

RICARDO ALVES DE OLIVEIRA

Apoio Matricial em Saúde Mental na Atenção Primária do Paranoá, Distrito Federal

BRASÍLIA, 2019

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

RICARDO ALVES DE OLIVEIRA

**O APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO
PARANOÁ, DISTRITO FEDERAL**

**Dissertação de Mestrado Profissional
apresentada como requisito parcial para a
obtenção do Título de Mestre em Saúde
Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva da Universidade de
Brasília.**

Orientadora: Maria da Glória Lima

Brasília - DF

2019

RICARDO ALVES DE OLIVEIRA

**O APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO
PARANOÁ, DISTRITO FEDERAL**

**Dissertação de Mestrado Profissional
apresentada como requisito parcial
para a obtenção do Título de Mestre em
Saúde Coletiva pelo Programa de Pós –
Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade de Brasília.**

Aprovado em _____ / _____ / 2019.

BANCA EXAMINADORA

Maria da Glória Lima (Presidente)

Universidade de Brasília – UnB

Noemia Urruth Leão Tavares

Universidade de Brasília – UnB (Membro interno)

Maria Aparecida Gussi

Universidade de Brasília – UnB (Membro externo)

Muna Muhammad Odeh

Universidade de Brasília – UnB (Suplente)

Dedico este trabalho à minha mãe, sempre presente, sempre acolhedora.

AGRADECIMENTOS

À Deus.

Em especial a minha mãe, sempre presente na minha vida e em minhas escolhas.

Aos meus filhos, sempre compreensivos e motivadores neste processo de crescimento profissional.

À mulher da minha vida, Eleonora, sempre presente, sempre ao meu lado, quem me proporcionou muito apoio, cumplicidade, companheirismo e amor.

À professora Maria da Glória Lima, minha orientadora, amiga e parceira de vários anos e projetos na saúde mental, e também, neste processo complexo de elaboração de trabalho de mestrado e que além de ser um exemplo de profissional da saúde, também representa força nos movimentos da reforma da saúde mental do DF, trabalhando e atuando diretamente com profissionais da saúde mental no ensino, pesquisa e extensão dos serviços substitutivos (CAPS).

À equipe do ESF Qd. 18 – Paranoá pela confiança e cumplicidade, que há anos abre suas portas para as ações matriciais em saúde mental, sempre confiante e determinada na proposta de ampliação da rede de cuidado do usuário da saúde mental.

À Universidade de Brasília, por meio do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, aos professores e funcionários, que me proporcionaram uma formação acadêmica gratuita e de qualidade.

“A loucura não é contagiosa. Ela é contagiante”.

(Samuel)

RESUMO

Segundo os pressupostos da Reforma da Saúde Mental, a assistência ao sofrimento psíquico deve ocorrer em uma rede de cuidados que esteja, preferencialmente, na comunidade e de base territorial. Nesta rede deve estar contemplado todo e qualquer recurso que o território disponha, seja ele de saúde ou não, incluindo a Atenção Básica. Desta forma, este estudo teve por objetivo identificar as percepções dos profissionais de saúde acerca do apoio matricial em saúde mental implementado na Unidade Básica de Saúde da Quadra 18, do Paranoá, Distrito Federal. Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva exploratória, com a utilização de pesquisa bibliográfica, análise documental e aplicação de de entrevistas semi-estruturadas a dez participantes, todas profissionais de saúde de nível médio e superior que compõem o corpo funcional desta unidade básica de saúde. As entrevistas foram gravadas em áudio, com uso de roteiro de questões norteadoras, submetidas a uma análise conteúdo, de abordagem compreensiva. Os resultados emergiram questões como: acolhimento e escuta qualificada, apoio matricial e a construção de vínculos; o trabalho com a rede; a compreensão do processo de execução das ações matriciais em saúde mental e suas características sob o olhar da equipe da Estratégia de Saúde da Família; educação permanente em serviço e o apoio matricial em saúde mental e a ampliação de competências profissionais na atenção básica. Conclui-se que o apoio matricial foi um arranjo de fundamental importância na atenção aos usuários daquele território, para se contrapor a lógica de cuidado manicomial e à estigmatização, de maneira a potencializar a desinstitucionalização do cuidado em saúde mental. O estudo aponta para a necessidade da implantação e implementação de agentes matriciadores originados de serviços de saúde mental dos Centros de Atenção Psicossocial para apoio às equipes de atenção básica à saúde do território de referência, articulando e compartilhando o cuidado em saúde mental em sua rede de saúde local e intersetorial.

Palavras – chave: Apoio Matricial; Saúde Mental; Desinstitucionalização; Cuidado em Saúde.

ABSTRACT

According to the assumptions of the Mental Health Reform, assistance to psychic suffering must occur in a care network that is preferably in the community and territorially based. In this network should be contemplated any and all resources that the territory has, be it health or not, including Basic Attention. Thus, this study aimed to identify the perceptions of health professionals about the matrix support in mental health implemented in the Basic Health Unit of Quadra 18, Paranoá, Federal District. This is a descriptive qualitative research exploratory, with the use of bibliographical research, documentary analysis and the application of semi-structured interviews to ten participants, all middle and upper level health professionals that make up the functional body of this basic health unit . The interviews were recorded in audio, using a script of guiding questions, submitted to a content analysis, of a comprehensive approach. The results emerged as issues such as: reception and qualified listening, matrix support and link building; working with the network; the understanding of the process of execution of the matrix actions in mental health and its characteristics under the perspective of the Family Health Strategy team; permanent education in service and matrix support in mental health and the extension of professional competences in basic care. It is concluded that the matrix support was an arrangement of fundamental importance in the attention to the users of that territory, in order to counteract the logic of asylum care and stigmatization, in order to potentialize the de-institutionalization of mental health care. The study points to the need for the implantation and implementation of mothers agents from the mental health services of the Psychosocial Care Centers to support the basic health care teams of the reference territory, articulating and sharing mental health care in their network of local and intersectoral health.

Key - words: Matrix Support; Mental health; De-institutionalization; Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AM – Apoio Matricial

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CORIS - Coordenação de Redes e Integração de Serviços

DIRAPS – LESTE - Diretora de Atenção Primária à Saúde da Região Leste

DISSAM - Diretoria de Serviços em Saúde Mental

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FEPECS - Fundação de Ensino Pesquisa em Ciências da Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

NASF – Núcleo de Apoio ao Saúde da Família

NESP - Núcleo de Estudos em Saúde Pública da UnB – Brasília – DF

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

SES – DF – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

ÍNDICE

I – APRESENTAÇÃO.....	12
II – INTRODUÇÃO.....	14
III – PRESSUPOSTOS TEÓRICOS.....	16
1. Reformas sanitária e da saúde mental no contexto do SUS.....	16
2. Estratégia de saúde da família.....	26
3. Apoio matricial em saúde mental.....	31
IV – OBJETIVOS DO ESTUDO.....	36
1. Objetivo geral.....	36
2. Objetivos específicos.....	36
V – PERCURSO METODOLÓGICO.....	37
1. Tipo de estudo.....	37
2. Cenário do estudo.....	38
3. Participantes do estudo.....	39
4. Critérios de inclusão.....	39
5. Procedimentos metodológicos.....	39
6. Coleta de dados.....	40
7. Análise dos dados.....	41
8. Cuidados éticos.....	42

VI – RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	43
1. Perfil sócio-profissional dos participantes do estudo.....	43
2. O contexto e a implantação do apoio matricial na rede de saúde do Paranoá e na Unidade Básica da Qd. 18 do Paranoá – DF.....	45
2.1 A metodologia dos encontros.....	46
3. As concepções das participantes, atribuídas ao apoio matricial em saúde mental	53
3.1 Apoio matricial: acolhimento e escuta qualificada.....	56
3.2 Apoio matricial e a construção de vínculos.....	57
3.3 Apoio matricial é trabalhar com a rede.....	59
3.4 compreendendo o processo de execução das ações matriciais em saúde mental e suas características sob o olhar da equipe da ESF.....	62
3.5 Educação permanente em serviço e o Apoio Matricial em saúde mental: ampliação de competências profissionais na atenção básica.....	69
VII – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
VIII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82
IX – APÊNDICE.....	89
Anexo 01.....	90
Anexo 02.....	101
Anexo 03.....	110
Anexo 04.....	112
Anexo 05.....	115
Anexo 06.....	116
Anexo 07.....	117
Anexo 08.....	118

I - APRESENTAÇÃO

A articulação entre saúde mental e atenção básica é um desafio a ser enfrentado atualmente, pois a melhoria da assistência prestada e a ampliação do acesso da população aos serviços com garantia de continuidade da atenção dependem da efetivação dessa articulação.

Com relação à saúde mental, temos ainda uma parcela importante desassistida – aqueles que não são considerados doentes mentais graves, portadores de algum transtorno mental persistente, mas que estão a sofrer em seus contextos de vida e que, o programa de saúde da família, de alguma forma tem resgatado para a unidade básica de saúde esta linha de cuidado, compartilhando e compondo a rede de atenção psicossocial junto aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF).

O meu percurso na saúde mental assim como na gestão de serviço de saúde, sempre foi calcado no foco da expansão, responsabilização e apropriação dos entes das redes de atenção psicossocial, sejam formais ou informais.

Neste processo, eu como gerente do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) desde agosto de 2008, busquei disseminar a função deste serviço de saúde, como o ordenador das ações de saúde mental nas redes assistenciais. Atualmente, as necessidades e demandas da população requisitam uma articulação efetiva do cuidado em saúde mental no território.

Neste estudo buscou-se dar visibilidade a uma experiência de busca e apropriação do conhecimento sobre saúde mental no âmbito da Atenção básica, mediante a utilização do dispositivo do matriciamento,

Trabalharemos questões de como um processo de cuidado compartilhado do usuário em saúde mental, que já ocorre neste território de forma contínua e permanente, traz ou não benefícios a rede de cuidado deste usuário. Assim neste estudo procuramos explorar e evidenciar a experiência do apoio matricial

desenvolvido junto à equipe Estratégia Saúde da Família, da Unidade Básica de Saúde (UBS) da quadra 18, da Região Leste de Saúde do Paranoá, com o intuito de busca e de apropriação de conhecimento, dentro da governabilidade da atenção básica, de maneira a otimizar processos de cuidado compartilhado aos usuários da saúde mental.

II - INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser percebido como uma das maiores conquistas sociais desde a Constituição de 1988. Baseado em princípios que apontam a democratização nas ações e serviços da saúde que deixaram de ser restritos e passaram a ser universalizados, e descentralização, bem como a equidade, universalidade e integridade.

O SUS tem sido capaz de estruturar e consolidar um sistema público de saúde de enorme relevância e que apresenta inquestionáveis para a população brasileira. Através dos resultados alcançados são inegáveis os avanços do mesmo, entretanto persistem problemas a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema único universal que possa prestar serviços de qualidade a toda população brasileira (CONASS, 2006).

A experiência brasileira centrado estrategicamente no modelo de atenção voltado para a Saúde da Família tem proporcionado mudanças positivas na relação entre os profissionais de saúde e a população, na estruturação dos serviços de saúde e no padrão de assistência à saúde oferecida à população pelo sistema público de saúde. Em face da progressiva expansão do processo de organização dos serviços de atenção básica nos municípios, os profissionais das Equipes de Saúde da Família necessitam de programas e conteúdos que os possibilitem desempenhar suas atribuições, cada vez mais próximos das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2000).

A inserção da Estratégia de Saúde da Família no SUS impõe a necessidade de se repensar o processo de trabalho e a gestão dos serviços da atenção básica, pois metodologias laborais centradas em procedimentos burocráticos, que se restringem a prescrever, tendem a fragilizar o envolvimento dos profissionais de saúde com os usuários dos serviços.

Para evitar tais tendências é preciso investir na mudança da estrutura assistencial e gerencial dos serviços de saúde, de maneira a criar novas formas de organização e gestão, novos arranjos organizacionais capazes de produzir outra

cultura e de lidar com a singularidade dos usuários. Estes novos arranjos devem ser transversais, no sentido de produzir e estimular padrões de relação entre trabalhadores e usuários, favorecendo assim, a troca de informações e a ampliação do compromisso dos profissionais de saúde (BRASIL, MS, 2004).

O apoio matricial é um arranjo organizacional que visa dar suporte às equipes de ESF, uma vez que esta requisita este apoio em detrimento ao simplório encaminhamento do paciente a especialidades médicas da rede de saúde.

“[...] enxergar outros aspectos de sua vida (sua inserção social, situação afetiva, outros problemas orgânicos, etc.). Isto garante que, no conjunto das intervenções terapêuticas, ocorram mais benefícios do que danos e que o projeto terapêutico envolva um compromisso com o usuário” (BRASIL, MS, 2004, p. 013).

“O processo de matriciamento em saúde mental ocorre na integração das equipes de saúde da família e atenção psicossocial para acompanhamento das pessoas com problemas psíquicos leves” (CAÇAPAVA J.R. 2008 & NUNES M. et. al, 2007, p. 04).

Este trabalho pretende fazer uma investigação acerca do processo matricial em saúde mental em uma unidade básica de saúde da cidade do Paranoá – DF, onde procura-se entender como este processo matricial se dá e reverbera nos processos de trabalho dos profissionais de uma unidade básica de saúde.

III – PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

1. Reformas sanitária e da saúde mental no contexto do SUS

No final do século XX, na década de 1970, surgiu movimento denominado Reforma Psiquiátrica, tratado aqui com o renovado movimento da reforma da saúde mental, movimento este que se encontrava em meio a denominada Reforma Sanitária Brasileira.

A reforma sanitária foi um movimento social, político e intersetorial que questionava o modelo de assistência em saúde do Brasil que vigorava à época que se baseava em uma saúde dividida em ações de caráter individual/curativo – sob responsabilidade da previdência social. Dizia respeito àqueles que trabalhavam no mercado formal e, portanto, contribuía com a previdência – e em ações de caráter coletivo/preventivo – sob responsabilidade do Ministério da Saúde, tais ações eram dirigidas aos que não estavam inclusos no mercado de trabalho e às camadas de baixa renda e/ou estado de miséria socioeconômica, intervindo na saúde pública:

“[...] intervenções de caráter focal, emergencial, sem que as causas fundantes dos problemas de saúde fossem alvo da ação” (BERTOLOZZI, 2003. p. 29).

Havia a necessidade de se repensar a aplicação do recurso público em saúde, uma vez que os setores de saúde privada prestavam assistência aos segurados da previdência e posteriormente levaram ao aumento significativo de leitos privados e sempre imprimindo o modelo hospitalocêntrico, centrado no médico e no alto custo das ações de saúde:

“[...] as práticas médicas biologizadas e hospitalocêntricas, amalgamadas pela medicalização dos processos saúde – doença, fruto da reforma flexneriana, e que mais e mais começam a colocar em tela, necessidades crescentes de especialização, deslocando o sujeito doente da vivência na sociedade” (BERTOLOZZI, 2003. p. 29).

Este período era chamado de “milagre econômico”, no qual, em um momento político gerido pelo governo militar, o desenvolvimento econômico era prioritário e o cidadão brasileiro um “soldado” produtor de riquezas para seu país.

Neste momento, o crescimento da rede privada de saúde se solidificou referendada por políticas da Previdência Social Brasileira que investia fortemente no sistema de assistência hospitalocêntrica. Evidencia-se a dicotomia entre ações de caráter individual, sob alvo da Previdência Social, e ações coletivas, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde.

Foi neste cenário que a Reforma Sanitária Brasileira provocou e questionou o Estado na tentativa de superação do modelo em vigor. Os atores desta reforma achavam imprescindível fazer a distinção entre os termos saúde pública e saúde coletiva, sendo o último um termo vinculado à determinação histórica dos processos saúde-doença e ao esforço para ações de transformação radical nas ações em saúde (FONSECA; BERTOLOZZI, 1997).

A partir de então começou-se o fomento da necessidade de uma saúde como direito de todos e dever do Estado. Um indicador seria de que a democracia da saúde, remetia a ideia de que o Estado com saúde era um Estado democrático de direitos. Esta proposta imprimia que o movimento da reforma sanitária era também um movimento de liberdade e conquistas de direitos vislumbrando um estado livre da ditadura onde a conquista desta liberdade teria como primeiro passo uma saúde para todos.

“[...] a necessidade de acesso aos bens sociais que determinavam a melhoria da qualidade de vida da população e, portanto, a saúde da mesma e; a necessidade de o acesso ser universal e igualitário” (MERHY, 1997, p. 210).

A Reforma Sanitária Brasileira, poderia ser definida como um movimento que buscou a universalidade do cuidado em saúde e, considerava que a porta de entrada para este cuidado tinha que ser a unidade básica de saúde, uma vez que a mesma está no contexto de vida das pessoas. Merhy fez um alerta sobre a estruturação desta nova proposta:

“[...] a rede básica teria de ser inventada tecnologicamente, não bastando incorporar o que já se acumulou em outras experiências, simplesmente agregando assistência médica à saúde pública ou combinando-as no mesmo espaço institucional. A experiência, sem um repensar mais radical sobre a publicização da gestão no

processo de trabalho em saúde e sobre a natureza e sentido das tecnologias em saúde, além do tipo de incorporação tecnológica, já vinha mostrando que desembocaria em uma medicalização do modelo” (MERHY, 1997, p. 211).

De acordo com Cohn (1989), o Sistema Único de Saúde – com os princípios e diretrizes de: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização e participação da comunidade – era o objetivo último da Reforma Sanitária, uma vez que esta traria consigo a adoção do conceito da saúde como direito de todos e dever do Estado.

A consolidação destes conceitos teve seu marco na 8ª Conferência Nacional de Saúde que ocorreu no ano de 1986 e, o relatório final desta teve como focos: reformulação dos sistemas nacional de saúde e financiamento setorial. A partir daí tínhamos então uma base para elaboração do capítulo que discorreria acerca da saúde na Constituição Federal de 1988. A partir da formalização do Sistema Único de Saúde (SUS) estruturou-se os seguintes princípios:

- Descentralização;
- Atendimento integral;
- Participação da comunidade.

“A regulação infraconstitucional do SUS, objeto de intenção e discussão, completa, em 1990, com a adição de duas Leis. A Lei n. 8.080 em 19 de setembro, tratando do processo de descentralização, das competências das diferentes esferas de governo e da organização do Sistema, e a Lei n. 8.142, de 28 de dezembro, versando sobre a participação da comunidade e os mecanismos de transferência de recursos financeiros às demais instâncias de gerência, estabelecendo a previsão de remessas regulares e automáticas do governo federal” (NEGRI, 2002, p. 07).

No Brasil, no fim da década de 70, no século passado, insurgiu como já mencionado, o movimento da Reforma Psiquiátrica. Neste, foram identificados três períodos importantes, denominados por Amarante (2001), como trajetória no movimento da Reforma Psiquiátrica, sendo eles os seguintes: “trajetória alternativa” – referente aos últimos anos da década de 1970 - , “trajetória sanitarista” – do início da década de 80, até a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental - , e, “trajetória da desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção”. Esta divisão tem uma finalidade metodológica, pois segundo Amarante:

“[...] talvez seja mais correto pensar em uma periodização composta de trajetórias do que propriamente por etapas ou conjunturas apenas. A ideia de trajetória, permite uma visualização de percursos, de caminhos que, muitas vezes, se entrecruzam, se sobrepõem. A trajetória refere-se mais à existência e desenvolvimento de uma tradição de uma linha prático – discursivo, do que determinada conjuntura” (AMARANTE, 2001, p. 132).

A reforma da saúde mental insurgiu neste contexto trazendo críticas acerca dos cuidados destinados aos denominados loucos, cuidados estes quase sempre pautados por segregação, isolamento social, violência, hipermedicalização e tutela destas pessoas; o foco estavam nas instituições manicomiais existentes à época, quase todos privados; fator que potencializou um aumento exponencial do número de leitos em função da política previdenciária vigente à época, o que possibilitava a mercantilização da loucura e, que sendo assim, alavancou o período denominado de indústria do loucura (AMARANTE, 2001).

Os hospitais psiquiátricos sequestravam toda e qualquer possibilidade de trocas afetivas e/ou materiais entre os pacientes, familiares e os profissionais de saúde mental. Os atores da reforma da saúde mental apontavam que este tipo de tratamento era ineficaz, cronificador e estigmatizante.

As primeiras manifestações do movimento foram no sentido de propor a produção de alternativas para a transformação do modelo assistencial destinado a pessoas com transtornos mentais, modelo este que tinha como respaldo o paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico.

O paradigma psiquiátrico distanciava a assistência ao chamado “louco” de seu espaço social, sob a justificativa de periculosidade e marginalidade. A relação que se estabelecia entre o sujeito adoecido mentalmente e o profissional que o assistia era pautada por uma hierarquia de saberes, onde o médico detinha o poder do conhecimento e, portanto, ele saberia e determinaria o que era “bom” para o usuário, sendo assim, a leitura subjetiva deste sujeito e sua história sócio familiar de seu sofrimento psíquico não tinham valor terapêutico.

“Uma codificação dos comportamentos é justificada pelo saber competente, multiplicado no imaginário social da modernidade. É a passagem de uma visão trágica da loucura – perfeitamente integrada

no universo social do renascimento – para uma visão crítica, produtora de redução, exclusão e morte social” (AMARANTE, 2001, p. 064).

E, ainda acerca do paradigma psiquiátrico e, conseqüentemente, da internação psiquiátrica como resolução para o sofrimento psíquico:

“[...] aquele que entra no manicômio, não assume o papel de doente, e sim o de internado, que deve expiar uma culpa da qual não conhece as características nem a sentença, nem a duração de sua expiação. Há médicos, aventais brancos, enfermeiros e enfermeiras, como se tratasse de um hospital, mas na realidade, se trata somente de um lugar de custódia, onde a ideologia médica é um álibi para a legalização de uma violência, que nenhuma organização está destinada a controlar [...]”. (BASAGLIA, 1974, p. 02).

A Reforma Psiquiátrica foi, também, influenciada pelas experiências ocorridas em países como Estados Unidos, França, Inglaterra e, especialmente, pela Psiquiatria Democrática Italiana:

“Com uma crítica radical ao paradigma psiquiátrico, a tradição iniciada por Franco Basaglia e continuada pelo movimento da psiquiatria democrática italiana afirmam a necessária e urgente revisão das relações, a partir das quais o saber médico funda sua praxis. A tradição basagliana vem matizada com cores múltiplas; traz em seu interior a necessidade de uma análise histórico – crítica a respeito da sociedade e da forma como esta se relaciona com o sofrimento e a diferença”. (AMARANTE, 2001, p. 064).

No Brasil, este movimento contou com a maciça participação dos trabalhadores em saúde mental e dos usuários e seus familiares que versavam as questões acerca da garantia dos direitos dos usuários e da inclusão destes no cotidiano social. Sendo assim, a Reforma Psiquiátrica no Brasil caracteriza-se como um movimento contra – hegemônico que foi construindo paradigmas, produzindo cisões em vários segmentos e ampliando e estabelecendo alianças com outros setores da sociedade; o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) dentre outros atores, teve fundamental importância neste contexto, pois:

“[...] assumiu o relevante papel de produzir o debate público sobre a questão psiquiátrica, denunciando as condições desumanas de vida no interior dos manicômios, a cronificação, reclusão e discriminação dos doentes mentais, as péssimas condições de trabalho dos profissionais e a privatização da assistência psiquiátrica por parte da Previdência Social. A violência das instituições psiquiátricas foi apresentada à sociedade civil: cenas impressionantes dos grandes

manicômios do Brasil, como o Juqueri, no Estado de São Paulo, a Colônia Juliano Moreira, no Estado do Rio de Janeiro, e o Hospital de Barbacena, no Estado de Minas Gerais, foram veiculadas pelos meios de comunicação”. (NICÁCIO, 2003, p. 037).

A partir da década de 1980, inicia-se a segunda trajetória – trajetória sanitária – onde foram se somando novos atores e setores da sociedade brasileira. O Movimento do Trabalhadores de Saúde Mental começava a se instalar como aparelho estatal através da implementação do controle social da saúde e da democratização da saúde como o direito de todos e dever do estado, em substituição à antigas lideranças administrativas corporativistas (governos neo – liberais, fundações privadas de saúde, entre outros) que desde as primeiras décadas do séc. XX propunham ações com acesso restrito apenas à uma parcela da população que possuíam vínculo empregatício formal, ficando assim à margem todo um conglomerado de pessoas desempregadas ou que estivessem em situação de vulnerabilidade social.

A trajetória sanitária se encerra quando ocorre a I Conferência Nacional de Saúde Mental, entretanto cabe destacar que esta foi produto de várias discussões e conflitos acerca dos caminhos da Reforma Psiquiátrica e, antes que tal conferência ocorresse, foram muitos os encontros municipais e estaduais, além da I Conferência Estadual de Saúde Mental.

“Pode-se dizer então, que a trajetória sanitária foi um período de reflexões e embates importantes para os rumos da Reforma Psiquiátrica” (AMARANTE, 2001. p. 034).

A I Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu em 1987 com os seguintes temas: “Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre a saúde e doença mental; Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental e Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental (BRASIL, MS, 1988).

Destaca-se no relatório desta conferência: participação da sociedade civil na elaboração, implementação e tomadas de decisão nas políticas de saúde mental e; a prioridade dos investimentos para os serviços extra-hospitalares (BRASIL, MS, 1988).

Esta trajetória foi determinante para o processo de desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção. Esta trajetória foi e vem ao longo destes anos sendo objeto de muitas reflexões e transformações, fato denotado no II Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental, que com o lema “Por uma sociedade sem manicômios” produziu:

“[...] uma ruptura com os marcos conceituais e as estratégias políticas e operativas até então delineados e abriu novo campo de possibilidades e de desafios éticos, teóricos, sociais, institucionais e jurídicos” (NICÁCIO, 2003, p. 027).

De acordo com Amarante (2001), o lema acima citado retomou a questão da violência praticada nos manicômios, ganhando espaço nos meios sociais, e, sendo assim devia ser entendido como estratégico quando:

“[...] propositadamente utiliza a expressão manicômio, tradicionalmente reservada ao manicômio judiciário, para denunciar que não existe diferença entre este ou um hospital psiquiátrico qualquer [...]” (AMARANTE, 2001, p. 144).

Ainda segundo este autor, também no Congresso de Bauru – nome pelo qual ficou conhecido o II Congresso dos Trabalhadores em Saúde Mental – que surge a ideia de instituir o Dia Nacional da Luta Antimanicomial:

“A princípio havia se pensado no dia 13 de maio para tal comemoração, dia da aprovação da Lei n. 180 na Itália, da abolição da escravatura e, coincidentemente, do nascimento de Lima Barreto, autor de O cemitério dos vivos, Diário do hospício e O triste fim de Policarpo Quaresma. Contudo, o dia de comemorar a luta antimanicomial é 18 de maio [...]” (AMARANTE, 2001, p. 145).

Esta trajetória deflagrou a necessidade de novas instituições e intervenções que possibilitassem mais do que a saída dos usuários dos hospitais, ou seja, que possibilitassem trocas subjetivas, materiais e sociais, e conseqüente apropriação da vida. Desta maneira, dá-se a criação do Centro de Atenção Psicossocial Luís da Rocha Cerqueira, o primeiro no Brasil que se propunha a uma nova prática assistencial aos usuários com transtornos mentais e, sendo assim sua equipe profissional foi:

“... constituída, portanto, de profissionais em sua grande maioria, com experiência na rede pública de saúde, e mais do que isso, com forte desejo de transformar os modelos de atenção em saúde mental.

Participar da construção daquele trabalho, naquele momento histórico era participar, por um lado, de uma espécie de núcleo de resistência a desmontagem que estava sendo empreendido e, por outro, da construção de um lugar de possibilidades, de invenção e criação” (YASUI, 2010, p. 046).

Nesta trajetória, em 1989, dá-se a intervenção na Casa de Saúde Anchieta em Santos (SP) e, posterior criação dos NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial, serviços que pretendiam substituir as internações. Além disto, neste mesmo ano, foi proposto ao Senado Federal o Projeto de Lei 3.657/89 apresentado pelo deputado Paulo Delgado, que dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, além de regulamentar a internação compulsória e, nos anos seguintes foi aclamada a **Declaração de Caracas (OMS/OPAS)**, que dispunha sobre a necessidade de reestruturação da assistência psiquiátrica na América Latina (NICÁCIO, 2003).

Somado a isso, há de registrar a II Conferência Nacional de Saúde Mental, que ocorreu no ano de 1992, e, portanto, já encontrou o Sistema Único de Saúde em implementação. Esta foi produto de mobilização de milhares de pessoas – usuários de saúde mental, familiares, profissionais de saúde - e de diferentes atores e setores sociais e, tinha os seguintes temas centrais:

Rede de atenção em saúde mental;

Transformação das leis e cumprimento das mesmas;

Direito à atenção em saúde e direito à cidadania (BRASIL, MS, 1994).

As recomendações no relatório final desta Conferência versaram acerca da afirmação, garantia e reconstrução dos direitos da cidadania das pessoas com sofrimento psíquico e; a transformação do modelo assistencial em saúde mental de forma a superar o hospital psiquiátrico (BRASIL, MS, 1994).

Nos anos subsequentes, diversas experiências e iniciativas foram realizadas, nos campos: conceitual, assistencial, jurídico e cultural, demonstrando a viabilidade de uma rede substitutiva ao modelo asilar.

Depois de vários trâmites pelo Senado, o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado foi aprovado sob forma de Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2001, onde

propõe a diminuição progressiva dos hospitais psiquiátricos, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, normatizando e regulando a expansão da rede de Centros de Atenção Psicossocial em todo território nacional (BRASIL, MS, 2004).

Diante das transformações que vieram se sucedendo, neste mesmo ano, ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental que trazia como tema: “Cuidar, sim. Excluir, não – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”. A mesma teve como eixo temático a reorientação do modelo assistencial e, este por sua vez teve os seguintes subtemas:

Financiamento;

Recursos humanos;

Controle social;

Acessibilidade, direitos e cidadania (BRASIL, MS, 2002).

Neste evento, além de ter sido possível destacar a evolução da rede de Centros de Atenção Psicossocial / Núcleos de Atenção Psicossocial, foi possível verificar que, contrariando todos movimentos de desinstitucionalização, era prevalente o alto número de leitos em hospitais psiquiátricos, uma realidade à violação dos direitos humanos fundamentais das pessoas com transtornos mentais (NICÁCIO, 2003). Desta forma, a III Conferência representaria:

“[...] um inequívoco fortalecimento do consenso em torno da proposta da Reforma Psiquiátrica, com toda sua pluralidade e diversidade interna, elaborando propostas e estratégias para efetivar e consolidar um modelo de atenção em saúde mental totalmente substitutivo ao manicomial” (BRASIL, MS, 2002. p. 019).

Desta estratégia foram obtidas conquistas no que diz respeito a assistência à pessoa com transtornos mentais graves e persistentes – reconhecendo que ainda não existe um consenso prático na atenção a esta população, pois o hospital psiquiátrico continua sendo um forte instrumento de intervenção utilizando-se da justificativa da fragilidade da rede de serviços substitutivos 24h para coexistirem na rede de cuidado em saúde mental, o que denota que ainda há muito a se conquistar, como por exemplo a gritante necessidade de expansão de unidades CAPS pelo

país, assim como, o acolhimento e cuidado ao paciente doente mental nos hospitais gerais com equipes da rede de saúde pública.

Tais conquistas se deram, também, no âmbito legal – Leis Federais e Estaduais, Portarias do Ministério da Saúde e Resoluções e Deliberações, sendo importante citar a lei n. 10.216/01 e a portaria GM/MS n. 336 de 19 de fevereiro de 2002 – que estabelece parâmetros para o funcionamento dos serviços substitutivos, acrescentando serviços específicos para as áreas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas e à infância e adolescência (BRASIL, MS, 2004).

Atenta-se ao fato de que a Reforma Psiquiátrica não pode ser reduzida apenas à organização dos serviços de saúde mental. Esta reforma iniciou-se como um movimento e hoje pode ser considerada uma estratégia assistencial que busca além da transformação das práticas em saúde mental, a transformação dos saberes e do modo como a sociedade se relaciona com a loucura. Desta forma, pode dizer que a Reforma psiquiátrica é um processo complexo, entendendo que processo:

“[...] indica algo em permanente movimento, que não tem um fim predeterminado, nem um objetivo último ou ótimo. Aponta para a constante inovação de atores, conceitos e princípios que marcam a evolução da história”. (AMARANTE, 2003. p. 04).

E, que a noção de complexidade:

“[...] atende ao desafio de resgatar a singularidade da operação ocultada pelo conceito, sem que esse desmascaramento signifique “descobrir” a “verdadeira realidade” do objeto. É uma atitude epistemológica no sentido de reabrir a possibilidade de recomplexificação do fenômeno”. (AMARANTE, 2003. p. 08).

Sendo assim, pode-se pensar a Reforma Psiquiátrica hoje, de acordo com Amarante (2003), tendo quatro dimensões: 1) epistemológica ou teórico-conceitual – que diz respeito ao campo de produção de saberes e conhecimentos; 2) técnico-assistencial – vem à tona a que questão de qual modelo assistencial é possibilitado por uma determinada concepção de loucura; 3) jurídico-política – nesta dimensão, o mais importante é rediscutir a redefinir as relações sociais e civis, no que diz respeito a cidadania e aos direitos humanos e sociais; 4) sociocultural – expressa a necessidade de transformar o lugar que a loucura ocupa na nossa sociedade; sendo

assim, esta dimensão diz respeito às estratégias e ações que visam transformar a concepção de loucura no imaginário da sociedade, transformando as relações entre a loucura e o social.

Diante deste percurso, podemos apontar ao fato de que a Reforma Psiquiátrica buscou a cisão com práticas e saberes que não consideram a experiência e sofrimento, enclausurando e segredando indivíduos que padecem de sofrimento/adoecimento mental.

2. Estratégia de Saúde da Família

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. (BRASIL, 2012)

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o

sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2012).

A portaria do MS - PNAB - que estabelece os parâmetros estruturais da AB, ainda menciona que o PSF visa a reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS (BRASIL, 2011).

[...] a efetivação da reorganização da atenção básica pela estratégia do PSF não se resume a uma nova configuração da equipe técnico-assistencial, mas ao novo processo de trabalho marcado pela prática ética, humana e vinculada ao exercício da cidadania e que favorece a qualidade da relação interpessoal no âmbito do SUS (ZOBOLI; FORTES, 2004, p. 1690).

A Saúde da Família (SF) foi criada pelo MS em 1994, com o propósito de orientar a organização da Atenção Básica no país no sentido de garantir os princípios de territorialização, longitudinalidade no cuidado, intersetorialidade, descentralização, co-responsabilização e equidade, priorizando grupos populacionais do SUS. Nos primeiros anos, recebeu a denominação de Programa Saúde da Família (PSF) e, posteriormente, em sua fase de consolidação, passou a ser denominada Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2008).

Em sua essência, a ESF foi pensada como mecanismo de ruptura em relação ao comportamento passivo e baseada em ações das unidades básicas de saúde, entendendo o indivíduo como singular e como parte de um contexto mais amplo que é a família e a comunidade (BRASIL, 2008).

A ESF propôs reorganizar a Atenção Primária à Saúde a partir da família e seu ambiente físico e social, possibilitando maior compreensão do processo saúde-doença, com intervenções além das práticas curativas. No contexto do cotidiano de atenção à saúde e temática, ambiente saudável e qualidade de vida devem ser considerados, por influenciar na qualidade do serviço prestado e repercutir em promoção de saúde. Ainda, com relação à qualidade do serviço prestado em saúde pública, a Constituição brasileira legitima o direito de todos, sem qualquer discriminação às ações de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os níveis de atenção, é orientado por diretrizes que valorizam práticas em saúde voltadas aos direitos humanos. As relações estabelecidas entre profissionais de saúde e usuários estão entre os temas desafiadores para a

reorganização dos serviços de saúde, sendo, dessa forma, essenciais à plena implementação do SUS (LIMA *et al.*, 2014,p.153).

O embrião da Estratégia de Saúde da Família (ESF) – que antes era denominada como Programa de Saúde da Família (PSF) – foi o programa de agentes comunitários (PACS). Tal programa foi criado em 1991, para responder aos altos índices de morbimortalidade infantil e materna no Nordeste brasileiro. O programa foi pensado e implantado nesta região por motivos anteriormente citados, mas também por concentrar a maior parcela da população carente do país, portanto, expostos a maiores riscos de adoecimento e mortalidade.

Na intenção de que a identidade cultural das populações fosse preservada, os agentes comunitários de saúde, residentes nas comunidades locais e que eram responsáveis pelo acompanhamento de 130 a 200 famílias destas suas comunidades, foram o fator determinante para que os princípios da vigilância sanitária de responsabilidade regional fossem ampliados e possibilitaram a consolidação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACSS).

Simultâneos ao programa de agentes comunitários, foram desenvolvidas experiências de programas de famílias, sendo o município que Quixadá (CE) o pioneiro no Estado do Ceará. Em 1994, foi proposto pelo Ministério da Saúde o Programa Saúde da Família que passou a ser um programa transitório para a posterior instituição do Estratégia de Saúde da Família, com o propósito de reorganizar a prática da atenção em saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, centrado no hospital, além de assumir o desafio de garantir o acesso igualitário de todos aos serviços de saúde.

Na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) tornou-se um dispositivo estratégico para substituição do modelo assistencial curativo e hospitalocêntrico.

“Em suas diretrizes, focaliza a prevenção de doenças, o controle de agravos e a promoção da saúde. As ações devem ser operadas no contexto territorial e comunitário com atuação multidisciplinar e participativa”. (BRASIL, MS, 1997. p. 011).

A partir de 1998, observa-se uma expansão das áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família nos municípios, estados e regiões do país, consolidando-se assim, como estratégia prioritária para a reorganização da rede de atenção básica (CANESQUI, OLIVEIRA, 2002). Mas foi de acordo com a Portaria n. 648, de 28 de março de 2006, que a Atenção Básica à Saúde consolidou-se como:

“[...] um conjunto de ações em saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (...) dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem estas populações (...) Orienta-se pelos princípios da universalidade da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio – cultural [...]”. (BRASIL, MS, 2006. p. 02).

As equipes de saúde da família devem se responsabilizar pela atenção em saúde de uma determinada comunidade estabelecendo vínculos que possam:

“[...] envolver os pacientes, famílias, e comunidade na produção de sua própria saúde. Estimular o autocuidado, valer-se da educação em saúde para aumentar a capacidade das pessoas serem terapeutas de si mesmas. Considerar cada grupo como agentes de saúde de sua própria família e de sua própria comunidade (...) Descobrir dentro da própria comunidade pessoas ou grupos de cuidadores que ajudem a equipe no cuidado de casos complexos”. (CAMPOS, 2003, p. 072).

Segundo Junqueira (2008), são características específicas do processo de trabalho da ESF: manutenção do cadastramento atualizado das famílias, definição precisa do território (mapeamento e reconhecimento da área adstrita), abordagem dos critérios de risco à saúde para programação das atividades, cuidado familiar ampliado, trabalho interdisciplinar e em equipe, ações intersetoriais, criação de vínculos de confiança entre profissionais de saúde e usuários, estímulo à participação da comunidade no controle social e avaliação sistemática das ações implementadas.

O Ministério da Saúde aponta a importância da institucionalização da avaliação da ESF e busca realizá-la através do envolvimento dos diversos atores que compõem tal contexto, em especial, os usuários. Nesse sentido, acredita-se que a escuta aos usuários em relação a

sua percepção acerca da ESF é uma parte importante desse processo de avaliação preconizado pelo Ministério da Saúde e em concordância com as diretrizes de diversos países como Estados Unidos, Inglaterra, França e Canadá. Além disso, dar voz aos usuários pode representar melhorias significativas para a consolidação da ESF como novo modelo assistencial (TAHAN-SANTOS, 2011, p. 36).

Soratto *et al.* (2015) concluíram que a ESF se trata de uma inovação tecnológica não material do tipo incremental. Inovação tecnológica, pois houve a introdução de um novo ou significativamente melhorado serviço (produto) e método (processo) de produzir saúde. Houve também, a implementação de um modelo organizacional não utilizado anteriormente no modelo tradicional de atenção à saúde. Não material, pois pertence à esfera de produção imaterial, onde o produto do trabalho é gerado durante a própria realização da assistência em saúde, e não tem um resultado físico, como na produção material. Por fim, é incremental, pois não rompeu totalmente com as práticas do modelo tradicional de saúde, mas as aperfeiçoou, melhorando as ações assistenciais e os determinantes de morbimortalidade. Esses autores ainda elucidam que a definição da ESF como uma inovação tecnológica em saúde, não se dá pelo seu possível aparato tecnológico material que as estruturas físicas possuem ou deixam de possuir nas diferentes realidades geográficas, mas sim, pelos princípios teóricos e políticos em que se ancora, consistindo em um caminho profícuo para superar os limites da concepção tradicional de pensar e produzir saúde.

A ESF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos no MS, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como uma Estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados. Este programa deve ser entendido como modelo substitutivo da rede básica tradicional – de cobertura universal, porém assumindo o desafio do princípio da equidade – e reconhecido como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes.

O apoio matricial é um arranjo organizacional que visa dar suporte às equipes de ESF, uma vez que esta requisita este apoio em detrimento ao simplório encaminhamento do paciente a especialidades médicas da rede de saúde.

“[...] enxergar outros aspectos de sua vida (sua inserção social, situação afetiva, outros problemas orgânicos, etc.). Isto garante que, no conjunto das intervenções terapêuticas, ocorram mais benefícios do que danos e que o projeto terapêutico envolva um compromisso com o usuário”. (BRASIL, MS, 2004. p. 013).

A articulação entre saúde mental e atenção básica é um desafio a ser enfrentado atualmente, pois a melhoria da assistência prestada e a ampliação do acesso da população aos serviços com garantia de continuidade da atenção dependem da efetivação dessa articulação.

“A política de Saúde Mental (2003) e a política Nacional de Humanização (2004) preconizam o apoio matricial como dispositivo de intervenção junto à Atenção Básica, pautado pela noção de território, intersetorialidade, integralidade, considerando o trabalho organizado pelo princípio de responsabilidade compartilhada entre equipe de referência e serviços especializados, e o estabelecimento da continuidade na atenção em saúde”. (FIGUEIREDO, 2005. p. 01).

O campo da saúde mental vem passando por transformações conceituais e operacionais há pelo menos 46 anos, na qual o modelo assistencial passa a ser de base comunitária em substituição ao modelo centrado no hospital psiquiátrico e no confinamento. Sendo assim, a incorporação de ações de saúde mental na rede de atenção básica contribuirá para a consolidação deste novo modo de pensar e cuidar da saúde mental.

3. Apoio matricial em saúde mental

O desenvolvimento e expansão, nos últimos anos, da Estratégia de Saúde da família e dos serviços substitutivos aos manicômios como: Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT's), marcam um progresso na política do Sistema Único de Saúde. Contudo, os serviços substitutivos têm se dedicado à desinstitucionalização dos usuários que permanecem por longo

tempo num regime asilar e aos casos de transtornos mentais graves e persistentes, e, sendo assim, o sofrimento psíquico menos grave continua sendo objeto de intervenção de ambulatórios ou de rede de atenção básica (BRASIL, MS, 2003).

De acordo com estimativas internacionais e do Ministério da Saúde, 3% população brasileira (aproximadamente 6,3 milhões de habitantes) necessitam de cuidados contínuos – são aqueles que têm transtornos mentais graves e persistentes – e, mais 9% (aproximadamente 18,9 milhões de habitantes) precisam de atendimento eventual – situações de transtornos mentais leves a moderados (BRASIL, MS, 2003).

Evidencia-se que as unidades CAPS não poderão ser consideradas os únicos serviços de saúde mental existentes, pois a atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidado onde nela se encontra a ESF (BRASIL, MS, 2003).

Neste processo, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) apresenta-se como serviço de saúde ordenador das ações de saúde mental nas redes assistenciais. Atualmente, as necessidades e demandas da população requisitam uma articulação efetiva do cuidado em saúde mental no território.

“A complexidade dos problemas de saúde mental exige a articulação entre as múltiplas formas assistenciais às quais o usuário recorre como subsídio para suas demandas e necessidades de vida. No campo da saúde mental, o território constitui o lugar onde as situações, as pessoas ou as relações mais complexas que envolvem o seu (des) equilíbrio estão presentes”. (ALVES & GULJOR, 2003. p. 222)

Com o advento da Estratégia de Saúde da Família, que tem como uma de suas posturas não esperar a demanda, mas ir ao território atuar de forma preventiva, certamente emergirão demandas em cuidado e atenção ao sofrimento psíquico de usuários que não alcançaram a rede de atenção em saúde especializada. Dada sua inserção nos territórios:

“[...] as equipes da Atenção Básica são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e outras drogas e diversas formas de sofrimento psíquico [...]”. (BRASIL, MS, 2004. p. 079).

No entanto, é comum que profissionais generalistas não estejam familiarizados com cuidados em saúde mental, tendo em vista o longo histórico de marginalização que esta área da saúde sofreu até o final do último século. A escassez de profissionais nas equipes de saúde, a falta de capacitação para lidar com questões complexas no cuidado em saúde mental, são entraves relevantes nesta proposta de ampliação da rede de cuidado em saúde.

Nesta compreensão, faz-se fundamental incentivar nas políticas de expansão, formulação e avaliação da atenção básica, diretrizes que levem em consideração a subjetividade dos usuários e, portanto, o sofrimento psíquico. As ações em saúde mental na Atenção Básica devem ser respaldadas pelos princípios do SUS e da Reforma da Saúde Mental – noção de território; organização da atenção à saúde mental em rede; intersetorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade/interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção da cidadania dos usuários; construção da autonomia de usuários e familiares (BRASIL, MS, 2003).

Nesta perspectiva, o apoio matricial, como já citado, é um arranjo na organização dos serviços que visa dar suporte às equipes de PSF adstritas a determinado território, uma vez que esta, enquanto responsável pelo usuário e/ou sua família, não os encaminha e sim, requisitam apoio da rede formal e intersetorial da saúde para a atenção necessária a este usuário.

O prefixo Matri vem do latim mãe, origem, de onde se vem; o matriciamento está relacionado à esta noção – de onde se gera – pois é uma oferta especializada da saúde mental às equipes de saúde da família, na geração de um novo olhar, de um novo saber – que se pretende transdisciplinar e não multidisciplinar -, de uma nova forma de assistência ao sofrimento psíquico (CAMPOS, NASCIMENTO, 2003).

“Entende-se o apoio matricial como um arranjo institucional criado para promover uma interlocução entre os equipamentos de saúde, por exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e as Unidades de Saúde (US), numa tentativa de organizar o serviço e o processo de trabalho de modo a tornar horizontais as especialidades e estas permearem todo o campo das equipes de saúde”. (GOMES, et al. 2006. p. 04).

O apoio matricial é uma forma de ampliar a oferta de ações em saúde, que busca saberes e práticas especializados, mas onde o usuário mantém sua referência com a equipe de seu território. De acordo Campos e Domitti (2007), trata-se de uma metodologia de trabalho complementar que transcende os protocolos de trabalho de referência e contra referência dos centros de regulação. O apoio matricial propõe uma retaguarda assistencial e o suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Está subordinada à construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem o apoio matricial. Essas diretrizes preveem critérios para acionar o apoio e definir o processo de compartilhamento e co-responsabilização do cuidado do usuário por todos os entes deste processo.

A ideia central do apoio matricial em saúde mental é a responsabilização compartilhada dos casos, visando a exclusão da lógica de encaminhamento e o aumento da resolutividade dos casos que se apresentam para as equipes de saúde e de matriciadores; pautando dimensões que não sejam somente biológicas e sintomáticas, além disso, possibilitar a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica nas equipes. Por meio do Apoio Matricial, equipes de saúde e matriciadores irão distinguir as situações individuais e coletivas; as situações que são do cotidiano da vida e, que, portanto, podem ser acolhidas pela equipe da ESF e por outros recursos sociais da comunidade, das situações que demandam atuação especializada de saúde mental, evitando assim práticas que levem a “psiquiatrização” e “medicalização” do sofrimento humano (FIGUEIREDO, 2005).

“[...] este Sistema Matricial que combina Método de Referência (trabalho tendente à polivalência e à integralidade) com a oferta horizontal de serviços (trabalho mais específico e especializado) permite valorizar todas as profissões de saúde, tanto conservando a identidade de cada uma delas, quanto empurrando-as para superar uma postura burocrática, típica de modo tradicional de organizar os serviços de saúde” (CAMPOS, 1998. p. 398)

Com o apoio matricial, a integração incide na interlocução entre CAPS e ESF, sobretudo. Dessa maneira, o trabalho das equipes do matriciamento compartilham informações territoriais, demandas clínicas e de procedimentos bem como ampliam seu potencial resolutivo perante os casos e demanda em saúde mental.

“[...] a dispensação de medicamentos psicotrópicos e o consequente controle requerido para tal atividade constituem o principal registro da atuação na área de saúde mental na ESF. Acrescentam-se os registros de referência e contra referência para unidades especializadas e hospitalares. Sendo assim, a demanda atendida na ESF revela pouco da situação real vivenciada pela população no tocante ao sofrimento psíquico. Portanto, é no território onde a população efetiva seu cuidado e, por isso, os dispositivos assistenciais do SUS devem se articular com tais instituições para compor pactos de atuação integrada”. (PINTO, et al, 2012. p. 658).

Para a organização das ações de Apoio Matricial, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) propõe que nos municípios onde houver CAPS, Oficinas e/ou outros equipamentos de saúde mental, serão os profissionais destas equipes que desempenharão o Apoio Matricial junto à Atenção Básica.

Sendo assim, estas unidades devem organizar a carga horária de seus profissionais para encontros semanais com as equipes de saúde da família e formas de contato para possíveis intercorrências. E, nos municípios que não tiver oferta de serviços de saúde mental, deve ser criada uma equipe de Apoio Matricial para responder às demandas de saúde mental.

No entanto, devemos aqui contextualizar que a atual condição estrutural de serviços CAPS no Distrito Federal, está bem aquém do ponderado pelas portarias do MS. Atualmente do DF dispõe de apenas 17 unidades CAPS funcionando (incluindo atenção em saúde mental adulto, álcool e outras drogas e saúde mental infante – juvenil) configurando uma assistência de 1 unidade Caps para cada 177 mil habitantes (IBGE, 2018), capacidade demasiadamente excedente à capilaridade destes Centros de Atenção Psicossocial, comprometidos ainda, pelo baixo efetivo de profissionais lotados na unidades e a ausência da lógica de territorialidade, aonde estes Caps respondem por regiões sanitárias que sequer pertencem a sua região de saúde.

IV – OBJETIVOS DO ESTUDO

1. Objetivo Geral:

Identificar as percepções dos profissionais de saúde acerca do apoio matricial em saúde mental desenvolvido em uma unidade básica de saúde do DF.

2. Objetivos Específicos:

Descrever o processo de desenvolvimento e implementação do apoio matricial em saúde mental nesta UBS;

Identificar a compreensão dos profissionais de saúde dessa UBS sobre o apoio matricial em saúde mental;

Identificar as potencias e os limites da inclusão das ações de saúde mental no território da UBS;

Identificar como se constitui o processo de ações matriciais em saúde mental aos participantes que compõem esta equipe de estratégia de saúde da família.

Identificar a formatação do processo de ações matriciais em saúde mental juntos aos participantes que compõem esta equipe de estratégia de saúde da família;

Conhecer os aspectos relevantes para os profissionais de saúde no que tange ao seu papel como agente de saúde na rede de atenção psicossocial daquela região de saúde.

V – PERCURSO METODOLÓGICO

1. Tipo de estudo.

Esta é uma pesquisa qualitativa do tipo descritiva exploratória, pois está relacionada à transformação, tentando resumir as relações de identidade entre o grupo de entrevistados, problematizando e discutindo seus singulares percursos de experiências das ações matriciais em saúde mental, buscando assim, trazer efetividade em termos de produção científica e prática em saúde neste caso específico.

A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas (MINAYO, SANCHES, 1993).

“[...] em um trabalho de campo profícuo, o pesquisador vai construindo um relato composto por depoimentos pessoais e visões subjetivas dos interlocutores, em que as falas de uns se acrescentam às dos outros e se compõem com ou se contrapõem às observações. É muito gratificante quando ele consegue tecer uma história ou uma narrativa coletiva, da qual ressaltam vivências e experiências com suas riquezas e contradições. (...) é preciso ressaltar que um relato coletivo não significa um conto homogêneo e, sim, uma história em que os diversos interesses e as várias visões tenham lugar e possibilidade de expressão (...) o trabalho de campo não é um exercício de contemplação, tanto na observação como na interlocução com os atores o investigador é um ator ativo, que indaga, que interpreta, e que desenvolve um olhar crítico” (MINAYO, 2001. p. 623, 624).

Ainda segundo Minayo, (1992) as relações sociais são fundamentais e podem ser consideradas balizas para o conhecimento do objeto nos seus aspectos gerais que comportam vários graus de abstração, generalização e de aproximação.

Ao eleger o apoio matricial como uma categoria deste estudo, na perspectiva dos atores envolvidos nessa prática do matriciamento, tem-se uma aproximação

com a abordagem da representação social compreendida como uma construção do sujeito enquanto sujeito social, ou seja, sujeito que não se reduz a um produto de determinações sociais, mas também que não é apenas um produtor independente, uma vez que estas representações são construções resultantes do contexto no qual emerge. Além disto, de acordo com Spink (1993), tal categoria abre espaço para as forças criativas da subjetividade, trazendo para a discussão a questão do afeto, denotando que as representações são expressões cognitivas permeadas, também, pelo afeto.

Ressalta-se que tanto a Atenção Básica, como o CAPS se encontram em constante transformação de adaptação às demandas extremamente peculiares ao território da UBS da quadra 18, procurando trazer à tona a percepção desta equipe acerca do cuidado em saúde mental mediante a utilização de ações matriciais em saúde mental e a apropriação de conhecimento para o efetivo cuidado compartilhado. Desta maneira, buscamos evidenciar pensamentos, ações e sentimentos expressos pelos profissionais da atenção básica que se encontram em processo contínuo de ações matriciais em saúde mental, de forma a exprimir a realidade que estão vivenciando nesta prática assistencial, servindo para explicar, justificar e questionar tal realidade.

2. Cenário do estudo.

O cenário deste estudo foi a Unidade Básica de Saúde (UBS), na Quadra 18 da Região Administrativa do Paranoá (RA VII), da Região Leste de Saúde do Distrito Federal.

Esta região administrativa possui um registro populacional estimado em cerca de 75 mil habitantes (IBGE, 2018) e atualmente conta com com 95% de sua população assistida por equipes de Estratégia de Saúde da Família (DIRAPS – Leste).

Esta equipe de ESF da Qd. 18 do Paranoá foi uma unidade implementada há mais de uma década (mais precisamente há 14 anos) e conta com ações matriciais

promovidas por profissionais da unidade CAPS II – Paranoá adstritas desse território há cerca de 10 anos.

3. Participantes do estudo.

Trata-se de uma amostra intencional junto à 10 profissionais de saúde de nível médio e superior que atuam UBS 18 – Paranoá – DF, equipe total esta, à qual compõe o corpo funcional desta unidade básica de saúde.

4. Critérios de inclusão

Profissionais estatutárias lotadas na UBS do Paranoá – DF, que atuam na unidade há pelo menos dois anos, visto que este intervalo de tempo é o período mínimo para que o profissional de saúde esteja plenamente imerso nos processos de ações matriciais em saúde mental daquela unidade básica de saúde.

5. Procedimentos metodológicos.

Os procedimentos metodológicos utilizados neste estudo envolveram revisão bibliográfica, análise documental com levantamento e avaliação dos diários de campo registrados neste percurso de encontros do agente matriciador e a equipe de ESF, e por fim, a pesquisa empírica com aplicação de entrevistas semi - estruturadas.

Segundo Brasileiro (2013), as pesquisas de revisão bibliográfica são aquelas que se valem de publicações científicas em periódicos, livros, anais de congressos, entre outros, não somente se dedicando a uma simples transcrição de ideias, mas podendo lançar mão de revisões de narrativas. Assim, procedemos revisão bibliográfica acerca da políticas de atenção a saúde e, mais especificamente com o recorte da atenção psicossocial em saúde mental, atenção básica e sobre o apoio matricial.

A análise documental envolveu o levantamento e análise de registros da equipe em diários de campo sobre a dinâmica e a sistematização do processo de matriciamento com o suporte do CAPS II – Paranoá, com vista a sua constetualização histórica e metodológica da implantação e desenvolvimento do apoio matricial na UBS investigada.

Demo (2000) afirma que a pesquisa empírica produz e analisa dados, procedendo sempre pela via do controle empírico e fatural. A valorização desse tipo de pesquisa é pela possibilidade que oferece de maior concretude às argumentações, por mais tênue que possa ser a base fatural. Ainda de acordo Demo (1994) o significado dos dados empíricos depende do referencial teórico, mas estes dados agregam impacto pertinente, principalmente na aproximação com a prática.

A pesquisa empírica consistiu de realização de entrevistas junto aos profissionais de saúde lotados, com uso de roteiro de entrevista semi – estruturada com questões para identificação do perfil socioprofissional características sintéticas das participantes, como tempo de atuação na SES - DF e na UBS, nível de instrução, idade e sexo e sobre questões norteadores para levantar a compreensão acerca do apoio matricial e suas possibilidades para a organização da rede de atenção psicossocial aos usuários da saúde mental.

A entrevista semi-estruturada se situa num ponto intermediário entre as técnicas inestruturadas e estruturas de entrevista, evidenciando-se sob à forma de um roteiro, um questionário aberto a discussão, mas norteador, com o objetivo de aprofundar e clarificar pontos que o entrevistador considere relevantes aos objetivos do estudo (MOURA, 1998).

As entrevistas foram realizadas no período de Maio a Junho de 2018, gravadas em áudio, registradas e devidamente transcritas para seguimento de análise.

6. Coleta de dados.

O acesso as servidoras entrevistadas, recebeu anuência da Diretoria de Serviços em Saúde Mental – SES – DF (DISSAM) e da Coordenação de Redes e Integração de Serviços – SES-DF (CORIS) com a Diretora de Atenção Primária à Saúde da região Leste, o qual por meio de processo regular de junto ao Núcleo de Estudos e Pesquisa da Região Leste de Saúde do DF, fomos autorizados a adentrar no cenário de pesquisa para proceder as entrevistas.

As dez servidoras foram contatadas previamente através de telefone e posteriormente foram agendadas as entrevistas individuais em data e local acordado entre as partes. No início do encontro o pesquisador explicou os objetivos da pesquisa, sua relevância e o contexto no qual se insere, bem como o modo que transcorreria a entrevista. Além disso, foi informada a questão do sigilo e do anonimato. Ainda nesse momento, foi solicitado ao participante para ler, caso quisesse conceder a entrevista que assinasse em duas vias o Termo De Consentimento Livre Esclarecido e a autorização de som e imagem. Nesse momento os entrevistados foram deixados à vontade para esclarecimentos de dúvidas que por ventura possam ter-lhes ocorrido acerca da pesquisa e, então, após assinatura do termo de consentimento, iniciou-se a entrevista gravada em áudio de acordo as exigências de cada participante. Uma cópia deste termo foi entregue a participante e outra ficou com o pesquisador. Na sequência, as entrevistas foram transcritas na íntegra e submetidas à análise de conteúdo temática

7. Análise dos dados

Após a realização das entrevistas com as profissionais de saúde, foram realizadas as transcrições das falas das participantes. A seguir, iniciou-se a análise de conteúdo das entrevistas, visando conhecer e compreender as experiências individuais e coletivas das participantes da pesquisa.

Como abordagem metodológica, a entrevista compreensiva fundamenta-se na análise compreensiva da fala. Desenvolvida pelo sociólogo francês Jean-Claude Kaufmann (2013), propõe um processo inverso nos modos de construção do objeto de estudo. A investigação, conforme esta proposta metodológica, apoia-se na linha

weberiana, em que a explicação sociológica, busca a compreensão do sentido da ação humana. O campo de investigação instiga a reflexão sobre si no pesquisado, provocando uma autoexplicação sobre si mesmo e sobre o contexto no qual está inserido.

Elencamos temáticas emergentes baseadas no conteúdo das falas e termos mais trazidos por estas profissionais durante as entrevistas, considerando as particularidades de cada colaboradora representando sua realidade singular no processo do labor das ações matriciais em saúde mental.

Nesta proposta metodológica, o campo não é abordado como instância de verificação da teoria, torna-se o lócus de origem da teoria, que surge a partir do processo reflexivo do entrevistado, estimulado pelo pesquisador (KAUFMANN, 2013).

Por fim, cabe registrar que as participantes do estudo tiveram seus anonimatos preservados. Assim, as profissionais de saúde receberam as seguintes nomenclaturas: E 01, E 02, E 03, e assim sucessivamente.

8. Cuidados éticos

Esta pesquisa trata-se de um recorte da pesquisa intitulada “Reorganização dos e nos processos de trabalho na Rede de Atenção Psicossocial mediada pela avaliação participativa, mediante a aprovação do Comitê de Ética da **Faculdade de Saúde – UnB N. 2.270.086**, como também da instituição co-participante Comitê de Ética da Fundação de Ensino Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), SES-DF sob o parecer cosubstanciado **N. 2.200.022** (Anexo 01 e 02).

As participantes receberam todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e assegurado que o nome não apareceria, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificação. Caso a participante considerasse que alguma das questões lhe ocasionasse algum constrangimento, de alguma natureza, teria o direito de recusar-

se a responder. Caso ainda, quisesse desistir de sua participação, mesmo após o aceite do termo de consentimento, seus direitos seriam preservados.

Foi fornecido a participante o nome do pesquisador responsável, da entidade participante da pesquisa e da entidade colaboradora com telefones e *e-mails* das mesmas. Todas essas informações estavam contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 04).

Finalmente há de se registrar que a pesquisa maior se mantém ancorada ao Observatório de Saúde Mental (OBSAM), do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP), da Universidade de Brasília- UnB, com o apoio financeiro do Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde.

VI – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram organizados primeiramente da seguinte forma:

- Uma descrição da caracterização do perfil sociodemográfico e profissional dos participantes deste estudo;
- Uma análise da contextualização histórica da implantação do apoio matricial na Região Leste de Saúde do Paranoá e na Unidade Básica de Saúde da Qd. 18 – Paranoá, DF;
- Análise sobre a experiência dos participantes do estudo acerca do AM no território apoiado pelo agente matriciador do CAPS Paranoá.

1. Perfil sócio-profissional dos participantes do estudo

Em relação ao perfil sócio-demográfico evidenciou-se que a totalidade das participantes declarou-se do gênero feminino, e destas, 3 são profissionais de nível

superior e 7 são profissionais de nível médio.

Quanto a faixa etária, verificou-se que metade possui idade entre 30 a 40 anos, quatro entre 41 a 50 anos e um entre 61 a 65 anos, portanto, profissionais adultas, em fase produtiva de trabalho.

Quanto a caracterização do perfil profissional, a grande maioria das servidoras de nível médio buscaram dar continuidade ao itinerário formativo, com formação de curso de graduação na áreas da saúde como enfermagem e psicologia.

Quanto ao tempo de atuação profissional na Secretaria de Saúde do DF, verificou-se que mais da metade das participantes, possuem entre 09 a 16 anos de vínculo empregatício e atuação na SES – DF.

Quanto ao tempo de atuação na unidade de saúde estudada, cinco participantes possuem entre 11 a 15 anos de trabalho nesta UBS, três entre 01 a 05 anos e duas entre 06 a 10 anos.

Conteúdo teórico – prático em saúde mental durante formação acadêmica ou técnica.

Analisando o conteúdo teórico – prático em saúde mental autodeclarado das participantes da pesquisa, durante a formação acadêmica, ficou evidenciado que a grande maioria não possuía pós – graduação, seja especialização na área da saúde mental ou outra e/ou sequer formação continuada na área, a não ser o processo de apoio matricial em saúde mental proposto em parceria com o Caps II – Paranoá. Isto denota a fragilidade em que a rede de atenção à saúde mental se encontra para um devido preparo e formação profissional.

A educação permanente com acesso a curso de capacitações e/ou pós graduação não são priorizados e mostram a margem das políticas de saúde e conseqüentemente não obtendo ou conquistando recursos e espaços para a formação e reciclagem destes mesmos profissionais da rede de saúde.

Evidência deste fato, está no registro de que apenas uma destas profissionais obteve acesso a especialização em saúde mental ofertada pela própria SES – DF junto a universidade pública local, isso há cerca de 11 anos atrás, não sendo desde então, promovida a continuidade necessária a este programa de pós – graduação que foi de grande valia, segundo afirmação da servidora, acrescentando que a formação poderia beneficiar outras dezenas de profissionais no decorrer deste período.

Parte significativa das participantes declararam que durante a formação acadêmica e profissional, tiveram contato incipiente com temáticas da saúde mental. Quase sempre a experiência se deu cursando uma disciplina da área ou vivenciando alguns dias de imersão de estágio em instituições de internação psiquiátrica ou manicômios. Sob esta perspectiva, podemos observar que o processo de formação destas profissionais de saúde ainda denota deficiência no que tange à atenção em saúde mental. Apesar de termos aqui exemplos de formações profissionais até recentes – últimos 15 anos – ainda assim, cabe investigar se as instituições de ensino superior estão concretizando projetos acadêmicos alinhados com a atenção integral a saúde, para não ficarem alheios a serviços e políticas alinhadas com as diretrizes do SUS e da clínica ampliada e das diretrizes da atenção psicossocial de saúde mental substitutivas ao modelo manicomial.

Corroborando esta afirmativa, temos dados de que a maioria das participantes compreendem que o primeiro contato com saúde mental se deu na vida acadêmica com estas experiências incipientes, no entanto, avaliam que o advento dos encontros das ações matriciais foi de fato, a primeira formação continuada e permanente que proporcionou embasamento e vivência profissional consistente na área da saúde mental.

2. O contexto e a implantação do apoio matricial na Região de Saúde do Paranoá e na Unidade Básica de Saúde da Qd. 18 – Paranoá – DF

Na tentativa de ampliar a rede de cuidado em saúde transformando os

processos de intervenções em saúde mental e com os objetivos de organizar a Rede de Cuidado em Saúde Mental na Região do Paranoá/Itapoã, trabalhando na lógica do cuidado compartilhado; intervenções de promoção, prevenção e tratamento junto à população com adoecimento psíquico; e ainda, desenvolver a educação permanente no trabalho diário de profissionais da região; tutores, preceptores e bolsistas do Pró-Pet Saúde da FS/UnB e SES-DF realizam os projetos Rede de Atenção Psicossocial e Cuidados em Saúde Mental – que paralelamente incluem também pesquisas acadêmicas.

O processo de apoio matricial em saúde mental na Unidade Básica de Saúde do Paranoá – DF foi um projeto piloto implementado ainda no ano de 2009 aonde a unidade CAPS II – Paranoá, naquela ocasião, sendo a única unidade ordenadora do cuidado em saúde mental do território em parceria com o Projeto PET – Saúde – UnB – projeto de iniciação trabalho/escola com bolsistas da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília, pleiteamos a gestão de ações de matriciamento em saúde mental na rede de atenção básica do Paranoá e Itapoã.

A ações foram iniciadas com um curso preparatório de 120 horas a todos os profissionais lotados na Atenção Básica à Saúde do Paranoá e Itapoã à época, alcançando 96% de adesão dos servidores ativos (aproximadamente 126 servidores).

Vencida a etapa, passamos então a estruturação da equipe piloto (composta por psicólogo do Caps II – Paranoá e estagiários de enfermagem da UnB) à qual estabeleceu uma rotina de ações compartilhadas junto à equipe em discussão neste trabalho – UBS – Paranoá – DF.

2.1 A metodologia dos encontros

Nos dois primeiros anos (2010/2011) do projeto, a gerência do Caps II – Paranoá, a Gerência da Atenção Primária à Saúde do Paranoá à época, junto a equipe e profissionais da unidade básica de saúde da Qd. 18, propusemos em comum acordo e compromisso, uma rotina de encontros semanais com a

participação essencialmente de 100% da equipe, aonde tínhamos como ponto de partida:

- levantamento do quadro situacional daquele território (número de casos em saúde mental, relacionados aos problemas de transtornos mentais, uso de álcool e outras drogas, e outras situações psicossociais e de sofrimento psíquico do território;
- discussão pontual de cada caso priorizado e identificado na etapa do mapeamento feito pelos ACSs da situação de saúde mental no território;
- atendimento conjunto com a equipe à usuários que apresentavam dificuldade de adesão a tratamento em saúde mental ou que demandavam constante presença do profissional de saúde em visitas domiciliares para efetiva adesão a tratamento;
- discussão e horizontalização das rotinas de cuidado do usuário daquele território.

Após 06 meses de encontros realizados entre a equipe de ESF e o representante matriciador do Caps II - Paranoá, ainda durante o ano de 2011, propomos momentos avaliativos buscando norteadores de trabalho para:

- Identificar e acolher os casos/demandas em saúde mental do território. O agente matriciador do Caps II – Paranoá e a equipe de ESF iniciaram um processo contínuo e complexo de levantar todas as demandas de saúde mental do território, para desta maneira, propor as ações e intervenções mais urgentes, dando assim sentido as ações tanto aos profissionais quanto aos usuários que buscavam auxílio junto a unidade básica de saúde daquele território.
- Acompanhar os casos/demandas em saúde mental do território. Este

processo foi feito com todo cuidado e cautela, na medida em que começávamos aqui a adentrar em um território das limitações e potencialidades de cada profissional e das expectativas do coletivo da equipe. Nesta fase o trabalho com os ACSs foi de suma importância. Por várias ocasiões o agente matriciador lançou mão de estratégias de compartilhamento do cuidado para não só obter a adesão do tratamento por parte do usuário e da família, mas também de envolver o ACS como participante essencial deste processo, uma vez que até então, vinha ocupando apenas um papel de “atravessador” entre o paciente e o médico da unidade de saúde.

De acordo Nunes et al. (2002) os ACS estão munidos de conhecimentos referentes às práticas biomédicas na formação que recebem, mas, o grande desafio é reconhecer no seu processo de trabalho outros saberes referentes à interação com a comunidade e as famílias, afim de se alcançar a resolução dos problemas de saúde este profissional é essencial para construção de um conhecimento híbrido que contemple as dimensões do saber científico e popular.

- Orientar os casos/demandas em saúde mental do território quanto a terapêutica mais adequada à sua queixa, partindo de uma perspectiva transdisciplinar observando o sujeito a partir de seu território e transcendendo a discussão de diagnóstico e medicação. Este passo foi dado buscando o envolvimento de toda a equipe de ESF e a presença incessante do agente matriciador na medida em que implementamos as primeiras propostas de planos terapêuticos com a inclusão do usuário como protagonista deste processo e a participação de outros entes, que não necessariamente pertenciam a rede formal de saúde. Começava-se então o “fazer” interdisciplinar que o apoio matricial proporciona.

Segundo Figueiredo e Campos (2008), o Apoio Matricial provoca e explicita uma intensa imprecisão das fronteiras entre os diversos papéis e as diversas áreas de atuação profissional, e sua potência está em desfazer a delimitação entre as diferentes disciplinas e tecnologias.

- Trabalhar com encaminhamentos implicados quando a demanda

transcendesse a complexidade da atenção básica. Nesta fase, equipe de saúde básica Qd. 18 e equipe do Caps II – Paranoá já tinham alcançado um alinhamento de cuidado de maneira que o paciente transitava e transita entre os nível de atenção à saúde de maneira fluida e ancorada na tecnologia do apoio matricial. Esta fase simbolicamente marca o fim da burocracia da referência X contra-referência e atende ao aceno da mudança da linha de cuidado, passando assim ao cuidado integral do usuário, independentemente do diagnóstico de transtorno mental.

No entendimento de Mattos (2006), a integralidade está permeada por três sentidos: o primeiro deles diz respeito aos atributos das práticas dos profissionais de saúde, constituindo valores ligados ao que podemos considerar uma boa prática. O segundo refere-se às características da organização dos serviços, e o terceiro aplica-se às respostas governamentais aos problemas da saúde. Como a integralidade se constitui em um dos princípios do SUS, deve-se considerar a possibilidade de que ocorram práticas de cuidado integral voltadas às pessoas em sofrimento mental, em todo e qualquer espaço, uma vez que este cuidado é um produto das relações entre pessoas, uma ação com efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes como tratamento digno e respeitoso, acolhimento e vínculo

Seguindo a cronologia destas ações, no decorrer dos anos subsequentes, de 2013 em diante, os encontros das equipes foram espaçados para uma rotina quinzenal, já que passada a experiência inicial de levantamento do quadro situacional do território, seguiu-se a uma etapa de promoção e prevenção em saúde, concomitantemente a todo o processo de cuidado instituído naqueles últimos dois anos.

Buscando o desenvolvimento de tecnologias para sistematização do processo de matriciamento dos casos e ações de fortalecimento da RAPS no território, a equipe do Caps II – Paranoá e a equipe da UBS 18, pactuados junto a suas respectivas gerências à época, propuseram dispositivos e rotinas (Anexos 5 a 8), os quais inclusive são utilizados atualmente como recurso padronizado na rede de serviços de saúde mental do DF para:

- 1) FICHA DE CADASTRAMENTO DOS CASOS DE TRANSTORNO MENTAL **(Anexo 5)**
- 2) ACOMPANHAMENTO DE TRANSTORNO MENTAL **(Anexo 6)**
- 3) PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS NO TERRITÓRIO DA ESF **(Anexo 7)**
- 4) FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO **(Anexo 8)**

Tais instrumentos serviram não somente como facilitadores no processo de adesão da equipe a proposta do Apoio Matricial, mas também atenderam às necessidades de números epidemiológicos e uma melhor gestão e argumentação de políticas de saúde mental para a região de acordo o quadro situacional elucidado e reconhecido a partir deste processo longitudinal. Não obstante, rapidamente alguns destes instrumentos foram referendados pela própria DISSAM e DIRAPS e logo se tornaram artifícios de rotina entre serviços de saúde (Caps, ESF, Ambulatórios de Especialidades), principalmente a ficha de cadastramento dos casos de transtorno mental e o formulário de encaminhamento de paciente matriciado em saúde mental.

Entre os médicos, enfermeiros, técnicos, ACS, sejam especializados ou não, alguns destes instrumentos (Anexo 05, 06, 07, 08) um ponto de partida e de ancoragem para o planejamento do cuidado em saúde mental no território, isto é, para propostas de intervenção e/ou manutenção de cuidado.

As equipes de atenção básica à saúde que vinham há anos sempre trabalhando focadas e quase que automaticamente dedicando total atenção às políticas de cuidado em saúde de endemias, DSTs, pré – natal, hipertensão, diabetes entre outros. De repente, se veêm diante do apoio matricial em saúde mental e com os instrumentos discutidos e deliberados coletivamente, provocadas a participarem de uma linha de cuidado até então isolada nos muros dos manicômios e no imaginário da loucura.

Os (as) participantes se sentiram convidados (as) a uma nova perspectiva de saúde, baseada no cuidado ampliado e contínuo, aonde o paciente, independentemente de diagnóstico, transita entre serviços de saúde formais, informais e inte-setoriais.

Com a análise dos dados foi possível verificar que a população residente no território adscrito à ESF – Qd. 18 – Paranoá – DF tem a oportunidade de ganhos importantes no que diz respeito a atenção ao sofrimento psíquico, pois há uma resposta à demanda apresentada, a equipe tem promovido o cuidado compartilhado, tem se proposto a responsabilizar-se e contribuir na ordenação do cuidado em saúde mental deste território, partilhando com CAPS , Conselho Tutelar, CREAS, entre outros, possibilidades de construção e adaptações de rede. O usuário não está sendo incluso em filas de espera e retornando para casa sem sequer ter conseguido escuta para sua queixa, ao contrário, o Apoio Matricial em Saúde Mental vem possibilitando a materialização da escuta e da acolhida para os que chegam à um serviço de ESF com tal demanda.

De acordo com Campos (2005), um projeto de intervenção em saúde mental deve ter cinco etapas:

- Definição das questões que são prioridades;
- Análise do contexto usuário, ou seja, como a situação que vem causando sofrimento mental está sendo produzida e reproduzida no cotidiano do indivíduo em questão e, nesta análise devem estar envolvidas as perspectivas dos vários sujeitos inseridos no Projeto – usuário, equipe, família (medico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e, outros profissionais que, por ventura possam existir na equipe), matriciadores e outras organizações produtoras de bens e serviços. Além disto, deve ser considerado o conhecimento que já foi acumulado sobre tal demanda;
- Com base no que foi construído a partir desta análise e nos conhecimentos agregados a esta, eleger diretrizes e construir um modo de intervenção para o tema a ser enfrentado;
- Definição das tarefas a serem desenvolvidas para a alteração do contexto

que traz sofrimento à pessoa. Esta etapa é de fundamental importância, pois tarefas são intervenções, que devem ser executadas por pessoas concretas e, toda e qualquer ação, no contexto que está causando sofrimento, no território, junto aos outros serviços, de saúde ou não, exige pessoas responsáveis por sua execução;

- Análise do resultado das intervenções e, reelaboração do projeto, se necessário, em função das dificuldades encontradas no processo.

Esta seria a forma de, também, organizar o processo de trabalho dos profissionais e, além disto, pode trazer à tona a noção de tomada de responsabilidade pelo usuário e pelo projeto desenvolvido, ou seja, o aumento da responsabilidade do trabalhador sobre o processo de trabalho e da possibilidade de o usuário dar-se, também, como responsável por sua condição (BATISTA & SILVA, 2005).

A instituição da estratégia assistencial Saúde da Família provocou a discussão acerca do papel da rede de atenção básica na assistência à saúde mental, da necessidade de uma maior articulação a fim de incluir a saúde mental em tal âmbito, uma vez que a estratégia da saúde da família denota um movimento que busca a superação da assistência tradicional, preconizando um trabalho desenvolvido com os vários saberes existentes, incluindo os usuários do serviço; o vínculo dos profissionais com aqueles que são assistidos por eles e uma organização institucional menos burocrática e verticalizada.

Ações em saúde mental, incluindo intervenções com álcool e outras drogas, são indissociáveis da atenção básica.

“Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – de saúde mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica” (BRASIL, MS, 2005. p. 033).

O aumento dos quadros de sofrimento psíquico, é uma tendência mundial, especialmente os que estão diretamente ligados à crise urbana, à violência, ao

desemprego e a outros fatores culturais e socioeconômicos. MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004)

O apoio matricial é um arranjo organizacional que viabiliza suporte técnico em áreas específicas para as equipes de ESF e potencializa a resolutividade das ações das equipes.

3. As concepções das participantes, atribuídas ao apoio matricial em saúde mental

O relato de parcela significativa da equipe da atenção básica evidenciou que apoio matricial em saúde mental vivenciado nestes últimos anos, é ancorado através de reuniões multiprofissionais regulares aonde estas profissionais se localizam em diferentes condições.

“[...] eu participo das ações de matriciamento [...] todo mês vem um psicólogo que faz esta intermediação perguntando sobre os pacientes da unidade que fazem tratamento em saúde mental, e eu dou minha contribuição na área odontológica. Mas participam da reunião com todos os membros da equipe, o médico, o enfermeiro, o dentista, os técnicos de enfermagem, acs e técnica de higiene bucal”. (E – 10).

“[...] temos reuniões mensais com o pessoal do Caps [...] levantamos casos de pacientes [...] discutimos em equipe [...]” (E – 01).

“[...] a partir do momento que eu entrei aqui, que fomos tendo reuniões com a equipe do matriciamento, e conversando, e explicando algumas coisas [...] algumas dúvidas eu tirava nos encontros de matriciamento [...] outras eu tirava com a enfermeira e com a médica [...] aí eu fui começando a aprender a lidar com questões de doença mental [...]” (E – 01).

“Participo das reuniões de equipe, junto com o profissional do Caps [...] participo mais como ouvinte [...]” (E – 09).

Ao buscar investigar as percepções das profissionais de saúde da ESF da Quadra 18 relacionados ao apoio matricial realizado com o suporte técnico do CAPS foi possível apreender que, transpareceu a noção de responsabilidade e cuidado do usuário de saúde mental dentro de seu território por ter acesso a um conhecimento

mais direcionado às questões relacionadas à saúde mental.

“[...] Hoje nós conseguimos visualizar quem são os nossos pacientes em saúde mental, o que não aconteceria há alguns anos atrás, essa demanda, nós não saberíamos informar [...] Eu acho que isso é a atribuição da equipe de saúde em si, são os nossos pacientes, assim como paciente diabético, hipertenso [...]”. (E – 07).

“[...] no meu território, o matriciamento, ele teve um impacto muito grande no cuidado com o indivíduo portador de sofrimento mental, ou cuidar o ser humano de modo geral na parte de saúde mental [...]”. (E – 05).

“[...] conhecendo mais as doenças mentais, eu consigo ter uma previsão do que esperar durante o atendimento deste paciente [...] eu tomo outras medidas para que eu consiga realmente fazer com que aquele paciente se sinta confortável no tratamento [...]”. (E – 10).

“[...] Para mim não me sobrecarrega em nada, pelo contrário, é uma coisa que eu gosto de fazer: é parar e ouvir o paciente, ver qual é o problema dele, o que é que eu posso fazer para ajudar. É trazer o problema dele para a equipe. Tentar ajudar da melhor maneira possível [...]”. (E – 08).

Acerca dos princípios propostos para a atenção em saúde mental na rede de atenção básica, o conceito território na Estratégia de Saúde da Família e na assistência em saúde mental é de suma importância, pois este não é apenas um espaço delimitado geograficamente, é um espaço geográfico que ganha contornos reais à partir das construções sócio – histórica – econômicas que nele se dão e mais, a partir das relações entre os atores que o ocupam. É no território que as pessoas sonham, trabalham, amam, odeiam, fazem trocas materiais e simbólicas (SANTOS, 2000).

Território na assistência em saúde e, especificamente no Apoio Matricial em Saúde Mental é:

“[...] sem dúvida, um espaço humano socialmente selecionado para a vida e a sobrevivência de um sistema interior do qual uma prática social se faz, e, é a noção de territorialidade no sentido mais subjetivo, mais fenomenológico, com todos os que nele habitam e/ou transitam, seus signos e significados, a melhor nomeação para um terreno sobre o qual uma rede de iniciativas múltiplas de agência de cuidados de saúde e inclusão social”. (PITTA, 2001. p. 023).

Na produção de uma responsabilidade compartilhada pela atenção ao

usuário, não há mais espaço para a lógica na qual o remédio é do médico, a escuta fica à cargo do psicólogo, a “ocupação do tempo” por meio de alguma atividade é do terapeuta ocupacional e, nas intercorrências mais graves como uma crise psicótica a internação.

Outra dimensão apontada significativamente pelos participantes do estudo é que o apoio matricial é pautado pela transversalidade a fim de que as discussões e o conhecimento perpassem por todos os profissionais envolvidos e, na transdisciplinaridade para que as competências técnicas específicas sejam articuladas entre si, de maneira a favorecer a parceria das ações matriciais, proporcionar trocas de saberes ações inter e multidisciplinares na equipe.

“[...] o matriciamento e a própria característica do atendimento multidisciplinar em várias especialidades, você tem, no meu parecer, você tem uma parceria. Na verdade, o que eu vejo é uma parceria, é uma troca de conhecimento entre os profissionais [...]”. (E – 10).

“[...] quando falava "Tem reunião de matriciamento com "X" na terça-feira". Que delícia. Porque nós sabíamos que ia ser prazeroso, que íamos construir juntos [...]”. (E – 05).

Não se trata de uma perda de identidade profissional, das competências específicas, pelo contrário, trata-se de encontros e trocas, de estar envolvido no processo de uma forma coesa, não fragmentada e, que acarretará na forma como o usuário será enxergado – no todo ou em partes (NASCIMENTO, 2004).

De acordo com Lancetti (2011), este arranjo assistencial e a integração das equipes são fundamentais, uma vez que se trabalha levando em consideração o contexto do indivíduo, suas relações e sua produção social, emergem os casos mais difíceis, ou seja, tal prática é também, de alta complexidade:

“Agimos junto àquele que fuma 15 pedras de crack por dia, ao que está ameaçado pelo tráfico, em briga de gangues, em torno de violência dentro de casa, criança vítima de maus tratos, estuprada, psicóticos em surto, à pessoa que está tocando fogo no barraco, onde tem risco de morte, eclosão psicótica [...]”.(LANCETTI, 2006. p. 01).

Uma equipe de Estratégia da Saúde da Família contemplada por ações

matriciais em saúde mental denota o modo de acolher o usuário de maneira diferente da triagem tradicional. Propõe-se uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário do serviço, entendendo que dar resposta não significa “saber tudo” e de pronto resolver o problema, mas sim, ouvi-lo – as angústias, os medos, as expectativas, quando houver, e assim verificar o quão vulnerável o usuário está e, se existe algum risco de vida – compartilhar com a equipe, buscar recursos que serão somados nesta devolutiva e, acima de tudo, incluir nesta construção os saberes e a cultura do usuário que busca por atendimento.

3.1 Apoio matricial: acolhimento e escuta qualificada

Acolhimento na produção de cuidados em saúde mental, no Apoio Matricial é:

“[...] pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde [...] O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários [...] prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação aos outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos”. (BRASIL, MS, 2004. p. 017, 020).

O acolhimento em saúde mental inevitavelmente proporciona vínculos entre o profissional de saúde e o usuário, de maneira que a escuta sempre deve estar presente e incluindo usuário como protagonista de sua relação saúde – doença. O cuidado com o usuário, o estabelecimento de vínculo com este ente, que é mais importante no processo de cuidado em saúde mental, deve ser instituído tão logo se estabeleça os primeiros contatos, no acolhimento deste usuário, proporcionando assim que este participe e adira ao tratamento proposto.

Nesta perspectiva, as falas das participantes demonstraram que a prática do Apoio Matricial favoreceu o desenvolvimento de uma disposição a acolher e respeitar o tempo do paciente. Há um evidente processo evolutivo na sensibilidade e escuta qualificada.

“[...] e aí eu comecei a conversar com ela, de onde tinha vindo o mal, que horas tinha começado, essas coisas assim [...]”. (E – 01).

“[...] essa sensibilidade adquiri aqui à medida do contato, à medida que eu fui tendo contato com esses pacientes, é que eu fui conseguindo ter essa percepção. Mas tudo veio daqui que até então para mim a saúde mental era uma coisa muito distante [...]”. (E – 01).

“[...] o seu João toma clonazepan por quê? O que é que ele tem? E qual o cuidado que eu tenho que ter com ele? [...] uma equipe que tem matriciamento tem uma sensibilidade maior com os seus pacientes [...]”. (E – 01).

“[...] na minha área eu lembro que na área antiga tinha uma paciente que ela estava com uma crise de depressão muito grande, e essa paciente tentou o suicídio [...] mas eu fui até a casa dela, conversei com ela, se abriu comigo [...] Eu sei que, eu acho que ela confiou em mim [...] Eu dei, acho, que o apoio emocional que ela precisava [...] aquilo que ela de repente precisava ouvir naquele momento [...] como é que eu vou poder ajudar o paciente se eu não sei o que está acontecendo com ele? Então eu tenho que parar e ouvir primeiro ele falar, observar tudo, ver o que ele realmente está precisando, o que está acontecendo com ele, para eu poder tentar ajudá-lo [...]”. (E – 08).

“[...] eu escuto [...] às vezes tem que passar a manhã inteira ali ouvindo aquele paciente. Às vezes ele só precisava desabafar, precisava de alguém para conversar. Já vi muito isso na minha área, e o paciente se sente bem melhor [...]”. (E – 08).

3.2 Apoio matricial e a construção de vínculos

O vínculo existente entre os usuários e as equipes de saúde da família deve ser utilizado pelos agentes matriciadores como um catalisador na transformação das práticas assistenciais, pois de acordo com CAMPOS (2006), a existência do vínculo pressupõe sujeitos e, sendo assim, a equipe terá que assumir a condição de sujeito dos usuários, sujeitos que falam, que desejam, que choram, que sofrem e sorriem:

“Vínculo, mais desmistificação dos meios diagnósticos e terapêuticos, mais estímulo ao autocuidado, mais trabalho em equipes com maior autonomia profissional e concomitante maior responsabilidade pela solução de problemas de saúde e pela gerência de processos de trabalho, e..., são todos caminhos para se vencer a resistência da clínica mecanicista e biologicista [...]”. (CAMPOS, 1994. p. 053).

“[...] e fica aquela angústia – Não, mas eu tenho que resolver o problema? Não... E se o indivíduo não quer, e se ele está feliz daquele jeito, às vezes ele está mais feliz no mundo psicótico que ele construiu nos últimos anos do que no mundo real de miséria em que ele vive nas ruas do Paranoá. Não é? Ou dentro das possibilidades, o melhor que podemos fazer é conseguir convencer o indivíduo a tomar um banho. Só isso já seria uma grande conquista, uma coisa muito importante para o cuidado e vínculo dele conosco [...] só que isso ainda é muito novo para nós da saúde [...]”. (E – 05).

Diante dessas narrativas, ressalta-se a noção de vínculo fortemente trabalhado o processo de matriciamento, com ênfase à uma proximidade das equipes de saúde às famílias de um determinado território e, quanto mais a relação equipe/usuário for horizontal, saindo do estereótipo de que a equipe é a única detentora de saber – saber específico, mas quando se trata da vida, este saber não se pode ser o único a ser contemplado - , mais coeso é o vínculo, pois os usuários terão nomes, histórias, demandas e, não serão mais um, na lista dos que buscam atendimento nos serviços de saúde.

As falas das profissionais da equipe de atenção básica remetem a noção do vínculo com o paciente como recurso para lidar com suas demandas em saúde mental.

“[...] assim, na visita você já tem um olhar mais, você já tem, começa a melhor lidar com esse paciente, já tem um olhar mais direcionado em termos de como lidar, saber falar [...] jeito de falar e lidar com os familiares [...]”. (E – 03).

“[...] eu me vejo assim como facilitadora, porque as pessoas chegam até mim, me passam o caso e eu trago para a equipe [...] porque assim, teve uma paciente na minha área que surtou. E aí a primeira coisa que a irmã dele fez foi me ligar, e perguntou o que ela fazia, e aí eu falei para ela. Isso foi no final de semana [...]”. (E – 04).

“[...] eles (usuários) têm intimidade, é como se fosse a casa deles (UBS) eles podem chegar aqui a qualquer momento. Isso tanto que eles chamam de "a casinha", eles podem chegar aqui a qualquer

momento [...] os pacientes têm intimidade com a gente [...]”. (E – 02).

Estes exemplos de depoimentos denotam possíveis mudanças na forma como podemos nos relacionar com a loucura, sobretudo, como os profissionais de saúde de outros setores se relacionam com o sofrimento psíquico. Há de se pautar que o vínculo também é importante na prática do apoio matricial, visto que esta aliança entre os agentes matriciadores e a equipe é fundamental na produção e concretização dos cuidados em saúde mental, daí a importância de a equipe se reunir com o matriciador para as discussões, pois este é o espaço no qual, por excelência, se constrói o vínculo equipe/matriciador.

O vínculo extensivo a família, como co-partícipe:

“[...] antes achava que a família que tinha que se virar, a responsabilidade é da família. Mas aí com o tempo nós fomos vendo que não, a família no caso temos que apoiar a família, então tenho que ajudar [...]”. (E – 03).

3.3 Apoio Matricial é trabalhar com a rede

Trabalhar com o conceito de rede/intersetorialidade, senão incorre-se no risco da não continuidade de um determinado processo e de compartimentalização das demandas trazidas pelo usuário (BRASIL, MS, 2004).

Nesta perspectiva, parte significativa do grupo de profissionais, identificaram que Apoio Matricial em Saúde Mental e o Caps da região são os principais parceiros do território e retaguarda no cuidado em saúde mental para esta equipe.

“[...] estávamos comentando a importância do CAPS junto às equipes, nós temos casos aqui que nós falamos "gente, como é que a gente vai resolver?" E com a ajuda do CAPS conseguíamos resolver [...]”. (E – 02).

“[...] o primeiro parceiro que eu identifico aqui na questão da saúde mental é o CAPS. E além do CAPS eu acho que a própria comunidade (...) o vizinho, a família, um amigo, a própria comunidade [...]”. (E – 05).

“[...] se não fosse a parceria com o CAPS em si, não sei, eu acho bem limitado, ainda mais na função de agente de saúde [...]”. (E – 07).

Contudo-se percebe-se a noção de rede e intersectorialidade, pois nos discursos observa-se que a rede se restringe ao sistema formal do setor saúde. Assim, cabe uma reflexão de como expandir a concepção como articular e integrar de outros recursos formais e informais comunitários para ampliação do cuidado em saúde mental na atenção básica.

Entretanto, para tais ofertas, há que se ter uma rede de serviços articulada, pois a saúde enquanto área de conhecimento não pode continuar se comportando de maneira onipotente, como é percebido desde a formação acadêmica. A saúde, portanto, não consegue suprir a demanda que, por vezes, o sofrimento dos usuários apresenta; fator que nos impõe a necessidade de articular os serviços de saúde – no caso da saúde mental, sobretudo os CAPS, que podem ser considerados agenciadores da maior parte da demanda em saúde mental e que devem ocupar lugar central na articulação territorial - com os outros serviços de saúde ou não que estejam no contexto de uma determinada comunidade; sendo assim, o conselho tutelar, o serviço social, as casas de apoio, e/ou abrigos, os grupos de auto ajuda, dentre outros recursos, ganham notoriedade na resolutividade de alguns casos que chegam para as equipes, ou seja, uma rede de serviços articulados entre si, traz um modelo de:

“[...] compartilhamento de recursos que contempla a continuidade e complementariedades necessárias. Mais que em qualquer outra área de saúde, para pensar uma estratégia resolutiva de cuidados que tenha de responder necessidades múltiplas, de ordem afetiva (amor, família, amizade, reciprocidade, etc.), material (renda, moradia, comida, trabalho, habilitação, cultura, lazer, etc.), clínicas (psiquiátricas, psicológicas, psicossociais, sistêmicas, etc.), que requerem cada vez mais ações solidárias de governos, voluntariado, cidadãos comuns, e, particularmente, as famílias consanguíneas ou consentidas [...]”. (PITTA, 2001. p. 024).

Embora denotem nas falas das profissionais entrevistadas, uma sintonia com a proposta de trabalho a ser desempenhado no âmbito da atenção básica, elas destacam lacunas e limitações da rede de cuidados em saúde mental e programas da APS que ainda se encontram em formação, e os próprios recursos sócio-

familiares do usuário da saúde mental.

“[...] os familiares sim, os familiares só também, eu acho que não tem, não. Só os familiares, não tem rede maior [...] eu acho assim, é muito, eu acho muito limitado também o que nós podemos fazer em saúde mental [...]”. (E – 07).

Esses limites institucionais, acrescidos aos limites e vulnerabilidades sociais de grande número dos usuários da saúde mental que depende do acesso aos bens sociais públicos podem implicar no princípio da atenção integral e da reabilitação dos usuários da saúde mental.

Com relação aos princípios propostos pelo SUS e pela Reforma da Saúde Mental, a Reabilitação Psicossocial vêm ao encontro com a necessidade de romper com os moldes tradicionais de acolher o sofrimento psíquico, entendendo este em sua totalidade e inserido no seu contexto de vida.

Sendo assim, Reabilitação Psicossocial é uma estratégia de intervenção global que não pode ser entendida como uma abordagem para que o usuário saia de um estado de incapacidades/desabilidades para um outro de capacidades/habilidades, mas sim, como uma abordagem que:

“[...] implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, para sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente: dinâmica da negociação é contínua e não pode ser codificada de uma vez por todas, já que os atores (e os poderes) em jogo são muitos reciprocamente multiplicantes” (SARRACENO, 1999. p. 112).

A Reabilitação Psicossocial como referido, possibilita o processo de desinstitucionalização psiquiátrica – não só dos manicômios, mas também das práticas assistenciais pautadas no paradigma hospitalocêntrico -, pois:

“[...] o processo de desinstitucionalização consiste em uma progressiva superação das condições de dependência dos pacientes psiquiátricos das instituições de psiquiatria, hospitalares ou não, e dos automatismos invalidantes que caracterizam o círculo vicioso doença/resposta invalidante [...]” (SARRACENO, 1999. p. 023).

O que equivale dizer que, somente com práticas nas quais os usuários possam

exercer os seus direitos às relações e às trocas materiais e afetivas, o mesmo será validado como sujeito social.

Implementar as ações matriciais em saúde mental significa praticar, fazer, perpetrar uma nova lógica de cuidado em saúde. Desta forma, há de se compreender a necessidade de pôr em prática o projeto proposto e seguir aprimorando estas ações pautadas no sujeito e no contexto de vida destes. O capítulo a seguir procura compreender este processo, identificando o percurso e as condições destas ações.

As concepções apresentados sobre o apoio matricial pelos participantes deste estudo corroboram a definição do Ministério da Saúde que é buscar ações conjuntas na atenção aos usuários que demandam assistência em saúde mental, de acordo com as diretrizes – noção de território, organização da atenção em saúde mental em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, interdisciplinaridade, desinstitucionalização - estabelecidas pela articulação da política de saúde mental e da atenção básica (BRASIL, MS, 2005).

3.4 Compreendendo o processo de execução das ações matriciais em saúde mental e suas características sob o olhar da equipe de ESF

As intervenções pautadas na busca de uma determinada normalidade, desconsiderando a existência do sofrimento do sujeito, ainda hoje, estão pautadas na tríade pineliana, que determina para o tratamento daquele que sofre: um saber que está pautada na ciência positivista; uma relação específica entre o médico e o doente, na qual o médico, detentor de um saber específico exerce poder e dita o que é melhor ou não para o doente, que aqui assume lugar reduzido de substrato para a doença e; um lugar para o exercício deste poder, para acolher o que não serve para a sociedade e para descobrir a causa da anormalidade, que neste caso seriam os hospitais psiquiátricos (ARANHA & SILVA, 2003).

Em contrapartida, as intervenções dos profissionais que concebem a doença mental de acordo com o paradigma da determinação social exigem, a priori, a re-

significação da tríade citada anteriormente, e nesta: o saber é entendido como uma construção que emerge a partir de necessidades humanas reais e o mesmo é elaborado por várias mãos; a relação usuários – profissionais de saúde tende a horizontalização, uma vez que o saber dos usuários, de seus familiares e dos recursos do seu contexto de vida devem estar contemplados na propostas de assistência aos mesmos:

“[...] se não alterarmos o modo como os trabalhadores de saúde se relacionam com seu principal objeto de trabalho – a vida e o sofrimento dos indivíduos e da coletividade – não basta corrigirmos procedimentos organizacionais e financeiros das instituições de saúde. Um dos grandes desafios é a busca de um outro modo de operar o trabalho em saúde e de construir a relação do trabalhador com os usuários, efetivos e potenciais [...]” (MERHY, 1997. p. 126).

E por fim: o lugar para o exercício deste saber deve ser no contexto do indivíduo a fim de que o mesmo possa se apropriar de seu processo saúde – doença e viva de forma mais autônoma possível, ou seja, as intervenções devem ser produzidas no campo psicossocial:

“Quem a produz é o sujeito, também socialmente constituído, o que traduz, no limite da interação, o saber e o poder aderente ao seu lugar social. Desta forma, as práticas concretas representam ou reproduzem dada ideologia [...]” (ARANHA & SILVA, 2003. p. 084).

O apoio matricial está inserido num contexto no qual a tríade pineliana não tem espaço. Entendendo que o processo de trabalho é a intervenção dos profissionais de saúde – que utilizam um determinado conhecimento e de uma série de recursos para atingir a finalidade do trabalho – e, o objeto deste trabalho é o usuário, sendo que a finalidade do processo é a construção e operacionalização de um projeto terapêutico singular no qual estará contemplado o saber de toda a equipe e do usuário, no qual, as necessidades e potencialidades deste, tenham lugar garantido, ou seja, a proposta é a de co-gestão dos projetos terapêuticos:

“[...] uma maneira de aumentar a capacidade de análise e de intervenção dos grupos técnicos e da comunidade. De diminuir a impotência diante dos desafios considerados impossíveis. De diminuir a cegueira diante dos grupos diante da força do cotidiano. De construir parcerias antes não imaginadas. De descobrir

alternativas antes impensadas. Mas, principalmente, é uma maneira de obrigar técnicos a considerar valores e a cultura da comunidade [...]”. (CAMPOS, 2005. p. 08).

Não se trata de perda de especificidade, mas de promover uma construção que privilegia o usuário e suas necessidades, em detrimento do conforto técnico – teórico dos profissionais (ARANHA & SILVA, 1997).

Nesta pesquisa, a metade das participantes, cada uma em sua particularidade, afirmaram que o apoio matricial em saúde mental e sua rede, tornam-se um processo de empoderamento, como um desenvolvedor de competências profissionais.

“[...] matriciamento, é uma das poucas coisas que funciona aqui [...] de nos apoiar, de nos ajudar, porque por exemplo, em muitas situações [...] a questão da medicação, a questão de como lidar com a crise, de como abordar a família, do que fazer em cada caso, que recursos sociais, que recursos poder levantar para cada caso poder levantar [...]”. (E – 05).

“[...] a equipe a partir do momento que ela tem o matriciamento em saúde mental, ela consegue andar sozinha [...] aqui nós conhecemos os pacientes [...] fazemos sempre algo mais, além de nossa função em benefício do paciente [...] a equipe anda sozinha e desafoga muitas vezes as emergências e o próprio Caps [...]”. (E – 01).

“[...] agora nós temos um olhar mais perceptivo [...] conhecemos vários caminhos e articulamos com todos para chegar a uma resolutividade da demanda [...]”. (E – 03).

“[...] o conhecimento da rede e o conhecimento compartilhado ao longo destes anos, que é cumulativo e que praticamos, me deixou mais segura e mais à vontade para conduzir e partilhar o cuidado dos pacientes que nos procuram [...]”. (E – 06).

“[...] dentro da Estratégia de Saúde da Família com o matriciamento em saúde mental eu ganhei ainda mais entendimento do processo saúde – doença [...]”. (E – 10).

“[...] partindo dos casos mais simples, que seriam os quadros ansiosos, depressivos leves sem risco de suicídio, nós nem encaminhamos mais [...] fica aqui na atenção básica com certeza [...] Nós conseguimos identificar agudização e tentamos manejar a situação por aqui mesmo [...] nossos parceiros estão aqui [...] paciente, familiares, agentes de saúde, Caps [...]”. (E – 06).

A permanência deste processo de empoderamento se mantém e anconra-se em ações contínuas, sólidas e concretas, na medida em que o agente matriciador

permanentemente conduz com a rotina de encontros com a equipe a nas ações de cuidado e intervenções compartilhadas, sempre buscando nesta caminhada agregar novos atores para composição deste processo.

Trabalhar com o sujeito do projeto terapêutico qual a sua responsabilidade neste processo não significa colocá-lo no papel de “culpado”, mas sim, de não o colocar no lugar de “coitado”, situar o usuário como protagonista de seu cuidado:

“[...] os fatores históricos – políticos, econômicos e ideológicos que promovem a exclusão de vários segmentos da população não significam excluí-los como vítimas da sociedade [...] se excluirmos o sujeito de sua responsabilidade, nós o mantemos, sob o pretexto de ajudá-lo e de lutar contra sua exclusão, sob a tutela de nossa responsabilidade, nós o desresponsabilizamos e o mantemos alienado de sua condição. Nada mais útil para nossos pacientes e usuários do que poderem nos transformar em sucata, de que eles não mais precisem no imediato do aqui e agora, sabendo que podem no procurar e reencontrar em qualquer outro momento, se a vida o apertar [...]”. (ELIA, 2004. p. 02).

Chamar os profissionais à reflexão acerca da concepção de saúde – doença e, portanto, chamá-los a refletir sobre suas práticas profissionais no cotidiano institucional não é tarefa fácil, visto se tratar de mobilizações de construções ideológicas cristalizadas e resistentes à transcendência.

No apoio matricial em saúde mental esta reflexão deve estar presente permanentemente, pois em todas as ações que estão preconizadas para o agente matriciador – atender os usuários que demandem mais de um campo específico de conhecimento, discutir os casos com as equipes e, conseqüentemente, construção do projeto terapêutico, articular os setores da comunidade, dentre outras ações – obrigam este e a equipe sair do lugar de meros reprodutores de uma determinada ação de saúde.

Nesta perspectiva, transpareceram nos discursos destas profissionais que o passo inicial em um processo de participação na rede de cuidados em saúde mental, é a identificação dos usuários e reconhecimento das demandas em saúde mental do território o qual sua unidade é responsável.

“[...] eu acho que a partir do momento que eu me encontro com paciente que chega até mim, e às vezes eu consigo perceber que ele está, que o problema clínico dele não é necessariamente clínico e às vezes é mental, é ansiedade, qualquer outro problema, e à medida que a gente começa a conversar com o paciente nós começamos a descobrir que às vezes as queixas que ele traz não é propriamente clínica, tem outras coisas envolvendo [...] e já peguei caso de paciente chegar aqui, ela tem [...] síndrome do pânico, e essa paciente sempre vinha com quadro de pressão alta, pressão alta, pressão alta. E nós achávamos que era só pressão alta até que um dia me deparei com ela num momento em que ela chegou aqui totalmente desesperada em crises de choro, falando que estava passando muito mal, muito mal, muito mal [...]”. (E – 01).

“[...] nós temos essa questão do acompanhamento domiciliar. Eu acho que a possibilidade de você visualizar no domicílio, 'in loco' como a vivência do paciente juntamente com seu contexto familiar, e isso eu acho que dá uma abertura maior, no meu ponto de vista, para a reunião, para os casos em si [...]”. (E – 07).

A prática na Estratégia de Saúde da Família e, conseqüentemente, no Apoio Matricial em Saúde Mental, não está consolidada, ao contrário, está sendo construída e reconstruída a todo momento, mostrando-se complexa, uma vez que a base teórica-conceitual que a respalda, funda-se na interface com a filosofia, psicologia, ciências sociais e humanas (ARANHA; SILVA, 2003).

Há uma forte distinção entre o processo de trabalho em saúde com a de outros processos de trabalho, tal como uma linha de produção de uma determinada fábrica porque, embora a temática seja o trabalho – ação intencional sobre o mundo com a intencionalidade de produzir bens/produtos, no trabalho desenvolvido no âmbito da saúde, a produção é de bens/produtos simbólicos, que por sua vez, satisfazem necessidades humanas e reais (MERHY, 1997).

Ao discorrer sobre as intervenções/ações em saúde, Aranha e Silva (2003) as definem como a materialização do saber e do fazer e, esta materialização envolve condições objetivas, tais como: o contexto sócio – histórico – econômico, político e cultural, dentre outros e, condições subjetivas, que se trata do contexto sócio – histórico – econômico e cultural dos profissionais, ou seja, suas crenças, dentre outras construções que foram sendo acumuladas ao longo da vida, respaldadas por

uma determinada visão de mundo e, conseqüentemente, visão de ser humano.

Desta forma, os meios tecnológicos de produção do cuidado em saúde devem ser referenciados de forma distinta, ou seja:

“[...] discutir a tecnologia não é discutir equipamento e nem o moderno e o novo, mas discutir o proceder eficaz de determinados saberes e suas finalidades. Em saúde, a tecnologia está nos diferentes saberes que procuram ler o nosso mundo humano do ponto de vista da saúde e da doença, do normal e do patológico, da vida e da morte, procurando construir procedimentos eficazes na intervenção nestes processos. Assim, a tecnologia em saúde, está marcada pela própria conformação do que é saúde e doença; normal e patológico; vida e morte, além da conformação de um determinado saber que permita ler, em nós, a linguagem destes processos [...]”. (MERHY, 1994. p. 124).

Sendo assim, Merhy (1999), classifica as tecnologias em saúde em três categorias: duras, leve duras e leves. As tecnologias determinadas como duras se referem por exemplo, aos equipamentos como aparelho de raio x, de exames laboratoriais, as normas e às estruturas organizacionais, sendo que as duas últimas estão também, relacionadas à gestão do processo de trabalho. As tecnologias leves – duras estão relacionadas aos saberes bem estruturados que estão presentes nos processos de trabalho em saúde, tais como uma determinada especialidade médica, a clínica do psicólogo, a clínica do terapeuta ocupacional, dentre outras. Cabe ressaltar que a denominação leve dura se dá por que tal tecnologia é:

“[...] leve ao ser um saber que as pessoas adquiriram e está inscrita a sua forma de pensar os casos de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles, mas é dura na medida que é um saber – fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável e normalizado [...]”. (MERHY, 1999. p. 03).

As tecnologias leves são referentes às tecnologias relacionais, ou seja, à constituição de vínculo com o usuário, produção de acolhimento para aquele que chega buscando algum tipo de ajuda e, gestão como forma de gerir o processo de trabalho e que, portanto, acabem por possibilitar momentos criadores e/ou criativos neste mesmo processo. As tecnologias leves são fundamentais nas possibilidades de intervir, concretamente, no contexto social e no que causa sofrimento ao indivíduo, ou seja, na construção do projeto terapêutico individual.

Partindo desta premissa, a condição de permitir conhecer o doente mental, seus limites, muito trabalhada nos encontros com os matriciadores, foi destacada pelos participantes para fator de melhor aceitação do doente mental e como também para intervir nesse processo de saúde mental, de maneira a assumir mais facilmente como mais uma linha de cuidado em saúde no âmbito da atenção básica verificadas nas seguintes falas a seguir:

“[...] eu me tornei mais curiosa, com mais vontade de trabalhar com saúde mental, mas isso tudo veio daqui, foi daqui, dos encontros com os matriciadores que eu aprendi a ver do doente diferente [...] a lidar com o doente [...]”. (E – 01).

“Eu me sentia muito perdida [...] de como abordar o paciente em crise, de como lidar com isso. Eu não sabia como fazer [...] hoje consigo pensar junto com pacientes, familiares e o Caps o que fazemos juntos para intervir ou ajudar [...]”. (E – 05).

“Às vezes complicamos muito mais as coisas do que realmente elas são [...] saber identificar e se conseguimos lidar com algumas situações é muito importante [...]”. (E – 05).

A produção do cuidado em saúde mental desempenhada no Apoio Matricial intersecciona as tecnologias citadas, no entanto, as tecnologias leves, estão essencialmente ligadas a esta estratégia assistencial, uma vez que nesta produção deve ser considerado que todos os profissionais, independentemente do cargo e/ou função, são operadores de atos de cuidados em saúde e, sendo assim, devem ser capacitados a atuar no campo das tecnologias leves, produzindo acolhimento, escuta e vínculos.

Neste processo, uma profissional de nível superior da equipe, identifica as ações matriciais em saúde mental como um suporte especializado que gera melhora na intervenção em crise e adesão do paciente ao tratamento proposto, e conseqüentemente, maior resolutividade das ESF para os problemas da área específica, evidenciada na seguinte fala:

“[...] o matriciamento é um suporte que temos por parte de profissionais mais especializados conosco que somos profissionais da atenção básica [...] na prática, diminuiu meus encaminhamentos e os pacientes se beneficiaram com a diminuição de automedicação [...] o cuidado agora começa aqui [...] os pacientes descompensam

menos [...] começamos a sentir uma maior adesão ao tratamento [...]”. (E – 06).

O manejo destas tecnologias leves vai para além da atenção ao usuário, pois são fundamentais na integração dos agentes matriciadores junto às equipes de ESF na busca de transformar a produção do cuidado em saúde mental.

No cotidiano dessa equipe, mudanças nessa “praxis”, nessa produção de cuidado, mesmo que pequenas ou encontrando potencialidades de profissionais mais ou menos alinhadas com as ações,, vêm ocorrendo gradativamente. O matriciamento em saúde mental não tem como uma de suas metas, dar conta de toda a demanda que se apresenta, registra-se, ainda em grande parte provinda do modelo tradicional de saúde básica que não acolhia o indivíduo quando este buscava os serviços. O capítulo a seguir atenta-se justamente a este seu novo alinhamento destas profissionais no papel de cuidadoras integrais de saúde do território, apontando aspectos relevantes no desenvolvimento de competências que transcendem as atribuições do cargo/função/categoria.

3.5 Educação permanente em serviço e o Apoio Matricial em saúde mental: ampliação de competências profissionais na atenção básica.

A educação permanente em saúde é uma via que pode ser otimizada na formação tanto dos profissionais que estão adentrando no mercado de trabalho, quanto dos que já estão na prática da assistência, sendo esta uma estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, de atenção, de gestão e de controle social no setor da saúde.

No cotidiano das práticas assistenciais coexistem os saberes tradicionais ligados ao modelo biologicista e os saberes pautados numa abordagem histórico-social que buscam a superação do modo tradicional hegemônico de produzir cuidado e, sendo assim, há de se pensar em formas de compor tais saberes a fim de propor uma clínica que paute as necessidades reais dos sujeitos e, ao mesmo tempo, seja terapêutica.

Neste sentido, mais da metade das profissionais entrevistadas acenaram a necessidade de ações de educação permanente em saúde, principalmente devido às fragilidades da formação acadêmica e às propostas de práticas contemporâneas de cuidado em saúde mental decorrentes do movimento de reforma psiquiátrica. Contudo, pode verificar que pelas ações de matriciamento tem sido possível superar mediante aquisição de conhecimentos e competências para lidar com as questões de saúde mental no território.

“[...] eu acho que meu poder de resolução, ele ainda é pouco porque muitos pacientes vem focados na medicação que infelizmente foca a demanda na médica [...] se tivesse um curso de aperfeiçoamento em saúde mental, eu acho que meu poder de resolutividade seria maior, até porque teria argumentos alternativos a somente o foco no remédio [...]” (E – 01).

“[...] deveria ter mais capacitação para entendermos mais [...] às vezes ficamos na dúvida [...] tendo capacitação, você já abre melhor o olhar para estas demandas [...] nunca tive nenhuma experiência em saúde mental além dessa experiência que tenho aqui com o matriciamento [...]” (E – 03).

“[...] eu fiz um curso técnico de enfermagem e aí eu tive apenas uma matéria de saúde mental e passei por um estágio de uma semana no hospital psiquiátrico [...] foi muito rápido [...] muito superficial [...]”. (E – 04).

“[...] eu acho que nós tínhamos que ter uma melhor capacitação nessa área. Então como nós não temos, nós sentimos falta disso. Estamos acostumadas a acompanhar o hipertenso, o diabético, a gestante, a criança [...] porque fomos formadas para isso [...] saúde mental sempre esteve distante da gente [...]”. (E – 08).

“[...] eu não tenho experiência em saúde mental nenhuma [...] no modelo tradicional não tinha esse suporte [...] minha formação foi para entender o paciente biológico [...]”. (E – 10).

“[...] esse trabalho eu acho que é infinito, não pode parar nunca [...] porque acrescenta. Cada encontro nós sempre acrescentamos mais alguma coisa [...]”. (E – 06).

Além disso, a educação permanente em saúde (EPS) deve ter um compromisso político com a formação dos perfis dos profissionais e dos serviços, além da postura de levantar temas que possam gerar discussão e autoanálise acerca do como está a produção do cuidado em saúde.

No caso do Apoio Matricial em saúde mental, a EPS, apoiado em Ceccim (2005) seria uma autoanálise de como está ocorrendo a produção de um cuidado em saúde mental que deve ser compartilhado entre os profissionais envolvidos e outros setores da comunidade do usuário, ou seja, construir, junto com trabalhadores, caminhos que possibilitem implicação pela população referenciada, mudanças nos pensamentos, produzindo rupturas como o instituído socialmente, com as formulas e/ou modelos, produzindo assim, consequente mudança no cotidiano institucional na forma de lidar com o sofrimento psíquico.

“Todos e cada um dos que trabalham nos serviços de saúde, na atenção e na gestão dos sistemas de serviços têm ideias, noções de compreensão acerca da saúde e de sua produção, do Sistema de saúde e de sua operação e do papel de cada profissional ou cada unidade setorial deve cumprir na prestação das ações de saúde. É a partir dessas ideias, noções e compreensão que cada profissional se integra às equipes ou agrupamentos de profissionais em cada ponto do sistema. É a partir dessas concepções, mediadas pela organização dos serviços e do sistema, que cada profissional opera. A analisarmos um problema institucional, regional ou nacional, de maneira contextualizada, descobrimos a complexidade de sua explicação e a necessidade de intervenções articuladas. As capacitações não se mostram eficazes para possibilitar a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas - tanto de gestão, como de atenção e de controle social - por trabalharem de maneira descontextualizadas e se basearem principalmente na transmissão de conhecimentos”. (CECCIM, 2005. p. 165).

Diante disto, para que a EPS alcance mudanças efetivas, tanto na gestão quanto na produção de cuidados, há que se pensar num diálogo permanente entre as práticas ocorridas nos serviços e as concepções vigentes acerca delas, a fim de problematizá-las no concreto do trabalho das equipes.

Merhy (2005) aponta que não se trata de jogar fora as experiências construtivas até então, mas construir outros modos para produzir educação em saúde e trabalho em saúde, uma vez que não há como separar tais termos, visto que um produz o outro.

Neste contexto, verifica-se na ilustração a seguir, a potencia do apoio matricial como uma ferramenta pedagógica para desenvolvimento de competências profissionais e de organização do processo de trabalho e das práticas de cuidado,

de forma a superarem as dificuldades, medos e despertarem a capacidade de intervenção nas situações de crise em saúde mental., a exemplo, tentativas de suicídio, manifestações psicóticas, manifestações psicossomáticas e formas adequadas de acolhimento e encaminhamento na rede.

“[...] eu tinha muito medo de abordar as tentativas de suicídio, inclusive e após o matriciamento, me ajudou muito com relação a isso. Então quebrou muito essa barreira, então hoje eu não tenho medo de chegar e perguntar “você pensou em se matar?” [...]”. (E – 05).

“[...] hoje eu vou sem medo, com tranquilidade, hoje eu tenho segurança. (...) segurança de abordar uma crise, de ter que chamar o bombeiro, de ter que às vezes mover esse paciente para o hospital se for o caso, de apoiar essa família. E isso tudo conseguimos com o matriciamento [...]”. (E – 05).

“[...] e aí eu consegui identificar que o fato de ela, só de ela pensar que ela poderia entrar em crise e sofrer tudo, ela já começava a aumentar a pressão e mudar todo o comportamento dela. E aí eu comecei a conversar com ela, ela saiu daqui tranquila, não precisou entrar com medicação, não precisou dar anti-hipertensivo, não precisou mandar para lugar nenhum, foi basicamente uma conversa, eu consegui acalmá-la, ela voltou ao estado normal dela. E ela já veio outras vezes desse jeito e aí é um paciente que eu sei como lidar hoje, se ela chegar num quadro desses [...]”. (E – 01).

“[...] às vezes quando tenho dificuldades chamo a enfermeira [...] tem uma vez que me perdi para ajudar uma paciente por que ela só chorava e não conseguia falar comigo [...] mas aí chamei a enfermeira e ela se abriu [...] eu tentei ajudar da melhor forma possível [...]”. (E – 02).

“[...] quando eu comparo as minhas situações de hoje com o início, que eu era muito insegura, eu tinha muita vontade de abordar a questão do suicídio, mas eu tinha medo [...] eu queria ajudar mas não sabia como [...] a paciente me falava sobre a vontade e planos em se matar e eu fingia que não era comigo [...] tinha medo de entrar neste assunto por não saber como lidar [...] atualmente peço pelo excesso do que pela falta [...] busco ajuda de colegas, familiares do paciente e nos encontros do matriciamento [...]”. (E – 05).

Um processo de produção de cuidado pautado numa responsabilidade compartilhada é fundamental, no qual todos profissionais de uma determinada equipe estejam a par, em menor ou maior grau, do projeto terapêutico dos usuários para os quais são referências. Desta forma, as ações de cuidado serão mantidas mesmo com a ausência de alguma especialidade, dada a capacidade de cada

agente de saúde em lidar com as situações problema do território.

O trabalho interdisciplinar, o uso de tecnologias que se encontram nos próprios profissionais e o respeito ao contexto do sujeito que sofre, abre possibilidade de uma produção de cuidado voltado para o indivíduo, aumentando assim a resolutividade dos casos que se apresentam.

“Se pensarmos num jogo de cartas, buraco, por exemplo: e fizermos uma associação com a vida do usuário, iremos imaginar que ele recebeu uma mão ruim de cartas, nenhum coringa e quase nenhuma possibilidade de articulação das cartas para poder fazer um jogo. Ele não tem possibilidade de estar de igual para igual com seus adversários de partida e provavelmente irá perder aquela jogada. Porém, o jogo continua, ele irá “comprar” outras cartas e fazer novas combinações. Nosso serviço talvez lhe ofereça algum coringa, o que possibilita que faça algum arranjo inesperado e consiga fazer alguns pontos [...]”. (BICHAFF, 2001. p. 160).

Os profissionais que trabalham na Estratégia de Saúde da Família e no apoio matricial estão expostos a uma gama de situações limite de sobrevivência, e a eles foi delegada a missão de estarem no território e de assistirem uma população geralmente, com alta vulnerabilidade social, onde a carência financeira, a miséria, a violência doméstica, sobretudo, contra criança e adolescente, o desemprego; dentre outras situações limite, saltam aos olhos, denotando a marginalidade na qual sobrevivem tais populações. A marginalidade é aqui entendida como um duplo processo de desligamento, sendo um em relação ao trabalho, ou seja, na inserção no mercado de trocas de bens e valores e, o outro em relação à fragilidade relacional dos indivíduos (CASTEL, 1994).

Vistas estas condições, houve manifestações entre as participantes desta pesquisa, o quanto o apoio matricial provocou a resignificar às suas concepções e práticas, permitindo ter a atenção integral como uma perspectiva do cuidado a pessoa em saúde mental.

“[...] essa parceria entre os profissionais de saúde [...] isso vai ao encontro à integralidade. Eu consigo ver o paciente como um todo, não como uma boca só. E o matriciamento auxilia para que eu consiga ver o paciente como um todo [...]”. (E – 10).

“[...] de acordo com as reuniões que temos, discutindo os casos, e a doutora passa a ter um controle maior com relação a medicação que o paciente está usando [...]”. (E – 04).

“[...] a paciente X me ligou há três semanas dizendo que estava ouvindo vozes [...] disse que a voz estava dizendo que o marido dela estava falando mal dela sendo que o marido dela nem estava na casa dela naquele momento [...] e a paciente é profissional de saúde, [...] estava preocupada em estar surtando e estava pedindo ajuda para mim [...] e assim, tive a tranquilidade de ficar uma hora e meia no telefone com ela, tranquilizá-la [...] fiz contato com a médica, discutimos possibilidades de conduta e partilhamos isso à paciente [...] conversei com o marido dela e orientei também com a filha da paciente para participar dos cuidados neste momento crítico [...] sabia que a paciente possuía histórico familiar de esquizofrenia e psicose na família, mas considerei também que a paciente X estava passando por problemas conjugais e profissionais e que aquilo ali estava mais para um acesso de ansiedade e reação a estresse do que de fato a um surto psicótico [...] dias depois a paciente já estava bem melhor e estável [...] talvez se eu estivesse endoidado e simplesmente despachado a paciente, teria apenas mandado ela para o pronto socorro de psiquiatria e teriam tacado Haldol nela [...]”. (E – 05).

Desta forma, nenhum profissional fica alheio a este processo, pois o trabalho a ser desenvolvido nestes territórios exige comprometimento ético e envolvimento emocional.

Na visão realista ou materialista, o processo saúde-doença não pode obedecer a padrões estabelecidos de normalidade, pois o mesmo é determinado historicamente, por meio da inserção social do homem e de sua rede de relações. Nesta, saúde e doença são expressões de um mesmo processo e, por sua vez, é determinado pelos processos de produção e reprodução social do indivíduo, ou seja, do seu trabalho e a forma como vive (FONSECA, 2005).

Desta maneira, saúde e doença mental, também são manifestações de um mesmo processo e, sendo assim, o sofrimento psíquico não pode ser reduzidos à expressão de uma anormalidade psíquica somente, pois o mesmo está intimamente ligado aos contextos sócio – econômicos e culturais da sociedade e, diante disto, como por exemplo, seria possível propor um projeto terapêutico para uma pessoa que busca um serviço de saúde com sintomas graves que podem apontar um quadro depressivo, sem leva sem considerar sua inserção no mercado de trabalho,

se a pessoa é arrimo de família, sua estrutura familiar, seus afetos e frustrações, questões orgânicas, entre outros.

Como construir um projeto terapêutico de um indivíduo que passou parte de sua vida em hospitais psiquiátricos ou manicômios, segregado da comunidade e de sua família, sem levar em consideração o processo de cronificação e de institucionalização, os laços concretos e subjetivos rompidos e a carga de estigma e preconceito que este carrega pelo resto de sua vida.

Esta discussão nos remete a fala de algumas profissionais entrevistadas, aonde percebe-se que elas foram provocadas a repensar valores, superar estigmas e redefinir paradigmas de cuidado em saúde mental nos encontros de matriciamento.

“[...] nós sempre achamos que temos que curar [...] nós somos salvadores [...] E não... saúde mental não é isso, eu sei; às vezes só do indivíduo começar a ir na padaria sozinho, já temos que reconhecer como um avanço neste processo [...]”. (E – 05).

“[...] Às vezes até pela própria correria do serviço, você deixa de perceber alguma coisa, às vezes deixa de fazer alguma coisa para ajudar alguém, sendo que poderia ter feito [...] a saúde mental não tem receita pronta, cada caso é um caso [...] nossos protocolos nem sempre se encaixam no atendimento à demanda do paciente [...]”. (E – 05).

“[...] é complicado, é pesado, mas acho que dá para nós fazermos muita coisa. Então não preciso de um psiquiatra aqui do meu lado para fazer isso, nem psicólogo. Eu achava que tinha que ser um psiquiatra com uma injeção na mão e eu como enfermeira com a camisa de força do lado para intervir na crise [...] hoje consigo abordar esta questão com outra visão e maior tranquilidade [...]”. (E – 05).

“[...] eu lembrei da primeira pergunta que um professor meu fez no primeiro dia de aula sobre saúde mental enquanto estava fazendo o curso de enfermagem [...] – Quem aqui tem vontade de trabalhar com paciente que tem problema mental? Todo mundo, ninguém levantou a mão, inclusive eu [...] No decorrer do tempo fui percebendo o paciente que necessita de cuidado em saúde mental não é apenas do “doido”, o doente mental grave [...] qualquer um de nós, inclusive eu, pode um dia na vida necessitar de ajuda em saúde mental [...] Mudei minha concepção [...] através do acompanhamento que faço dos pacientes da minha área parei de associar doença mental à agressividade [...]”. (E – 08).

No decorrer de todas as falas aqui explicitadas neste trabalho, percebe-se que a equipe da ESF da Qd. 18 do Paranoá – DF em parceria com ações matriciais, têm experimentado e refletido no sentido de evitarem que a equipe se feche em suas concretudes resolutivas e potências. Na medida de suas capacidades, respeitando potencialidades e fragilidades, individuais e do grupo, buscam reinventar um cotidiano que transversaliza a organização dos processos de trabalho dos profissionais, de modo que estes ousem ao gerar novas possibilidades anti-hegemônicas na compreensão da multiplicidade do sofrimento psíquico do usuário.

No âmbito desta discussão, cabe pontuarmos duas questões. A primeira é o papel das instituições de ensino na construção da noção de processos de produção de cuidado e responsabilidade compartilhada, pois estes processos também têm relação com o como profissional foi formado e, sendo assim, as escolas, sobretudo, as de nível superior, também tem uma missão na busca de transformar processos de trabalho na assistência em saúde e em saúde mental. Desta forma, cabe às instituições de ensino se questionarem de que forma seria possível formar um profissional que tenha um saber específico, mas também, que se comprometa uma produção de cuidado interdisciplinar e transversal e, que se comprometa com a promoção e a proteção da saúde, tanto no plano individual como coletivo, respeitando suas necessidades e especificidades.

A segunda diz respeito, pelo menos no âmbito do Distrito Federal, à baixa receptividade, disponibilidade, abertura e co-responsabilidade dos serviços dos serviços especializados em saúde mental, em especial aos CAPS, na formação dos futuros profissionais de saúde, sejam estes da atenção básica ou atenção especializada. Chamo atenção aqui ao papel e responsabilidade que os serviços e seus profissionais possuem na formação destas pessoas que futuramente irão compor os serviços da Rede de Atenção Psicossocial. Cabe aos profissionais dos serviços da RAPS, em especial, os CAPS, o compartilhamento do saber e co-responsabilização na condução destes futuros profissionais para as práticas da atenção integral à saúde, no campo psicossocial, despojando-se de qualquer resistência tecnicista, primando assim o bem maior que será prepará-los para atuarem e fortalecerem a ampliação da rede de cuidado do usuário de saúde mental.

VII – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo, a partir dos discursos sobre as experiências vividas pela equipe da UBS – Qd.18 – Paranoá – DF, acerca do apoio matricial implantado há 09 anos, com encontros regulares, vem corroborar a relevância deste dispositivo para o fortalecimento da atenção psicossocial na área da saúde mental. O Apoio Matricial em Saúde Mental foi apontado como de fundamental importância nas construções de inclusão da saúde mental na Atenção Básica daquele território, de forma a organizar e potencializar as competências dos profissionais para esta linha de cuidado no âmbito da atenção básica levando-se sempre em conta o contexto territorial, as potencialidades e limitações de cada participante, a inclusão do usuário como protagonista deste processo e o trabalho em rede como poder coletivo de mudança na forma do cuidado em saúde mental.

Na análise dos dados foi possível verificar que a população residente no território adscrito à ESF – Qd. 18 – Paranoá – DF tem a oportunidade de ganhos importantes no que diz respeito a atenção ao sofrimento psíquico, pois há uma resposta à demanda apresentada, a equipe tem promovido o cuidado compartilhado, tem se proposto a responsabilizar-se e contribuir na ordenação do cuidado em saúde mental deste território, partilhando com CAPS, Conselho Tutelar, CREAS, entre outros, possibilidades de construção e adaptações de rede. O usuário não está sendo incluso em filas de espera e retornando para casa sem sequer ter conseguido escuta para sua queixa, ao contrário, o Apoio Matricial em Saúde Mental vem possibilitando a materialização da escuta e da acolhida para os que chegam à um serviço de ESF com tal demanda.

Outro fator de interesse é que as ações matriciais nesta equipe, o “fazer junto”, os encontros para discussão de casos e planos terapêuticos e as intervenções conjuntas com a participação horizontalizada da equipe e a inclusão do usuário como também um protagonista do seu cuidado, vem possibilitando que esta equipe tenha um olhar diferenciado para sofrimento psíquico.

Os casos de transtornos mentais graves e persistentes passam a ganhar

espaço nesta unidade de ESF, sem tantos medos e desconfianças, até porque mesmo quando existe um Centro de Atenção Psicossocial se responsabilizando por estes casos, as outras demandas de saúde - casos de hipertensão, diabetes e/ou acompanhamento de rotina – devem ser atendidas na Atenção Básica e, este usuário deve ser acolhido como um cidadão pertencente àquela comunidade.

Constatamos que o Apoio Matricial em Saúde Mental não pode ser reduzido como sendo apenas, atenção aos usuários e capacitação/supervisão dos profissionais, pois esta é uma tarefa complexa que, como visto ao longo deste estudo, lida com as concepções de mundo e de saúde – doença mental, que são determinantes nas intervenções cotidianas.

Nesta prática, outras formas de lidar com sofrimento psíquico; interação da comunidade com a questão deste sofrimento e, conseqüente mudança no modo de enxergar e se relacionar com tal questão; a não psiquiatrização e medicalização do social e a transdisciplinaridade, proporcionam a ampliação e integralidade do cuidado em saúde, pois deferentemente do que ainda percebemos na prática dos serviços de profissionais de saúde, nenhuma categoria ou especialidade é onipotente o suficiente para dar conta das demandas tão complexas que se apresentam diariamente às unidades de saúde.

Nesta equipe, este arranjo veio ao encontro de atender uma necessidade de aquisição de conhecimentos e de preparo profissional para compreender as questões sobre os problemas de saúde mental, foi aceito e tem demonstrado resultados positivos à ponto de despertar o interesse da gestão e equipes de outras unidades de ESF para replicação da experiência, mobilizando assim cada vez mais equipes e o próprio território. É fato que o caminho a ser trilhado é longo, mas os primeiros passos já foram dados. Evidência deste fato é que, outras equipes da ESF que não participaram do projeto piloto iniciado, mas que já demonstravam relutância à época em receber o agente matriciador, atualmente encontram-se “sedentas” em iniciar as ações matriciais em saúde mental no seu território, visto a evidente evolução e capacidade de resolução das demandas em saúde mental dos profissionais e das equipes trabalharam em parceria com o Caps até então.

O suporte realizado por um agente matriciador especializado do CAPS de referência do apoio matricial, verificou-se que vem conseguindo fazer com que a saúde mental saia do isolamento dos núcleos especializados e passe a fazer parte de um todo na saúde dos usuários, diminuindo assim, as barreiras e as pré-concepções dos profissionais que não são da saúde mental, da população usuária da rede de Atenção Básica e da comunidade circundante.

Diante da análise e considerações feitas, faz-se necessária a implementação de medidas que consolidem o Apoio Matricial em Saúde Mental como, também, uma política efetiva na assistência em saúde mental. Torna-se imperativo a destinação de horas de trabalho de profissionais da saúde mental para as ações matriciais de base comunitária e territorial. Nesta perspectiva, reafirmar os Centros de Atenção Psicossocial como serviço que devem se ocupar primordialmente dos casos mais graves e persistentes em condição de grave vulnerabilidade social, e este ser o serviço de referência para tal população.

Os agentes matriciadores devem ter carga horária para se ocupar de construções junto às equipes de atenção básica, focando a atenção e assistência à casos menos graves, mas não menos merecedores de cuidado e da devida atenção. O fato dos agentes matriciadores estarem voltados para o manejo das equipes da atenção Básica que envolvam os casos leves e moderados, com capacidade para identificar os casos de maior gravidade, não exime, de maneira alguma, a assistência aos casos graves que tenham a unidade básica de saúde como referência e a articulação com o Centro de Atenção Psicossocial.

Nesta perspectiva, cabe reafirmar os Centros de Atenção Psicossocial como serviço que deve se ocupar primordialmente dos casos mais graves e persistentes em condição de grave vulnerabilidade social, e este ser o serviço de referência para tal população.

Para tanto, dentro do âmbito do DF, é necessária a adequada estruturação do corpo profissional das poucas unidades existentes em nossa metrópole e uma adequação territorial condizente com a realidade destas unidades, sem perder a perspectiva da necessidade premente de expansão da RAPS.

Atualmente, os principais entraves para que os profissionais dos CAPS do DF possam agir nas políticas de matriciamento, dizem respeito a questões básicas e estruturais como: transporte dos profissionais até as unidades básicas de saúde, baixa carga horária de profissionais lotados nas unidades, falta de planejamento de políticas preventivistas em saúde, sobrecarga do território de abrangência com a cobertura demasiadamente superior ao preconizado pelo MS – este último quesito, determinante para o princípio da territorialidade visto que os profissionais estarão atuando junto a ESF da região de sua referência.

Durante o processo destas ações piloto em que a parceria do CAPS II – Paranoá e a Atenção Básica do Paranoá estiveram empenhados, os entraves anteriormente citados, foram dificultadores e, por vezes, quase comprometeram a continuidade do projeto. O Paranoá, assim como várias regiões administrativas do DF dispõe de uma rede de saúde frágil e ainda em formação, e que precisa ser expandida. A disponibilidade dos profissionais da atenção especializada em trabalharem “da porta para fora” do CAPS e dos profissionais da atenção básica em se enxergarem como protagonistas da RAPS são desafios a serem vividos diariamente e permanentemente na lida do cuidado em saúde.

Nesta compreensão, faz-se necessário reforçar o cumprimento da proposta feita pelo Ministério da Saúde (2003) no tocante a organização das ações de Apoio Matricial, pois este item recomenda que: municípios onde houver Centro de Atenção Psicossocial, Oficinas e/ou outros equipamentos de saúde mental, o apoio Matricial seja feito por tais equipes, de deverão reorganizar sua carga horária a fim de ter encontros semanais com as equipes da Atenção Básica. Contudo, para pensar a consolidação da política do Apoio Matricial, deve-se considerar a realidade dos serviços da Atenção Básica, respeitando as devidas proporções destes serviços e de capacidade de alcance de suas equipes.

Sendo assim, no contexto atual da Reforma da Saúde Mental Brasileira, faz-se necessário resistir à propostas que possam significar retrocessos à desinstitucionalização no campo da saúde mental. São importantes a implementação e consolidação, enquanto política de saúde, do Apoio Matricial em Saúde Mental, co-responsabilizando as equipes das unidades CAPS como agentes

matriciadores. Naturais.. As equipes de CAPS têm a função dupla de cuidar e replicar cuidado, o que é de grande importância no atual contexto da reforma da saúde mental, trabalhando sempre com o norte da desinstitucionalização e do cuidado compartilhado e em rede intersetorializado.

VIII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES D. S. N. e GULJOR A. P. O cuidado em saúde mental. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, IMS-UERJ, Abrasco; 2003. p. 221-240.

AMARANTE, P. D. C. Coordenador. Loucos pela vida. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.

_____. AMARANTE, P. D. C. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: Amarante PDC coordenador. Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Nau; 2003.

ARANHA e SILVA, A. L. O Projeto Copiadora do Caps: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida (dissertação). São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1997.

_____. ARANHA e SILVA A. L. Enfermagem em saúde mental: a ação e o trabalho de agentes de enfermagem de nível médio no campo psicossocial (tese). São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2003.

BASAGLIA F. O homem no pelourinho. 1974 (mimeo). Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

BATISTA e SILVA, M. B. Atenção Psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*. 2005; 15 (1): 127-150.

BERTOLOZZI, M. R. O sistema de saúde brasileiro: em que ponto estamos? *Revista Nursing*, 2003; 64 (6): 27-34.

BICHAFF, R. A percepção do usuário sobre o modelo assistencial. In: Ministério da Saúde (BR). Caderno de textos da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília (DF); 2001.

BOING, E. e CREPALDI, M. A. "O Psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde Brasileiras¹." *Psicologia: ciência e profissão* 30.3 (2010): 634-649.

BRASILEIRO, A. M. M. (2013). Manual de produção de textos acadêmicos e científicos. São Paulo: Atlas. 47 páginas

CAÇAPAVA J. R. e COLVERO L. A. Estratégias de atendimento em saúde mental nas unidades básicas de saúde. *Rev. Gaúch. Enferm* 2008; 29(4):573-580.

CAMPOS, F. C. B. e NASCIMENTO S. P. Reciclando a herança do preventivismo: das equipes mínimas em UBS ao apoio Matricial em Saúde Mental às equipes de saúde da Família. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde de Campinas; 2003.

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. Cecílio L.C.O. organizador. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec; 1994.

____ CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1998: 393-403.

____ CAMPOS, G. W. S. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2005. Disponível em: <http://www.gastaowagner.com.br/files/21/Capitulo-de.../vigilância-e-saude-coletiva.pdf>. Acessado em 18/06/2018.

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

CANESQUI, A. M. e OLIVEIRA, A. M. F. Saúde da Família: modelos internacionais e estratégia brasileira. In. Negri B. D'Ávila Viana AL organizadores. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime e Cealag; 2002.

CASTEL, R. Da indigência à exclusão, a desfiliação – precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In. Lancetti A organizador. Saúde Loucura 4. São Paulo: Hucitec; 1994.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface: comunicação, saúde, educação. 2005; 16 (9): 161 – 177.

COHN, A. Caminhos da reforma sanitária. Revista de Cultura e Política Lua Nova. 1989; 19: 123-139.

CONASS. Para entender o pacto pela saúde, 2006. Acessado em 03/03/19: <http://sites.multiweb.ufsm.br/residencia/images/Disciplinas/Nota%20Tcnica%20CONASS%20-%20Pacto.pdf>.

DEMO, Pedro. Pesquisa e construção do conhecimento: metodologia científica no caminho de Habermas. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

____ DEMO, Pedro. Metodologia do conhecimento científico. São Paulo: Atlas, 2000.

ELIA, L. Responsabilidade do Sujeito e Responsabilidade do Cuidado no Campo da Saúde Mental. Revista Academus (versão preliminar). 2004.

FIGUEIREDO, M. D. Saúde Mental na Atenção Básica: Um estudo hermenêutico – narrativo sobre o Apoio Matricial na rede SUS (Dissertação). São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2005.

____ FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2007.

____ FIGUEIREDO, M.D.; CAMPOS, R.O. Saúde mental e atenção básica à saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.32, n.78/79/80, p. 143-149, 2008.

FONSECA, R.M.G.S. da e BERTOLOZZI, M. R. A epidemiologia Social e a assistência à saúde da população. In: Fonseca RMGS da, Egry EY. *A classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva e o uso da epidemiologia social*. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem; 1997. (Série didática; enfermagem no SUS II).

____ FONSECA, R.M.G.S. da. O processo saúde – doença (das mulheres) como fenômeno social. In: Egry EY, Fonseca RMGS da. *Atualização em saúde coletiva (textos de apoio)*. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005.

GOMES, R. Análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS. Organizadora. *Pesquisa Social –Teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 1994.

GOMES, V. G; CAMPOS, R. O. e FURTADO, J. P. Apoio matricial: estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP. Campinas, SP, 2006. Trabalho de Conclusão do Curso de Aprimoramento em Saúde Mental – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/df/panorama>. Acesso em 03; Mar; 2019.

JUNQUEIRA, S. R. Competências profissionais na estratégia Saúde da Família e o trabalho em equipe. Especialização em Saúde da Família, UNA-SUS, UNIFESP, 2008. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_9.pdf>. Acesso em: 03 Mar. 2019.

KAUFMANN, J. A. *A entrevista compreensiva: um guia para pesquisa de campo*. Petrópolis, RJ: Vozes; Maceió, AL: Edufal, 2013.

LANCETTI, A. *Jornal de psicologia*. 2006. Disponível em: www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/jornal_149/frames/fr_ciencia_profissao.aspx. Acessado em 22/06/2018.

____ LANCETTI, A. *Clínica Peripatética* – São Paulo: Hucitec, 2011. 127p. (Saúde Loucura; 20. Série Políticas do desejo, 1).

LIMA, C. A.; OLIVEIRA, A. P. S.; MACEDO, B. F.; DIAS, O. V.; COSTA, S. M. Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. *Rev. Bioét.*, v. 22, n. 1, p. 152-60, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n1/a17v22n1.pdf>>. Acesso em: 03 Mar. 2019.

MATTOS, R. A. (2006). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In R. Pinheiro, & R. A. Mattos (Orgs.), *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (pp.39-64). Rio de Janeiro, RJ: Abrasco.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações em saúde). In: Cecílio LCO organizador. *Inventando a mudança na saúde*. 3 Ed. São Paulo: Hucitec; 1994. 117-160.

____MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: Merhy E. E., Onocko R Organizadores. *Agir em Saúde – um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

____MERHY, E. E. A dimensão cuidadora da produção em saúde: e a tensão procedimento – cuidado na produção de modelos de atenção (mimeo), 1999. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

____MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface: comunicação, saúde, educação*. 2005; 16 (9): 161 – 177.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec – Abrasco; 1992.

____MINAYO, M. C. S. *Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade*. Rio de Janeiro: Ensp – Fundação Oswaldo Cruz; 2011.

____MINAYO, M. C. S. e SANCHES. Quantitativo – Qualitativo: Oposição ou complementaridade. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, Jul/Set; 1993.

Ministério da Saúde (BR). *I Conferência Nacional de Saúde Mental – Relatório Final*, Brasília, DF; 1988.

____Ministério da Saúde (BR). *II Conferência Nacional de Saúde Mental – Relatório Final*, Brasília, DF; 1994.

____Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade (MS). *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília. Ministério da Saúde (MS); 1997.

____Ministério da Saúde (BR). *Cadernos de Atenção Básica – Programa Saúde da Família*, Brasília, DF; 2000.

_____. Ministério da Saúde (BR). III Conferência Nacional de Saúde Mental – Relatório Final, Brasília, DF; 2002.

_____. Ministério da Saúde (BR). De volta para casa – manual do programa. Brasília, DF; 2003.

_____. Ministério da Saúde (BR). Acolhimento com avaliação e classificação de risco. Brasília, DF; 2004.

_____. Ministério da Saúde (BR). Saúde mental e Atenção Básica – o vínculo e o diálogo necessários. Brasília, DF; 2003.

_____. Ministério da Saúde (BR). Acolhimento com avaliação e classificação de risco. Brasília, DF; 2004.

_____. Ministério da Saúde (BR). Equipes de Referência e Apoio Matricial. Brasília, DF; 2004.

_____. Ministério da Saúde (BR). Legislação em saúde mental – 1990 - 2004. Brasília, DF; 2004.

_____. Ministério da Saúde (BR). Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília, DF; 2004.

_____. Ministério da Saúde (BR). Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil – Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília (DF); 2005.

_____. Ministério da Saúde (BR). Portaria N. 648, de 28 de março de 2006. Brasília, DF; 2006.

_____. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica e Saúde da Família [site na Internet]. 2011 [acessado 2017 set 22]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>

_____. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF; 2012.

MOURA, M. L. S. & Colls. Manual de elaboração de projetos de pesquisa. Rio de Janeiro, Ed. UERJ, 1998.

NASCIMENTO, C. C. Intencionalidade de Operacionalidade nas intervenções pautadas na Reabilitação Psicossocial (Monografia de conclusão de aprimoramento) São Paulo; Programa de integração docente assistencial em saúde mental (PIDA/SES/CAPS); 2004.

NEGRI, B. A política de saúde no Brasil nos anos 1990: avanços e limites. In: Negri B.

NICÁCIO, M.F.S. Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental (Tese). São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2003.

NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública*, [s.l.], v. 18, n. 6, p.1639-1646, 2002. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: Acesso em: 23 jan. 2019.

____NUNES, M. O.; JUCA, V.J. e VALENTIM, 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. *Cad Saude Publica* 2007; 23(10):2375-2384.

PINTO, A.G.A. et al. "Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade." *Ciênc Saúde Coletiva* 17.3 (2012): 653-660.

PITTA, A.M.F. Reorientação do modelo de atenção: equidade e justiça social na organização de serviços de saúde mental. In: Ministério da Saúde (BR). Caderno de textos das III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília (DF); 2001.

SANTOS, M. Território e Sociedade. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2000.

SARRACENO, B. Libertando identidades – da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Trad. Lúcia Helena Zanetta, Maria do Carmo Zanetta e Willians Valentini. – Belo Horizonte: TeCorá Ed; Rio de Janeiro: Inst. Franco Basaglia, 1999.

____SARRACENO, B. Libertando identidades – da reabilitação psicossocial à cidadania possível. São Paulo: TeCorá; 2001.

SORATTO, J.; PIRES, D. E. P.; DORNELLES, S.; LORENZETTI, J. Estratégia Saúde da Família: uma inovação tecnológica em saúde. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 584-592, abr./jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00584.pdf>. Acesso em: 03 Mar. 2019.

SOUZA, H.M. Saúde da família: desafios e conquistas. In: Negri B. D'Ávila Viana AL organizadores. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime e Cealag; 2002.

SPINK, M.J. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. *Cad. Saúde Pública*, 1993; 9(3): 300-08.

TAHAN-SANTOS, E. Estratégia Saúde da Família: satisfação de usuários. 2011. 133 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Departamento de Psicologia e Educação, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2011.

YASUI, S. A construção da reforma psiquiátrica e o seu contexto histórico (dissertação) Assis (SP): Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2010.

ZOBOLI, E. L. C. P.; FORTES, P. A. C. Bioética e Atenção Básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1690-1699, nov./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/28.pdf>>. Acesso em: 03 Mar. 2019.

IX - APÊNDICE

ANEXO 01

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Reorganização dos e nos processos de trabalho na Rede de Atenção Psicossocial mediada pela avaliação participativa

Pesquisador: Maria da Glória Lima

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 67425917.6.0000.0030

Instituição Proponente: FACULDADE DE SAÚDE - FS

Patrocinador Principal: Secretaria de Atenção a Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.200.022

Apresentação do Projeto:

O Projeto é apresentado na Plataforma Brasil como se segue "A rede de saúde mental do Distrito Federal se expandiu nos últimos anos no sentido de ampliar o acesso das pessoas que necessitam de cuidados psicossociais. São múltiplas as formas de organização dos serviços, com mecanismos de gestão e processos de trabalho singulares, com inovações e heterogeneidade nos modos de produzir saúde mental. A presente pesquisa integra uma das atividades do Observatório de Políticas de Atenção à Saúde Mental do Distrito Federal, criado em 2016 no Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília (NESP/UnB). Trata-se de projeto guarda-chuva, com uso de abordagens qualitativa e quantitativa e métodos diversos: grupos focais e/ou método de roda, entrevistas semiestruturadas e entrevista de profundidade, questionários e diário de campo. Objetiva-se explorar dispositivos de atuação participativa, monitoramento, qualificação e aperfeiçoamento dos diferentes atores: gestores, profissionais, usuários e familiares da Rede de Atenção Psicossocial do DF. Espera-se como resultados: mapeamento da Rede de Atenção Psicossocial; contextualização e caracterização do trabalho desenvolvido nos dispositivos de atenção psicossocial, especialmente os CAPS; produção de indicadores para os serviços CAPS; formação profissional para o apoio e caracterização do perfil dos usuários e familiares da RAPS. O presente projeto pretende aperfeiçoar as atividades já desenvolvidas nos CAPS, em especial os processos de trabalho dos serviços; identificar barreiras de acesso e lacunas assistenciais; propor soluções que contribuam para avaliar e reconstruir a dinâmica da rede e dos serviços que ela oferece, a fim de

melhorar a qualidade assistencial; compartilhar os resultados encontrados, de forma a oferecer subsidio aos gestores e profissionais da saude nas acoes de planejamento, promocao, prevencao e enfrentamento dos agravos de saude mental, alem do fortalecimento da RAPS; contribuir com o aprimoramento das politicas publicas de saude mental no DF e com a promocao de uma vida digna e com justica social aos usuarios da saude mental.”

METODOLOGIA:

“Trata-se de um estudo de abordagem mista, com delineamento transversal e natureza exploratoria- descritiva com triangulacao de metodos e tecnicas (MINAYO, 2005). Este projeto se propoe a desenvolver uma abordagem integradora teorico-pratica, “com base empirica, concebida e realizada em estreita associacao com uma acao ou de enfrentamento e/ou com a resolucao de um problema coletivo no qual os pesquisadores e os participantes, representativos da situacao ou do problema, estao envolvidos de modo cooperativo e participativo (THIOLLENT, 2003)[...] um tipo de pesquisa social participante, com base empirica que e concebida e realizada em estreita associacao com uma acao ou com a resolucao de um problema coletivo, no qual pesquisadores e participantes representativos da situacao ou do problema estao envolvidos de modo cooperativo ou participativo [...]. (THIOLLENT, 2003, p. 14) A pesquisa para Demo (2006) se justifica quando a formacao cientifica assume tambem a formacao educativa, um processo de criar e emancipar. Ele toma a pesquisa como atitude processual de investigacao diante do cotidiano, dos limites desconhecido e dos limites que a natureza e a sociedade nos impoem; e ainda, com visao emancipatoria apresenta a pesquisa como trajeto educativo e cientifico. A pesquisa sera desenvolvida em etapas no decorrer do periodo de quatro anos previsto para Maio de 2017 a Julho de 2021. As etapas compreendem os seguintes eixos: i) Mapeamento dos dispositivos da rede de saude mental do Distrito Federal; ii) Capacitacao em pesquisa avaliativa participativa/processo avaliativo e apoio institucional;iii) A compreensao do trabalho e a producao do cuidado em saude na Rede de Atencao Psicossocial; iv) Atencao integral em saude mental e a participacao social dos usuarios e seus familiares na Rede de Atencao Psicossocial; e v) Vulnerabilidade dos usuarios e familiares em situacao de sofrimento e exclusao social e as redes de apoio psicossociais e comunitarias.”

CRITERIO DE INCLUSAO:

“Serao considerados criterios de inclusao na pesquisa os seguintes itens: a. Gestores de CAPS/Unidades de Acolhimento b. Profissionais de CAPS/Unidades de Acolhimentoc. Usuarios de CAPS/Unidades de Acolhimento e familiares d. Membros da comunidade envolvidos com a atencao psicossocial.”

Hipotese:

“Os processos participativos de gestao e de producao de cuidado sao dispositivos

apoiadores do planejamento das ações de saúde e da qualificação do trabalho na Rede de Atenção Psicossocial, de maneira a ampliar o acesso a atenção integral dos usuários com transtorno mental e/ou dependente de álcool e outras drogas?”

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primario:

“Explorar dispositivos de atuação participativa, monitoramento, qualificação e aperfeiçoamento dos diferentes atores: gestores, profissionais e usuários e seus familiares da Rede de Atenção Psicossocial do DF.”

Objetivo Secundario:

“a. Mapear a rede ampliada de saúde mental do DF, a partir dos CAPS; b. Analisar as redes psicossociais instituídas entre os serviços e o protagonismo das comunidades na Rede de Atenção Psicossocial; c. Identificar as fragilidades e potencialidades da participação dos atores na produção do cuidado em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial do DF; d. Identificar a organização e funcionamento do trabalho em saúde dos serviços que compõem a RAPS/DF; e. Construir indicadores para os serviços CAPS/RAPS; f. Identificar a percepção dos profissionais de saúde sobre o trabalho realizado nos serviços da RAPS quanto aos desafios e avanços da abordagem psicossocial; g. Identificar o perfil dos usuários e famílias atendidos nos CAPS/AD do DF; h. Identificar o itinerário terapêutico percorrido pelos usuários e seus familiares para acesso, atendimento e tratamento na RAPS/DF; i. Identificar as estratégias de participação social com vistas à inclusão social dos usuários e familiares da saúde mental; j. Identificar necessidades de cuidado de usuários e familiares e a sua rede de apoio social; k. Implementar a abordagem do Tratamento Comunitário junto a população em situação de vulnerabilidade, sofrimento e exclusão social mediante a promoção de redes de apoio e proteção comunitária no DF; l. Analisar a vulnerabilidade dos usuários da saúde mental na perspectiva das políticas públicas e das abordagens da bioética de proteção e da bioética da intervenção.”

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

“Os riscos inerentes a pesquisa são de natureza direta, como constrangimento de participação nas entrevistas e evocação de memórias de sofrimento. Pode ainda provocar esforço cognitivo e/ou possível constrangimento pessoal por trazer à tona reflexões e emoções sobre as experiências vividas no processo de trabalho ou de cuidado no âmbito da atenção à saúde mental, decorrentes dos temas tratados ou do teor das questões. Os riscos indiretos são referentes à possibilidade de quebra de

confidencialidade nas dinâmicas realizadas pelo grupo focal e entrevistas individuais. A equipe responsável pela execução da pesquisa e demais pesquisadores colaboradores estará atenta e procurará minimizar os riscos, reforçando o direito dos participantes de se recusarem a responder qualquer questão percebida como constrangedora ou evocadora de situação de sofrimento emocional. Os profissionais responsáveis pelo CAPS serão contatados, caso haja necessidade de atendimento individual das pessoas entrevistadas. Vale ressaltar que o CAPS funciona com agenda aberta para atendimento de usuários em situação de risco de sofrimento e o participante terá acesso ao atendimento nessa instituição.”

Benefícios:

“Os benefícios esperados neste estudo envolvem a qualificação dos profissionais, o empoderamento dos usuários e a produção de ferramentas para a organização da gestão e do processo de cuidado. A pesquisa irá construir processos de capacitação/formativos com os gestores, trabalhadores e usuários e familiares da Rede de Atenção Psicossocial, em especial os CAPS/RAPS, na perspectiva de melhorar o acesso e a qualidade do cuidado em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial. Finalmente, a pesquisa produzirá um “Guia físico dos serviços de saúde mental disponíveis no DF” e uma “Página web interativa georreferenciada dos serviços de saúde mental disponíveis no DF.”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto guarda-chuva da Faculdade de Ciências da Saúde/UnB, na área de Ciências da Saúde na temática da Saúde Coletiva, coordenado pelas pesquisadoras Dra. Maria da Glória Lima Maria Aparecida Gussi e conta com a participação de nove pesquisadores, três estudantes de graduação e dois estudantes de Mestrado Profissional. A pesquisa está orçada em R\$ 1.140.000,00 (um milhão e cento e quarenta mil reais) distribuídos em R\$ 343.000,00 (trezentos e quarenta e três mil reais) para custeio e R\$ 797.000,00 (setecentos e noventa e sete mil reais) para bolsas (pesquisadores e estudantes), financiada pela Secretaria de Atenção à Saúde do Distrito Federal.

A pesquisa terá trezentos e dezoito (318) participantes, distribuídos da seguinte forma: (1) Gestores dos CAPS/UA: 18 participantes; (2) Familiares dos usuários dos CAPS/US: 50 participantes, (3) Usuários dos CAPS: 150 participantes e (4) Profissionais de saúde dos CAPS/US: 100 participantes. O Desfecho primário da pesquisa foi definido como “Qualificação da Rede de Atenção Psicossocial com construção de indicadores de qualidade e de acesso aos serviços de saúde mental.”

A Co-participante deste projeto e a Secretaria de Saude do Distrito Federal, tendo como responsavel Humberto Lucena Pereira da Fonseca, com Comite de Etica – Fundacao de Ensino e Pesquisa em Ciencias da Saude – FEPECS/SES/DF.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram analisados os seguintes documentos como resposta às pendências emitidas pelo parecer consubstanciado no. 2.160.041:

Informações Básicas do Projeto:

"PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_832755.pdf"
de 27/07/2017;

Carta de resposta ao CEP:

"CartaRespPendencias.doc

" e "Carta_Resp_Pendencias.pdf" de 27/07/2017;

Termo de Autorização de Imagem e Son de Voz para fins de Pesquisa: "Termo_Aut_Utiliz_Imagem_SomVoz_Pais.pdf" e "Termo_Aut_Utiliz_Imagem_SomVoz_Pais.docx", ambos de 17?07/2017;

TCLEs:

Na versão pdf e seu correspondente em docx:

"TCLE_Pai_Responsavel_Legal.pdf" e

"TCLE_Pai_Responsavel_Legal.docx",

"TCLE_grupofocal_Usuario_Familiar.pdf" e

"TCLE_grupofocal_Usuario_Familiar.docx",

"TCLE_grupofocal_Gestor_Prof_Saude.pdf" e

"TCLE_grupofocal_Gestor_Prof_Saude.docx",

"TCLE_entrevista_Usuario_Familiar.pdf" e

"TCLE_entrevista_Usuario_Familiar.docx"

"TCLE_entrevista_Gestor_Prof_Saude.pdf" e

"TCLE_entrevista_Gestor_Prof_Saude.docx" ,

TALEs: "TALE_10a13_anos.docx" e "TALE_10a13_anos.pdf";

"TALE_14a17_anos.docx" e "TALE_14a17_anos.pdf" todos de 27/07/2017;

Projeto Detalhado: "PROJETO_resposta_pend_CEPFS.docx" de 27/07/2017.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise das respostas às pendências emitidas pelo parecer consubstanciado no.

2.160.041:

1. Solicita-se apresentar cada modelo de TCLE, bem como do TALE, em arquivos individualizados.

Resposta - Foram apresentados/anexados à Plataforma Brasil os modelos dos documentos TCLE e TALE nas versões Word e PDF. As versões em Word estão inclusas no Projeto, conforme págs. 36 a 49.

TCLE_entrevista_Gestor_Prof Saude (pág. 36/37)

TCLE_grupofocal_Gestor_Prof Saude (pág. 38/39) TCLE_entrevista_Usuário_e_Familiar (pág. 40/41) TCLE_grupofocal_Usuário_e_Familiar (pág. 42/43) TCLE_Pai_Responsavel (pág. 44/45)

TALE 10_13 anos (pág. 46/47) TALE 12_17 anos (pág. 48/49)

Observação1: O trabalho de pesquisa proposto não pretende o envolvimento de crianças menores de 10 anos como participantes do estudo.

Observação 2: A aplicação do TCLE ou do TALE se fará sempre com a presença de um pesquisador para retirada de dúvidas ou maiores esclarecimentos e, no caso do TALE, a explicação em linguagem “entendível” de cada criança, caso a caso.

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2. Solicita-se apresentar modelo de TCLE direcionado aos pais ou responsável legal do menor participante da pesquisa.

Resposta - Foi apresentado/anexado modelo de TCLE direcionado aos pais ou responsável legal, localizado na página 44/45 do projeto.

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3. Solicita-se acrescentar informações sobre aprovação pelo CEP/FEPCS-SES/DF nos TCLEs e TALEs, visto que esse CEP apreciara o presente protocolo de pesquisa como CEP vinculado a instituição coparticipante. Recomenda-se ver modelo na página do web do CEP/FS.

Resposta – Foi acrescentada a informação conforme solicitado em todos os citados documentos TCLE e TALE (retirado do modelo disponível no site do CEP/FS): “Além disso, como a Secretaria de Estado de Saúde é co-participante desta pesquisa, este projeto também foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante de pesquisa também podem ser obtidos por meio do telefone: (61) 3325-4955.”

TCLE_entrevista_Gestor_Prof Saude (página 36/37, parágrafo 10);

TCLE_grupofocal_Gestor_Prof Saude (página 38/39, parágrafo 10);

TCLE_entrevista_Usuário_e_Familiar (página 40/41, parágrafo 10);

TCLE_grupofocal_Usuário_e_Familiar (página 42/43, parágrafo 10);;

TCLE_Pai_Responsavel (págs. 44/45, parágrafo 10);

TALE 10_13 anos (pág. 46/47, parágrafo 8); TALE 14_17 anos (págs. 48/49, parágrafo 6);

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA.

4. Quanto ao documento "Term_Ass_Crianca_Adoles2.docx", postado em 20/04/2017, solicita-se adequar a linguagem do documento as diferentes faixas etárias. Recomenda-se apresentar 3 versões do TALE considerando as faixas etárias 6 a 10 anos, 11 a 13 anos e 14 a 17 anos.

Resposta - Considerando o grupo etário convidado a participar da pesquisa foram apresentados/anexados dois TALE para as faixas de idade de 10 a 13 anos e de 14 a 17 anos. (páginas 46 a 49), uma vez que o trabalho de pesquisa proposto não pretende o envolvimento de crianças menores de 10 anos como participantes do estudo.

Observação: Feito modificação no item participantes do estudo (Pág. 9, Parágrafo 2) Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA.

5. Solicita-se apresentar modelo de termo de autorização de utilização de imagem e som de voz para fins de pesquisa direcionado ao pai ou responsável legal do menor participante de pesquisa.

Resposta – Foi apresentado/anexado Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som da Voz direcionado ao pai ou responsável, na versão Word e PDF. A versão em Word está inclusa no Projeto, conforme página 51.

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA.

6. Solicita-se informar claramente e incluir no cronograma a etapa de coleta de dados. Esta deve ser posterior a aprovação pelo CEP/FS e a aprovação pelo CEP-FEPECS, esse último vinculado a instituição coparticipante.

Resposta: No item cronograma ressaltamos que a coleta de dados terá início somente após a aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da FS e SES/DF com modificações nos itens coleta de dados e a análise, em separado. Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Conclusão: Todas as pendências foram atendidas. Não há óbices éticos para a realização deste projeto. Protocolo de pesquisa está em conformidade com a Resolução CNS 466/2012 e Complementares.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

O início das atividades de coleta dos dados do projeto deve aguardar a aprovação do projeto pelo CEP da instituição coparticipante.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_832755.pdf	27/07/2017 16:25:40		Aceito
Outros	CartaRespPendencias.doc	27/07/2017 16:19:33	Maria da Glória Lima	Aceito

Outros	Carta_Resp_Pendencias.pdf	27/07/2017 16:10:01	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Aut_Utiliz_Imagem_SomVoz_Pais.pdf	27/07/2017 16:05:56	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Pai_Responsavel_Legal.pdf	27/07/2017 16:05:40	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupofocal_Usuario_Familiar.pdf	27/07/2017 16:05:22	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupofocal_Gestor_Prof_Saude.pdf	27/07/2017 16:05:02	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_Usuario_Familiar.pdf	27/07/2017 16:04:39	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_Gestor_Prof_Saude.pdf	27/07/2017 16:04:28	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_14a17_anos.pdf	27/07/2017 16:04:21	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_10a13_anos.pdf	27/07/2017 16:04:09	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Aut_Utiliz_Imagem_SomVoz_Pais.docx	27/07/2017 16:00:25	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Pai_Responsavel_Legal.docx	27/07/2017 16:00:15	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupofocal_Usuario_Familiar.docx	27/07/2017 15:59:31	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupofocal_Gestor_Prof_Saude.docx	27/07/2017 15:58:57	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_Usuario_Familiar.docx	27/07/2017 15:58:30	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_Gestor_Prof_Saude.docx	27/07/2017 15:57:36	Maria da Glória Lima	Aceito

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_14a17_anos.docx	27/07/2017 15:57:20	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_10a13_anos.docx	27/07/2017 15:57:00	Maria da Glória Lima	Aceito
Ausência	TALE_10a13_anos.docx	27/07/2017 15:57:00	Maria da Glória Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_resposta_pend_CEPFS.docx	27/07/2017 15:56:22	Maria da Glória Lima	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	20/04/2017 14:57:49	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEs2.docx	20/04/2017 14:50:26	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Term_Ass_Crianca_Adoles2.docx	20/04/2017 14:50:01	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermoCompr_Gloria.doc	19/04/2017 11:23:57	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	CartEncamProj.doc	19/04/2017 11:22:22	Maria da Glória Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	10/04/2017 17:51:55	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Term_Aut_Imag_Som.doc	10/04/2017 17:51:00	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Vilmara_Macedo.pdf	10/04/2017 17:37:38	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Vanessa_Carnevale.pdf	10/04/2017 17:36:51	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Tania_Resende.pdf	10/04/2017 17:35:59	Maria da Glória Lima	Aceito

Outros	Curriculo_Renata_Cavalcante.pdf	10/04/2017 17:35:18	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Otavio_Ramalho.pdf	10/04/2017 17:34:47	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Maria_Gloria.pdf	10/04/2017 17:34:18	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Maria_Gussi.pdf	10/04/2017 17:33:52	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Maira_Gussi.pdf	10/04/2017 17:33:19	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Luana_Paz.pdf	10/04/2017 17:32:48	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Karime_Porto.pdf	10/04/2017 17:32:09	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Ione_Barros.pdf	10/04/201 7	Maria da Glória	Aceito
Outros	Curriculo_Ione_Barros.pdf	17:31:42	Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Hugo_Vitor.pdf	10/04/2017 17:31:05	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Cibele_Sousa.pdf	10/04/2017 17:30:20	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Aurelio_Andrade.pdf	10/04/2017 17:29:45	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Adriana_Carvalho.pdf	10/04/2017 17:28:01	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermoConcFS.doc	10/04/2017 17:17:11	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermoConcFepecs.doc	10/04/2017 17:16:39	Maria da Glória Lima	Aceito

Outros	TermConcFepecs.PDF	10/04/2017 17:03:41	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermoConcFS.PDF	10/04/2017 17:02:25	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermCompr_Gloria.PDF	10/04/2017 16:58:47	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	CartEncamProj.PDF	10/04/2017 16:57:49	Maria da Glória Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 03 de
Agosto de 2017

Assinado por:**Keila Elizabeth
Fontana
(Coordenador)**

ANEXO 02

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Reorganização dos e nos processos de trabalho na Rede de Atenção Psicossocial mediada pela avaliação participativa

Pesquisador: Maria da Glória Lima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67425917.6.3001.5553

Instituição Proponente: FACULDADE DE SAÚDE - FS

Patrocinador Principal: Secretaria de Atenção a Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.270.086

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa aprovado pelo CEP/UNB Ceilândia e submetido ao CEP/FEPECS como instituição co-participante.

Trata-se de projeto guarda-chuva que abarcará capacitação em pesquisa avaliativa participativa com trabalhadores, usuários e gestores de saúde mental para análise da rede de Centros de Atenção Psicossocial e Unidade de Acolhimento do Distrito Federal com construção de narrativas e validação de indicadores. Também serão utilizadas metodologias para mapeamento da rede de atenção à saúde mental e para desenvolvimento de apoio institucional, bem como as estratégias do tratamento comunitário para situações de vulnerabilidade dos usuários e familiares em situação de sofrimento e de exclusão social, articulado com as redes de apoio psicossociais e comunitárias. Ainda serão desenvolvidas atividades acerca da Atenção integral em saúde mental e a participação social dos usuários e seus familiares na Rede de Atenção Psicossocial. A rede de saúde mental do Distrito Federal se expandiu nos últimos anos no sentido de ampliar o acesso das pessoas que necessitam de cuidados psicossociais. São múltiplas as formas de organização dos serviços, com mecanismos de gestão e processos de trabalho singulares, com inovações e heterogeneidade nos modos de produzir saúde mental. A presente pesquisa integra uma das atividades do Observatório de Políticas de Atenção à Saúde Mental do Distrito Federal, criado em 2016 no Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília (NESP/UnB). Trata-se de projeto guarda chuva, com uso de abordagens qualitativa e quantitativa e métodos diversos: grupos focais e/ou método de

roda, entrevistas semiestruturadas e entrevista de profundidade, questionários e diário de campo. Objetiva-se explorar dispositivos de atuação participativa, monitoramento, qualificação e aperfeiçoamento dos diferentes atores: gestores, profissionais, usuários e familiares da Rede de Atenção Psicossocial do DF. Espera-se como resultados: mapeamento da Rede de Atenção Psicossocial; contextualização e caracterização do trabalho desenvolvido nos dispositivos de atenção psicossocial, especialmente os CAPS; produção de indicadores para os serviços CAPS; formação profissional para o apoio e caracterização do perfil dos usuários e familiares da RAPS. O presente projeto pretende aperfeiçoar as atividades já desenvolvidas nos CAPS, em especial os processos de trabalho dos serviços; identificar barreiras de acesso e lacunas assistenciais; propor soluções que contribuam para avaliar e reconstruir a dinâmica da rede e dos serviços que ela oferece, a fim de melhorar a qualidade assistencial; compartilhar os resultados encontrados, de forma a oferecer subsídio aos gestores e profissionais da saúde nas ações de planejamento, promoção, prevenção e enfrentamento dos agravos de saúde mental, além do fortalecimento da RAPS; contribuir com o aprimoramento das políticas públicas de saúde mental no DF e com a promoção de uma vida digna e com justiça social aos usuários da saúde mental.``

Objetivo da Pesquisa:

``Objetivo Primário:

Explorar dispositivos de atuação participativa, monitoramento, qualificação e aperfeiçoamento dos diferentes atores: gestores, profissionais e usuários e seus familiares da Rede de Atenção Psicossocial do DF.

Objetivo Secundário:

- a. Mapear a rede ampliada de saúde mental do DF, a partir dos CAPS;
- b. Analisar as redes psicossociais instituídas entre os serviços e o protagonismo das comunidades na Rede de Atenção Psicossocial;
- c. Identificar as fragilidades e potencialidades da participação dos atores na produção do cuidado em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial do DF;
- d. Identificar a organização e funcionamento do trabalho em saúde dos serviços que compõe a RAPS/DF; e. Construir indicadores para os serviços CAPS/RAPS;
- f. Identificar a percepção dos profissionais de saúde sobre o trabalho realizado nos serviços da RAPS quanto aos desafios e avanços da abordagem psicossocial; g. Identificar o perfil dos usuários e famílias atendidos nos CAPS/AD do DF;
- h. Identificar o itinerário terapêutico percorrido pelos usuários e seus familiares para acesso, atendimento e tratamento na RAPS/DF;
- i. Identificar as estratégias de participação social com vistas a inclusão social dos usuários e familiares da saúde mental;

- j. Identificar necessidades de cuidado de usuários e familiares e a sua rede de apoio social;
- k. Implementar a abordagem do Tratamento Comunitário junto a população em situação de vulnerabilidade, sofrimento e exclusão social mediante a promoção de redes de apoio e proteção comunitária no DF;
- l. Analisar a vulnerabilidade dos usuários da saúde mental na perspectiva das políticas públicas e das abordagens da bioética de proteção e da bioética da intervenção.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

``Riscos:

Os riscos inerentes à pesquisa são de natureza direta, como constrangimento de participação nas entrevistas e evocação de memórias de sofrimento. Pode ainda provocar esforço cognitivo e/ou possível constrangimento pessoal por trazer a tona reflexões e emoções sobre as experiências vividas no processo de trabalho ou de cuidado no âmbito da atenção à saúde mental, decorrentes dos temas tratados ou do teor das questões. Os riscos indiretos são referentes à possibilidade de quebra de confidencialidade nas dinâmicas realizadas pelo grupo focal e entrevistas individuais. A equipe responsável pela execução da pesquisa e demais pesquisadores colaboradores estará atenta e procurará minimizar os riscos, reforçando o direito dos participantes de se recusarem a responder qualquer questão percebida como constrangedora ou evocadora de situação de sofrimento emocional. Os profissionais responsáveis pelo CAPS serão contatados, caso haja necessidade de atendimento individual das pessoas entrevistadas. Vale ressaltar que o CAPS funciona com agenda aberta para atendimento de usuários em situação de risco de sofrimento e o participante terá acesso ao atendimento

nessa instituição. Benefícios:

Os benefícios esperados neste estudo envolvem a qualificação dos profissionais, o empoderamento dos usuários e a produção de ferramentas para a organização da gestão e do processo de cuidado. A pesquisa irá construir processos de capacitação/formativos com os gestores, trabalhadores e usuários e familiares da Rede de Atenção Psicossocial, em especial os CAPS/RAPS, na perspectiva de melhorar o acesso e a qualidade do cuidado em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial. Finalmente, a pesquisa produzirá um “Guia físico dos serviços de saúde mental disponíveis no DF” e uma “Página web interativa georreferenciada dos serviços de saúde mental disponíveis no DF”.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

``Metodologia de Análise de Dados:

4.2.1. A pesquisa bibliográfica utilizará o método de revisão integrativa de literatura (MENDES et al, 2008), a partir da seguinte pergunta: “Quais são as abordagens temáticas e lacunas na produção acadêmica relacionada às tecnologias de cuidado da pessoa com transtorno mental, sofrimento social e em dependência química, no período 2000-2020?” Serão utilizados os seguintes descritores “Saúde mental”, “Serviços de Saúde Mental”, “Cuidado”, “Desinstitucionalização”, “Sofrimento mental” e “Usuários de drogas” nas bases de dado da SCIELO, BIREME e MEDLINE, nos idiomas Português, Espanhol e Inglês.

4.2.2. A pesquisa qualitativa será desenvolvida por intermédio de entrevistas em profundidade do tipo face – a - face individuais e grupais, com utilização de instrumentos de coleta de dados semiestruturados criados para a pesquisa, bem como, instrumentos previamente padronizados, apresentados na seção dos anexos. Os participantes dessa etapa serão gestores, profissionais, usuários, familiares de usuários e comunidade em geral relacionados aos CAPS/RAPS, de maneira a dar voz a esses atores na produção de narrativas sobre suas experiências de atendimento, tratamento e inclusão social, e analisar as redes sociais estabelecidas internamente e externamente na RAPS. As atividades grupais com utilização da técnica de grupos focais apoiarão a contextualização e análise da Rede de Atenção Psicossocial quanto a organização do cuidado numa perspectiva ecológica em sua dimensão individual, familiar, comunitária e societária. Será subsidiada por roteiro com questões norteadoras desenvolvidas pela equipe de pesquisa. A análise qualitativa dos conteúdos/relatos verbais seguirá os procedimentos apresentados por Minayo para a análise compreensiva de conteúdo obtido nas entrevistas e grupos focais (MINAYO, 2012). O trabalho de campo será apoiado pela técnica de observação simples, desenvolvida de forma espontânea e não sistemática (GIL, 2012) com registro das percepções e subjetividades identificadas pela equipe de entrevistadores. Os entrevistadores receberão uma capacitação para alinhamento da abordagem metodológica e da operacionalização do trabalho de campo. As observações informais dos momentos formativos e das intervenções serão constitutivas do diário de campo.

4.2.3. A pesquisa documental será realizada a partir da análise dos eixos das políticas: Política Nacional de Atenção à Saúde Mental, Política Nacional de Humanização, Políticas de Atenção aos Usuários de álcool e outras drogas, Política Nacional de Atenção Básica e outras. Serão analisados também os Cadernos de formação para organização dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial da saúde mental e do trabalho dos profissionais. O método selecionado para a pesquisa documental será o de análise temática de conteúdo (BARDIN, 2004) e um instrumento de coleta de dados será produzido à posteriori, baseado nos eixos identificado nos

resultados da revisão de literatura.

4.2.4. A pesquisa quantitativa será realizada em bases de dados secundários utilizando microdados públicos e publicizados pelo Ministério da Saúde e IBGE (DATASUS, PNAD 2015, PNS 2013, dados do Sistema de Informação Geográfica – SIG). O método de análise será da estatística descritiva com apresentação de distribuição, frequência e análise de correlação entre as variáveis selecionadas nas bases de dados, a fim de identificar o perfil epidemiológico dos moradores do Distrito Federal. Os resultados dos mapas de redes produzidos pelo software UCINET (2002) serão analisados pela técnica de análise gráfica visual, quanto às conectividades, a dinâmica relacional/instituições e os seus movimentos, densidade e impactos produzidos e orientar novos caminhos de investigação e intervenção na comunidade.”

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados adequadamente os termos:

- Folha de Rosto - instituição proponente - assinado pela Diretora da Faculdade de Ciências da Saúde / Universidade de Brasília.
- Termo de Anuência - assinado pela Coordenação CORIS/SAIS/SES-DF.
- Projeto de Pesquisa completo - apresentou brochura, cronograma e planilha de orçamento.
- Curricula vitae de 15 pesquisadores.
- Termo de autorização para divulgação de imagens.
- TCLE_entrevista Gestor Prof Saude.
- TCLE_grupo focal Gestor Prof Saude.
- TCLE_entrevista Usuário e Familiar.
- TCLE_grupo focal Usuário e Familiar.
- TCLE Pai Responsável.
- Termo de Compromisso do pesquisador.
- Carta de Resposta às pendências ao CEP/UNB Ceilândia.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado. Relembramos a necessidade de entregar os relatórios ao CEP/FEPECS e executar a pesquisa conforme foi apresentado e aprovado pelo CEP/FEPECS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_832755.pdf	27/07/2017 16:25:40		Aceito

Outros	CartaRespPendencias.doc	27/07/2017 16:19:33	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Carta_Resp_Pendencias.pdf	27/07/2017 16:10:01	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Aut_Utiliz_Imagem_SomVoz_Pais.pdf	27/07/2017 16:05:56	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Pai_Responsavel_Legal.pdf	27/07/2017 16:05:40	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupofocal_Usuario_Familiar.pdf	27/07/2017 16:05:22	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupofocal_Gestor_Prof_Saude.pdf	27/07/2017 16:05:02	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_Usuario_Familiar.pdf	27/07/2017 16:04:39	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_Gestor_Prof_Saude.pdf	27/07/2017 16:04:28	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_14a17_anos.pdf	27/07/2017 16:04:21	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_10a13_anos.pdf	27/07/2017 16:04:09	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Aut_Utiliz_Imagem_SomVoz_Pais.docx	27/07/2017 16:00:25	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Pai_Responsavel_Legal.docx	27/07/2017 16:00:15	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupofocal_Usuario_Familiar.docx	27/07/2017 15:59:31	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupofocal_Gestor_Prof_Saude.docx	27/07/2017 15:58:57	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_Usuario_Familiar.docx	27/07/2017 15:58:30	Maria da Glória Lima	Aceito

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_Gestor_Prof_Saude.docx	27/07/2017 15:57:36	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_14a17_anos.docx	27/07/2017 15:57:20	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_10a13_anos.docx	27/07/2017 15:57:00	Maria da Glória Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_resposta_pend_CEPFS.docx	27/07/2017 15:56:22	Maria da Glória Lima	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_832755.pdf	20/04/2017 15:32:31		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	20/04/2017 14:57:49	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEs2.docx	20/04/2017 14:50:26	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Term_Ass_Crianca_Adoles2.docx	20/04/2017 14:50:01	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermoCompr_Gloria.doc	19/04/2017 11:23:57	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	CartEncamProj.doc	19/04/2017 11:22:22	Maria da Glória Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	10/04/2017 17:51:55	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Term_Aut_Imag_Som.doc	10/04/2017 17:51:00	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Vilmara_Macedo.pdf	10/04/2017 17:37:38	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Vanessa_Carnevale.pdf	10/04/2017 17:36:51	Maria da Glória Lima	Aceito

Outros	Curriculo_Tania_Resende.pdf	10/04/2017 17:35:59	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Renata_Cavalcante.pdf	10/04/2017 17:35:18	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Otavio_Ramalho.pdf	10/04/2017 17:34:47	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Maria_Gloria.pdf	10/04/2017 17:34:18	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Maria_Gussi.pdf	10/04/2017 17:33:52	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Maira_Gussi.pdf	10/04/2017 17:33:19	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Luana_Paz.pdf	10/04/2017 17:32:48	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Karime_Porto.pdf	10/04/2017 17:32:09	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Ione_Barros.pdf	10/04/2017 17:31:42	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Hugo_Vitor.pdf	10/04/2017 17:31:05	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Cibele_Sousa.pdf	10/04/2017 17:30:20	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Aurelio_Andrade.pdf	10/04/2017 17:29:45	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Adriana_Carvalho.pdf	10/04/2017 17:28:01	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermoConcFS.doc	10/04/2017 17:17:11	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermoConcFepeps.doc	10/04/2017 17:16:39	Maria da Glória Lima	Aceito

Outros	TermConcFepecs.PDF	10/04/2017 17:03:41	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermoConcFS.PDF	10/04/2017 17:02:25	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermCompr_Gloria.PDF	10/04/2017 16:58:47	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	CartEncamProj.PDF	10/04/2017 16:57:49	Maria da Glória Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 12 de Setembro de 2017.

**Assinado por: Geisa
Sant Ana (Coordenador)**

ANEXO 03

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Caracterização profissional:

Participante entrevistado n.

Tempo de Atuação na SES-DF:

Tempo de atuação na UBS – Paranoá – DF:

Durante formação profissional (Técnico ou 3º Grau) foram-lhe ofertadas disciplinas ou estágios em saúde mental:

Possui experiência em saúde mental:

- 1. Você participa das ações matriciais em saúde mental da sua UBS? Se sim, de que forma e com quais parceiros? Fale-me um pouco mais sobre sua experiência nas ações matriciais em saúde mental realizadas na sua unidade de PSF.**
- 2. Há quanto tempo você tem contato com as ações matriciais em saúde mental promovidas por profissionais do Caps II – Paranoá na UBS 18 – Paranoá?**
- 3. Como você tem realizado ações matriciais em saúde mental na sua unidade de PSF dentro de suas atribuições profissionais. Poderia ilustrar ou exemplificar alguma dessas experiências?**
- 4. Como você avalia a apropriação de conhecimento para lidar com cuidados em saúde mental de pacientes do território ao qual sua equipe de psf é adstrita? Porquê?**
- 5. Como você avalia a sua resolutividade diante de demandas em saúde mental para pacientes do território adscrito para a sua unidade básica de saúde?**

- 6. Baseado em sua vivência em um serviço de atenção básica à saúde, existem potencialidades para uma equipe de estratégia de saúde da família que recebe ações de matriciamento em saúde mental? Se sim, quais seriam estas potencialidades?**

- 7. Você gostaria de fazer mais alguma consideração acerca do tema?**

ANEXO 04

TCLE

Universidade de Brasília – UnB

Faculdade de Ciências da Saúde – FS/Departamento de Enfermagem - ENF Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP

Observatório de Políticas de Atenção à Saúde Mental no Distrito Federal – OBSAM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

(para Gestores e Profissionais de Saúde)

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa: **Reorganização dos e nos processos de trabalho na rede de atenção psicossocial do Distrito Federal**, sob a responsabilidade do pesquisador Maria da Glória Lima. O projeto trata-se de um estudo qualitativo descritivo e exploratório para analisar os serviços de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial DO Distrito Federal -RAPS , em especial, os Centros de Atenção Psicossocial- CAPS, com ênfase na formação e na participação dos gestores, trabalhadores, usuários e familiares do DF. Esta pesquisa tem por objetivos utilizar estratégias de atuação participativa para conhecer o funcionamento e a organização dos serviços de saúde mental do Distrito Federal, mediante a realização de cursos de qualificação e espaços de reflexão e de análise com a participação de gestores, profissionais de saúde, usuários e seus familiares, de forma a melhorar o acesso e o atendimento realizado pelos profissionais de saúde nos serviços CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)/Rede de atenção psicossocial do Distrito Federa -RAPS.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de realização de entrevistas semi estruturadas, em locais e datas pré- agendadas, conforme disponibilidade dos participantes. O tempo estimado para as entrevistas poderá ter duração em torno de 20 a 50 minutos. Será solicitada a gravação em áudio, e a sua anuência, mediante a assinatura no termo de autorização de imagem e som.

Os riscos inerentes decorrentes de sua participação na pesquisa são de natureza direta como constrangimento de participação nas entrevistas e evocação de

memórias de sofrimento. Pode ainda provocar esforço cognitivo e/ou possível constrangimento pessoal por trazer a tona reflexões e emoções sobre as experiências vividas no processo de trabalho ou de cuidado no âmbito da atenção à saúde mental, decorrente dos temas tratados ou do teor das questões. Os riscos indiretos são referentes à possibilidade de quebra de confidencialidade nas dinâmicas realizadas pelo grupo focal e entrevistas individuais. A equipe responsável pela execução da pesquisa e demais pesquisadores colaboradores estará atenta e procurará minimizar os riscos reforçando o direito dos participantes de se recusar a responder qualquer questão percebida como constrangedora ou evocadora de situação de sofrimento emocional. Os profissionais responsáveis pelo CAPS serão contatados, caso haja necessidade de atendimento individual das pessoas entrevistadas. Vale ressaltar que o CAPS funciona com agenda aberta para atendimento de usuários em situação de risco de sofrimento.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para melhorar a qualificação dos trabalhadores e usuários e familiares da rede de atenção Psicossocial, em especial os CAPS/RAPS, o empoderamento dos usuários e a produção de ferramentas para a organização da gestão e a qualidade do processo de cuidado, de forma a melhorar o acesso nesses serviços. Finalmente a pesquisa criará uma “Página web interativa georreferenciada dos serviços de saúde mental disponíveis no DF”.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Núcleo de Estudos em Saúde

Pública, da Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Maria da Glória Lima, no Telefone: (61) 3340-6863 (NESP) / 31071711(ENF), em horário comercial, de segunda a sexta-feira/ 999728794 (disponível inclusive para ligação a cobrar), ou ainda, no e-mail: obsam.nespunb@gmail.com/ limamg@unb.br

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília, sob o número de parecer 2.200.022. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1702 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte. Além disso, como a Secretaria de Estado de Saúde é co-participante desta pesquisa, este projeto também foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF sob o número de parecer 2.270.086. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante de pesquisa também podem ser obtidas por meio do telefone: (61) 3325-4955.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

Nome completo do(a) participante:

Assinatura do(a) participante:

Maria da Glória Lima
Nome do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador responsável

Brasília, ____ de _____ de 20__.

ANEXO 05

**FICHA DE CADASTRAMENTO DOS CASOS DE
TRANSTORNO MENTAL
UBS – PARANOÁ**

SECRETARIA DE SAÚDE DO DF

PSF		NÚMERO		BAIRRO	CEP
MUNICÍPIO	ÁREA	MICROÁREA		FAMÍLIA	DATA

	DATA DE NASCIMENTO	SEXO	ALFABETIZADO	OCUPAÇÃO	PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL
NOME:					
ENDEREÇO:					
NOME:					
ENDEREÇO:					
NOME:					
ENDEREÇO:					
NOME:					
ENDEREÇO:					
NOME:					
ENDEREÇO:					

--	--	--	--	--	--

ANEXO 06

**SECRETARIA DE SAÚDE – DF
UBS - PARANOÁ
ACOMPANHAMENTO DE TRANSTORNO MENTAL**

ACS		MICROÁREA			
IDENTIFICAÇÃO		MESES			
		jan	fev	mar	Abr
NOME:	Data da visita do ACS?				
	Toma Remédio?				
ENDEREÇO:	Efeito Colateral?				
	Higiene Pessoal?				
CUIDADOR:	Está Controlado?				
	Vai à consulta?				
	Aceito pela família?				
		mai	jun	jul	Ago
	Data da visita do ACS?				
	Toma Remédio?				
	Efeito Colateral?				
	Higiene Pessoal?				
	Está Controlado?				
	Vai à consulta?				
	Aceito pela família?				
		set	out	nov	Dez
	Data da visita do ACS?				
	Toma Remédio?				
	Efeito Colateral?				
	Higiene Pessoal?				
	Está Controlado?				
	Vai à consulta?				

	Aceito pela família?				
--	-----------------------------	--	--	--	--

ANEXO 07

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS NO
TERRITÓRIO DA ESF**

	Transtornos mentais graves, severos e persistentes	Transtornos mentais leves	Alcoolismo e abuso de drogas ilícitas ou lícitas (psicotrópicos)	Deficiência ou retardo mental	Vítimas de violência
Número de casos cadastrados					
Número de casos novos					
Número de casos em tratamento					

(ANEXO 08)**FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO****Origem – Serviços de Saúde Mental****Destino: Equipe de Estratégia de Saúde de Família Matriciada****IDENTIFICAÇÃO:**

Nome: _____ Data do Referenciamento: ____/____/____

Data de Nascimento: _____ Código SES/Trakcare/Pront. Elet. _____

Serviço de Origem: _____ Telefone: _____

RESUMO CLÍNICO:

O (A) paciente em tela, está em tratamento em saúde mental no

_____ devido doença codificada na CID 10 _____ e encontra-se em uso do(s) seguinte(s) medicamento(s): _____

Atualmente encontra-se compensado e poderá ser acompanhado no serviço de atenção primária a saúde mais próximo de sua residência. Deverá ser reavaliado pelo serviço de saúde mental da sua área de cobertura em um período de _____.

Em caso crises/descompensação/agudização dos sintomas, deverá ser referenciado ao acolhimento do Caps do território de abrangência.

Observações: _____

Data: ____/____/____.

Psiquiatra (assinatura e carimbo): _____

Representante de Equipe Multiprofissional (assinatura e carimbo): _____