão trocar. (Farmacêutica)</p> <p>A gente estava comentando antes de começar a reunião sobre como seriam as nossas reuniões de matriciamento, seriam iguais ao que está acontecendo aqui ou seriam individuais, por equipe? (Dentista)</p>	
Considerações sobre os encaminhamentos	<p>Como que a gente pode fazer na prática, a questão desses encaminhamentos? Vamos encaminhar com alguma coisa escrita, ligando pra vocês, entrando em contato? (Dentista)</p> <p>[...] porque a gente pode, a partir do que a gente está dizendo aqui agora, tomar cuidado e também não encaminhar sempre que a pessoa aparente ter um transtorno. (Psicólogo)</p>	16
Total		32

Fonte: Pesquisa de Campo.

A organização da prática do apoio matricial foi um dos aspectos bastante discutido nos encontros de integração entre os dois serviços. Dentre os temas, destacou-se a questão da organização das agendas de encontros de matriciamento e os encaminhamentos dos pacientes da SF para o CAPS.

No que tange à organização das agendas conjuntas, esse foi um aspecto nebuloso, pois os integrantes tiveram dificuldades de imaginar como seriam tais encontros, onde ocorreriam, em que momentos, revelando, mais uma vez, que o apoio matricial está em processo de gestação. Frente a esses questionamentos, alguns profissionais sugeriram ler mais artigos ou textos que abordem a prática do matriciamento, outros aludiram iniciar o trabalho participando das reuniões de equipe da SF, observando o trabalho e criando vínculo, e outros profissionais cogitaram da SF participar de algumas reuniões do CAPS.

Uma das coisas que eu coloco como sugestão é da gente ter um pouco mais da vivência, das experiências que já acontecem. (Farmacêutica)

Eu pensei em ficar, passar algumas horas do dia sem falar nada, entendeu? Pensando assim, criando vínculo. Essa vai ser uma estratégia que estou bolando junto da gente poder como criar o vínculo, e depois que o vínculo estiver acontecido a gente entra matriciando sem precisar ficar falando no matriciamento, que é um nome desse tamanho, já tem desinstitucionalização, desmedicalização, tem tantos nomes na parte da porta que a gente tem que preencher. (Psicóloga)

Nesse sentido, a direção e a coordenação do CAPS, no encontro em que apresentaram a proposta de organização da equipe de matriciamento, incentivaram a experimentação do encontro entre os dois serviços e a posterior avaliação e discussão coletiva.

Agora a proposta da gente é a gente começar começando, começar as reuniões, os encontros e cada equipe de matriciadores com suas respectivas equipes e aí [...] as estratégias pra cada um serão muito peculiares, porque cada grupo vai ter seu jeito de trabalhar. Cada um vai ter sua estratégia de abordagem, cada equipe vai ter as suas gravidades e prioridades. (Direção do Caps)

Evidenciamos que as ideias do CAPS, que permeiam a organização da implantação do apoio matricial, estão de acordo com a proposta do apoio matricial elencada pelos principais autores que debatem sobre o tema e apontam para as duas dimensões: a assistencial e a técnico-pedagógica, bem como para a busca do rompimento dos encaminhamentos desresponsabilizados da SF para o serviço de saúde mental.

Esse é um desenho que muitos de nós vai experimentar pela primeira vez. Acho que é uma das grandes idéias que a gente insistiu nesse trabalho é que a gente pode subverter um pouco a lógica das guias de referência, dos encaminhamentos, da empurroterapia. Eu acho que é uma aproximação com as equipes para a discussão de casos, trabalhar junto, pensar formas de viabilizar isso, de fazer a gente se aproximar e trabalhar numa lógica mais próxima. Aí a gente vai experimentar e vai sair algumas coisas, a gente tem modelos já funcionando, a gente pode trabalhar junto nas visitas domiciliares, fazendo interconsultas, discussões de caso. A gente vai estar o tempo todo trabalhando basicamente duas coisas, melhorando a assistência, tornando o trabalho de cuidado mais possível, o cuidado com o usuário e ao mesmo tempo trabalhando a educação permanente entre nós. (Coordenação do Caps)

No que se refere aos encaminhamentos, os profissionais da SF trouxeram vários questionamentos sobre como encaminhar os pacientes para o CAPS, quais os critérios, qual seria a forma (por escrito, por telefone, orientando onde é o serviço), quais casos seriam encaminhados e quais seriam discutidos nos encontros de matriciamento.

Como que a gente encaminha, quando não encaminha, quando que a gente deixa o paciente lá em baixo? [na Clínica da Família]. (Enfermeira - SF)

Tais questões remeteram o grupo à reflexão e foi debatido que a discussão dos casos, a partir do apoio matricial, auxiliará a SF na condução clínica e muitos encaminhamentos não serão necessários, mas quando houver essa necessidade há a importância da SF manter o vínculo com os pacientes encaminhados. Também, os profissionais do CAPS relativizaram com a SF o que é doença mental, o que é transtorno, apontando para a desmistificação da

doença mental e da importância da escuta, aproximação e acompanhamento da SF em relação a esses casos e não do simples encaminhamento.

Mas essa é a questão do matriciamento: ele não vai deixar de ser um paciente de vocês. Você vai trazer, muitas vezes nem o paciente, você vai trazer o caso, nós vamos discutir o caso e vamos orientar, aí você vai levar e a gente vai trabalhar a evolução. (Técnico de Enfermagem)

Essa discussão auxilia na reflexão do que emergiu nas concepções do grupo homogêneo da SF, do preconceito, do temor, da fuga, do ignorar os casos de saúde mental e busca fortalecer o atributo da SF de coordenação do cuidado:

A coordenação do cuidado significa para a equipe assumir o usuário, mesmo (ou talvez principalmente) quando há procedimentos ou aspectos do problema de saúde que ela não domina totalmente, ou não lhe caiba executar [...]. Não seria porque um usuário [...] necessita de uma abordagem de um psiquiatra ou psicólogo, que os conhecimentos obtidos pelo vínculo, o seguimento ao longo do tempo e a abordagem contextual (que inclui a família, entre outras dimensões) tornar-se-iam menos importantes. Ao contrário, é justamente nesses momentos de maior gravidade que esses conhecimentos da equipe de Saúde da Família são fundamentais para a eficácia clínica. (BRASIL, 2010, p. 16)

Além disso, foi debatida a importância de discutir os casos com os matriciadores ou com algum profissional do CAPS antes de encaminhar diretamente o usuário, exceto nas situações de crise, ou de casos graves em que os profissionais do CAPS referiram que o paciente pode ser encaminhado diretamente ao serviço.

Antes de qualquer encaminhamento, você tem que ter uma discussão com a equipe de matriciadores. A não ser que seja uma crise. (Técnico de Enfermagem)

Sobre os encaminhamentos, a reflexão do grupo apontou aspectos importantes que vão ao encontro das diretrizes do apoio matricial. Acreditamos que a pretendida discussão dos casos fortalecerá a melhor avaliação da gravidade, dos riscos e vulnerabilidades e os encaminhamentos serão feitos quando houver legítima necessidade para tal.

Percebemos que a abordagem da crise novamente entrou em cena, apontando que os casos em crise podem ser encaminhados para o CAPS, sem necessariamente passar pela discussão do matriciamento. Nesse sentido, foi apontado para a SF que o CAPS III é um lugar para o acolhimento da crise, diferente do encaminhamento para a emergência psiquiátrica, local identificado pelos profissionais da SF nas discussões do grupo homogêneo. Porém, acreditamos ser importante aprofundar a discussão sobre o papel da SF nesses atendimentos, elucidando critérios de avaliação de risco, vulnerabilidade e urgência em saúde mental, a fim

de que a Atenção Primária se aproprie de tais abordagens e consiga avaliar melhor os casos antes de acionar o apoio matricial e de encaminhar os pacientes.

Sendo assim, os grupos mistos permitiram a reflexão sobre aspectos fundamentais na organização e concepção do apoio matricial, como o aspecto da responsabilização da SF pela saúde mental e da redução dos encaminhamentos indiscriminados. Embora ainda persistam dúvidas sobre como organizar os encontros entre os dois serviços para que o matriciamento ocorra com regularidade e frequência, acreditamos que o início da prática pode facilmente apontar caminhos para que os espaços nas agendas de ambos os serviços sejam conquistados. Mas, para isso, o apoio matricial precisa ser colocado em pauta como uma ação importante no processo de cuidado em saúde mental, em ambos os serviços. Eis um caminho a ser trilhado!

Quadro 20 - Caminhos possíveis para a realização do apoio matricial em saúde mental

Tema	Verbalizações	Frequência
Grupos na SF: mais tempo de escuta e demanda de apoio matricial	<p>O único momento que vocês tem pra escutar são alguns grupos, né? (Técnica da Enfermagem)</p> <p>É, temos um tempo maior, como por exemplo, o de gestante, a gente tem muito tempo pra escutar. A gente passa pra elas as informações, elas passam as dúvidas, elas falam dos problemas que elas estão sofrendo, aí foi até que a gente detectou que precisava de uma ajuda de vocês. (Dentista)</p>	15
Visitas Domiciliares: um caminho conjunto	<p>Então eu acho que pra gente fazer uma visita domiciliar, acho que a gente precisa estar com o ACS, avaliar bem a situação, amarrar bem tudo direitinho. (Psicóloga)</p> <p>[...] eu tinha pensado na questão das visitas domiciliares de alguns casos específicos que vocês pudessem nos ajudar. (Dentista)</p>	11
Educação em serviço: discussão de casos clínicos e capacitação para a SF	<p>Então o matriciamento é isso, você não vai mais ficar com um paciente que reclama sem parar e você não vai mais ficar sem saber: é toque, é exagero? Você vai discutir o caso. (Farmacêutica)</p> <p>A gente começou, a gente fez um projeto com os ACS em abril, a gente planejou primeiro em cinco encontros, mas a gente somente conseguiu fazer dois grupos. E foram encontros muito produtivos, tanto nos encaminhamentos, na aproximação, nas dúvidas. A gente poderia voltar a fazer, porque hoje temos muitos ACS diferentes. (Musicoterapeuta)</p>	8
Total		33

Fonte: Pesquisa de Campo.

Os grupos desenvolvidos na SF foram identificados pelos participantes como espaços importantes para a ampliação da clínica e para a atuação conjunta entre os dois serviços. As falas dos profissionais da SF apontaram que esses são espaços em que há maior tempo para escuta, mas que há uma deficiência na formação em inserir a abordagem de aspectos subjetivos. A coordenação conjunta entre CAPS e SF de alguns grupos consistiu em um pedido da SF de apoio matricial. O grupo de gestantes foi o mais citado, mas foram destacados também os grupos de idosos e o de tabagismo.

A gente tinha pensado de vocês participarem dos grupos que a gente faz, de promoção de saúde, o que se enquadrava melhor seria o das gestantes, pela questão da aceitação da gestação. Também do idoso, do tabagismo, que está sendo organizado pra começar. (Dentista)

Porque a gente faz grupos, por exemplo, grupo de gestantes, aí tem gestante que não desejou aquela gravidez, então já é uma gravidez que você começa a conversar com ela e aí ela fala, mais outro filho [...]. E aí essa paciente é um caso que a gente falaria com nosso matriciador, o matriciador falaria com a gente. Depois a gente não poderia contar com a presença de vocês em um dos encontros pra falar sobre a questão materno-infantil? (Dentista)

Uma das ações de apoio matricial elencadas pelo Ministério da Saúde é coordenação conjunta de grupos, entre profissional da SF e apoiador matricial, e também o planejamento conjunto de alguma atividade grupal ou de novo grupo a ser implantado. Nesse sentido, o planejamento e/ou a coordenação conjunta de um grupo permite que a equipe de SF tenha a oportunidade de aprender em ato como se coordena um grupo, como se contratam as atividades grupais com os participantes, como se auxilia na construção de um sentido de grupalidade entre os participantes. Porém, essa é uma ação de apoio matricial ainda pouco implementada, devendo ser incentivada, por sua importância na realidade das equipes de SF (BRASIL, em fase de elaboração).

Acreditamos que os grupos na Estratégia Saúde da Família consistem em ferramentas importantes e potentes para a mudança no modelo de atenção à saúde, entendidos como espaços coletivos para reflexão e para transformação de realidades. Além de auxiliarem na organização da demanda, diminuindo os pedidos por consultas médicas, os grupos possuem especificidades e potencialidades que lhe são peculiares, como, por exemplo, a possibilidade de “socialização, integração, apoio psíquico, trocas de experiências, trocas de saberes e construção de projetos coletivos. O pertencimento a um grupo favorece a saúde mental do sujeito” (ONOCKO CAMPOS; GAMA, 2010, p. 241).

Porém, como destacam Onocko Campos e Gama (2010), muitas vezes na APS prevalece uma prática que degrada os grupos, em que é realizada uma espécie de consulta

coletiva ou uma sessão informativa, buscando unicamente a transmissão de informações por parte dos profissionais, sem espaço para as trocas vitais e verdadeiras entre os participantes, o que gera a não adesão dos usuários. Nesse sentido, capacitações sobre o funcionamento dos grupos e um trabalho em parceria com os profissionais da saúde mental são apontados pelas autoras como caminhos para qualificar a coordenação dos grupos pela SF.

Entendemos, então, que o pedido de apoio dos profissionais da SF de coordenação conjunta de alguns grupos é um caminho interessante a ser trilhado no matriciamento, bem como, a participação dos profissionais do CAPS no processo de planejamento e elaboração de tais atividades.

Outro caminho sinalizado para as ações de matriciamento foi a realização conjunta de visitas domiciliares. Essa atividade foi referida como ação que já ocorre entre o CAPS e a SF em alguns casos de saúde mental e foi indicada como uma ação importante de matriciamento. Nesse caso, o ACS foi destacado como fundamental de estar junto na visita, por conhecer o território e pessoas da comunidade, o que apareceu como um fator de proteção para a circulação dos profissionais, devido à violência referente ao tráfico de drogas.

A visita domiciliar conjunta, uma das ações do apoio matricial, consiste na realização de visita entre profissionais da SF e apoiador matricial. Essa ação permite uma avaliação do contexto de forma ampliada, a observação da dinâmica familiar e a estruturação de um projeto terapêutico mais elaborado (BRASIL, em fase de elaboração).

Destacamos que a visita domiciliar, por ser uma ação que fortalece o cuidado no território, o mais próximo possível da casa das pessoas, é uma ação preconizada tanto para os profissionais da SF como para os do CAPS. No que se refere à Estratégia Saúde da Família, a visita consiste em um instrumento de intervenção fundamental para o conhecimento da realidade de vida da população, do território, favorecendo o estabelecimento de vínculos e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares. (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009). Além da visita mensal do ACS para cada família de sua micro-área, os demais profissionais da equipe de SF também realizam visitas domiciliares.

No que tange ao CAPS, a visita domiciliar é uma ação importante, consonante com os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira de cuidar dos usuários em espaços abertos, comunitários, fortalecendo os vínculos afetivos e familiares. De acordo com Goffman (2003), como os portadores de sofrimento psíquico não vão mais estar reclusos em uma instituição total, mas sim presentes em suas comunidades, um acompanhamento comunitário e familiar se faz necessário.

Outras ações apontadas como possíveis de realização entre CAPS e SF se referem às discussões de casos clínicos complexos de sofrimento psíquico, dando mais clareza para a SF no entendimento dos casos, e as atividades de capacitação em serviço, em que o CAPS capacitaria os profissionais da SF no que se refere à saúde mental. No que se refere às capacitações, as sugestões ficaram mais focadas na necessidade de instrumentalizar os ACS para lidar com a complexidade de algumas situações e para esclarecimentos sobre o que faz o CAPS III.

Dessa forma, as atividades que mais se destacaram no conteúdo das falas dos profissionais para o apoio matricial foram a realização conjunta de grupos e de visitas domiciliares. A sinalização da SF da necessidade de apoio para a coordenação de grupos pode ser entendida como uma pista para o início de atividades regulares de apoio matricial entre o CAPS e a CF pesquisados. As visitas domiciliares por serem atividades comuns aos dois serviços, por já terem ocorrido de forma integrada, também parecem indicar um caminho interessante a ser percorrido no matriciamento. Tais atividades provavelmente demandarão a discussão de casos clínicos e a instrumentalização da SF para identificar e se aproximar das situações de saúde mental, o que poderá acarretar no fomento dessa ação. Quanto às atividades de capacitação em serviço, também consistem em outra possibilidade que envolverá a organização da equipe do CAPS na elaboração das propostas de discussão e participação da SF.

4.4 Levantamento das propostas de ações de apoio matricial

No sexto encontro, que teve o objetivo de pactuar as propostas de ações de apoio matricial viáveis de realização entre os dois serviços analisados, foram discutidas e elencadas atividades a serem implantadas a curto e a longo prazo. Os integrantes do grupo se comprometeram em apresentar tais ideias para o restante de suas equipes e a pesquisadora de apresentar para a chefia de ambos os serviços. A seguir listamos as ações propostas pelo grupo:

Propostas a serem iniciadas em curto prazo:

- 1) Organização de agenda periódica para a equipe do CAPS discutir matriciamento internamente.** Objetivo: dividir dúvidas sobre o apoio matricial, discutir teoricamente o tema, integrar a equipe, diluir falhas na comunicação, oferecer suporte entre os colegas.
- 2) Capacitação dos ACS.** Objetivo: Fomentar a identificação e a aquisição de conhecimento mínimo sobre como captar casos e situações de saúde mental no território.

- 3) **Capacitação das equipes de Saúde da Família, pelos profissionais do CAPS, em relação às principais psicopatologias e as abordagens básicas.** Objetivo: oferecer conhecimento para as equipes de Saúde da Família em relação às principais psicopatologias e à abordagem dos casos de saúde mental.
- 4) **Construção de uma Cartilha para a SF, pelo CAPS.** Objetivo: instrumentalizar as equipes de SF sobre as principais psicopatologias, contendo dicas de abordagens.
- 5) **Auxiliar as equipes de SF na coordenação de grupos.** Objetivo: atuar na coordenação conjunta dos grupos que ocorrem na CF, a partir do levantamento das principais necessidades da SF de suporte.
- 6) **Continuar atuando junto em visitas domiciliares.** Objetivo: auxiliar na abordagem dos casos de transtorno mental no território.
- 7) **Apoiar a SF no cuidado à saúde mental dos familiares dos pacientes.** Objetivo: auxiliar na abordagem familiar.

Propostas a serem implantadas no futuro:

- 8) **Capacitação em Terapia Comunitária para a Saúde da Família.** Objetivo: instrumentalizar a SF na realização de grupos de terapia comunitária.
- 9) **Realização de seminário de trocas e avaliação das ações de apoio matricial** (cada trimestre ou semestre). Objetivo: integrar as experiências de matriciamento ocorridas entre os diferentes profissionais do CAPS e equipes de SF, trocar os sucessos e as dúvidas e avaliar o processo de matriciamento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões proporcionadas por esta pesquisa não se encerram por aqui. A cada leitura surgem novas considerações, interpretações e questões. A construção conjunta de reflexões e de discussões sobre a prática do apoio matricial em dois serviços com pouco tempo de inauguração e a exploração de uma realidade ainda não investigada permitiram a observância da complexidade que envolve a implantação do apoio matricial em saúde mental.

Através dessa pesquisa concluímos que ambos os serviços investigados, por terem pouco tempo de existência, estão organizando algumas atividades e implantando ações, nesse contexto, o apoio matricial encontra-se em processo de germinação. Os conteúdos das falas dos grupos homogêneos e dos grupos mistos demonstraram que o apoio matricial do CAPS com as equipes de SF pesquisadas ocorre esporadicamente, quando alguma situação demandar. Porém, há um movimento do CAPS III investigado de organizar a equipe para que o matriciamento ocorra com regularidade, fortalecendo o vínculo com a SF, através das mini-equipes de retaguarda.

Sobre a incipiência da implantação do apoio matricial, no que tange à APS, acreditamos que essa questão está totalmente articulada com o desenvolvimento de ações de saúde mental pelas equipes de SF. Levando em consideração que a saúde mental não é contemplada na Política Nacional de Atenção Básica como uma das suas dez áreas estratégicas de atuação no Brasil, que há escassos e defasados indicadores de saúde mental no Sistema da Informação de Atenção Básica (SIAB), a saúde mental ainda é uma área negligenciada do processo de trabalho das equipes de APS. Dessa forma, ao investigarmos a implantação do apoio matricial em saúde mental, esse resultado se fez presente nas equipes de SF pesquisadas. Ainda, para corroborar com tal constatação, a saúde mental não foi contemplada nos indicadores da Saúde da Família no ano de 2010, pactuados no contrato de gestão entre a SMSDC/RJ e as OSS atuantes no município do Rio de Janeiro.

Nesse contexto, acreditamos que as equipes de SF e os gestores se preocupam primeiramente em organizar e implantar as ações estratégicas da APS, deixando a saúde mental para depois. Em tempo, as ações estratégicas são assim definidas: eliminação da hanseníase, controle da tuberculose, controle da hipertensão arterial, controle do diabetes mellitus, eliminação da desnutrição infantil, saúde da criança, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde bucal e promoção da saúde (BRASIL, 2006). Nesse sentido, percebemos que há carências na compreensão de que a saúde mental é um tema transversal, presente em todas as

áreas estratégicas, ou seja, ao se entender saúde de forma ampliada, a saúde mental está contemplada, por exemplo, na saúde da mulher, na saúde da criança etc.

Os resultados dessa pesquisa apontaram para a dificuldade das equipes de SF na abordagem dos casos de saúde mental, que foram associadas à falta de capacitação na área e insuficiências na formação, gerando insegurança e temor dos portadores de sofrimento psíquico intenso. Indicaram também pré-conceito dos profissionais, dificuldades na identificação das situações de saúde mental e ignorância em relação a alguns casos, que foi entendida pelos participantes da SF como fuga perante a impotência do não saber como intervir.

Dessa forma, para o fortalecimento da saúde mental na APS, acreditamos que são fundamentais investimentos na educação permanente, o que já vem sendo uma das preocupações da Coordenação Nacional de Saúde Mental, em parceria com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Dentre as estratégias e instrumentos elencados pelo Ministério da Saúde e referidos por Delgado (2009), destacam-se o fortalecimento do matriciamento, os investimentos em cursos de especialização que buscam oferecer uma capacitação mínima aos profissionais que atuam na rede de atenção psicossocial, dentre eles os que trabalham na APS, a oferta de cursos de atualização e de aperfeiçoamento, dentre outros. A residência multiprofissional ou médica é destacada como o padrão-ouro para a formação clínico-institucional, porém Delgado refere que o número de residências oferecido no país é muito baixo e sempre com um quantitativo de vagas reduzido. Dessa forma, aponta para a necessidade de se ampliar o número de vagas em programas de especialização.

Além disso, pensamos ser fundamental que os gestores das diferentes esferas (municipal, estadual e federal) priorizem a saúde mental nos indicadores e metas propostas para a Saúde da Família, bem como, identificamos a necessidade de dedicar esforços na qualificação dos sistemas de informação, para que tenhamos possibilidade de monitorar e avaliar as ações desenvolvidas e traçar diagnósticos da situação dos problemas de saúde mental dos territórios. Tais atitudes colocariam a saúde mental em outro lugar para as equipes APS e o apoio matricial seria mais demandado e entendido como uma ação importante para a qualidade dos serviços prestados à população.

Ainda, sobre as ações de saúde mental desenvolvidas na SF, esta pesquisa sinalizou a coexistência dos modelos asilar e psicossocial nas práticas de cuidado das equipes. No que se refere ao modelo psicossocial, foi apontada a importância do vínculo entre profissionais e pacientes, a relevância da escuta, das trocas entre os usuários e de práticas que contemplem a compreensão do contexto em que as pessoas estão inseridas. Mas, também foram

identificadas concepções vinculadas ao modo asilar, principalmente nas situações de crise, em que foram indicadas práticas que incentivam a hospitalização, a falta de contratualização com os usuários e familiares, a medicalização e a dependência do saber médico. Dessa forma, acreditamos ser importante que as ações de matriciamento invistam no fortalecimento da clínica psicossocial, auxiliando os profissionais da SF no rompimento com as atitudes ainda voltadas ao modo asilar.

No que se refere ao CAPS, a articulação com o território, a integração com outros serviços da rede são considerados fundamentais para o trabalho baseado nos princípios da reforma psiquiátrica. Mas, nesse sentido, identificamos um serviço ainda em processo de organização de algumas ações, com questões internas a serem debatidas como, por exemplo, o fortalecimento do trabalho em equipe interdisciplinar. Nesse sentido, percebemos que matriciamento também é uma ação deixada para depois ou entendida como uma demanda política ou da direção e coordenação do serviço, por isso, realizada eventualmente, sem regularidade e sem frequência.

Um aspecto que se destacou no que se refere ao CAPS é referente ao trabalho em equipe. Os conteúdos das falas dos profissionais evidenciaram dificuldades no trabalho em equipe multidisciplinar, retratados através de problemas de comunicação e enfraquecimento das reuniões. Mas, ao mesmo tempo os profissionais sinalizaram a importância da equipe para a realização do apoio matricial, tanto no fortalecimento das discussões internas para construção de diretrizes comuns entre os profissionais, como para o suporte entre os colegas para o enfrentamento das dificuldades. Pensamos que o fortalecimento da equipe do CAPS para o trabalho em equipe e para que haja suporte entre os colegas na realização do apoio matricial diminuirá as angústias frente ao matriciamento, prática que demanda esforços, ainda não experimentados pela maioria dos participantes desse estudo.

Nesse caso, não podemos deixar de apontar que o apoio matricial é uma prática um tanto recente como diretriz para a Saúde Mental no Brasil, tendo cerca de uma década de existência, o que demanda investimentos em formações que fortaleçam a interdisciplinaridade, com é o caso dos Programas PET Saúde/Saúde Mental e os Programas de Residência Multiprofissionais ou Médicas. O apoio matricial exige habilidades por parte dos profissionais no que se refere à abertura para a troca de saberes e para a construção conjunta de condutas clínicas. Dessa forma, o matriciamento poderá auxiliar no rompimento da lógica que fragmenta o cuidado, o modelo centrado nos especialismos, apostando na atenção integral, o que é fundamental para a atuação na saúde mental coletiva.

Outro aspecto que merece nossa especial atenção diz respeito aos indicadores do CAPS, constantes no contrato de gestão da SMSDC/RJ com as OSS, em que a realização de ações de apoio matricial consiste em uma das metas para tais equipes, bem como a participação em encontros de apoio matricial, em um turno na semana, é uma das ações propostas para a SF. Consideramos tais aspectos de fundamental importância, favorecendo que o matriciamento seja colocado como uma prioridade para o CAPS e garantindo que a SF possa ter um tempo para tal. Mas, os resultados desse estudo indicam que não basta o apoio matricial estar contemplado no contrato de gestão, ele precisa ser sentido e entendido pelos profissionais do CAPS e da SF como uma ação importante e necessária para o cuidado em saúde mental e ser incentivado pela gestão local dos serviços.

Nesse sentido, acreditamos que esta pesquisa auxiliou os participantes a refletir sobre a importância do apoio matricial no cuidado em saúde mental, despertou o desejo de colocar esse arranjo organizacional em prática e indicou caminhos possíveis a serem trilhados, levando em conta as necessidades da SF e a realidade do CAPS III. Mas, sugerimos que as reflexões continuem. A proposta do CAPS, de criar um espaço interno na sua rotina de trabalho para discutir o apoio matricial, tanto na teoria como na prática, é um caminho importante de ser trilhado.

A falta de clareza para a SF das especificidades do CAPS III foi evidenciada nas falas dos profissionais da APS e confirmada nas percepções dos participantes do CAPS. Isso corrobora com a ideia de que o CAPS necessita investir na divulgação do seu serviço e na integração com a SF. Essa constatação nos sinaliza um passo importante para a consolidação do matriciamento: a discussão e divulgação do que cada serviço faz, possibilitando maior clareza das suas especificidades. Para a SF, é de suma importância a compreensão do que é um CAPS, qual seu público alvo, quais os critérios de encaminhamento dos pacientes para o serviço, as diferenças entre as modalidades de CAPS etc. Da mesma forma, para o CAPS é importante o entendimento mais aprofundado do que é a SF, quais seus atributos, suas especificidades, a fim de conhecer qual contexto está inserido e poder oferecer suporte de qualidade.

Dentre as consonâncias encontradas nos dois serviços pesquisados destacamos o entendimento conceitual sobre apoio matricial. Tanto na SF quanto no CAPS, no início da pesquisa a maioria dos profissionais não tinha clareza do que é o apoio matricial, quais seus objetivos e suas ações práticas, o que se modificou com as reflexões e discussões produzidas no decorrer dos encontros. No final da pesquisa, evidenciamos maior conhecimento sobre o matriciamento e mais apropriação do conceito. Tais modificações foram visualizadas nos

grupos e também quando comparamos as respostas do primeiro questionário respondido no início da pesquisa, com o segundo aplicado no final dos encontros.

Embora, os encontros de grupo tenham visado também à discussão sobre a prática, sobre as vivências do matriciamento, esse foi um tema que ainda apresentou dúvidas no final dos grupos operativos, o que pensamos que pode ser minimizado com o fortalecimento das ações práticas de apoio matricial entre os dois serviços. Acreditamos que os encontros de matriciamento trarão questões para os profissionais de ambos os serviços e demandarão a reflexão sobre a prática. Nesse sentido, a ação proposta de um seminário entre os dois serviços, com as diferentes equipes de matriciamento para trocas de experiências e para avaliação do apoio matricial pode fortalecer esse arranjo, discutir as dificuldades e valorizar os avanços.

Concordamos com Thiollent (1996) de que na pesquisa-ação existem situações nas quais os objetivos são voltados para a tomada de consciência dos agentes implicados na atividade investigada. Tais situações visam proporcionar conhecimento da coletividade a respeito dos problemas importantes que enfrenta, mostrando aos interessados a natureza e a complexidade dos aspectos considerados. Neste estudo, a adoção dessa modalidade de pesquisa foi importante para os participantes tomarem consciência conceitual e também das suas necessidades, dificuldades e possibilidades de ações no que se refere à implantação do apoio matricial.

A opção por adotar os grupos operativos de reflexão como um dos instrumentos dessa pesquisa, além de permitir que os participantes se aproximassem do conceito de apoio matricial, possibilitou que os profissionais se reunissem, discutissem entre si e pensassem coletivamente sobre as suas resistências, angústias e estratégias de implantação de ações de matriciamento, identificando caminhos possíveis.

Ressaltamos que este estudo contou com participantes de diversas categorias profissionais do CAPS III e equipe de nível superior da SF. Porém, os médicos não estiveram presentes, não tendo nenhum representante dessa categoria tanto da SF quanto do CAPS. Isso pode ser entendido como uma dificuldade desses profissionais em parar seu trabalho cotidiano para participar de espaços coletivos de trocas e de construções. Pode sinalizar também uma sobrecarga associada a um cuidado ainda um tanto médico-centrado, em que a presença do médico é tida pela população e para os demais membros da equipe como primordial para a atenção em saúde.

Lembramos que o grupo da SF trouxe como uma dificuldade para a implantação do apoio matricial, a excessiva carga trabalho, o que se repetiu nas discussões do grupo misto.

No que se refere a essa dificuldade, o contexto pode nos sinalizar algumas compreensões. Primeiramente, cabe lembrar que há pouco tempo que essa comunidade possui acesso à Saúde da Família, o que pode gerar uma demanda intensa de atendimento para os profissionais, principalmente para os médicos, devido à demanda reprimida. Nesse caso, a programação de ações como agendamento de consultas, grupos, ações preventivas e de promoção da saúde consistem em importantes formas de organização do processo de trabalho, o que gera diminuição do excesso de livre demanda e pode vir a reduzir a sensação de excesso de trabalho e de falta de tempo.

Outra questão importante refere-se ao grande quantitativo de equipes de SF atuando no mesmo espaço físico, que na realidade estudada foi de 11 (onze) equipes na mesma unidade, diferenciando-se da maioria das experiências brasileiras, que geralmente apresenta número menor. Essa questão pode influenciar na organização do processo de trabalho e contribuir para essa sensação de sobrecarga referida pelos profissionais. Estudos futuros que investiguem o processo de trabalho em unidades com várias equipes de SF, fazendo comparativo com unidades com número menor, podem vir a contribuir para essa discussão.

Voltando à questão da categoria médica, nessa investigação percebemos que os profissionais da SF delegam ao saber médico maior poder de atender as crises em saúde mental que procuram a APS, pela possibilidade de prescrição de medicamentos. No CAPS a presença do médico foi ponto de pauta de discussões sobre a sua importância nos encontros de apoio matricial com as equipes de SF. Embora as reflexões do grupo do CAPS permitissem outras compreensões sobre o papel dos médicos no matriciamento, fortalecendo a importância da equipe e de todos os saberes, ficamos com a questão sobre como envolver mais o profissional médico nas discussões coletivas, no cuidado em saúde mental e no apoio matricial.

O apoio matricial busca romper com o modelo centrado no hospital psiquiátrico, fortalecendo a atenção psicossocial, inclusive para a atenção nas situações de crises do tipo psicótica ou outras crises. Assim, esse estudo evidenciou a necessidade de se pautar a discussão sobre o acolhimento e atendimento da crise na APS.

Equipes de Saúde da Família fortalecidas nos atributos da integralidade, longitudinalidade, acesso e coordenação do cuidado não podem simplesmente encaminhar os pacientes em crise ou negligenciá-los. Se assim o fizerem, descumprem sua função na rede de saúde. É importante para um paciente e para sua família saber que pode contar com sua equipe de SF também nesses momentos cruciais da vida e é importante para a equipe atender os pacientes nessas situações, entendendo melhor cada um, nos diferentes momentos de sua

existência. Claro que a responsabilidade da atenção dessas situações complexas não é somente da SF, se fazendo necessária a articulação com serviços especializados em saúde mental, como o CAPS III, que ofertam cuidado intensivo, acolhimento noturno, necessário nas crises graves. Mas, o acolhimento e algumas abordagens podem ser feitas pelas equipes de SF, a fim da manutenção do vínculo e da realização de encaminhamentos mais responsabilizados.

Para isso, acreditamos ser importante abrir o debate em torno da importância da APS no que se refere a esse tema, contribuindo com a reflexão sobre um dos nós da Reforma Psiquiátrica brasileira: a clínica da crise. Ainda, no que tange aos serviços pesquisados no presente estudo, destacamos que por se tratar de um CAPS III, esse serviço pode funcionar como um dispositivo para auxiliar na discussão sobre as abordagens possíveis da SF na crise. Mas, para tal é necessário uma agenda de matriciamento e uma atitude ativa por parte do CAPS no que se refere a proposições de pautas. Na pesquisa em questão, não ficaram evidentes discussões entre os dois serviços sobre esse tema, embora ambos atuem na mesma estrutura física, parecendo-nos que cada um permanece em sua “caixinha”, com dificuldades de comunicação, articulação e de discussão dos casos.

Ainda, falando das demandas da SF, essa pesquisa nos apontou a necessidade das equipes de SF no que se refere ao suporte do CAPS, tais como o apoio na coordenação de alguns grupos e nas visitas domiciliares. Acreditamos que há nesses pedidos uma sinalização de caminhos a serem percorridos no que se refere à proposição de ações iniciais de matriciamento, já que muitas vezes as equipes de SF ainda não identificam casos de saúde mental para discussão ou intervenção conjunta. Tais interesses podem ser aproveitados pelo CAPS para construir vínculo, inserir a discussão da saúde mental nas práticas cotidianas já realizadas pela SF, mas para isso há necessidade do serviço se disponibilizar, estar aberto para auxiliar, mesmo quando não parece haver uma demanda de discussão de casos por parte da APS.

Destacamos também a importância de haver uma forma de registro das atividades de matriciamento, bem como indicadores que permitam monitorar e avaliar tais ações. Por parte dos serviços pode ser construído um instrumento que identifique as principais demandas para o apoio matricial, as ações desenvolvidas, as necessidades de suporte por parte da SF, possibilitando a geração de relatórios que auxiliem no planejamento e na qualificação das ações de matriciamento.

Um aspecto que nos chamou atenção refere-se às poucas menções feitas pelos grupos sobre o papel da família na atenção em saúde mental. Dentre as poucas verbalizações, ambos os serviços referiram que a abordagem à família ocorre em poucos momentos e sinalizaram

necessidade de melhor entendimento sobre como realizar essa abordagem. Ressaltamos que tanto no cuidado oferecido pela SF quanto pelo CAPS, a família possui papel fundamental. Na SF, o foco da atenção deveria ser a família, em seu contexto e sua cultura. No CAPS, a família deveria ser requisitada como parceira e reafirmada como um dos possíveis espaços de provimento de cuidado (ROSA, 2004), passando a ser concebida como necessária e aliada no cuidado de seu familiar em sofrimento psíquico.

Ressaltamos que a Reforma Psiquiátrica brasileira traz contribuições na forma de conceber e perceber a família no contexto do cuidado em saúde mental. Antes de sua implementação, a forma de tratamento disponível para as pessoas em sofrimento psíquico era baseada no isolamento e na exclusão, sendo os sujeitos privados do contato com sua família e com a sociedade. Com a Reforma Psiquiátrica, a mobilização das famílias como participantes no tratamento é entendida como importante na reinserção social dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Por fim, cabe-nos ressaltar o quão rica foi a experiência desse estudo: proporcionou a vivência de encontro com dois serviços implantados em uma realidade antes carente de atenção à saúde, possibilitou a aproximação com dois serviços em suas especificidades e realidades, permitiu encontros de integração entre equipes que atuam no mesmo espaço físico e que pouco se comunicam e, acima de tudo, possibilitou a análise da implantação de uma ação importante para o fortalecimento do cuidado psicossocial em saúde mental. Mas, muitas foram as questões emergentes nessa pesquisa que merecem aprofundamentos por outros estudos, a fim de que possamos avançar no entendimento da complexidade da atenção em saúde mental no Brasil. Dentre elas destacamos a necessidade de ampliar a discussão sobre o papel da APS no cuidado psicossocial dos sujeitos em sofrimento psíquico e às situações de crise, a importância da inserção da família como protagonista dessa atenção, o papel da equipe interdisciplinar na clínica da reforma psiquiátrica, dentre outras. Mas, esperamos que esse estudo possa contribuir, em especial, para a reflexão sobre a implantação de ações de apoio matricial através do CAPS às equipes de saúde família e subsidiar gestores e equipes na implantação desse arranjo organizacional.

REFERÊNCIAS

- ABUHAB, D. et. al. O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio. *Revista Gaúcha Enfermagem*. Porto Alegre, v. 26, n. 3, p. 369-380, dez. 2005.
- ALBUQUERQUE, A. B. B; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1103-1112, mai. 2009.
- BARBIER, R. *A pesquisa-ação*. Brasília: Plano Editora, 2002.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BASAGLIA, F. et al. *A loucura na sala de jantar*. São Paulo, 1991.
- BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M.. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicologia Ciência e Profissão*. Brasília, v. 28, n. 3, set. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000300015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 04 maio 2011.
- BRANDÃO, C. R. P. *Repensando a Pesquisa Participante*. 3ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Primária à Saúde: Saúde Mental*. Brasília, em fase de elaboração.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Histórico de Cobertura da Saúde da Família*. Brasília, 2011. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php> Acesso em: 16 jun. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010*. Brasília, 2011b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica*. Brasília, 2010b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008: cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 04 mar. 2008. Seção 1, p. 38-42.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 jan. 2006. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde. 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. Brasília: OPAS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas e Departamento de Atenção Básica. *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Relatório Final. *A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil: Modelo Assistencial, Direito à Cidadania*. Brasília, 1992.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei n. 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. In: *Diário Oficial da União*. Brasília, 2001.

BIRMAN, J. Despossessão, Saber e Loucura: sobre as relações entre psicanálise e psiquiatria hoje. In. QUINET, A. *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e Convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

BUSNELLO, E. *A Integração da Saúde Mental num Sistema de Saúde Comunitária*. Tese (destinada à habilitação a Livre-Docência em Psiquiatria) - Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Faculdade de Medicina do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1976.

CAMPOS, G.W.S; GUERREIRO, A.V.P. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2010.

CAMPOS, G.W.S; DOMITTI, A.C. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CAMPOS, G.W.S. A Clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, G.W.S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, Abrasco, v.4, n.2, p.393-403, 1999.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECILIO, L.C.O, (org.). *Inventando a mudança na saúde*. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec; 1997.

CARVALHO, M.R.; LUSTOSA, M.A. Interconsulta psicológica. *Rev. SBPH* [online]. 2008, v.11, n.1, p. 31-47. ISSN 1516-0858.

CARVALHO, N. R. de; COSTA, I. I. Primeiras crises psicóticas: identificação de pródromos por pacientes e familiares. *Psicologia Clínica*, v. 15, n.2, p. 153-168, 2008.

COSTA, I. I. *Da fala ao sofrimento psíquico grave*. Brasília: ABRAFIPP, 2003.

COSTA, I. I. *Adolescência e a primeira crise psicótica: problematizando a continuidade entre o sofrimento psíquico norma e o psíquico grave*. 2006. Disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/anais2006/4.69.3.1.htm>. Acesso em: 01 de mai. 2011.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CORONEL, L. C. I. Grupos de reflexão. In: ZIMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C. *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

DELGADO, P. G. G. Formação em saúde mental para o SUS: a estrada pedregosa e a máquina do mundo. In: COSTA, I. I.; GRIGOLO, T. M. (Org.). *Tecendo redes em saúde mental no cerrado*. ABRAFIPP/UnB/MS, 2009.

DELGADO, P. G. G. *As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*. Rio de Janeiro: Te-Corá, 1992.

DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, v.18, n.1, p.63-74, 2009.

DIONE, H. *A Pesquisa-ação para o Desenvolvimento Local*. Tradução: Michel Thiollent. Brasília: Liber Livro Editora, 2007.

FERNANDES, W. J. et al. *Grupos e configurações vinculares*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

FIGUEIREDO, M. D. *Saúde Mental na Atenção Básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas (SP)*. 2006. 168p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. São Paulo.

FRANCO, M. L. P. B. *Análise de Conteúdo*. Brasília: Liber Livro Editora, 2008.

GOFFMAN, E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2003.

GRIGOLO, T. M. “O CAPS me deu voz, me deu escuta”: um estudo das dimensões da clínica nos Centros de Atenção Psicossocial na perspectiva dos trabalhadores e dos usuários. 2010.

283f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) - Departamento de Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.

GULJOR, A. P. F. *Os centros de atenção psicossocial: Um estudo sobre a transformação do modelo assistencial em saúde mental*. 2003. 197f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.

LEAL, B. M. M. L. *Movimentos do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família*. 2010. 149f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrico, Escola de Enfermagem de São Paulo, São Paulo.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001, p. 39-64.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo (SP): Hucitec, 1999.

MINAYO, M. C. S. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 5º ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

MINOZZO, F. et. al. Avaliação para a Melhoria da Qualidade na Estratégia Saúde da Família: reflexões sobre a integralidade do cuidado em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Ateliê do cuidado: trabalhos completos do VII Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS/CEPESC/ABRASCO, 2008.

MORAIS, A. P. P. *Saúde Mental na Atenção Básica: o desafio da implementação do apoio matricial*. 2010. 120f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G.W.S. A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional*. Universidade de São Paulo, v.15, n.2 p71-81, maio/ago. 2004.

NUNES M., JUCÁ N.J.; VALENTIN C.P.B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, out. 2007.

OLIVEIRA, G.N. Apoio Matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: CAMPOS, G.W.S; GUERREIRO, A.V.P. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2010.

ONOCKO CAMPOS, R.T.; GAMA, C. Saúde Mental na Atenção Básica. In: In: CAMPOS, G.W.S; GUERREIRO, A.V.P. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2010.

ONOCKO CAMPOS, R.T., et. al. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 43, supl. 1, p.16-22, ago. 2009.

ONOCKO CAMPOS, R.T. Clínica: a palavra negada: sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, maio/ago. 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório Mundial da Saúde: saúde mental, nova concepção, nova esperança*. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Relatório do Seminário Internacional sobre Saúde Mental na Atenção Primária*. Rio de Janeiro, 2002.

PAULON, S. M. *Desinstitucionalização da loucura, práticas de cuidado e a reforma psiquiátrica no RS*. Projeto de pesquisa. São Leopoldo, Unisinos, 2003.

PICHON-RIVIÈRE, E. *O processo grupal*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v.29, n.4, p.318-325, ago. 1995.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal da Saúde e Defesa Civil – SMSDC e Viva Comunidade. *Contrato de Gestão: com vistas à regulamentação do desenvolvimento das ações e serviços de saúde no âmbito da área de planejamento 2.1*. Rio de Janeiro, 2009.

ROSA, L.C.S. O cotidiano, as tensões e as repercussões do provimento do cuidado doméstico ao portador de transtorno mental. In: *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 28, n.66 p. 28-37. jan/abr. 2004.

SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS. *II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005*. Brasília, 2007.

SILVA, E. A. *Dores dos cuida-dores em saúde mental: Estudo exploratório das relações de (des)cuidado dos profissionais de saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia-Go*. 2007. 165f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) - Departamento de Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.

SILVEIRA, D. P. *Sofrimento Psíquico e Serviços de Saúde: uma cartografia da produção de cuidado em Saúde Mental na atenção básica de saúde*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

SOUSA, M. F. *Programa Saúde da Família no Brasil: análise da desigualdade no acesso à Atenção Básica*. Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e*

tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B. Is primary-care essential? *Lancet*. v. 344, n.8930, p. 1129-1133, out. 1994.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, L. E. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, Abrasco, v. 14, n.2, p.477-486, abr. 2009.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, ciência e saúde*, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.25-59, jan. 2002.

TENÓRIO, F. *A Psicanálise e a Clínica da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

THIOLLENT, M. *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Ed. Cortez. 7ª edição, 1996.

TEMPORÃO, J. G. O sucesso econômico ameaça as aspirações do Sistema de Saúde pública do Brasil. *BMJ*. n.341, p.5453, 2010.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educação e Pesquisa*. São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set/dez. 2005.

WAI, M. F. P; CARVALHO, A. M. P. O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. *Revista de enfermagem da UERJ*. Rio de Janeiro, v. 17, n.4, p.563-8, out/dez. 2009.

WESTPHAL, M. F. *Participação popular e políticas municipais de saúde: Cotia e Vargem Grande Paulista*. 1992. Tese (Livre docência). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

WORLD HEALTH ORGANIZATION AND WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS. *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. Geneva, 2008.

ZIMERMANN, D. E. *Fundamentos básicos das grupoterapias*. Porto Alegre: Artmed. 2ª edição, 2000.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: **Análise da implantação do Apoio Matricial do CAPS III Maria do Socorro Santos às Equipes de Saúde da Família, na comunidade da Rocinha, Rio de Janeiro.**

Pesquisadora Responsável: **Fabiane Minozzo, Psicóloga, Mestranda da Universidade de Brasília (UnB).**

Orientador da Pesquisadora: **Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa (UnB).**

Esta pesquisa científica tem por objetivo analisar o processo de implantação do apoio matricial em saúde mental do CAPS III Maria do Socorro Santos às equipes de Saúde da Família da Clínica Maria do Socorro Silva de Souza. Além de pretender identificar as principais necessidades, facilidades e dificuldades para a implantação do apoio matricial em saúde mental e promover a reflexão sobre essa tecnologia de trabalho, bem como auxiliar na implantação de ações de apoio matricial em saúde mental.

Você foi indicado pela direção, coordenação ou gerência de seu serviço por possuir experiência em ações de apoio matricial e/ou interesse nessa metodologia de trabalho e/ou vontade de desenvolver as ações de apoio matricial e saúde mental.

Será realizado um encontro com intuito de investigar a sua disponibilidade e a intenção de participar, bem como negociar os encontros da pesquisa. O estudo prevê a realização de encontros em grupo, que serão pactuados conjuntamente entre a pesquisadora e os participantes, e auto-resposta a questionários disponibilizados pela pesquisadora no início e no final da pesquisa. Todos os grupos serão gravados e transcritos para fins de análise. Não há riscos relacionados aos procedimentos que serão realizados neste estudo.

Os benefícios desta pesquisa serão o de proporcionar aos profissionais a reflexão sobre o apoio matricial em saúde mental, esclarecer dúvidas sobre essa tecnologia e a possibilidade de organizar uma agenda conjunta, entre CAPS III e equipes de Saúde da Família, para a implantação de ações de apoio matricial.

Você não terá qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos neste estudo, que serão custeados pela pesquisadora. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação.

A sua participação é inteiramente voluntária. Uma vez aceitando participar desta pesquisa, você deverá se sentir livre para abandonar o estudo a qualquer momento do curso deste, sem prejuízo algum para seu trabalho ou relacionamento futuro com esta instituição. O investigador deste estudo também poderá retirá-lo do estudo a qualquer momento, se ele julgar que seja necessário para o seu bem estar.

Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, você deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contatando o Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição, no telefone (21) 3971-1590. É assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos.

Diante do exposto nos parágrafos anteriores eu, firmado abaixo, residente à

concordo em participar do estudo intitulado “**Análise da implantação do Apoio Matricial do CAPS III Maria do Socorro Santos às Equipes de Saúde da Família, na comunidade da Rocinha, Rio de Janeiro**”. Eu fui completamente orientado (a) pela pesquisadora Fabiane Minozzo que está realizando o estudo, de acordo com sua natureza, propósito e duração.

Eu pude questioná-la sobre todos os aspectos do estudo. Além disto, ela me entregou uma cópia da folha de informações para os participantes, a qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa.

Depois de tal consideração, concordo em cooperar com este estudo, patrocinado pela pesquisadora, e informar a equipe de pesquisa responsável por mim sobre qualquer anormalidade observada.

Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar.

Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada da pesquisadora. Eu concordo que não procurarei restringir o uso que se fará sobre os resultados do estudo.

Por fim, sei que terei a oportunidade para perguntar sobre qualquer questão que eu desejar, e que todas deverão ser respondidas a meu contento.

Estou recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Pesquisador:

Nome: _____

Data: _____

Assinatura: _____

Participante:

Nome: _____

Data: _____

Assinatura: _____

Contatos da pesquisadora Fabiane Minozzo: Telefones (21) 8016-2562 / (21) 2555-3792.
E-mail: fabiminozzo@yahoo.com.br

Contatos do orientador da pesquisa Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa. Telefone (61) 9981-3287; (61) 3107-6817. E-mail: ileno@unb.br

Contatos do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Telefone: (21) 3971-1590. E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br; cepsmsrj@yahoo.com.br

APÊNDICE B - Questionário 1

(respondido no início da pesquisa)

Idade:

Sexo:

Profissão:

1) Descreva sucintamente o que você entende por apoio matricial (matriciamento):

2) Você já teve alguma experiência de matriciamento? Se sim, diga qual foi a ação desenvolvida, quando e onde ocorreu

3) Quais são as suas dúvidas sobre matriciamento? Ou o que você sente necessidade de aprofundar sobre o tema

Para ser respondida pelos profissionais do CAPS

4) Você se imagina sendo um matriciador?

Sim Não

Para ser respondida pelos profissionais da Saúde da Família

4) Você gostaria de receber suporte especializado em saúde mental para algum caso que atende na Clínica da Saúde da Família ou para planejamento de ação em saúde mental?

Sim Não

5) Na sua opinião, quais são as principais facilidades e dificuldades para a implantação do apoio matricial?

APÊNDICE C - Questionário 2

(respondido no final da pesquisa)

Idade:

Sexo:

Profissão:

1) Depois das reflexões proporcionadas durante essa pesquisa, o que você entende por apoio matricial?

2) Liste as principais ações que podem ser consideradas de apoio matricial:

3) O que você gostaria de saber mais sobre apoio matricial?

Para ser respondida pelos profissionais do CAPS

4) Depois das reflexões proporcionadas durante essa pesquisa, você se imagina sendo um matriciador?

() Sim () Não

Para ser respondida pelos profissionais da Saúde da Família

4) Depois das reflexões proporcionadas durante essa pesquisa, você gostaria de receber suporte especializado em saúde mental para algum caso que atende na Clínica da Saúde da Família?

() Sim () Não

5) Na sua opinião, quais são as principais facilidades e dificuldades para a implantação do apoio matricial?

APÊNDICE D - Texto para discussão - Grupo do CAPS

APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL

Dentre as estratégias elencadas pelo Ministério da Saúde a serem utilizadas pelos profissionais dos CAPS de apoio às equipes de Saúde da Família, destaca-se o Apoio Matricial em saúde mental, que objetiva assegurar, de um modo dinâmico e interativo, retaguarda técnica especializada a tais equipes. O Apoio Matricial é um arranjo formulado por Campos (1999) que objetiva aumentar o grau de resolutividade das ações de saúde. A adoção do apoio matricial provoca uma reorganização nos organogramas dos serviços, de forma que os especialistas ou as áreas especializadas passam a oferecer apoio técnico a equipes de Atenção Primária à Saúde.

A Saúde da Família (SF) é a estratégia eleita pelo Ministério da Saúde para a re-organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil. As equipes de Saúde da Família destacam-se por serem consideradas a porta de entrada do SUS, prestarem atuação integral, cuidado longitudinal e coordenarem a atenção em saúde do usuário, tanto dentro da equipe quanto na rede de saúde. Além disso, caracterizam-se pela atenção centrada na família, pela orientação e participação comunitária.

O Apoio Matricial, oferecido por profissionais especialistas, é utilizado ou solicitado quando a equipe de Atenção Primária à Saúde encontra limites ou dificuldades na condução dos casos clínicos, na direção ou planejamento de atividades específicas. O apoio matricial visa ampliar o campo de atuação e qualificar as ações dessas equipes (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Essa proposta de reorganização do trabalho em saúde facilita a troca de opinião entre os profissionais e os convoca para a elaboração conjunta de projetos terapêuticos singulares, baseados no diálogo e no compromisso com a saúde dos usuários, aumentando a sua responsabilidade pelo processo saúde-doença (CAMPOS, 1999).

O apoio matricial é composto por dois conceitos: *apoio* e *matricial*. O conceito *matricial* indica uma mudança na posição do especialista em relação ao profissional que demanda seu apoio. Busca romper com as relações verticais (de poder) presentes na comunicação entre os níveis hierárquicos do sistema de saúde que, na maioria das vezes, ocorre por meio do formulário de referência e de contra-referência, em que há um encaminhamento desresponsabilizado dos profissionais da atenção primária à saúde para os serviços especializados, na tentativa de transferir a responsabilidade pela condução do caso clínico. Dessa forma, *matricial* indica a possibilidade de sugerir que profissionais de Saúde da Família e especialistas em saúde mental mantenham uma relação horizontal, ou seja, de diálogo e de trocas (CAMPOS; DOMITTI, 2007. p. 402). Já o termo *apoio* sugere uma maneira de fazer acontecer essa relação entre especialista e equipe de SF, não mais baseada na autoridade, mas sim no diálogo (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O apoiador matricial em saúde mental é, então, um especialista na área que tem um conhecimento específico e que irá agregar saberes e contribuir com intervenções que aumentam a capacidade da equipe de Saúde da Família em resolver problemas de saúde e ampliar a sua clínica. Ressalta-se que, algumas vezes, o matriciador pode não saber responder demandas que surjam da Saúde da Família durante os encontros de matriciamento, por isso, é importante que ele também conte com suporte de sua equipe para construir encaminhamentos conjuntos. O trabalho em equipe fortalece o apoio matricial.

Como organizar as ações de apoio matricial?

De acordo com a Coordenação Nacional de Saúde Mental, para organizar as Ações de Apoio Matricial a partir do CAPS, os diversos membros das equipes de saúde mental farão o apoio matricial às equipes da Atenção Primária, programando sua carga horária para encontros semanais, e formas de contato para demandas inesperadas ou intercorrências (BRASIL, 2004).

Segundo Campos e Domitti (2007) há duas maneiras básicas de integração entre apoiadores matriciais e equipes de Saúde da Família:

- 1) **Encontros periódicos e regulares**, através de agenda semanal, quinzenal ou mais espaçada entre equipe de Saúde da Família e apoiador matricial com o objetivo de: discutir casos ou problemas de saúde selecionados pela equipe de Saúde da Família; elaborar conjuntamente a condução de casos clínicos; discutir temas clínicos, de saúde coletiva ou de gestão, fortalecendo a educação permanente.
- 2) **Solicitação do apoiador matricial em casos imprevistos, urgentes e de crises**, para os quais não é possível aguardar os encontros periódicos, através de contato telefônico, eletrônico etc.

O apoio matricial implica sempre a construção de um projeto terapêutico integrado entre apoiadores e equipe de Saúde da Família, e essa articulação pode desenvolver-se em três planos: 1) **atendimentos e intervenções conjuntas** entre o matriciador e equipe de Saúde da Família; 2) **atendimentos programados para o especialista** ou para o serviço especializado que realiza o apoio matricial, nas situações que exijam atenção específica do profissional, mas mantém-se o contato com a equipe de Saúde da Família que não se descompromete com o caso; 3) **troca de conhecimentos e orientações**, discussão de caso clínico, diálogo sobre alterações nas condutas terapêuticas, permanecendo o cuidado com a equipe de Saúde da Família (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Ações de Apoio Matricial

Nos encontros entre equipes de SF e especialistas ou serviços de saúde mental busca-se o desenvolvimento de ações conjuntas, em que a troca de impressões, informações, cuidado e apoio entre os matriciadores e a equipe de SF torna-se fonte de fortalecimento mútuo para enfrentamento das dificuldades trazidas pelos usuários. Esses processos de trabalho interdisciplinares podem se ampliar para incluir ações intersetoriais conjuntas no território, junto a ONGs, escolas, e outros dispositivos sociais. Dentre as ações conjuntas destacam-se:

- **discussão de casos clínicos**: consiste na prática de reuniões nas quais participam profissionais da Saúde da Família, referência para o caso clínico em questão, e o apoiador ou equipe de apoio matricial. Geralmente, os casos elencados para esse tipo de discussão são os mais complexos, com os quais a equipe de SF enfrenta alguma dificuldade de cuidado. A idéia consiste em rever e problematizar o caso, contando com o suporte e aporte do apoiador ou da equipe de apoio matricial, buscando possíveis alternativas e revisões na condução da situação. De acordo com as necessidades de alguns casos, pode ser necessária a participação direta do apoiador ou de outros serviços de saúde da rede, o que não desresponsabiliza a equipe de SF com a situação. O exercício deve visar o entendimento de vários aspectos da singularidade do caso, a partir da troca de informações, hipóteses, experiências com o objetivo de formular um projeto terapêutico (OLIVEIRA, 2010).

- **atendimento conjunto:** consiste nas intervenções que são realizadas conjuntamente entre em equipe de SF e apoiador ou equipe matricial. Realizar em conjunto com o apoiador ou equipe matricial uma consulta em um consultório, no domicílio ou em outro espaço; coordenar conjuntamente um grupo; realizar em conjunto um procedimento. O objetivo consiste em possibilitar a troca de saberes e de práticas em ato, gerado experiência para todos os profissionais envolvidos. Gera-se a oportunidade de compartilhamento de saberes e de dificuldades no cotidiano. Atender conjuntamente um usuário proporciona que os profissionais da SF observem como o apoiador aborda o caso, bem como permite que o matriciador sinta na pele a proximidade do vínculo e os tensionamentos que vivem os profissionais da SF (OLIVEIRA, 2010). Algumas modalidades de atendimentos conjuntos: **Consulta conjunta, Visita domiciliar conjunta, Abordagem familiar, Coordenação de Grupos em conjunto.**

Então, no matriciamento, o profissional responsável pelo apoio participa de reuniões de planejamento das equipes, discussão de casos, atendimento compartilhado e atendimento específico, além de participar das iniciativas de educação permanente (capacitações, discussão de textos e temas específicos, supervisão etc.) (BRASIL, 2010).

O município de Florianópolis estruturou o cuidado em saúde mental, contando com o apoio matricial para as equipes de Saúde da Família. Ao longo do processo, foi bastante trabalhada a escuta das queixas e sugestões das equipes, “com o fim de estreitarmos o vínculo entre as ESF e as equipes de SM e efetivamente construirmos um trabalho integrado” (BRASIL, 2008).

“Foram criados espaços periódicos e formais de discussões de casos entre as ESF e as Equipes de SM; são nessas reuniões de matriciamento que são definidas as estratégias e ações a serem adotadas. Além disso, esses espaços se transformaram em dispositivos de educação permanente, uma vez que permitem o atendimento e intervenções em conjunto e discussão de casos e de textos, ‘aumentando a capacidade resolutiva de problemas de Saúde Mental pela equipe local’. Além desses, existem grupos específicos em Saúde Mental de temáticas diversas, nos quais a escolha dos temas e o planejamento dos grupos são feitos em conjunto com as ESF, considerando as necessidades prioritárias de Saúde Mental da localidade em que cada profissional atua” (BRASIL, 2008, p.38 e 39). O matriciamento em Florianópolis está possibilitando que os casos em que as ESF não conseguem atender com seus próprios recursos ou que surgem dúvidas sobre a necessidade de encaminhamento são levados para o matriciamento, “não ficando mais encaminhamentos para Equipe de Saúde Mental em arquivos guardados na unidade de saúde” (BRASIL, 2008, p.40).

Objetivos do apoio matricial em Saúde Mental (BRASIL, 2008, p.41)

- Garantir às pessoas com transtorno mental uma atenção baseada no enfoque comunitário.
- Estruturar um processo assistencial, desde a perspectiva da continuidade do cuidado, como elemento de uma qualidade integral.
- Aumentar a qualidade da assistência em Saúde Mental.
- Facilitar o acesso à consulta com o especialista e aos serviços especializados, quando necessário.
- Melhorar a comunicação entre os profissionais e a integração entre a Atenção Primária e os serviços de SM.
- Aumentar as habilidades e a segurança das ESF para trabalhar com a Saúde Mental.
- Aumentar a efetividade dos profissionais de SM no atendimento aos portadores de transtorno mental e no apoio às ESF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Primária à Saúde: Saúde Mental*. Brasília, em fase de elaboração.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Com apoio das Equipes de Saúde Mental, ESF de Florianópolis tratam transtornos leves na Atenção Básica. In: *Revista Brasileira de Saúde da Família*. Ano IX, nº 19 (jul/set 2008) Brasília Ministério da saúde, 2008. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia19.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, Abrasco, v.4, n.2, p.393-403, 1999.

OLIVEIRA, G.N. Apoio Matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: CAMPOS, G.W.S; GUERREIRO, A.V.P. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2010

APÊNDICE E - Texto para discussão - Grupo ESF

APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL

Dentre as estratégias elencadas pelo Ministério da Saúde para o fortalecimento das equipes de Saúde da Família (SF) no desenvolvimento de ações de saúde mental destaca-se o **Apoio Matricial**, que objetiva assegurar, de um modo dinâmico e interativo, retaguarda técnica especializada às equipes de saúde da família. O Apoio Matricial é um arranjo formulado por Campos (1999) que visa aumentar o grau de resolatividade das ações de saúde. A sua adoção provoca uma reorganização nos organogramas dos serviços, de forma que os especialistas ou as áreas especializadas passam a oferecer apoio técnico a equipes de Atenção Primária à Saúde.

O apoio matricial destaca-se com um arranjo fundamental para o contexto brasileiro, em que a Saúde da Família é a estratégia eleita pelo Ministério da Saúde para a re-organização da Atenção Primária à Saúde e que as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental elegem os serviços e ações de base territorial, para que acolham e atendam as pessoas o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem.

Uma grande parte das pessoas com sofrimento psíquico está sendo atendida na atenção primária (queixas psicossomáticas, abuso de álcool e outras drogas, dependência de benzodiazepínicos, transtornos de ansiedade menos graves etc.). A realidade das equipes de SF demonstra que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de ‘saúde mental’: 56% das equipes de SF referiram realizar “alguma ação de saúde mental” (OPAS/MS, 2002). Além disso, a OMS e o Ministério da Saúde (2002) estimam que quase 80% das pessoas encaminhadas para os profissionais de saúde mental não trazem, a priori, uma demanda específica que justifique a necessidade de uma atenção especializada.

Por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes de SF constituem-se como um recurso estratégico para o enfrentamento das diversas formas de sofrimento psíquico. Contudo, nem todas as equipes sentem-se confiantes para dar conta dessa importante tarefa. Atender às pessoas com problemas de saúde mental é, de fato, uma tarefa complexa (BRASIL, 2003). Nesse sentido, pesquisas apontam que muitas equipes de SF sentem-se desprotegidas e sem capacidade para enfrentar as demandas em saúde mental que chegam aos serviços, especialmente nas situações mais graves e/ou crônicas (DIMENSTEIN, et al., 2009). Levando em consideração essa realidade, o apoio matricial em saúde mental se destaca pela sua função específica de apoiar as equipes de SF na lida com as questões subjetivas e formas de sofrimento psíquico, diluindo algumas das dificuldades apontadas.

As equipes de Saúde da Família podem solicitar o apoio matricial dos profissionais de saúde mental que atuam nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou de equipes de saúde mental atuantes no município. O apoio matricial em saúde mental é indicado ou solicitado quando a equipe de Saúde da Família encontra limites e dificuldades na condução de casos clínicos complexos e na direção ou planejamento de atividades relativas à área da saúde mental e que integrem os aspectos subjetivos.

O apoio matricial é composto por dois conceitos: *apoio* e *matricial*. O conceito *matricial* indica uma mudança na posição do especialista em relação ao profissional que demanda seu apoio e a possibilidade de sugerir que profissionais de Saúde da Família e especialistas mantenham uma relação horizontal, ou seja, de diálogo e de trocas. Já o termo *apoio* sugere uma maneira de fazer acontecer essa relação entre especialista e equipe de SF, não mais baseada na autoridade, mas sim no diálogo (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Busca-se, com a implantação desse arranjo, romper com a lógica dos encaminhamentos desresponsabilizados para os profissionais e serviços e especializados. Sendo assim, o apoio matricial facilita a troca de opinião entre os profissionais e auxilia na elaboração conjunta de

projetos terapêuticos singulares, baseados no diálogo e no compromisso com a saúde dos usuários, aumentando a sua responsabilidade pelo processo saúde-doença. Subvertendo, dessa forma, o modelo hegemônico da saúde que fragmenta o trabalho, dificulta o trabalho interdisciplinar e produz excessivos encaminhamentos às diversas especialidades, muitas vezes desnecessários (CAMPOS, 1999).

Como organizar as ações de apoio matricial?

De acordo com a Coordenação Nacional de Saúde Mental, para organizar as Ações de Apoio Matricial a partir do CAPS, os diversos membros das equipes de saúde mental farão o apoio matricial às equipes da Atenção Primária, programando sua carga horária para encontros semanais, e formas de contato para demandas inesperadas ou intercorrências (BRASIL, 2004).

Segundo Campos e Domitti (2007) há duas maneiras básicas de integração entre apoiadores matriciais e equipes de Saúde da Família:

- 1) **Encontros periódicos e regulares**, através de agenda semanal, quinzenal ou mais espaçada entre equipe de Saúde da Família e apoiador matricial com o objetivo de: discutir casos ou problemas de saúde selecionados pela equipe de Saúde da Família; elaborar conjuntamente a condução de casos clínicos; discutir temas clínicos, de saúde coletiva ou de gestão, fortalecendo a educação permanente.
- 2) **Solicitação do apoiador matricial em casos imprevistos, urgentes e de crises**, para os quais não é possível aguardar os encontros periódicos, através de contato telefônico, eletrônico etc.

O apoio matricial implica sempre a construção de um projeto terapêutico integrado entre apoiadores e equipe de Saúde da Família, e essa articulação pode desenvolver-se em três planos: 1) **atendimentos e intervenções conjuntas** entre o matriciador e equipe de Saúde da Família; 2) **atendimentos programados para o especialista** ou para o serviço especializado que realiza o apoio matricial, nas situações que exijam atenção específica do profissional, mas mantém-se o contato com a equipe de Saúde da Família que não se descompromete com o caso; 3) **troca de conhecimentos e orientações**, discussão de caso clínico, diálogo sobre alterações nas condutas terapêuticas, permanecendo o cuidado com a equipe de Saúde da Família (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Ações de Apoio Matricial

Nos encontros entre equipes de SF e especialistas de saúde mental busca-se o desenvolvimento de ações conjuntas, em que a troca de impressões, informações, cuidado e apoio tornam-se fonte de fortalecimento mútuo para enfrentamento das dificuldades trazidas pelos usuários. Esses processos de trabalho interdisciplinares podem se ampliar para incluir ações intersetoriais conjuntas no território, junto a ONGs, escolas, e outros dispositivos sociais. Dentre as ações conjuntas destacam-se:

- **discussão de casos clínicos**: consiste na prática de reuniões nas quais participam profissionais da Saúde da Família, referência para o caso clínico em questão, e o apoiador ou equipe de apoio matricial. Geralmente, os casos elencados para esse tipo de discussão são os mais complexos, com os quais a equipe de SF enfrenta alguma dificuldade de cuidado. A idéia consiste em rever e problematizar o caso, contando com o suporte e aporte do apoiador

ou da equipe de apoio matricial, buscando possíveis alternativas e revisões na condução da situação. De acordo com as necessidades de alguns casos, pode ser necessária a participação direta do apoiador ou de outros serviços de saúde da rede, o que não desresponsabiliza a equipe de SF com a situação. O exercício deve visar o entendimento de vários aspectos da singularidade do caso, a partir da troca de informações, hipóteses, experiências com o objetivo a formular um projeto terapêutico (OLIVEIRA, 2010).

- **atendimento conjunto:** consiste nas intervenções que são realizadas conjuntamente entre em equipe de SF e apoiador ou equipe matricial. Realizar em conjunto com o apoiador ou equipe matricial uma consulta em um consultório, no domicílio ou em outro espaço; coordenar conjuntamente um grupo; realizar em conjunto um procedimento. O objetivo consiste em possibilitar a troca de saberes e de práticas em ato, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos. Gera-se a oportunidade de compartilhamento de saberes e de dificuldades no cotidiano. Atender conjuntamente um usuário proporciona que os profissionais da SF observem como o apoiador aborda o caso, bem como permite que o matriciador sinta na pele a proximidade do vínculo e os tensionamentos que vivem os profissionais da SF (OLIVEIRA, 2010).

A seguir são descritas algumas modalidades de atendimentos conjuntos: A seguir são descritas algumas modalidades de atendimentos conjuntos: **Consulta conjunta, Visita domiciliar conjunta, Abordagem familiar, Coordenação de Grupos em conjunto.**

Então, no matriciamento, o profissional responsável pelo apoio participa de reuniões de planejamento das equipes, discussão de casos, atendimento compartilhado e atendimento específico, além de participar das iniciativas de educação permanente (capacitações, discussão de textos e temas específicos, supervisão etc.) (BRASIL, 2010).

O município de Florianópolis estruturou o cuidado em saúde mental, contando com o apoio matricial para as equipes de Saúde da Família. “Foram criados espaços periódicos e formais de discussões de casos entre as ESF e as Equipes de SM; são nessas reuniões de matriciamento que são definidas as estratégias e ações a serem adotadas. Além disso, esses espaços se transformaram em dispositivos de educação permanente, uma vez que permitem o atendimento e intervenções em conjunto e discussão de casos e de textos, ‘aumentando a capacidade resolutive de problemas de Saúde Mental pela equipe local’. Além desses, existem grupos específicos em Saúde Mental de temáticas diversas, nos quais a escolha dos temas e o planejamento dos grupos são feitos em conjunto com as equipes de SF, considerando as necessidades prioritárias de Saúde Mental da localidade em que cada profissional atua” (BRASIL, 2008, p.38 e 39).

O matriciamento em Florianópolis está possibilitando que os casos em que as ESF não conseguem atender com seus próprios recursos ou que surgem dúvidas sobre a necessidade de encaminhamento são levados para o matriciamento, “não ficando mais encaminhamentos para Equipe de Saúde Mental em arquivos guardados na unidade de saúde” (BRASIL, 2008, p.40).

Objetivos do apoio matricial em Saúde Mental (BRASIL, 2008, p.41)

- Garantir às pessoas com transtorno mental uma atenção baseada no enfoque comunitário.
- Estruturar um processo assistencial, desde a perspectiva da continuidade do cuidado, como elemento de uma qualidade integral.
- Aumentar a qualidade da atenção em Saúde Mental.
- Facilitar o acesso à consulta com o especialista e aos serviços especializados, quando necessário.

- Melhorar a comunicação entre os profissionais e a integração entre a Atenção Primária e os serviços de Saúde Mental.
- Aumentar as habilidades e a segurança das equipes de SF para trabalhar com a Saúde Mental.
- Aumentar a efetividade dos profissionais de SM no atendimento aos portadores de transtorno mental e no apoio às equipes de SF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Primária à Saúde: Saúde Mental*. Brasília, em fase de elaboração.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Com apoio das Equipes de Saúde Mental, ESF de Florianópolis tratam transtornos leves na Atenção Básica. In: *Revista Brasileira de Saúde da Família*. Ano IX, nº 19 (jul/set 2008) Brasília Ministério da saúde, 2008. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia19.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas e Departamento de Atenção Básica. *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, Abrasco, v.4, n.2, p.393-403, 1999.

DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, v.18, n.1, p.63-74, 2009.

OLIVEIRA, G.N. Apoio Matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: CAMPOS, G.W.S; GUERREIRO, A.V.P. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório Mundial da Saúde: saúde mental, nova concepção, nova esperança*. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Relatório do Seminário Internacional sobre Saúde Mental na Atenção Primária*. Rio de Janeiro, 2002.

APÊNDICE F - Descrição do caso clínico

Fernando é um homem de 37 anos, portador de sofrimento mental intenso desde a adolescência: apresenta delírios, alucinações, sumiços de casa. Mora a mãe, irmão, irmã e cunhado. Fernando e a família moram em uma comunidade na periferia de uma capital, onde o tráfico de drogas está presente, bem como a violência devido à disputa pelas facções do tráfico pelo território. Próximo à sua casa situa-se a Unidade Básica de Saúde (UBS) de sua referência. Toda a família é atendida nesse serviço.

Seu irmão é usuário de álcool e crack, já passou por várias internações psiquiátricas, e é a pessoa da família que a equipe tem mais dificuldade de cuidar: ele passa a maior parte do tempo longe de casa, não frequenta os atendimentos que pactua e já desistiu de frequentar o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Sua mãe também é portadora de transtorno mental, já apresentou delírios e alucinações e, nos últimos tempos, não manifesta vontade de sair da cama, nem de se comunicar com a família. Ela participa do grupo de hipertensão e diabetes e do grupo de saúde mental, ambos oferecidos pela equipe de Atenção Primária à Saúde, além de ser acompanhada por uma médica de família.

A irmã é quem cuida de todos, está sempre atenta à mãe e aos irmãos. O sustento da casa se dá através do salário do cunhado e da aposentadoria da mãe de Fernando.

O Projeto Terapêutico Singular de Fernando consiste em: participação no grupo de saúde mental, oferecido pela equipe de Saúde da Família, que ocorre uma vez por semana, coordenado conjuntamente por um médico de família e pela psicóloga que presta apoio matricial a esta equipe; atendimentos individuais realizados pelo médico de família, o que inclui o cuidado medicamentoso, que é discutido com o psiquiatra matriciador, muitas vezes o atendimento individual ocorre conjuntamente entre o médico e a psicóloga; frequentar um serviço que trabalha com oficinas de geração de renda, pertencente à rede de saúde mental do município, já que o paciente apresenta desejo de voltar a desenvolver alguma atividade laboral que gere renda; abordagens familiares através de visitas domiciliares e de atendimentos na Unidade Básica de Saúde.

Fernando e a família possuem um bom vínculo com os profissionais da equipe de Saúde da Família, percebendo na equipe um suporte para todos os momentos, inclusive os de crise. Em um dado momento, a irmã e seu marido perceberam que Fernando estava com um comportamento estranho há alguns dias: apresentava-se menos comunicativo, com olhar distante, permanecendo pouco tempo em casa e foi visto com meninas (crianças) dentro de seu quarto e em outros espaços da comunidade. Em um desses episódios ele estava quase nu e pedia para as meninas o tocarem.

Nessa situação, a irmã e seu marido vão até a Unidade Básica de Saúde buscar ajuda da equipe e após escutá-los o médico de família, que é referência para o paciente, pede para falar com Fernando, que prontamente vai à Unidade, juntamente com a irmã e o cunhado. Durante o atendimento, o paciente refere que é um enviado de Deus e que esse Ihe disse que não há diferenças entre adultos e crianças, porque todos são iguais e assim todos podem ter relações sexuais com todos. Disse que estava se sentindo muito atraído sexualmente por meninas e que teria relações sexuais com elas, autorizado por Deus. Durante o atendimento demonstra não possuir crítica sobre seu comportamento e pensamentos. A irmã demonstra-se muito preocupada e diz que Fernando está esquisito (fala sozinho, está com olhar “distante”, fica perambulando pela casa até tarde da noite, sai para a rua de noite etc), como nas outras vezes que precisou ser internado. O médico pede que todos permaneçam em sua sala, pois ele vai discutir qual seria a melhor ajuda para Fernando nesta situação, com a psicóloga que acompanha a família junto com esta equipe de saúde.

Um pouco assustado, o médico telefona para a psicóloga responsável pelo apoio matricial, pois a mesma estava em outra Unidade de Saúde neste dia. Por telefone, a psicóloga escuta o profissional e juntos avaliam que o paciente está correndo risco de cometer algo contra si próprio e contra os outros, ou seja, em seu delírio pode vir a prejudicar a ele e às meninas, e que ele precisa de uma avaliação para verificar a necessidade de internação ou de um cuidado intensivo. Discutem a condução do atendimento e combinam que o médico irá pactuar, com o paciente e com a família, o encaminhamento para o serviço que acolhe emergência em saúde mental do município. O médico refere que Fernando está mais agitado e pode não aceitar o encaminhamento e assim não saberia como proceder. A apoiadora matricial acolhe o receio do profissional, e recomenda que ele fale com Fernando diretamente sobre os riscos que está correndo e de que ele está querendo proteger e cuidar do paciente, para isso precisa de uma avaliação em saúde mental, porque não quer que nada de ruim lhe aconteça. A apoiadora se coloca à disposição para o médico ligar a qualquer momento se precisar de ajuda na condução do caso.

Ao voltar ao atendimento, o médico questiona Fernando sobre o que acha de ter relações sexuais com crianças, mesmo ele tendo sido autorizado por Deus. Ele permanece com seu discurso sem questionar-se, sem ter críticas do que está vivendo, e o profissional aborda o fato de que todos têm desejos sexuais, mas a relação sexual de um adulto com crianças pode levá-lo a um processo judicial por abuso de menores e uma possível privação de sua liberdade. O médico fala com Fernando sobre o risco que está se colocando e refere que ele precisa ser cuidado e protegido e por isso precisa ir até o serviço que acolhe crise em saúde mental da cidade, que o paciente já conhece. Primeiramente, como imaginava o médico, Fernando nega-se a ir, mas o profissional negocia com ele, apontando para a necessidade dele ser cuidado para que não venha a cometer nenhum ato que o prejudique. Depois de um tempo de negociação ele aceita referindo “você sempre me ajudou, vou confiar” (sic). Combina-se com a família a ida imediata ao serviço e solicita-se que mantenham a equipe de Saúde da Família informada sobre Fernando.

Esse município não possui CAPS III. Então ele é encaminhado ao serviço de atendimento de urgência em saúde mental, permanecendo em observação por 72 horas e após esse período foi encaminhado para a internação, por permanecer em crise e em risco. Ficou internado por 15 dias. Nesse tempo, o médico discute com a psicóloga os próximos passos para o atendimento de Fernando, decidindo que é importante estar em contato com a família neste período de internação, mantendo o vínculo e o suporte, e após a volta dele para casa, reveriam o projeto terapêutico singular do paciente.

Após o período de internação ele procura o médico da Unidade de Saúde, agradece o cuidado, referindo que percebeu que estava em risco. Retoma seus atendimentos na unidade e seu Projeto Terapêutico Singular é revisto, e pactuado com ele e com a irmã. Fernando passou a frequentar, além das atividades da Unidade Básica de Saúde, o CAPS de seu território, pois avaliou-se a necessidade de um cuidado mais intensivo.