

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA
Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

SIMONE DE SOUSA BERNARDINO RONCHETTI

**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA:
APOIO MATRICIAL NO MUNICÍPIO DE
SANTOS**

Santos

2017

SIMONE DE SOUSA BERNARDINO RONCHETTI

**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA:
APOIO MATRICIAL NO MUNICÍPIO DE
SANTOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde da Universidade Federal de São Paulo, *campus* Baixada Santista, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Inês Badaró Moreira

Santos

2017

Ronchetti, Simone de Sousa Bernardino, 1968-

R769s

Saúde mental na atenção básica: apoio matricial no Município de Santos. / Simone de Sousa Bernardino Ronchetti. Orientador: Prof. Dr. Maria Inês Badaró Moreira. – Santos, 2017.

122 f.: il. color. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado). Programa de Pós-graduação em Ensino em Ciência da Saúde. Universidade Federal de São Paulo - campus Baixada Santista, Curso de Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde, 2017.

1. Apoio matricial. 2. RAPS. 3. Saúde mental. I. Maria Inês Badaró Moreira, Orientadora. II. Título.

CDD 610.7

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA
Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA:
APOIO MATRICIAL NO MUNICÍPIO DE SANTOS**

SIMONE DE SOUSA BERNARDINO RONCHETTI

Presidente da banca: Prof. Dra. Maria Inês Badaró Moreira

Banca Examinadora

Prof. Dra. Lia Thieme Oikawa Zangirolani

Prof. Dra. Lúcia da Rocha Uchôa Figueiredo

Prof. Dra. Silvia Regina Viodres Inoue

Santos, 4 de agosto de 2017.

AGRADECIMENTOS

A Gratidão é a memória do Coração.
Antístenes de Atenas (440 - 365 a. C.)

Com o coração cheio de memória e de afeto sou muito grata a todos que estiveram comigo nesse percurso do mestrado que se revelou uma grande oportunidade de crescimento pessoal e profissional.

Sou muito grata aos agentes comunitários que aceitaram contribuir generosamente com a minha pesquisa e para eles dedico esse trabalho.

Sou grata também às pessoas do CAPS Centro, usuários do serviço e colegas que compreenderam e me apoiaram nas ausências e me impulsionaram com palavras e atitudes.

Fico muito grata também por todos os profissionais em formação que pude acompanhar como preceptora – tenho plena convicção que aprendo mais do que ensino, diariamente.

Às minhas amigas Natália, Rafaela e Bárbara, companheiras de mestrado e do cotidiano, também tenho muito a agradecer pelas trocas e companhia que só enriqueceram tudo.

Agradeço também à Maria Inês pela orientação nesta dissertação e parceria enriquecedora sempre.

Às minhas amigas-irmãs Rê e Sis; sou grata por tê-las comigo sempre.

À minha mãe Lucille e minha sobrinha Laura agradeço pelo apoio incondicional traduzido em milhares de ações.

Ao Marcelo, meu companheiro de vida com quem divido todas as minhas conquistas, agradeço por me incentivar, apoiar e favorecer de várias formas que o mestrado fosse possível. Agradeço imensamente: sei que sem você não seria possível.

À Giu: por você esforço-me diariamente para me tornar uma pessoa melhor.

Efeitos colaterais

*Sou os “efeitos colaterais”?
Sou a Doença em estado bruto?
Qual sou afinal?*

*Homem sem rosto e sem passado
Face de chumbo sem futuro*

*Quem sou eu afinal
Zyprexa? Pondera? Akineton?
Ou apenas Diazepan?
CID10:F29; 30 ou 20.9?
Eu, pessoa {inválida}
Árvore entrecortada pelo machado
Relva entrecortada pelo vento
Barba entrecortada pela navalha
Corpo entrecortado pela faca
Alma sempre cortada pela dor*

Edison de Castro

RESUMO

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária e conta com a atenção básica como um dos pontos. O apoio matricial em Saúde Mental é uma das estratégias que visam ao estabelecimento desse cuidado em rede e redireciona a demanda dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que devem priorizar o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes. Essa estratégia foi implantada no município de Santos a partir de 2011. **Objetivos:** O objetivo geral foi analisar o apoio matricial que ocorre entre um CAPS e duas unidades de atenção básica de Santos. **Método:** a pesquisa foi realizada por meio de estudo de caso que envolveu análise documental e grupos focais com agentes comunitários de Saúde. Os dados foram trabalhados de acordo com a hermenêutica-dialética. **Resultados:** Identificou-se que o apoio matricial está redirecionando a demanda de saúde mental do município com a mudança de fluxo do atendimento exclusivo no CAPS para o cuidado na RAPS. Destaca-se a importância da ação dos agentes comunitários em Saúde na identificação e no cuidado em saúde mental, havendo aproximação ao modelo psicossocial. **Considerações finais:** Apesar da necessidade de capacitações, identificou-se a potência do agir/saber leigo no cuidado em saúde mental tendo a reunião de apoio matricial como espaço de educação permanente em Saúde. O apoio matricial viabiliza o cuidado em rede necessário à integralidade, embora seja necessária a articulação entre todos os pontos da RAPS.

Palavras-chave: Saúde Mental. Apoio Matricial. Atenção Básica. Agentes Comunitários de Saúde. RAPS.

ABSTRACT

The Psychosocial Care Network (RAPS) aims to consolidate an open and community-based model of care. It counts on basic care as one of its support points. Matrix support in Mental Health is one of the strategies that aim to establish this network care and redirect the demands put upon the Psychosocial Care Centers (CAPS), which should prioritize the care of patients with serious and persistent mental disorders. That strategy was implemented in the municipality of Santos as of 2011. **Objectives:** the general objective was to analyze the matrix support that takes place between a CAP and two primary care units in Santos. **Method:** the research was accomplished by means of a case study that involved documental analysis and focus groups with community health agents. Data were elaborated according to dialectical hermeneutics. **Results:** it could be observed that the matrix support is redirecting the municipality's mental health demands with the change of flow of exclusive care at the CAPS to the care at the RAPS. It is important to emphasize the importance of community health agents in the identification of issues and in the care in mental health, with a proximity to the psychosocial model. **Conclusion:** Despite the need for training and qualification, the potency of lay people knowledge and acting in mental health care was identified, with the matrix support meetings as a place for continuing health education. Matrix support enables the network care that is necessary for completeness, although an articulation among all RAPS's points is also required.

Keywords: Mental health. Matrix support. Basic care. Community health agents. RAPS.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Componentes da RAPS.....	17
Figura 2 – Rede de atenção à saúde mental.....	22
Figura 3 – Redes de Atenção Psicossocial.....	23
Figura 4 – Regiões de Santos.....	35
Figura 5 – Fachada do CAPS Centro.....	36
Figura 6 – Fachada da Policlínica Martins Fontes.....	38
Figura 7 – Fachada da Policlínica Vila Nova.....	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AM - Apoio Matricial

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CID - Classificação Internacional de Doenças

COSMENTAL - Coordenadoria de Saúde Mental

ESF - Estratégia da Saúde da Família

GF - Grupo focal

HD - Hospitalidade diurna

HI - Hospitalidade integral

MTSM - Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental

NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial

NASF - Núcleo de Atenção à Saúde da Família

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PMAQ-AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB - Programa Nacional de Atenção Básica

PNH - Política Nacional de Humanização

PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PNSM - Política Nacional de Saúde Mental

PRMAS - Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SM - Saúde Mental

SUS - Sistema Único de Saúde

TMC - Transtorno Mental Comum

TMSP - Transtorno Mental Severo e Persistente

USF - Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Do início da reforma psiquiátrica à Rede de Atenção Psicossocial	15
1.2 Saúde mental na atenção básica e apoio matricial: histórico.....	19
1.3 Sofrimento psíquico e as classificações de Transtornos Mentais Comuns e Transtornos Mentais Severos e Persistentes.....	27
1.4 Programa Nacional de Atenção Básica (ESF, PACS e território).....	29
2 A REDE DE SANTOS	32
2.1 Caracterização do território.....	32
2.2 A RAPS em Santos e os serviços selecionados para este estudo.....	34
3 OBJETIVOS	40
3.1 Objetivo geral.....	40
3.2 Objetivos específicos.....	40
4 MÉTODO	41
4.1 Análise documental.....	42
4.1.1 Caracterização do processo de implantação do apoio matricial em Santos.....	43
4.1.2 Caracterização do apoio matricial nos serviços selecionados.....	43
4.1.3 Caracterização da demanda do CAPS Centro.....	43
4.2 Grupos focais com agentes comunitários de saúde.....	44
4.2.1 Delimitação dos participantes.....	44
4.2.2 Operacionalização dos grupos focais.....	45
4.3 Análise dos dados	47
4.4 Aspectos éticos.....	49
5 RESULTADOS	50
5.1 Implantação do processo de apoio matricial em Santos: do “paciente da mental” para a “pessoa e suas dimensões” na RAPS.....	50
5.2 O apoio matricial e o CAPS Centro.....	57
5.3 O apoio matricial nos serviços de ESF selecionados.....	67
5.4 O apoio matricial na concepção dos agentes comunitários de saúde.....	71
6 ANÁLISE	81
6.1 Reuniões de apoio matricial e educação permanente em Saúde.....	81
6.2 Desafios e potências.....	86

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
8 PRODUTOS.....	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E BIBLIOGRAFIA.....	95
APÊNDICES.....	103
A.....	103
B.....	104
C.....	105
D.....	106
E.....	108
F.....	109

APRESENTAÇÃO

Iniciei minha trajetória de atuação na rede de Saúde Mental de Santos no ano de 1996, mas desde antes pude acompanhar o processo da intervenção do Hospital Casa de Saúde Anchieta de Santos, em 1989, participando de movimentos de apoio na Universidade em que estudava. Posteriormente, já como profissional da Prefeitura Municipal de Santos, minha prática profissional na Saúde Mental no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) consolidou-se junto com as inovações que pude vivenciar de perto; porém, ao longo do tempo, ocorreram muitas transformações, dificuldades e desafios. Após mais de vinte anos e diversas administrações, torna-se urgente pensar nas dificuldades atuais.

Uma dessas dificuldades encontradas nos CAPSs refere-se ao que foi percebido como uma descaracterização do serviço. Entende-se que há inchaço na demanda de casos leves, o que conseqüentemente gera dificuldade na atenção à demanda prioritária: os casos considerados graves.

Inicialmente, várias causas podem ser apontadas para esse problema de inversão da demanda, como os encaminhamentos indevidos (GONZAGA, 2012). À medida que os CAPSs foram sendo reconhecidos pela população e pelos profissionais da saúde, toda a demanda de atenção para os transtornos mentais foi sendo direcionada para eles. Se por um lado houve mudança de paradigma sobre a loucura, com a aceitação de um modelo de atenção substitutivo aos manicômios, por outro lado pode-se dizer que ocorreu um processo de “psiquiatrização” de qualquer sofrimento. Quaisquer queixas ou sinais apresentados pelos pacientes que esbarrassem nas questões mentais passaram a ser encaminhados para o serviço especializado dos CAPSs.

No ano de 2000, participei de um censo que analisou o perfil dos usuários e as modalidades de atendimento prestadas pelos CAPS e apontou resultados importantes. Nesse estudo (ANDREOLI et al., 2004), que originou artigo publicado, buscou-se descrever a clientela e concluiu-se que os equipamentos atendiam a todas as categorias de transtornos mentais, sendo os mais frequentes aqueles considerados mais graves, o que era esperado. Uma importante conclusão desse estudo foi a observação de que embora os CAPSs cumpram o objetivo de desospitalização, o modelo de tratamento oferecido tinha características

ambulatoriais diferentes do que é preconizado nas diretrizes nacionais (ANDREOLI et al., 2004). Posteriormente a esse estudo, ocorreu a desativação do ambulatório de saúde mental mantido pelo Governo do Estado. Ele cumpria o atendimento aos casos leves, fato que colaborou para que a demanda se alterasse, pois os casos acompanhados por esse ambulatório foram remetidos aos CAPSs.

A superação do modelo ambulatorial e a necessidade de readequar a atenção aos portadores de transtornos mentais, objetivando o pleno exercício da cidadania e não somente o controle da sintomatologia, são desafios ainda atuais para os CAPSs no Brasil, e não somente uma peculiaridade local (DIMENSTEIN et al., 2009).

Apesar do enorme impacto positivo com a regulamentação dos CAPSs no Brasil, pode-se dizer que a reforma psiquiátrica ainda não está garantida com a simples existência de serviços substitutivos, que algumas vezes reproduzem um tipo de cuidado pouco diversificado e criam novas cronificações em relação aos usuários e aos profissionais (DIMENSTEIN et al., 2009).

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) é voltada para a desinstitucionalização e para a construção de um modelo de atenção de base comunitária orientado para defesa e promoção dos direitos humanos das pessoas com necessidades decorrentes do sofrimento psíquico. Para que a atenção seja efetivamente de base comunitária, pretende-se a ampliação e o fortalecimento das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), priorizando dispositivos de cuidado vinculados à atenção básica (AB). Dessa forma, considera-se fundamental a parceria entre os pontos dessas redes a partir da estratégia apoio matricial (AM), que busca instrumentalizar as equipes da AB para atender parte dos problemas de saúde mental que não precisam ser direcionados aos serviços especializados. É importante considerar que esse cuidado em saúde mental é o cuidado pautado pelo modelo psicossocial que se contrapõe ao modelo asilar e considera fatores políticos, biológicos e sociais como determinantes das doenças e envolve a participação da pessoa no seu tratamento (BRASIL, 2016).

Embora a estratégia de AM em saúde mental na cidade Santos seja realidade atualmente, ela não ocorre da mesma maneira em todos os serviços. Há ainda inúmeras dificuldades e desafios compartilhados entre os profissionais da saúde mental e da atenção básica. Um dos maiores problemas identificados é o cuidado oferecido apenas por meio da prescrição de medicamentos psicotrópicos, perpetuando a tão criticada medicalização.

Desde 2011 venho participando do processo de implantação dessa estratégia de matriciamento que se iniciou atrelada a um projeto piloto do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Unifesp (PRMAS). Como preceptora desse programa, pude colaborar no planejamento e na estruturação do matriciamento na unidade de atenção básica Centro de Saúde Martins Fontes, situada na região do centro de Santos, culminando com a efetivação de reuniões sistemáticas de discussões de casos e elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). O presente estudo envolveu essa unidade, que a partir de 2016 passou a integrar a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a Unidade de Saúde da Família Policlínica Vila Nova e o CAPS Centro, levando-se em consideração o trabalho de apoio matricial já estruturado entre esses serviços.

Acompanhar como preceptora o PRMAS foi uma estratégia extremamente interessante, unindo, de modo praticamente inédito no município, o CAPS e a atenção básica. Minha aproximação a esse programa de formação profissional deu-se com este intuito, preparando o terreno para a implantação da estratégia de apoio matricial em saúde mental que ainda estava em planejamento (2011).

Com a estratégia de AM implementada e em pleno funcionamento no município, tornou-se importante analisar como estava a demanda do CAPS e suas necessidades. Conseqüentemente, também se fez importante investigar como a AB, um dos pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), está lidando com o cuidado em saúde mental a partir do AM.

A percepção da importância desse processo de mudança levou-me ao mestrado profissional e à pesquisa objeto deste relatório.

Assim, as questões iniciais que nortearam a pesquisa foram as seguintes: Como ocorreu o processo de implantação do AM? Será que com o AM se dá o redirecionamento da demanda de Saúde Mental (SM)? A inversão da demanda dos CAPSs ainda existe? E por fim, após a implantação da estratégia e caracterizado um processo de mudança, como está o cuidado em saúde mental na AB?

1 INTRODUÇÃO

1.1 Do início da reforma psiquiátrica à Rede de Atenção Psicossocial

A reforma psiquiátrica no Brasil foi impulsionada pelo grande processo de redemocratização, iniciado na década de 1970, e pelos movimentos sociais dele decorrentes. Inspiradas pela psiquiatria democrática italiana e disparadas pelo Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), foram ocorrendo iniciativas gradativas que possibilitaram uma mudança de paradigma: do modelo asilar para o rompimento com a lógica da exclusão e para o resgate de direitos e cidadania (AMARANTE, 1998).

O primeiro CAPS do Brasil foi criado em 1986 em São Paulo (CAPS Itapeva). Em 1987 aconteceu em Bauru o II Congresso Nacional do MTSM, que adotou o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Nesse mesmo ano foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro (BRASIL, 2005).

Em seguida a esses importantes marcos históricos, ocorreu em 1989, em Santos, a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, um hospital psiquiátrico particular que funcionava desde a década de 1950 conveniado com o estado. Era conhecido como “a casa dos horrores” porque em vez de tratamento havia violência, confinamento, eletrochoque e superlotação. A Secretaria Municipal de Saúde de Santos, a partir de várias denúncias de maus tratos, iniciou um processo de transformação não somente dessa instituição, mas também uma transformação extensiva à sociedade, que culminou com a criação da rede substitutiva ao modelo manicomial (KINOSHITA, 1996). Assim, os CAPSs de Santos são considerados pioneiros no Brasil e têm sua implementação como processo histórico reconhecido e em consonância com as transformações que ocorriam no Brasil relacionadas com a reforma psiquiátrica (AMARANTE, 1998).

O impacto das ações a partir da intervenção repercutiu no país e internacionalmente. Para as pessoas que vivenciaram o processo, foi uma experiência marcante, e os relatos, emocionantes, ainda são presentes no cotidiano dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), como foram nomeados naquele momento, e na cidade. Partiu-se de um caos total para um processo complexo de organização, cuidados, recuperação e afirmação da cidadania. As transformações foram iniciadas dentro da instituição, mas caminharam para fora – do primeiro

NAPS até o fechamento efetivo da Casa de Saúde Anchieta, em 1994. Naquele momento, a rede de saúde mental da cidade já estava em pleno funcionamento (KINOSHITA, 1996).

Santos foi o primeiro município do Brasil a implantar uma rede de atenção à saúde mental substitutiva aos manicômios (KODA; FERNANDES, 2007). Pode-se dizer que essas experiências contribuíram diretamente para a legislação atual de saúde mental. A experiência de Santos também é reconhecida nacional e internacionalmente e é citada ainda em inúmeras pesquisas e estudos.

Nas décadas de 1990 e de 2000, a Política Nacional de Saúde Mental foi instituída por marcos legais importantes, tornando-se política de estado em 2001 com a promulgação da lei n. 10.216 de autoria do deputado Paulo Delgado. Conhecida como lei da reforma psiquiátrica, ela dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e sobre o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2004a). Hoje temos um marco contemporâneo que redireciona a atenção à saúde Mental: a portaria 4279/2010, que regulamenta as Redes de Atenção à Saúde (RAS), a portaria GM/MS 3088/2011, que estabelece as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), e o decreto 7508/2011, que as torna indispensáveis na constituição das Regiões de saúde (BRASIL, 2010a, 2011a, 2011b).

As RASs são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meios de sistema de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Suas diretrizes foram estabelecidas a partir de algumas necessidades: necessidade de superar a fragmentação da atenção e gestão nas regiões de Saúde, necessidade de aperfeiçoamento do funcionamento do SUS, necessidade de reorganização diante das condições de saúde crônicas e, finalmente, de requalificar a atenção primária como base e centro organizador das redes de atenção integral à saúde (BRASIL, 2010a).

A partir da regulamentação das RAS, a portaria GM/MS 3088/2011 estabelece a RAPS como uma das redes prioritárias na constituição das regiões de Saúde. Ela é organizada como uma RAS temática, diante da necessidade de enfrentamentos de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometam pessoas ou populações. Suas diretrizes englobam territorialização, aumento de autonomia e de cidadania, redução de danos, serviços em rede, ações intersetoriais, educação permanente e desenvolvimento do cuidado pautado pela construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) para as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2011a).

Em consonância com a Política Nacional de Saúde Mental, a RAPS busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária, garantindo livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade (BRASIL, 2011a).

A RAPS está presente na atenção básica, na atenção psicossocial estratégica, na atenção de urgência e emergência, na atenção residencial de caráter transitório, na atenção hospitalar e nas estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, conforme exposto na Figura 1.

Figura 1 – Componentes da RAPS

COMPONENTE	PONTOS DE ATENÇÃO
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde
	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
	Consultório na Rua
	Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório
	Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Estratégica	Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192
	Sala de Estabilização
	UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento
	Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	Enfermaria especializada em Hospital Geral
	Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos
	Programa de Volta para Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda
	Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Fonte: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/12-saude-mental/12588-raps-rede-de-atencao-psicossocial>

Para a consolidação do trabalho em rede, a AB assume funções importantes, tais como ser base; ser resolutiva; identificar riscos, necessidades e demandas; produzir ações efetivas na perspectiva de incremento de autonomia; acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS e, principalmente, coordenar o cuidado por meio da elaboração e acompanhamento de PTSs (BRASIL, 2013a).

Para Oliveira (2013, p.285), o PTS é definido como “um movimento de coprodução e de cogestão de processo terapêutico de indivíduos e coletivos, em situação de vulnerabilidade”. Sua operacionalização envolve momentos de coprodução de problematização, coprodução de projeto e de cogestão e avaliação desse projeto (OLIVEIRA, 2013). Para Cunha (2009), envolve o diagnóstico da situação, a definição de metas, a divisão de tarefas e a reavaliação.

Um das estratégias que visam ao estabelecimento do cuidado em rede e de educação permanente é o matriciamento em saúde mental. O *Guia prático de matriciamento* publicado pelo Ministério da Saúde em 2011 define-o da seguinte forma:

“matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica.” (BRASIL, 2011c, p.13)

De modo geral, podemos entender o matriciamento também como o conjunto de ações que integram a saúde mental com a AB em um modelo de cuidados compartilhados (BRASIL,2011c). Há que se considerar ainda o AM como ferramenta de gestão, conforme explicitado por Campos e Domitti (2007, p.400):

Apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões.

Portanto, o AM é ao mesmo tempo um modo de produzir saúde e uma ferramenta de gestão. Nota-se, a partir da definição acima, postulada pelo Ministério da Saúde, que ambos os termos, matriciamento e apoio matricial, são usados como sinônimos. Nesta dissertação privilegiou-se o uso da expressão apoio matricial.

Embora o AM possa ser realizado em/com outras especialidades, como nutrição, reabilitação, saúde da mulher etc., este trabalho refere-se ao AM em saúde mental. Essa

estratégia tem sido implementada em Santos desde 2011 e torna-se importante refletir, analisar e acompanhar esse processo, que nesse município também se caracterizou por redirecionar a demanda de SM. Para que os CAPSs cumpram seus objetivos prioritários, é importante refletir também a respeito da demanda e das necessidades para poder estabelecer articulações com novas políticas públicas que buscam a superação desses desafios apontados.

1.2 Saúde mental na atenção básica e apoio matricial: histórico

A partir das proposições formuladas na Organização Mundial da Saúde na Conferência de Alma-Ata em 1978, que preconizava “Saúde para todos no ano 2000”, iniciou-se um movimento de expansão da cobertura assistencial cujo ponto de partida passou a ser a atenção primária (FIGUEIREDO, 2006).

Algumas iniciativas vinham ocorrendo nesse sentido impulsionadas pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, constituído inicialmente por intelectuais e profissionais da área da saúde e posteriormente por outros segmentos da sociedade, em pleno regime da ditadura militar. Buscava-se uma nova política de saúde que fosse efetivamente democrática (BRAGA-CAMPOS, 2000).

Em 1982, o plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária apresentou as diretrizes da atenção primária propondo a hierarquização da atenção em níveis crescentes de complexidade: primário, secundário e terciário, respectivamente prevenção e cuidados básicos, assistência especializada e ações mais complexas (FIGUEIREDO, 2006).

A organização de uma estratégia de saúde regionalizada, voltada para as necessidades de saúde da população e que integrasse ações preventivas e curativas é o que se convencionou chamar internacionalmente de Atenção Primária à Saúde. No Brasil, com a incorporação dos princípios da reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde (SUS) constituído em 1988, foi adotada a designação Atenção Básica à Saúde ou Atenção Básica (AB), enfatizando a reorientação do modelo assistencial a partir do sistema universal e integral de atenção à saúde (MATTA; MOROSINI, 2006). Com relação a isso, Cecílio et al (2014) afirmam que até pouco tempo havia o predomínio da utilização dessa denominação nos textos oficiais, porém apontam uma tendência atual de retomar a utilização da denominação APS ou ainda cuidados primários. No decorrer deste estudo foi utilizada a denominação AB

por ser a mais frequente nas referências utilizadas; no entanto, para este histórico, será preservada a denominação pertinente aos momentos revistos e utilizados pelas referências.

Em 1983, a partir do Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica, equipes mínimas de saúde mental foram incorporadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Porém, nem todos os municípios implementaram essa ação. Além disso, mesmo nos municípios que passaram a incorporar essa equipe mínima de saúde mental na AB, essa ação não foi suficiente para romper com as práticas psiquiátricas hospitalares. Não havia investimentos adequados e clareza do papel pelos próprios profissionais (BRAGA-CAMPOS, 2000).

O uso do termo “matriciamento” remonta ao início da construção das redes de saúde a partir da aprovação do SUS e da consequente necessidade de superar um modelo de saúde ainda centrado no hospital e também da necessidade de pensar a organização do trabalho em saúde partindo da atenção básica (ATHIÉ; FORTES; DELGADO, 2013).

Segundo Campos e Domitti (2007), o uso da palavra matriciamento está associado a críticas à administração clássica que impunha modelos de gestão hierarquizados. Alguns teóricos dessa área propuseram o termo “matriz” para pensar a respeito das organizações, atenuando efeitos de departamentalizações e fragmentações. Nesse sentido, o termo matriz faria referência ao conjunto (tabela) de números que guardam relações entre si, relações estas que poderiam ser horizontais, verticais e em linhas transversais (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Para Oliveira (2013), o termo “matriz” também está relacionado ao lugar onde se geram e se criam coisas.

Com o avanço e a consolidação do SUS é que a noção de rede de saúde vai sendo construída a partir da atenção básica. Outros equipamentos passam a incluir esse sistema: os CAPS que foram regulamentados em 2001 e os Núcleos de Saúde da Família (NASFs) em 2008 (ATHIÉ; FORTES; DELGADO, 2013).

Antes disso, porém, o conceito de AM foi apresentado por Campos (1999), baseado em uma proposta de reforma das organizações e do trabalho em saúde em Campinas (São Paulo). Posteriormente essa metodologia de gestão do cuidado foi incorporada por programas do Ministério da Saúde, tais como Humaniza-Sus, Saúde da Família e Saúde Mental, como veremos a seguir.

Tal como proposto por Campos e Domitti (2007), o AM, considerado uma metodologia de gestão do trabalho, tem como objetivo assegurar retaguarda especializada para equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, complementando

a metodologia de referência e contrarreferência, esta baseada em protocolos burocráticos e hierarquizados. Portanto, a metodologia do AM personaliza o sistema de referência e contrarreferência por meio de contatos diretos.

O AM envolve também a noção de equipe de referência e a de apoiador matricial. A equipe de referência é formada pelos profissionais encarregados de intervir sobre um problema de saúde sob uma lógica de equipe multiprofissional (CAMPOS, 1999). Articulada a essa equipe de referência surgiu a figura do apoiador matricial, um especialista em um núcleo de conhecimento diferente que contribuirá para aumentar a capacidade de resolução do problema de saúde. Segundo Furlan e Amaral (2013), o termo “apoiador” aparece inspirado no modelo Paideia, desenvolvido em Campinas, com a figura do apoiador institucional que estabelece processos dialógicos nas suas relações entre referência e especialidade.

Para Campos e Domitti (2007), entre as potencialidades criadas sob estas perspectivas está a possibilidade de exercer, com essa metodologia, um modelo inovador de fazer a clínica em saúde, a clínica ampliada. Esta é considerada como a superação da racionalidade biomédica que fragmenta e inviabiliza o trabalho interdisciplinar. Também pode ser entendida como uma maneira de racionalizar o acesso e o uso do recurso especializado. Na prática pode ocorrer por meio de encontros e contatos sistemáticos e regulares ou por meio de atendimentos e intervenções compartilhadas. Esse fluxo de trabalho favorece a criação de projetos terapêuticos conjuntos, os PTSs, conforme a concepção de gestão do cuidado que vem sendo construída no nosso país. Percebe-se, então, que o AM contempla a dimensão do suporte assistencial e a dimensão técnico-pedagógica (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

No arcabouço legal que sustenta a Política Nacional de Saúde Mental, a portaria 336/2002 do Ministério da Saúde, que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos CAPSs, já os previa como centros organizadores da rede de saúde mental. Em publicação de 2003, também do Ministério da Saúde, cujo título já deixa claro o que se pretende – *Saúde mental na atenção básica: o diálogo e o vínculo necessário* –, são definidas as diretrizes para o AM e a inclusão das ações de saúde mental na AB (BRASIL, 2003). Seguem-se inúmeras outras publicações, que continuam nesse direcionamento, como as que se referem a HumanizaSUS (2004), Clínica ampliada, equipe de referência e apoio matricial (2004), Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS (2007), Clínica ampliada,

equipe de referência e projeto terapêutico singular (2008) e Cartilha sobre redes de produção em Saúde (2009) (ATHIÉ; FORTES; DELGADO, 2013).

A Figura 2 representa o primeiro desenho de rede, colocando o CAPS no centro, destacando seu papel estratégico de organizador e articulador desse trabalho em rede.

Figura 2 – Rede de atenção à saúde mental



Fonte: Rede de Atenção à Saúde Mental (BRASIL, 2004b, p.11)

Existem experiências em alguns locais do Brasil, com metodologias de trabalho baseadas nas concepções de AM; entre elas destacam-se como pioneiras a de Sobral, no Ceará, e a de Campinas (Programa Paideia), ambas antecedendo às regulamentações dos CAPSs, ESFs e NASFs (ATHIÉ; FORTES; DELGADO, 2013).

Em Sobral, no estado do Ceará, a partir de 1997 ocorreu uma reformulação da rede de saúde, privilegiando um modelo de atenção integral à Saúde com a implantação de ESFs e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) chegando a uma cobertura de 100%. A implantação do CAPS no município sempre esteve atrelada à perspectiva de desenvolver ações na AB. Paralelamente se deu a intervenção no hospital psiquiátrico do município, após denúncias de violação dos direitos humanos. Dessa forma, a rede de saúde mental começou a ser estruturada, tendo já desde o início as Unidades de Saúde da Família (USFs) incorporadas ao plano. É interessante observar que nessa experiência, inicialmente, os profissionais matriciadores eram os psiquiatras, e que naqueles momentos iniciais foram nomeados como preceptores em saúde mental, caracterizando o aspecto pedagógico da ação. As ações envolviam visitas mensais ou quinzenais às USFs, sensibilização sobre saúde mental, discussão de casos, visitas e consultas conjuntas. Os casos acompanhados eram definidos pela ESF. Posteriormente, ocorreu a integração de outros profissionais e de um programa de residência multiprofissional. Essa experiência caracterizou-se pela forte integração entre SM e ESF, e um dos pontos mais reveladores dessa integração foi a triagem dos casos eletivos ser realizada na própria ESF e não somente no CAPS (TOFOLI; FORTES, 2005-2007).

Em Campinas foi criado em 2001 o Programa Paideia de Saúde da Família, incorporando as ideias e ações relacionadas ao AM em saúde mental que vinham sendo apontadas desde 1997. O termo “Paideia” é originário da Grécia Antiga e refere-se à formação integral do ser humano. Assim, esse programa foi uma adaptação do Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde, ajustado ao contexto sanitário de Campinas, que já tinha uma rede de saúde organizada pela AB e contava com miniequipes de saúde mental em alguns serviços (FIGUEIREDO, 2006).

A partir da implantação do programa, os profissionais foram organizados em equipes de referência para um determinado território, e o trabalho passou a ser organizado com base nas necessidades dos usuários e não em torno de programas ou áreas. Essas equipes tinham uma composição ampliada, incluíam outros profissionais como pediatra e ginecologista. Essa experiência esteve sempre atrelada à discussão de saúde coletiva e da proposição da

metodologia de gestão do cuidado introduzida por meio do conceito de apoio matricial de Campos (1999 apud ATHIÉ; FORTES; DELGADO, 2013).

Considera-se que o matriciamento é uma estratégia que vem ao encontro das necessidades das pessoas de ser atendidas integralmente no que diz respeito também à saúde mental. Nesse sentido, destaca-se a importância da articulação entre a rede de saúde mental e a AB. O reconhecimento da AB como componente da RAPS representa uma grande transformação e traz importantes respostas para a proposta do cuidado integral (BRASIL, 2016).

Podemos perceber que o cuidado em saúde mental na AB antes de 2011 nas diferentes localidades teve características intimamente relacionadas a processos locais, como é fácil compreender. Em alguns locais, esse cuidado sempre esteve presente de alguma forma na AB; em outros houve uma separação: os CAPSs absorveram todos os casos ou ainda os dividiram com ambulatorios de especialidades que cuidavam também dessas questões.

A forma como se faz o AM não é rígida, depende das características dos serviços envolvidos e das especificidades locais também. A composição das equipes matriciadoras também não é padronizada ou fechada, sendo prevista a participação de diferentes profissionais (BRASIL, 2011c).

Outro aspecto importante a destacar é que o AM pode ser realizado tanto pelas equipes do NASF quanto pelas equipes dos CAPSs ou, melhor ainda, por ambas, como podemos entender pelo que consta nas diretrizes do NASF: “deve-se buscar integração permanente entre o NASF e o CAPS no território, levando em conta que também é tarefa do CAPS realizar ações de apoio matricial para a APS” (BRASIL, 2010b, p.43).

Assim, podemos dizer que fica a cargo de cada município, a partir da sua organização local, planejar as ações de saúde mental considerando a responsabilidade conjunta das equipes do CAPS, NASF e AB (BRASIL, 2010b). Também podemos encontrar esse direcionamento em outra publicação dirigida aos NASFs:

Ressalta-se que deve haver a articulação entre as equipes de NASF e Saúde da Família com as equipes de CAPS para um trabalho integrado e apoio do CAPS nos casos necessários. As equipes de SF devem identificar os casos de saúde mental e, em conjunto com os NASF e/ou CAPS (a depender dos recursos existentes no território), elaborar estratégias de intervenção e compartilhar o cuidado. (BRASIL, 2014, p.42)

De acordo com o *Guia prático de matriciamento* (BRASIL, 2011c), o AM entendido

tanto como ferramenta de gestão quanto como modelo de cuidados colaborativos pode se materializar na prática por meio de vários instrumentos:

- Reuniões de AM para discussão de casos e elaboração de PTS
- Interconsulta
- Consulta conjunta entre CAPS e AB
- Contato à distância (com o uso de telefone e *internet*)
- Genograma e ecomapa (instrumentos para avaliar relações familiares)

Com relação à organização das reuniões de AM, consideradas essenciais, entende-se que podem se dar de diferentes formas e arranjos variáveis conforme as pactuações entre as equipes vinculadas, porém, usualmente,

[...] são configuradas por meio da discussão de casos ou temas entre os profissionais que compõem as diferentes equipes envolvidas, obtendo-se um diagnóstico de necessidades e o levantamento/planejamento de ações que possam ser desenvolvidas para atendê-las da melhor maneira possível. A partir das pactuações realizadas, segue-se um movimento de monitoramento dos resultados alcançados e a continuidade dessa articulação, a partir de novas situações que se apresentem na atenção básica. (BRASIL, 2014, p.58)

A implantação do AM em Santos apresentou inicialmente duas particularidades: a de ser iniciado a partir das equipes dos CAPSs, antes da implantação do NASF, que só ocorreu três anos depois, em 2014 e, principalmente, a de tentar reverter um processo de descaracterização dos CAPSs, possibilitando a reorientação da demanda de saúde mental (RONCHETTI et al, 2016)

A partir deste histórico e das considerações que apontam para a riqueza do percurso local é que esta pesquisa se torna relevante, por tratar de descrever esse processo, analisar seus efeitos, compreender como ficou a demanda dos CAPSs posteriormente a essa implantação e também verificar como a AB está lidando com os cuidados em relação à saúde mental.

Os estudos a respeito de equipes matriciadoras permanentes que avaliem impactos do AM no cuidado em saúde e a compreensão da estratégia dos profissionais, desde o significado da expressão à importância no processo de trabalho, ainda são escassos e por isso se fazem necessários (CABRAL; ALBUQUERQUE, 2015).

1.3 Sofrimento psíquico e as classificações de Transtornos Mentais Comuns e Transtornos Mentais Severos e Persistentes

Toda a ideia do AM faz mais sentido considerando o entendimento de sofrimento psíquico em vez de categorias de diagnóstico. Porém, as classificações de Transtorno Mental Comum (TMC) e Transtorno Mental Severo e Persistente (TMSP) comumente aparecem em publicações relacionadas ao CAPS e documentos do Ministério da Saúde.

Sabe-se que não há consenso internacional sobre essas classificações: Gonzaga (2012) e Onocko-Campos (2013) citam várias pesquisas relacionadas com elas. Neste estudo, consideraremos, entretanto, o que vem sendo apontado pelo Ministério da Saúde, principalmente na publicação intitulada e já citada, *Guia prático de matriciamento em saúde mental*, destinado aos profissionais da área, preparando-os para a ação do apoio matricial (BRASIL, 2011c).

Segundo esse material, os TMCs são transtornos mentais menos estruturados e de menor gravidade, com queixas somáticas, sintomas mistos de ansiedade e depressão associados a problemas psicossociais. Comumente, apresentam queixas físicas sem nenhuma doença, mas com quadros de sofrimento emocional. Estima-se que cerca de 50% das pessoas atendidas na AB apresentem esses quadros. Esses casos, segundo o guia, são a demanda de saúde mental característica da AB e podem e devem ser tratados pelos profissionais dessas equipes. São pessoas (pacientes) que já estão vinculadas à AB, e esse vínculo pode significar suporte, apoio e fortalecimento. Quando são encaminhados para a atenção especializada, não comparecem ou não aderem ao tratamento e passam a percorrer vários serviços de saúde buscando alguma resposta para o que sentem (BRASIL, 2013a).

Considera-se que exista uma clínica específica dos transtornos mentais da AB, e os pacientes são diferentes dos atendidos na atenção especializada. Os problemas apresentados estão muitas vezes relacionados com processos de sofrimento disparados por reações emocionais às dificuldades da vida, e recomenda-se evitar a medicalização excessiva nesses processos.

Por serem quadros inespecíficos, trazem dificuldades de delimitação, conforme apontado no *Guia*:

Na atenção primária é muito mais difícil delimitar a fronteira entre o sofrimento emocional considerado “normal”, mas que necessita de acolhimento, escuta e

suporte, e aquele que é já parte de um transtorno mental, ou seja, um processo patológico, com indicação de ampliação do tratamento, com inclusão de terapias medicamentosas e intervenções psicoterápicas mais especializadas.(BRASIL, 2011c, p.115)

Essa dificuldade, porém, só será resolvida à medida que houver vínculo e algum tipo de cuidado já sendo oferecido.

Os Transtornos Mentais Severos e Persistentes (TMSPs) são considerados a demanda prioritária dos CAPSs, de acordo com a Portaria 336/GM de 2002, que define e estabelece as diretrizes para o seu funcionamento. Nos TMSPs, os quadros são graves e há perda significativa de funcionalidade social por um período ou para o resto da vida, ou seja, são quadros persistentes. O *Guia* aponta, de modo simplificado, a existência de quatro tipos de transtornos graves: Transtornos psicóticos, transtornos afetivos graves, transtornos do espectro impulsivo-compulsivo e transtorno da personalidade (BRASIL, 2011c).

Esse entendimento dos transtornos da forma proposta nesse guia contribui para minimizar as condutas baseadas exclusivamente em diagnósticos psiquiátricos e descrições nosológicas.

Uma forma complementar que ajuda a tornar essa questão ainda mais complexa aparece no *Caderno da Atenção Básica* nº 34, referente à saúde mental (BRASIL, 2013a), outra importante publicação relacionada ao AM. Esse material propõe uma concepção baseada nas ideias de Cassel (2004 apud BRASIL,2013a, p.32), em que a noção de sofrimento psíquico é entendida a partir de uma vivência de ameaça de ruptura de unidade ou de identidade da pessoa, esta considerada numa perspectiva multidimensional.

Considerando-se a identidade da pessoa como algo complexo e abrangente, envolvendo várias dimensões, a ação do profissional de saúde, conseqüentemente, modifica-se. Entre as dimensões que compõem as pessoas estão o passado, a memória, a vida futura, a vida familiar, o mundo cultural, a política, os diferentes papéis que desempenham, a vida de trabalho, seu corpo, sua autoimagem, as ações que realizam no mundo, hábitos, comportamentos, o mundo inconsciente, transcendente, e ainda muitas outras conforme a complexidade e particularidade de cada vida (BRASIL, 2013a).

A partir da interação entre essas dimensões e o ambiente é que podemos entender a complexidade da definição de pessoa, conforme proposto no caderno citado:

À medida que as pessoas interagem com os ambientes em que vivem, essas esferas,

que compõem as pessoas, vão se constituindo e formando sua própria história, cada uma seguindo uma dinâmica própria com regras e parâmetros para um modo de viver específico. Paralelamente, as esferas influenciam umas às outras, e cada uma ao conjunto que é a pessoa, ou seja, embora autônomas, são interdependentes. (BRASIL, 2013a, p.31)

Deste ponto de vista, o antigo “paciente”, que durante anos foi denominado “usuário” do serviço de saúde mental, passa a ser visto como uma pessoa em suas múltiplas dimensões. De acordo com essa noção, este estudo privilegia deliberadamente o termo “pessoa”, em vez dos outros termos para referir-se a quem procura e utiliza os serviços de saúde.

Ainda, no sentido de superar as categorias diagnósticas a favor do entendimento do adoecimento e sofrimento, é importante considerar a necessária busca de superação da ideia hegemônica de separação entre mente e corpo. Essa ideia passa a ser desconstruída a partir da proposta da clínica ampliada e também do apoio matricial. Assim, é preciso considerar que “todo problema de saúde é também – e sempre – de saúde mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde” (BRASIL, 2005, p.33).

1.4 Programa Nacional de Atenção Básica (ESF, PACS e território)

Conforme exposto anteriormente, com o processo de redemocratização e de reforma sanitária do país na década de 1980 é que ocorreu a busca de novos modelos de assistência mais próximos às necessidades de saúde das pessoas. Várias iniciativas ocorreram, refletindo uma mudança de concepção que foi da medicina curativa à integralidade da assistência, tornando indissociáveis saúde e cidadania (BRASIL, 2013a; ROSA; LABATE, 2005).

A origem do PACS remonta ao período da reforma sanitária brasileira. Em 1991, o Ministério da Saúde formulou esse programa com o objetivo de melhorar as condições de saúde da comunidade e aumentar a cobertura das ações de saúde para áreas mais pobres (ROSA; LABATE, 2005). A estratégia baseou-se em experiências anteriores que indicavam a potencialidade de incluir pessoas da própria comunidade no desenvolvimento das ações de saúde que pudessem também aproximar a cultura e o saber popular dos saberes dos profissionais de saúde. O programa também tinha como objetivo ser uma estratégia de mobilização de forças sociais em torno das conquistas de saúde. Esperava-se, com essa

estratégia, aumentar a capacidade da população de cuidar da própria saúde e, ao mesmo tempo, detectar as necessidades de saúde da comunidade (FURLAN; AMARAL, 2013).

A partir dessas experiências, o Ministério da Saúde começou a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais o indivíduo. O entendimento da necessidade de incorporar novos profissionais ao PACS é que possibilitou o surgimento das bases para a ESF. Esta perspectiva – de família como unidade – também se desenvolveu em outros países que se tornaram referência para o modelo brasileiro, entre eles Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra (ROSA; LABATE, 2005).

A origem do Programa de Saúde da Família (PSF), hoje chamado de ESF, deu-se efetivamente em 1994, já com os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) compondo as equipes mínimas, e esse programa é tido como uma iniciativa para reformular e reorganizar a AB e também todo o sistema de saúde (COELHO, 2013).

Atualmente o Programa Nacional de Atenção Básica (PNAB) está estabelecido na portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011, com a revisão das diretrizes e normas para a organização da AB, ESF e PACS (BRASIL, 2012). Essas diretrizes estabelecem a AB como porta de entrada preferencial do SUS e ponto central da RAS, articulando ações individuais e coletivas direcionadas para a integralidade do cuidado e envolvendo desde a promoção da saúde até a reabilitação. A integralidade da atenção é almejada a partir dos importantes princípios que a orientam, conforme apontado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a, p.19): “da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social”.

Dentre os programas, ações e estratégias estabelecidos a partir da PNAB que buscam qualificar a AB está a implementação do NASF, regulamentado pela portaria GM 154, de 24 de janeiro de 2008, pelo Ministério da Saúde. Os NASFs são constituídos por equipes compostas de profissionais de áreas diversas que devem apoiar os profissionais da AB, ampliando a abrangência das ações e a capacidade de resolutividade. O trabalho dessas equipes está orientado pelo referencial teórico-metodológico do AM. Essa equipe faz parte da AB, embora não se constitua como um serviço com espaço físico independente. Existem três modalidades de NASF, regulamentadas posteriormente em 2012, e cada equipe de NASF tem um número de um a nove de equipes de AB vinculadas, dependendo da modalidade. Entre as diretrizes que orientam esse dispositivo, estão a territorialização e a responsabilidade

sanitária, o trabalho em equipe, a integralidade e a autonomia dos indivíduos e coletivos (BRASIL, 2014b).

O PACS está estabelecido na PNAB por meio da portaria citada anteriormente (2488 de 21 de outubro de 2011). Além desta, mais recente, o programa baseia-se ainda em outras portarias mais antigas que regulamentaram a profissão e apresentaram as diretrizes operacionais. Conforme apontado por Furlan e Amaral (2013), o ACS deve, entre outras ações, realizar diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade, promover e executar ações de educação em saúde, realizar visitas domiciliares periódicas e estimular a participação da comunidade nas políticas públicas.

O foco do trabalho do ACS é o território e a detecção das necessidades de saúde da população. A noção de território como produtor de saúde deveria considerar vários fatores, entre eles a diversidade sociopolítica, econômica, densidade populacional e acessibilidade. Essa noção deveria ampliar a compreensão sobre o espaço e seus sujeitos, considerando a singularidade dos indivíduos, grupos e contexto social. Embora sejam essas as diretrizes para o conceito de território na PNAB, encontram-se certas contradições quando se utilizam apenas dados numéricos e genéricos para operacionalização. O trabalho no território, conforme essas concepções ampliadas, carregaria o potencial de problematizar e transformar o cotidiano por meio da análise do contexto e das necessidades identificadas pelos ACSs, que são ao mesmo tempo membros da própria comunidade e parte da equipe de saúde, o que potencialmente possibilita incluir o saber popular nas ações de saúde (FURLAN; AMARAL, 2013).

2 A REDE DE SANTOS

2.1 Caracterização do território

O município de Santos é o mais importante da Região Metropolitana da Baixada Santista, composta por nove municípios: Peruíbe, Itanhaém, Mongaguá, Praia Grande, São Vicente, Cubatão, Guarujá e Bertioga. Sua importância decorre do fato de ser considerado município polo e concentrar a maior rede de serviços públicos e privados da região (CARRIÇO, 2002).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), no censo de 2010, Santos tinha 419.400 habitantes. Sua população estimada, atualmente, é em torno de 434.359 habitantes. A cidade está localizada no litoral paulista a 72 km da capital. É considerada a maior cidade do litoral e tem no porto sua principal atividade econômica. Sua área total é de aproximadamente 271 quilômetros quadrados, e em relação à área continental, a área insular é bem menor (cerca de apenas 39,4 quilômetros quadrados), mas bem mais populosa e habitada (SANTOS, 2009).

Santos e os municípios mais centrais e contíguos da região metropolitana são marcados por uma espacialidade de contradições sociais: grandes construtoras investindo em habitações de luxo que convivem com moradias situadas em favelas, mangues, palafitas, cortiços, encostas de morros, além da falta de habitações, considerando-se o aumento da população de rua (VAZQUEZ, 2011). A população de baixa renda concentra-se na Zona Noroeste, nos Morros e Centro, enquanto a população com mais renda concentra-se na região da orla, conforme descrito no Plano Municipal de Habitação (SANTOS, 2009).

O núcleo urbano da cidade foi se formando historicamente partindo da região do que é hoje considerado o bairro Centro e expandiu-se para as outras regiões no final do século XIX, com o avanço dos transportes, o crescimento do porto e também das obras sanitárias de construção dos canais, o que possibilitou a expansão da malha viária (SANTOS; AMBRÓSIO, 2012). Embora o porto de Santos, localizado nessa região, seja o maior do Brasil em extensão e também em movimentação e investimento, não traz avanços à região ou ao seu redor. Inserido na lógica capitalista, beneficia investidores e o poder público. A pobreza, o desemprego, problemas de moradia e violência estão relacionados a processos de privatização e demissões em massa no porto e nas indústrias de Cubatão, que ocorreram nas

duas últimas décadas (COSTA; IMBRIZI; KURKA, 2015).

Os serviços de saúde envolvidos neste estudo estão inseridos na região central, composta pelos bairros Vila Mathias, Vila Nova, Paquetá, Porto, Centro e Valongo. Essa região foi considerada a área nobre durante muitos anos até o final do século XIX e início do século XX (MELLO, 2008) e, após a expansão da malha viária e o crescimento do porto, passou a viver um longo processo de decadência. As famílias mais abastadas migraram para a orla da cidade, deixando para trás os casarões construídos no auge do ciclo do café (COSTA; IMBRIZI; KURKA, 2015).

Muitos casarões dessa região transformaram-se ao longo do tempo em cortiços, habitações extremamente precárias. Além desse tipo de moradia, a região também é caracterizada por abrigar trabalhadores avulsos do porto, trabalhadoras do sexo e trabalhadores da coleta de material reciclável, equipamentos públicos, privados, equipamentos de assistência social, muitas empresas ligadas ao porto, universidades e igrejas, além de postos de saúde, como os serviços participantes desta pesquisa (COSTA; IMBRIZI; KURKA, 2015). Também é considerada uma região de grande vulnerabilidade e afetada pelo tráfico de drogas e pela drogadição em vários pontos de alguns desses bairros.

Os cortiços são moradias coletivas, nos quais uma casa é dividida em vários cômodos e esses cômodos são alugados separadamente para as famílias por preços considerados abusivos. Nesse tipo de moradia, o banheiro e a cozinha são comunitários. O aluguel é realizado de modo informal: o senhorio ou dono das chaves arbitra o preço sem formalizá-lo por meio de contrato ou fiador. Santos concentrava 1.727 domicílios desse tipo, segundo o Censo de 2010 (BRANDÃO; MOREL; SANTOS, 2015).

A questão da moradia e da decadência no centro de Santos tem sido objeto de políticas públicas, entre elas o estabelecimento de Zonas Especiais de Interesse Social, Programa de Aceleração de Crescimento, Alegria Centro (programa direcionado para a revitalização do centro histórico) e Alegria Centro Habitação. Também existem iniciativas de movimentos populares, como a Associação Cortiços do Centro. Esses programas objetivaram promover diversas intervenções para melhorar a infraestrutura urbana, gerar empregos, possibilitar a instalação de atividades econômicas públicas e privadas e reforçar a identidade cultural. Embora tenha havido avanços relacionados a esses objetivos, esses programas não conseguiram reverter o processo de declínio econômico nem melhorar as condições de habitação (VAZQUEZ, 2011). Atualmente, a Prefeitura Municipal de Santos, de acordo com

informações publicadas no *site* oficial, criou um grupo técnico de trabalho de políticas públicas de gestão da região central de Santos, e esse grupo propôs-se a fazer uma revisão do programa de revitalização Alegria Santos, criado em 2003.

O *campus* Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) está estrategicamente localizado nessa região, mais especificamente no Bairro Vila Mathias, em concordância com os objetivos de renovação urbana (COSTA; IMBRIZI; KURKA, 2015).

Apesar dessas iniciativas, pode se dizer que

[...] a região central permanece como uma área de alto nível de exclusão social. A fragilidade da cidadania nessas áreas, entendida como as inúmeras formas de vulnerabilidade quanto ao emprego, aos serviços de proteção social e à violência criminal, além da perda ou ausência de direitos, a precarização de serviços coletivos que garantiriam uma gama mínima de proteção pública para grupos carentes de recursos privados, tem permanecido sem modificações como um componente da vida urbana na região. (SANTOS; AMBRÓSIO, 2011, p.242)

Além dos bairros que compõem a região do centro de Santos, este estudo envolve ainda o bairro chamado Ilha Diana, localizado contíguo ao centro histórico, porém do outro lado do canal de Bertiooga. Sua população é formada por famílias de pescadores residentes no local desde a década de 1940, que migraram para lá em decorrência de desapropriações. A pequena comunidade da Ilha Diana é constituída por poucas casas, em sua maioria precárias, e é uma das últimas colônias de pescadores da região (COSTA; IMBRIZI; KURKA, 2015).

2.2 A RAPS em Santos e os serviços selecionados para este estudo

A rede de saúde do município é formada por serviços com diferentes níveis de complexidade, pertencentes à esfera pública (municipal, estadual) e privada: já somente a esfera pública conta com cerca de setenta equipamentos municipais de saúde. Embora a rede de serviços de saúde seja ampla e diversificada, ainda necessita ser aprimorada e consolidada objetivando a integralidade da atenção por meio de um trabalho interdisciplinar articulado entre as equipes (SANTOS, 2009).

A atenção básica é formada ao todo por 32 unidades básicas de saúde que cobrem todo o território, sendo que vinte fazem parte da Estratégia de Saúde da Família (ESF), estas com 38 miniequipes.

A atenção à urgência e emergência conta com três unidades de pronto atendimento

(Central, Zona Leste e Zona Noroeste), além do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

A rede especializada de saúde mental da Prefeitura Municipal de Santos é composta pelos seguintes equipamentos:

- 5 CAPs (modalidade III)
- 2 Residenciais terapêuticos
- 1 Seção de Reabilitação Psicossocial
- 1 CAPS Álcool e Drogas
- 1 CAPS Álcool e Drogas Infante Juvenil
- 3 CAPS Infantil
- 1 Unidade de Acolhimento Álcool-Drogas (a ser inaugurada em breve)

A cidade de Santos é subdividida em cinco regiões: Centro, Orla, Zona Noroeste, Morros e Área Continental, cada uma delas com as suas peculiaridades econômico-sociais e com perfil e necessidades específicas.

A Figura 4 apresenta a divisão nas cinco regiões da cidade.

Figura 4 – Regiões de Santos



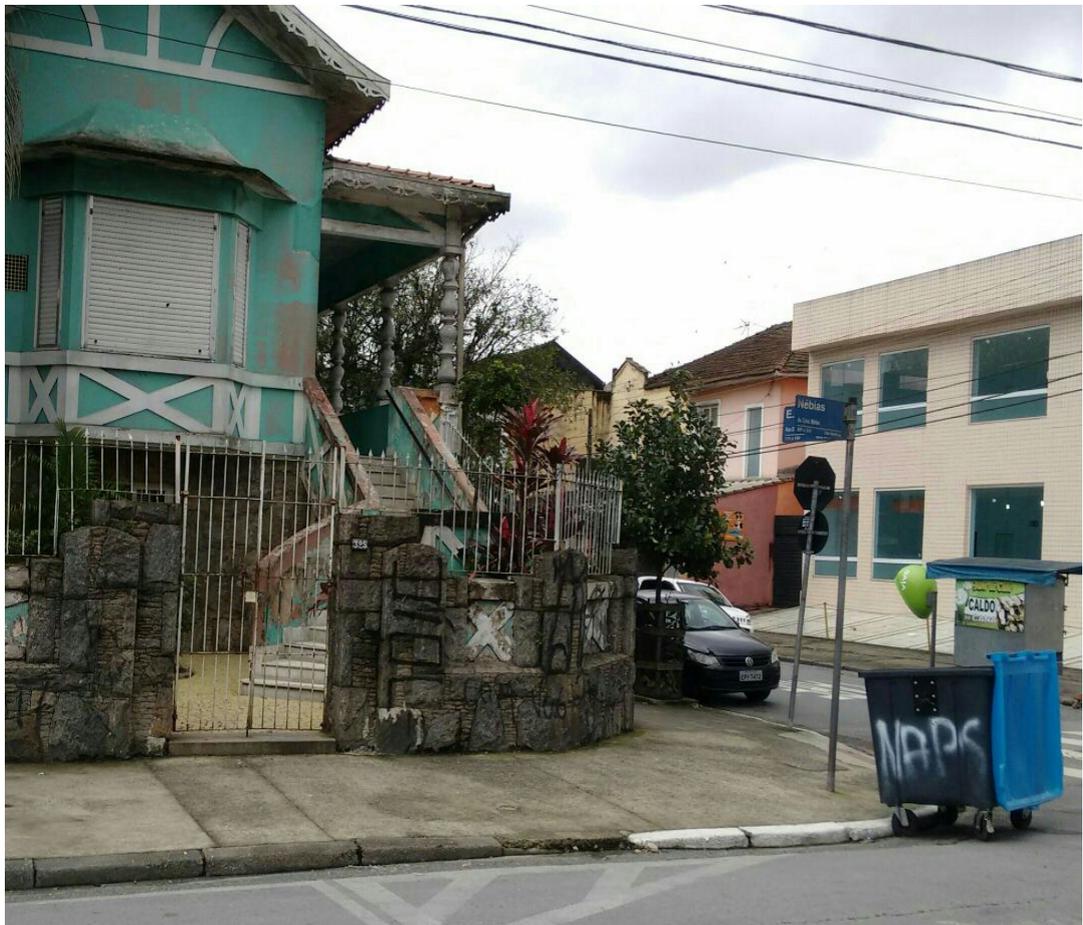
Fonte: <http://www.dicasdesantos.com.br/2009/03/mapa-da-cidade-de-santos-por-zona.html>

Acesso em: 2 set. 2016

Os cinco CAPS estão também regionalizados: CAPS Centro, CAPS Orquidário, CAPS Vila, CAPS Praia e CAPS Zona Noroeste.

O CAPS Centro está situado na região central e sua área de abrangência envolve os bairros Centro, Vila Nova, Macuco, Monte Serrat, Morro do Pacheco, parte da Vila Mathias e parte da Encruzilhada. Foi inaugurado em 17 de setembro de 1990, depois da intervenção do Hospital Anchieta, ocorrida no ano anterior. Desde a inauguração, ocorreram duas mudanças de endereço: atualmente está localizado em uma importante avenida da cidade, em um casarão antigo, alugado. A estrutura física encontra-se em grave deterioração, e há indicativo e planejamento de mudança de endereço para outro local. A Figura 5 retrata a principal fachada atual do CAPS Centro.

Figura 5 – Fachada do CAPS Centro



Fonte: foto tirada em 2016 pela pesquisadora

Uma característica importante deste serviço é que ainda é frequentado por pessoas que foram submetidas à internação no extinto hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta e hoje utilizam o serviço não só como espaço de convivência, mas também como de estruturação e apoio. Egressas de tratamentos desumanos e manicomiais, muitas dessas pessoas perderam os vínculos familiares ou, se ainda os têm, são muito frágeis.

Essas pessoas que frequentam a unidade todos os dias têm faixa etária elevada, baixo índice de escolaridade, vínculos familiares frouxos ou totalmente rompidos, e estabelecem uma rede de apoio com os colegas e com o serviço. Muitos moram nos cortiços da região, sublocam um cômodo em casas deterioradas em condições precárias, sem água potável, chuveiro ou cozinha. Elas têm inúmeras necessidades de saúde resultantes da vulnerabilidade da sua moradia, dos anos prolongados de uso de medicação psiquiátrica, uso intenso de cigarro, etc. Apresentam uma forte relação com o CAPS e entre eles, e há um vínculo de amizade e solidariedade bastante fortalecido.

O CAPS Centro tinha, no período de levantamento de dados do presente trabalho (fevereiro a julho de 2016), 5.051 pacientes matriculados em 26 anos de atividades, estimando-se que cerca de 25% desse total – 1.260 – tenham prontuários ativos, ou seja, são pacientes frequentadores da unidade para algum tipo de modalidade de atendimento. Há uma flutuação muito grande nesse número, uma vez que há abandono de tratamento ao mesmo tempo em que novos casos surgem e ressurgem quase diariamente. Muitas vezes a dificuldade de adesão ao tratamento é responsável por essa flutuação. Ressalta-se ainda, sob esse aspecto, a dificuldade para atualização dessas informações, pois os prontuários e registros não são informatizados. O critério considerado para estabelecer o número de prontuários ativos foi ter recebido algum registro de qualquer modalidade de atendimento no período de até oito meses retroativos.

Este CAPS atende a população conjuntamente com algumas Unidades Básicas de Saúde com as quais compartilha seu território. Para efetivar a estratégia de AM, os técnicos da equipe deste CAPS foram divididos entre essas unidades de AB, a fim de desempenhar a função de profissional “matriciador”, tornando-se uma referência para a unidade em questão no que concerne à corresponsabilização pelos casos em comum. Dentre as funções do matriciador está articular reuniões para discussões de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS).

A rede de AB de Santos foi reformulada no início dos anos 1990 e suas unidades cobriam quase todos os bairros da cidade. Esse programa de AB também foi um dos pioneiros

e estabeleceu-se antes da política atual e da estratégia saúde da família. Essas unidades foram chamadas, na ocasião, de Policlínicas. Mesmo com o passar dos anos e com outras administrações utilizando outra forma de nomeação, a população permaneceu se referindo a elas como “policlínicas” ou ainda “polis”. A administração atual resgatou a nomenclatura original da década de 1990, consagrada pela própria população.

A Policlínica Martins Fontes passou por readequação recente, em 2015, e inclusão na Estratégia de Saúde da Família. Anteriormente era uma unidade mista incluindo o modelo de AB tradicional e também com serviços especializados de referência para o tratamento das hepatites virais, doenças sexualmente transmissíveis, hanseníase e vacinas como a da febre amarela.

Está localizada em um casarão em estilo neocolonial tombado pelo Conselho de Defesa do Patrimônio Cultural de Santos. Por ter sido um serviço de referência durante muitos anos, é muito reconhecido pela população de todas as regiões da cidade. A Figura 6 apresenta a fachada desse serviço.

Figura 6 – Fachada da Policlínica Martins Fontes



Fonte: foto tirada pela pesquisadora em março de 2017

A Policlínica Vila Nova está situada próxima ao mercado municipal de Santos e sua sede foi inaugurada em abril de 2016. Substituiu a Policlínica do Centro Histórico que ficou anteriormente, por vários anos, instalada no segundo andar da atual Policlínica Martins Fontes. Esse fato foi decorrência de a antiga sede ter sido inviabilizada devido a más condições. Na Figura 7 podemos ver a fachada da Policlínica Vila Nova.

Figura 7 – Fachada da Policlínica Vila Nova



Fonte: www.santos.sp.gov.br

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

O objetivo desta pesquisa foi analisar o apoio matricial em saúde mental que ocorre entre o CAPS Centro e as Policlínicas Martins Fontes e Vila Nova.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever o processo de implantação da estratégia de apoio matricial em saúde mental na rede de Santos e analisar as especificidades locais
- Caracterizar o apoio matricial nos serviços selecionados
- Analisar os efeitos do redirecionamento da demanda do CAPS Centro
- Compreender as concepções dos agentes comunitários de saúde sobre o AM, considerando a importância deles na estratégia.

4 MÉTODO

O presente estudo é de abordagem qualitativa. Segundo Minayo (2014), a pesquisa qualitativa trabalha com um nível de realidade que não pode ser quantificado, pois considera significados, motivos, aspirações, crenças, atitudes, e esses fenômenos humanos são entendidos como parte indissociável da realidade social.

A escolha pela abordagem qualitativa deu-se porque ela considera os aspectos subjetivos, e nesta dissertação objetiva-se justamente chegar às percepções dos indivíduos ou grupos envolvidos, o que não é possível por meio de modelos positivistas. Considera-se também que a pesquisa qualitativa busca entender um fenômeno em profundidade, compreendendo o indivíduo como um ser completo. Para a mesma autora, outro aspecto importante a considerar na escolha deste método é que na pesquisa qualitativa, o que é investigado não é considerado independente do processo de investigação, o que diminui a distância entre a produção e a aplicação do conhecimento (MINAYO, 2014).

Ainda, para Minayo (2014), o objeto das ciências sociais é histórico e considera a realidade social, sendo, por isso, essencialmente qualitativo: “pois o ser humano é autor das instituições, das leis, das visões de mundo que em ritmos diferentes, são todas provisórias, passageiras, trazendo em si mesmas as sementes da transformação” (MINAYO, 2014, p.40). Segundo a autora, a pesquisa social toma como indissociáveis pesquisador e objeto de pesquisa, uma vez que existe identificação entre ambos. Por essa razão, considera como critério de realidade e objetivação que a visão de mundo do pesquisador e seu campo de estudo estão implicados no processo de conhecimento (MINAYO, 2014).

Com base na abordagem qualitativa, foi realizado um estudo de caso. Para Goode e Hatt (1969, p.422, apud MINAYO, 2014, p.164), o estudo de caso “é um meio de organizar dados sociais, preservando o caráter unitário do objeto social estudado”. Nesse tipo de pesquisa, utilizam-se estratégias de investigação qualitativas para analisar um processo, uma situação. Dentre os objetivos deste tipo de pesquisa destaca-se o de possibilitar um exame detalhado de processos organizacionais ou relacionais, pois visa-se conhecer em profundidade o como e o porquê de uma determinada situação e busca-se encontrar o que é mais característico e essencial nela (MINAYO, 2014).

A possibilidade de investigação de um fenômeno contemporâneo complexo no seu contexto real é uma das importantes características do estudo de caso e determinante para a

escolha metodológica desta pesquisa. Além disso, esta estratégia busca apreender a totalidade de uma situação e analisar a multiplicidade de dimensões que envolvem o caso (YIN, 2005).

Para Yin (2005), o estudo de caso deve ser significativo e de interesse público geral. Além disso, precisa ser completo e, para tal, deve ter algumas características: limites bem definidos, coleção de evidências suficientes, ou seja, requer o empenho exaustivo do pesquisador na coleta de evidências relevantes e, por último, tempo e recursos, que precisam ser bem planejados. Assim, para esse autor, o estudo de caso permite ao investigador um aprofundamento em relação ao fenômeno e por essa razão é considerado uma importante estratégia metodológica para a pesquisa em ciências humanas.

Para sua efetivação é possível a utilização de múltiplos instrumentos como fontes de informação, como os que foram delineados no desenho metodológico a ser apresentado. Esse desenho conta com duas partes concomitantes e inter-relacionadas, análise documental e grupo focal, como será detalhado a seguir.

Com relação à delimitação do campo de estudo, a escolha da unidade CAPS Centro deu-se por ser este o serviço em que a pesquisadora atua há mais de dez anos. Já os serviços de saúde da família Policlínica Martins Fontes e Policlínica Vila Nova são unidades em que vem desempenhando a função de apoiadora, e havia previamente uma relação estabelecida com os profissionais desses serviços. Considerou-se esta escolha a partir dessa relação de apoio matricial já estruturada e levando-se em conta as articulações entre os serviços que ocorrem naturalmente devido à proximidade física e regional, bem como devido à possibilidade de constituir um grupo de participantes com número adequado à técnica que será empregada para o estudo.

4.1 Análise documental

A análise de documentos possibilita a investigação de processos de mudança e o conhecimento do passado (ALENCAR; NASCIMENTO; ALENCAR, 2012). Para Yin (2005), a análise de documentos pode “corroborar e valorizar as evidências oriundas de outras fontes” (YIN, 2005, p.112). Neste estudo objetivou-se apreender a multiplicidade de dimensões que envolvem o apoio matricial. A análise foi realizada no período de fevereiro a julho de 2016.

4.1.1 Caracterização do processo de implantação do apoio matricial em Santos

A análise documental para caracterização do processo de implantação do AM em Santos deu-se inicialmente baseada em um capítulo de livro publicado pela pesquisadora e mais três autores (RONCHETTI et al., 2016) em que se buscou caracterizar esse processo. Nesse livro foram compiladas as importantes experiências ocorridas em vários serviços junto ao Programa de Residência Multiprofissional de Atenção à Saúde (PRMAS), entre elas a que relata o processo inicial da implantação do AM iniciado em meados de 2011. Para compor a caracterização desse histórico, também foi realizada consulta a outros documentos: registros de reuniões, relatórios e comunicados internos. Além disso, somam-se os onze anos de trabalho nesse mesmo local, portanto já havendo uma acumulação de história em memória.

4.1.2 Caracterização do apoio matricial nos serviços selecionados

Para chegar ao objetivo de compreender como ocorre o AM nos serviços envolvidos, é importante a caracterização desse fluxo, tanto na perspectiva das polis envolvidas quanto na perspectiva do CAPS Centro. Essa caracterização foi obtida por meio de vários instrumentos. São eles: a observação direta, a análise de implicação do cotidiano profissional da própria pesquisadora, consulta a profissionais e registros e atas de reuniões de AM. Essas reuniões são registradas em forma de ata manuscrita em livro específico para esse fim pela matriciadora. Nele são anotadas informações tais como participantes, assuntos discutidos, informações sobre os casos discutidos e condutas tomadas.

4.1.3 Caracterização da demanda do CAPS Centro

Espera-se que um dos efeitos da implantação do AM em Santos, conforme caracterizado nesta dissertação, tenha sido a alteração da demanda do CAPS, ou seja, que a demanda deste se caracterize prioritariamente pelos TMS. Um dos caminhos para obtermos essa importante informação seria analisar a demanda inicial, isto é, a admissão dos casos novos. Dessa forma, foi utilizado para esse fim o livro de registros dos atendimentos iniciais do CAPS Centro. Trata-se de um volume chamado “livro de triagem”, usado por todos os

membros da equipe técnica que registram informações sobre o primeiro atendimento do paciente no serviço. Além da identificação do paciente, o livro contém informações sobre a avaliação inicial do profissional que possibilita a decisão de manter a pessoa no serviço ou redirecioná-la para outro. Com base nesses registros, pode-se identificar a demanda de casos novos e classificá-la entre TMC e TMSP. Além desse livro, foram utilizados os registros de atendimentos preenchidos pelos profissionais. Esses registros, denominados “folha de produção”, possibilitaram os dados relacionados ao número de atendimentos mensais.

4.2 Grupos focais com agentes comunitários de saúde

Grupo focal (GF) é uma técnica de pesquisa em que a coleta dos dados se dá pelas discussões grupais com um tema específico planejado previamente e sugerido pelo pesquisador, que pode assumir o papel de moderador. É organizado contando ainda com um observador, responsável pelos registros.

Para que a interação entre os participantes seja favorecida, os GFs são organizados em torno de seis a dez participantes em reuniões com duração de noventa a 120 minutos. As informações são coletadas no diálogo e debate entre os indivíduos (MINAYO, 2014). Esse é um aspecto importante dessa técnica, pois pressupõe-se que as informações obtidas por meio dessa interação entre os participantes e o pesquisador não poderiam ser obtidas de outra maneira. Essa interação propiciada pelas discussões em grupo é considerada responsável pela formação da opinião das pessoas, o que confere riqueza a esse processo (IERVOLINO; PELICIONI, 2001).

4.2.1 Delimitação dos participantes

Para esse ponto da pesquisa, optou-se por delimitar como participantes os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs). A escolha por essa categoria profissional deu-se pela importância estratégica de sua função no território, servindo de ponte entre o usuário/comunidade e a equipe de saúde. Esses agentes transitam na equipe e estão inseridos na comunidade e, assim, identificam necessidades e situações relacionadas à saúde mental que podem vir a nortear a assistência. Eles têm se mostrado participantes muito ativos no processo

do matriciamento, na medida em que estão mais próximos, têm mais vínculo com os usuários e possuem uma escuta acurada, além de vivência no mesmo território – daí a importância de tê-los como participantes da pesquisa com o intuito de caracterizar o AM com base em suas concepções.

Além desses, outro fator decisivo que levou a esta escolha foi o fato de que os ACSs nessas duas equipes estiveram desde o começo presentes nas reuniões de apoio matricial, ou seja, foram os primeiros a participar assiduamente das reuniões e outras ações e, por isso, participam há mais tempo. Ao longo do processo de implantação da estratégia, enquanto não se conseguia a participação de outros membros da equipe nas reuniões, o ACS esteve sempre presente. Em pesquisa anterior realizada nesse município verificou-se também que a articulação entre os CAPSs e a AB estava sendo feita principalmente por meio do ACS, o que corrobora a escolha deles como participantes (MOURA; SILVA, 2015).

Nesse ponto é muito importante sinalizar que, apesar de esses aspectos terem levado à decisão de delimitá-los como participantes dos GFs desta pesquisa, não se excluiu a importância de haver futuro estudo que envolva os outros integrantes das equipes envolvidas, assim como seria importante a continuidade desta pesquisa com os usuários e familiares, construindo um itinerário partindo do cuidado recebido com relação ao sofrimento psíquico. Assim, os participantes foram circunscritos aos ACSs, devido aos limites de tempo e operacionalização desta pesquisa.

4.2.2 Operacionalização dos grupos focais

Os ACSs foram abordados nas reuniões de AM já existentes e convidados a participar dos GFs. A proposta inicial era de três encontros com todos os ACSs. Foram realizados dois encontros, considerando dificuldades relacionadas ao agendamento, sinalizadas pelas gerentes de ambos os serviços. Apesar disso esses dois encontros foram considerados suficientes com relação a abordagem dos assuntos planejados.

Foram convidados a participar os quatro ACSs da equipe da Policlínica Martins Fontes e dez da Policlínica Vila Nova, em um total de 14. Os critérios de inclusão dos participantes na pesquisa foram a atuação como ACSs nos dois serviços de saúde selecionados. O critério de exclusão foi a própria recusa em participar e/ou estar afastado (por doença ou férias).

Por meio da aproximação e do vínculo já existente como matriciadora, os encontros foram organizados para promover debates que possibilitassem compreender como estava ocorrendo o AM. Ressalta-se que esse vínculo era baseado no cotidiano das ações que já eram desenvolvidas e em relações de trocas não hierárquicas, o que favoreceu a abordagem do conteúdo planejado.

A relação de trabalho como apoiadora constituída entre CAPS Centro e Poli Martins Fontes e Poli Vila Nova deu-se por contatos por telefone, *e-mail*, mensagens e principalmente reuniões mensais entre trabalhadores de diversas áreas. Essas reuniões constituem-se em discussões e compartilhamento de casos, processos de reflexão e capacitações, daí a importância dos registros em ata desses encontros. Nesses registros foram recuperados os temas tratados nessas reuniões, por serem importante momento de aproximação das duas equipes e de compartilhamento de informações. Conforme já explicitado, as atas dessas reuniões também registraram quais casos foram discutidos, quais profissionais participaram e a conduta tomada. Esse material também serviu para a construção das temáticas que estruturaram o roteiro dos grupos focais que constam no Apêndice A.

Os GFs ocorreram no mesmo local onde já aconteciam as reuniões de matriciamento, em uma sala de reunião de um dos serviços (Policlínica Martins Fontes) em horário compatível com a participação dos agentes durante o mês de maio/junho de 2016. A duração dos encontros foi de duas horas e o intervalo entre eles foi quinzenal. Os grupos foram coordenados pela pesquisadora, acompanhados por relator e gravados com consentimento dos participantes. Tendo sido previsto desconforto mínimo para os participantes, preparou-se espaço para acolhimento e manejo. Foi convidada a exercer a relatoria a estagiária de psicologia da Unifesp que atuava no CAPS e estava envolvida na ação de matriciamento, considerando-se a integração existente entre essa ação, o estágio e a pesquisa. O trabalho de transcrição do material obtido a partir das discussões do grupo focal foi realizado pela própria pesquisadora.

Após as reuniões, foram preenchidas fichas de identificação (Apêndice B) a fim de caracterizar o perfil dos ACSs presentes, por meio de informações como idade, sexo, escolaridade, renda, moradia, tempo na função.

As reuniões dos grupos transcorreram com uma interação homogênea entre os participantes, propiciando discussões sobre os temas disparados a partir do roteiro.

4.3 Análise dos dados

Os dados obtidos com os instrumentos selecionados foram trabalhados de acordo com a hermenêutica dialética. Esse método de análise é considerado o que faz a síntese entre os processos compreensivos e críticos: ao mesmo tempo em que busca compreensão do sentido da comunicação humana por meio da linguagem, incorpora a crítica e a contestação. Antes de ser considerada uma técnica específica, a hermenêutica dialética é um caminho de pensamento e uma articulação entre elementos teóricos que fundamentam os pesquisadores. Foi proposta por Habermas em 1987 e trata-se da interação de complementaridade entre a hermenêutica e a dialética, fornecendo elementos teóricos que sirvam de parâmetros para os investigadores (MINAYO, 2014).

A postura hermenêutica dialética considera que o contexto deve ser buscado na interpretação, uma vez que o que é expresso é marcado pela cultura e pela conjuntura. Não se objetiva buscar uma verdade absoluta, mas um sentido, sentido este que o investigador somente terá condições de compreender se considerar as razões do autor do discurso. Buscam-se as diferenças e semelhanças entre o contexto do autor e do investigador. O cotidiano em que o discurso foi produzido é também parâmetro para análise (MINAYO, 2014).

Na perspectiva de Gadamer (1999), um dos maiores estudiosos da hermenêutica, a ideia de um conhecimento universalmente válido é insustentável. Ele propõe a linguagem como meio para compreensão do indivíduo no mundo. No seu livro *Verdade e Método* (1999) ele apresenta essa ideia e aponta que a verdade da vida é anterior à verdade científica, contrapondo o pensamento hegemônico que só vê a compreensão dos indivíduos na medida em que as ciências naturais são utilizadas como referência para a experiência social. Ao considerar a perspectiva do intérprete e o contexto histórico social, passa dessa forma a ser um posicionamento crítico frente à realidade social. Trata-se, portanto, de um posicionamento de ampliação e de abertura:

O modo como vivenciamos uns aos outros, como vivenciamos as tradições históricas, as ocorrências naturais de nossa existência e do nosso mundo, é isso que forma um universo verdadeiramente hermenêutico, no qual não estamos encerrados como entre barreiras intransponíveis, mas para o qual estamos abertos. (GADAMER, 1999)

Tendo a linguagem como núcleo central, a hermenêutica é a busca de sentido que se

dá na comunicação entre os seres humanos. Ela considera que o ser humano se complementa por meio da comunicação, da vida cotidiana e do senso comum a partir do contexto e da cultura. Para o pensamento hermenêutico, o intérprete é inalienável do próprio sentido de compreender, posto que a alienação não o aproximaria de uma realidade histórica (GADAMER, 1999; MINAYO, 2014).

De modo sintetizado, os seguintes são considerados caminhos para a interpretação pela hermenêutica: a busca das diferenças e semelhanças entre os contextos do autor e do investigador, a exploração das possíveis definições de situações do autor, o compartilhamento entre o mundo observado e os sujeitos com o mundo da vida do investigador, a busca de entendimento dos textos neles mesmos e a reflexão sobre a realidade apoiada no contexto histórico (MINAYO, 2014).

A dialética é considerada a arte do diálogo, da pergunta e da controvérsia. Busca, no que está sendo examinado, os pontos obscuros e contraditórios para chegar a uma crítica. Considera a linguagem também como um instrumento de dominação, sendo necessário, portanto, desmistificá-la e torná-la objeto de reflexão. Para isso, é preciso criar instrumentos de crítica e apreensão das contradições da linguagem, considerar a análise dos significados como base das práticas sociais, valorizar os processos das contradições entre autor e investigador, ressaltar o condicionamento histórico das falas e ações (MINAYO, 2014).

Embora a combinação dessas estratégias não seja considerada uma técnica específica, a articulação entre hermenêutica e dialética é um momento necessário para a produção de racionalidade em relação aos processos sociais e conseqüentemente aos processos de saúde e doença, além de um caminho importante para as pesquisas qualitativas. (MINAYO, 2014). Nesse movimento interativo busca-se valorizar as complementaridades e oposições: são complementares porque ambas consideram os condicionamentos históricos da linguagem, relações e práticas, consideram que não há observador imparcial, valorizam o processo intersubjetivo de compreensão em detrimento ao tecnicismo, estão relacionadas à práxis estruturada pela tradição; opõem-se porque enquanto a hermenêutica busca o consenso, a mediação, o acordo e a unidade de sentido, a dialética persegue a diferença, o contraste, a ruptura de sentido e a crítica (MINAYO, 2014).

Tendo como base esses pressupostos, a análise dos dados foi realizada a partir do seguinte curso: leitura geral do material empírico e organização dos dados a partir de núcleos de sentido. Seguiram-se a essas etapas a leitura e releitura exaustiva desses núcleos,

buscando-se as divergências, convergências e diferenças. Buscou-se incorporar nesse processo de análise o exercício dialético de examinar o tríplice estatuto da pesquisadora : de profissional do CAPS, de apoiadora e de pesquisadora. Por meio desse trabalho, pôde-se chegar à interpretação e posteriormente à análise final dos dados.

4.4 Aspectos éticos

Conforme as exigências, este projeto foi encaminhado à Coordenadoria de Formação da Prefeitura Municipal de Santos e à Plataforma Brasil, para receber parecer do Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, sob o número 1.510.093.

Após as aprovações, deu-se início às etapas de investigação. Para a coleta de dados, foi apresentada ao gestor responsável a autorização para realização de pesquisa acadêmica no serviço público de saúde (Apêndice C) e o Termo de Consentimento de Coleta de Dados (TCCD) (Apêndice D).

Os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e que se tratava de um estudo regido por princípios éticos, no qual a informação coletada seria confidencial, e os nomes e dados dos participantes não seriam revelados quando os resultados fossem publicados. A participação seria voluntária e, caso o participante selecionado se sentisse desconfortável para continuar, poderia desistir em qualquer momento do estudo, sem qualquer dano ou prejuízo.

Não houve despesas, compensações ou benefícios diretos pela participação, que deveria ser livre e voluntária, e nenhum tratamento específico foi oferecido neste estudo. Foram considerados mínimos os riscos diretos ou indiretos a que os participantes da pesquisa foram expostos e, conforme o vínculo preexistente estabelecido pelo trabalho que vinha sendo desenvolvido, a pesquisadora fez as pontuações e devolutivas necessárias.

Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice E) para os participantes, contemplando as exigências da Resolução 466/12 do Ministério da Saúde. Em qualquer etapa da pesquisa, o participante poderia ter acesso ao responsável pelo estudo ou, caso tivesse alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, poderia entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa.¹

1 Rua Botucatu, 572, 1º andar, cj. 14, São Paulo, telefone (11) 5571-1062.

5 RESULTADOS

Será apresentado inicialmente o peculiar histórico referente à implantação da estratégia de AM em Santos. Conforme explicitado no desenho metodológico, este histórico foi documentado anteriormente pela pesquisadora em conjunto com outros autores em um capítulo de livro publicado recentemente (RONCHETTI et al., 2016), sendo esse o primeiro registro desse processo.

Sabemos que o AM em saúde mental trata da interlocução entre o CAPS e AB, mas entender como se dá o envolvimento com essa estratégia para cada uma dessas instâncias é um dos objetivos a alcançar nesta pesquisa. Considerando a importância de examinar as informações colhidas a esse respeito, passou-se para a caracterização da prática do apoio matricial a partir da perspectiva do CAPS Centro com uma descrição de como é o fluxo de trabalho, o cotidiano e a demanda. Pretendeu-se apresentar a forma como essas informações interferem no AM. Do mesmo modo, será apresentada a perspectiva da organização do apoio matricial nos serviços de AB envolvidos na pesquisa. Em seguida a esses resultados obtidos pela análise documental, serão apresentados os obtidos a partir dos GFs com os ACSs.

Tendo como base os pressupostos da hermenêutica dialética, após a leitura e releitura da transcrição dos grupos focais, foram construídos núcleos de sentido que sustentaram a análise dos dados. Esses núcleos foram os seguintes: cuidado em saúde mental, matriciamento, questões pessoais, capacitações, casos, desabafos e queixas, papel do ACS e reflexões. A partir desses núcleos de sentido, foi construída a análise que buscou a compreensão ampla do processo do AM considerando tanto a perspectiva dos participantes dos GFs quanto a integração dessa compreensão com os dados obtidos a partir dos outros instrumentos utilizados, referentes ao processo de implantação e aos fluxos.

5.1 Implantação do processo de apoio matricial em Santos: do “paciente da mental” para a “pessoa e suas dimensões” na RAPS

O processo de implantação da metodologia de AM em saúde mental no município de Santos tem sido um processo tardio, complexo e com inúmeras dificuldades. Em razão da inegável e reconhecida importância do município no processo da reforma psiquiátrica

brasileira, os CAPSs consolidaram-se de forma bastante relacionada ao processo histórico e político do qual foram protagonistas.

Esse fato, entre outros, parece ter causado um efeito (iatrogênico) de absorver de modo exclusivo e por muitos anos quase toda a demanda de saúde mental do município. Mesmo que até o ano de 2006 ainda existisse um ambulatório de saúde mental mantido pelo governo do Estado e que atendia parte da demanda dos transtornos mentais comuns, a demanda dos CAPSs foi pouco a pouco se desconfigurando e se apresentando de modo diferente daquele que era a sua demanda prioritária inicialmente: os TMSP.

Enquanto em outros municípios o AM já acontecia de alguma maneira, em Santos, até o ano de 2011, não era uma diretriz da gestão local. Ao contrário disso, até esse ponto, quase todo o fluxo era reforçado para os CAPSs que se desconfiguraram, passando a ter forte característica ambulatorial (ANDREOLI et al., 2004). Também é importante destacar que não havia equipes de saúde mental na AB, e em alguns serviços havia um profissional como o psicólogo ou o assistente social, porém sem diretrizes claras. O sofrimento psíquico em qualquer grau, mesmo os relacionados aos processos naturais da existência, era configurado como demanda do CAPS, sendo encaminhado diretamente. Criou-se essa cultura de que o sofrimento psíquico e as necessidades psicossociais eram somente atendidos pelo CAPS e a pessoa se transformava em “paciente da mental”.

Embora os NASFs tenham sido propostos como política do ministério da Saúde em 2008, em Santos essa estratégia somente foi implementada em 2014. Isso foi em parte porque o apoio técnico às unidades básicas era realizado por uma equipe multiprofissional que formava a Seção de Atenção à Saúde da Comunidade e que atuava de forma similar ao programa do NASF, tinha como objetivo ampliar o escopo do atendimento das equipes das unidades básicas (tanto das ESF quanto das unidades tradicionais) e contava com profissionais de diferentes áreas. Os profissionais que compunham essa equipe foram divididos em pequenos grupos e cobriam todas as unidades básicas com o objetivo de apoiar esses serviços. Assim, a composição dessas pequenas equipes não era a mesma para todas as unidades (RODRIGUES et al., 2016).

A proposta inicial de qualificação da AB para o manejo de casos de saúde mental foi disparada em 2011 a partir do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde (PRMAS). Esse programa havia sido criado em 2010 pela Unifesp *Campus* Baixada Santista e contava como cenário de prática a rede de saúde municipal na AB e a rede hospitalar

conveniada ao SUS da Santa Casa de Misericórdia de Santos. Coube a esse programa ser o agente dessas transformações que se faziam necessárias.

Com as diretrizes do Ministério da Saúde para a integração da saúde mental e AB, a Coordenadoria de Saúde Mental de Santos (Cosmental) propôs à equipe de residentes multiprofissionais colaboração para desenvolver diversas ações que estivessem norteadas pelos seguintes princípios: noção de território, organização do cuidado em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, desinstitucionalização e reinserção social, interdisciplinaridade, promoção de cidadania, autonomia (RONCHETTI et al., 2016).

Assim, a equipe de residentes tornou-se uma equipe disparadora de processo, envolvendo, ao longo deste, outros atores – tutores, preceptores e trabalhadores. Esse processo inicial envolveu um levantamento quantitativo cujo objetivo foi mapear o perfil dos municípios com necessidades relacionadas à saúde mental e ajudou a orientar essas ações iniciais. A análise desses dados possibilitou também visualizar o fluxo desses equipamentos com os respectivos encaminhamentos, facilitando o processo de intervenção na modificação desses fluxos.

A partir disso, várias ações foram disparadas, como reuniões entre as equipes de saúde mental e AB de unidades específicas envolvidas nesse “projeto piloto”, discussão e elaboração de PTS, grupos de acolhimento, visitas domiciliares e mapeamento do território a fim de buscar possibilidades de reinserção e produção de vida, afirmando o princípio da intersetorialidade. Esse processo inicial, apesar de extremamente importante e cuidadoso, foi limitado a alguns serviços envolvidos. Caracterizou-se como um estudo introdutório que levantou possibilidades para as ações futuras que precisavam ser mais abrangentes.

Com a publicação da portaria 3088 de 23 de dezembro de 2011, foi instituída a mencionada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O decreto 7508/2011, que regulamenta as Redes de Atenção à Saúde, estabeleceu a RAPS como uma das redes prioritárias na constituição das Regiões de Saúde, conforme podemos ver a seguir (BRASIL, 2011a, 2011b):

Redes temáticas prioritárias:

- Rede Cegonha – atenção à gestante e à criança com até 24 meses
- Rede de atenção a urgências e emergências
- Rede de atenção psicossocial – com ênfase para o enfrentamento do álcool, *crack* e outras drogas
- Rede de atenção às doenças e condições crônicas

- Rede de cuidado à pessoa com deficiência

As redes prioritárias são organizadas como uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) temática, a partir da necessidade de enfrentamento de vulnerabilidades, agravos e doenças que acometem populações. Suas importantes diretrizes englobam territorialização, aumento de autonomia e cidadania, redução de danos, articulação em rede, ações intersetoriais, educação permanente e cuidado pautado na construção do projeto terapêutico singular para as pessoas com transtornos mentais (RONCHETTI et al., 2016).

O estabelecimento tanto da RAS quanto da RAPS como uma das redes prioritárias corroborou o processo de qualificação da AB para o manejo dos transtornos mentais comuns disparado pela Cosmental em 2011.

Conforme o que se apresenta na PNAB, a AB precisa desempenhar importantes funções para que essas articulações em rede ocorram, entre as quais podemos elencar as seguintes: ser base; ser resolutiva; identificar riscos, necessidades e demandas; produzir ações efetivas na perspectiva de incremento de autonomia; acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos da rede e, principalmente, coordenar o cuidado por meio da elaboração e acompanhamento de PTS (BRASIL, 2012).

Apesar de serem essas as funções da AB, de modo geral, identificava-se ainda grande dificuldade de aceitação e de manejo para o cuidado em saúde mental. Ao mesmo tempo em que era necessário redirecionar todo um fluxo de atendimento que ocorria há muito tempo, era necessário estabelecer novos fluxos, ou seja, os casos de transtornos mentais comuns que estavam indevidamente sendo atendidos pelos CAPSs precisavam ser redirecionados para as unidades básicas, ao mesmo tempo em que era necessário criar novo fluxo para os casos novos.

Após as estratégias disparadoras, iniciou-se um período de efetivação de ações extensivas a toda a rede de atenção básica e de saúde mental, e não mais apenas a alguns serviços específicos. Ocorreram muitas reuniões entre os gestores de ambos os departamentos em que foram pactuadas as ações a serem implementadas. Uma comissão formada por gestores e por trabalhadores das equipes do CAPS trabalhou no planejamento e na articulação das ações.

A partir dessa comissão, ocorreram oficinas de sensibilização para profissionais da rede básica, capacitação específica para os médicos, produção de material de apoio. As equipes dos CAPSs também foram envolvidas nesse processo, desse ponto em diante,

preparando um levantamento dos casos considerados transtornos mentais comuns atendidos ainda nos CAPSs e também se organizando para apoiar as equipes da atenção básica. Essa organização ocorreu de acordo com as dificuldades e peculiaridades dos envolvidos: criando-se equipes de apoio matricial ou dividindo-se a equipe técnica por unidade básica, cabendo a cada técnico prestar o apoio a uma ou duas unidades de AB, em média. Nesse início, os profissionais que seriam matriciadores ainda estavam se familiarizando com os conceitos e com a operacionalização da estratégia e havia muitas dúvidas.

Algumas dificuldades começaram a ser identificadas nesse momento. As capacitações e oficinas que ocorreram não foram abrangentes para todos os profissionais da AB. Muitos continuaram não se sentindo capacitados, e mesmo entre as categorias profissionais que passaram pela capacitação continuavam os questionamentos, as dificuldades e impossibilidades que por vários períodos inviabilizaram as ações. Alguns serviços não contavam com espaços de reunião de equipe, o que inviabilizava ainda as reuniões de AM. Em vez de reuniões, ocorriam conversas e aproximações com os profissionais e uma preparação para que aos poucos fossem possíveis encontros mais sistematizados. Assim, o AM foi sendo construído em camadas, por aproximações.

Uma das maiores dificuldades foi relacionada à prescrição e dispensação da medicação. Alguns médicos clínicos da AB permaneciam contrários à prescrição de medicamentos psiquiátricos, alegando que não eram especialistas e que não podiam realizar tal ação. Havia também uma implicação com relação à periodicidade dos agendamentos das consultas, uma vez que a dispensação da medicação continuaria sendo responsabilidade da farmácia do CAPS, que só poderia fornecer esses medicamentos numa quantidade para o período de sessenta dias (dois meses). Tal fato impactou os agendamentos das consultas nos serviços da AB, pois se normalmente o clínico estabelecia um acompanhamento com intervalo de três meses, para os casos com prescrição de medicamentos psicotrópicos seria necessário o intervalo menor.

A complexidade dessas mudanças requereu inúmeras pactuações, tanto no nível da gestão quanto nas relações entre os profissionais. Algumas outras soluções pensadas para esses impasses acabaram não se efetivando, como o programa Remédio em Casa, que consiste na entrega domiciliar de medicamentos em quantidades suficientes para o período de noventa dias para pessoas que estejam em acompanhamento para doenças crônicas nas unidades básicas. Esse programa foi adotado pela Prefeitura de São Paulo.

Um aspecto importante desse processo foi o redirecionamento dos casos considerados transtornos comuns (TMC) para a atenção básica. Com o levantamento desses casos, identificava-se a necessidade de transferi-los dos CAPSs para as unidades básicas, considerando que essa demanda descaracterizava o CAPS, além de lotar os serviços. Os critérios levantados naquele momento foram algumas doenças caracterizadas pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10 – 10^a revisão, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008), quantidade de medicamentos prescritos, estabilização do quadro e o vínculo com o profissional de referência. Apesar de serem esses os critérios, todos eles possibilitavam alguma flexibilidade, favorecendo o entendimento de que seriam transferidos os casos de TMC estáveis.

Além desse levantamento, os profissionais estabeleceram um fluxo para a passagem desses casos, que envolvia discussão e comunicação entre as equipes. Optou-se por não utilizar o formulário já instituído de referência/contrarreferência para que não se caracterizasse uma transferência de responsabilidade por meio de uma ação burocratizada, mas sim uma corresponsabilização. Mesmo com esses cuidados tomados, houve muitos desencontros. Se por um lado a AB assustou-se com os números, por outro, percebeu-se que os pacientes não eram efetivamente encaminhados pelos CAPSs. Um dos motivos para isso se relacionava também com uma resistência dos próprios médicos (psiquiatras) dos CAPSs, já que uma das pactuações para esse fluxo era a reavaliação psiquiátrica antes de fazer a passagem do caso. Essa questão sobre os números de casos a serem transferidos também suscitou problemas de entendimento: essas pessoas que passavam pelos CAPSs para tratarem de questões como insônia, ansiedade ou sintomas depressivos eram as mesmas que em sua maioria já estavam sendo acompanhadas pela AB. Ou seja, mais do que transferir a demanda de pessoas, tratava-se de incluir a atenção ao sofrimento psíquico no cuidado que já estava sendo realizado.

Muitas pessoas tinham um vínculo já estruturado com os profissionais do CAPS e não aceitavam bem a transferência do cuidado. Com relação a este aspecto, os profissionais tentavam ser bastante flexíveis e cuidadosos, avaliando caso a caso. Algumas pessoas continuaram a ser atendidas nos CAPSs e outras foram preparadas para a mudança por meio de atendimentos.

A transferência da demanda foi uma questão que colaborou para um entendimento inadequado do que era na realidade a estratégia de apoio matricial. Uma concepção

equivocada de transferência de responsabilidade aparecia como finalidade, fazendo com que as questões mais específicas relacionadas ao cuidado em saúde mental permanecessem ocultas. Em alguns momentos ao longo do tempo, o processo parecia interrompido devido a múltiplos impasses e requeria novas pactuações para poder prosseguir.

Um aspecto importante, que esteve sempre atrelado ao processo de formas diferentes, foram questões que podemos relacionar à educação permanente e do ensino em Saúde. Os profissionais solicitavam capacitações e justificavam impossibilidades a partir disso. As capacitações oferecidas nunca se mostraram suficientes, tanto por não terem atingido todas as categorias profissionais quanto pela quantidade, que era (e será) sempre insuficiente. Apesar disso, ocorreram iniciativas que impulsionaram essas questões, aproximando profissionais, estudantes, preceptores e tutores por meio de estratégias de integração ensino-serviço. Nesse sentido, além da residência multiprofissional, contou-se também com um Programa de Educação pelo Trabalho em saúde mental, cujo foco foi o matriciamento, que enriqueceu o processo, problematizando questões e ajudando a superar impasses.

Por meio desse histórico, podemos inferir a complexidade envolvida nesse processo que mobilizou e sensibilizou os profissionais. Tratando-se de uma ferramenta inédita nos serviços do município, os profissionais precisaram aprender a fazer fazendo.

Atualmente o AM vem ocorrendo em grande parte das unidades básicas de saúde, com características diferentes em cada território com relação periodicidade de reuniões, ações conjuntas e profissionais envolvidos. Conforme dito anteriormente, foram implantadas, em 2014, equipes de NASFs que potencializam a ação nos territórios referenciados, porém há ainda dificuldades presentes na articulação deles com o fluxo de AM em saúde mental, que continua sob responsabilidade das equipes do CAPS. Há necessidade de constantes pactuações, não só entre os profissionais, mas também principalmente entre os gestores do Departamento de Atenção Básica e da Cosmental.

O Plano Municipal de Saúde vigente (2014-2017) propõe que o matriciamento em saúde mental seja intensificado, considerando que os CAPSs estão com sua demanda descaracterizada pelo atendimento aos casos leves. Também considera fundamental o fortalecimento da AB como eixo estruturante do sistema de saúde local (SANTOS, 2014). Apesar disso, a implantação do AM em Santos caracterizou-se por um processo lento, gradativo, que demandou e continua demandando tempo. Isto se dá porque envolve uma mudança de concepção, o que é surpreendente pela importância da cidade no processo da

reforma psiquiátrica. Apesar dessa importância na reforma, acabou sendo reconfigurado, nos equipamentos da rede e na população, um processo de exclusão que o matriciamento traz a possibilidade de reverter.

Assim, mais do que caracterizar uma mudança no fluxo, o sentido da implantação da estratégia de AM em Santos foi possibilitar um redirecionamento do cuidado, fazendo com que a pessoa que antes era tomada como “paciente da mental” passasse a ser compreendida como uma “pessoa em sofrimento” (com suas dimensões) e pudesse ser acolhida na Rede de Atenção Psicossocial.

5.2 O apoio matricial e o CAPS Centro

Antes de poder analisar a perspectiva do CAPS Centro com relação ao AM, é necessário descrever sucintamente seus objetivos, cotidiano e fluxo.

Os CAPSs são serviços abertos, voltados para o território, e têm como objetivo geral prestar cuidados em saúde mental para pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. Como parte integrante da política nacional de saúde mental, têm como eixo organizador a desinstitucionalização, esta entendida também como um processo contínuo de construção de condições efetivas para um cuidado que é pautado pela reabilitação psicossocial, autonomia e reinserção social (BRASIL, 2016). Os CAPSs são considerados dispositivos estratégicos para a organização da RAPS e têm a importante função de serem organizadores da demanda e da rede de saúde mental em seu território, trabalhando em conjunto, supervisionando e capacitando os profissionais da rede básica e das unidades hospitalares, regulando a porta de entrada (RAMMINGER; BRITO, 2012). O modelo psicossocial que fundamenta o trabalho desenvolvido nestes serviços supõe que fatores políticos, biopsíquicos e socioculturais sejam considerados determinantes das doenças (NUNES; JUCA; VALENTIM, 2007).

Os CAPSs são serviços que recebem pacientes encaminhados por outros serviços e também por demanda espontânea. No CAPS Centro, o primeiro passo do usuário no serviço é um acolhimento inicial realizado por um membro da equipe técnica. Nesse primeiro atendimento é realizada a anamnese. Essa anamnese segue as noções preconizadas pelas políticas governamentais relacionadas à humanização (Política Nacional de Humanização –

PNH). O acolhimento é uma postura ética que implica a escuta do usuário em suas queixas, objetivando maior compreensão, vinculação e compromisso de resposta às necessidades que ele traz. Essa escuta é o que favorece a intersubjetividade (BRASIL, 2004d).

Entre as modalidades de atendimento oferecidas estão a Hospitalidade Integral (HI), na qual a pessoa que passa por uma experiência de crise permanece as 24 horas do dia na unidade, por algum tempo (até o limite de sete dias corridos ou dez intercalados em um período de trinta dias), e a Hospitalidade Diurna (HD), na qual a pessoa permanece durante o dia, participa das atividades, recebe atendimentos, faz refeições e volta para sua casa no final da tarde. A hospitalidade está relacionada com a possibilidade de “hospedar” e acolher e não com internar. Nessa perspectiva, os espaços e ambientes dos CAPSs tendem a ser mais próximos a uma casa, com camas, em vez de leitos hospitalares. Tanto na HD quanto na HI, consideram-se importantes os espaços de convivência, sendo essa uma das mais importantes ações de cuidado (BRASIL, 2016).

Em casos específicos é oferecida a medicação assistida, em que a pessoa é acompanhada com relação à ingestão dos medicamentos em alguns horários ou em todos (por exemplo, três vezes ao dia), por tempo limitado. Além dessas modalidades, são oferecidos atendimentos técnicos individuais e grupais, oficinas, grupos, passeios, ações no território, acompanhamento terapêutico, acompanhamento familiar, visitas domiciliares, assembleia, e também são realizadas reuniões de conselho local, promovendo a participação social. Pode-se dizer que se identifica o funcionamento de dois serviços no mesmo local: um voltado para a hospitalidade e para o trabalho de reabilitação psicossocial e um ambulatório, o que nos remete a um funcionamento híbrido, conforme apontado por Ramminger e Brito (2012).

Em 2012, o Ministério da Saúde publicou portarias que instituíram uma série de procedimentos para fins de registro e faturamento das ações realizadas nos CAPSs (Portaria SAS no 854/2012), entre os quais se destacam acolhimento inicial, atendimento familiar, atendimento domiciliar, atenção às situações de crise, ações de redução de danos, ações de reabilitação psicossocial, ações de articulação em redes intra e intersetoriais, matriciamento de equipes da atenção básica, matriciamento dos pontos de atenção da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de referência, promoção de contratualidade e fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares (BRASIL, 2015, 2016).

Além dessas, destacam-se também as ações que favorecem a interprofissionalidade, tais como reuniões diárias de passagem de plantão e reuniões semanais de equipe. Existem

ainda outras inúmeras atividades que são realizadas pela equipe e que são difíceis de contabilizar, pois a gestão do cuidado de cada caso envolve ações diversas, criativas e até mesmo imprevisíveis.

Os registros também são uma ação importante no cotidiano dos serviços, pois é necessário – e nem sempre possível – manter os prontuários atualizados. Uma ferramenta importante de comunicação entre a equipe é o livro de plantão, que recebe anotações de todos os membros da equipe durante as 24 horas do dia. Todos os principais acontecimentos são registrados nesse livro, para que haja uma comunicação rápida entre a equipe do plantão. A elaboração de relatórios também é algo que preenche o cotidiano de trabalho.

Conforme apontado por Ramminger e Brito (2012), a reforma psiquiátrica traz elementos que tornam complexa a atividade do trabalhador de saúde mental. Os autores também apontam para a necessidade de preocupar-se efetivamente com a produção de saúde no trabalho, não só para a população atendida, mas também para os trabalhadores (RAMMINGER; BRITO, 2012).

Assim, sem a pretensão de descrever todos os aspectos da complexidade desse trabalho, é importante perceber que o cotidiano nos CAPSs é bastante desafiador. Exige criatividade e capacidade inventiva, e para tanto exige um trabalhador implicado. Ainda tomando como referência o que foi colocado por Ramminger e Brito (2012, p. 154), “o trabalhador faz um intenso uso de si, fazendo escolhas, tomando decisões e inventando formas de lidar com tantas variabilidades”.

As condições de trabalho nos CAPSs também são um importante aspecto que se deve considerar. Sabemos que a saúde mental do município recebeu investimentos importantes na época da intervenção do Hospital Anchieta e da constituição dos até então chamados NAPS, conforme descrito anteriormente. Nos anos subsequentes ocorreu um desinvestimento que impactou profundamente o projeto que havia sido implantado. Koda e Fernandes (2007, p.1458) apontam para um processo de crise:

Outro momento de crise vivida pelos trabalhadores do NAPS se dá por ocasião da mudança de gestão municipal, no final da década de 90. A falta de respaldo da administração para os serviços gera um empobrecimento das práticas. A desarticulação da rede, a falta de investimentos e de infraestrutura limita o campo de ações possíveis. Vemos a desmobilização da equipe e dos projetos que, ao invés de se dirigirem ao território, refluem para dentro da instituição, reforçando o modelo médico/ambulatorial tão criticado anteriormente.

Precisamos considerar também que as condições econômicas do país em período de crise política atual influem sobre o processo de precarização do SUS e interferem diretamente nas condições de trabalho, mas a identificação desse processo de crise é fundamental para enfrentamento e superação. E infelizmente, esse processo de crise não é só local – Dimenstein et al. (2009, p.71-2), ao falar dos desafios e obstáculos para o avanço da reforma psiquiátrica, apontam:

Podemos elencar num primeiro nível aspectos como: a necessidade de redimensionamento do financiamento do modelo; a ampliação das equipes e capacitação técnica; o desenvolvimento de mecanismos de avaliação dos serviços; a incorporação das ações de saúde mental na atenção básica etc. Essa ordem tem sido privilegiada ao longo dos últimos anos sem uma problematização acerca dos seus limites, da obsessão pela burocracia, da trama das pequenas relações do dia-a-dia, que dificultam a transformação/avanço das práticas em saúde mental, ou seja, há outra ordem de desafios que implica na problematização da própria condução da reforma, dos princípios moralizantes que norteiam as práticas; do cotidiano repetitivo e banalizado; da acomodação e burocratização da vida; das relações de poder/saber e preocupações utilitaristas por parte dos técnicos; da motivação emancipatória identificada à normatização, à medicalização.

Essas questões remetem-nos à dura realidade de que a reforma psiquiátrica ainda tem muito a avançar. Essa dimensão não pode ser perdida de vista. Para além de contextualizar o cotidiano dos CAPSs, é importante agir na direção da superação desses obstáculos. Para isso, a problematização desses aspectos pode nos ajudar a encontrar um caminho de superação.

No recente relatório de gestão 2011-2015 do Ministério da Saúde, há um direcionamento nesse sentido. Nesse documento consta, como desafio premente para a gestão, a discussão a respeito do financiamento e a revisão da quantidade e da composição dos profissionais previstos para as equipes mínimas (BRASIL, 2016).

Embora o CAPS Centro faça parte da rede especializada de saúde mental juntamente com os outros CAPSs, há diferenças no que se refere a alguns fluxos de trabalho e estratégias. Os serviços têm características em comum, que podem ser entendidas como padronizações, porém têm certa liberdade em alguns aspectos, adequando-se à demanda que atendem e às decisões tomadas pelas equipes de acordo com as necessidades das pessoas atendidas.

No CAPS Centro, o cuidado é oferecido a partir do acolhimento inicial, em que já se dispara inicialmente um PTS. Esse momento do acolhimento inicial também é o momento em que se faz uma triagem do que é para ser absorvido no CAPS ou encaminhado para outros serviços e recursos. A ideia central é que o CAPS absorva a demanda dos TMSP ou os considerados casos graves. Assim, o que determina a inclusão no CAPS não é o diagnóstico

ou o código da doença, mas a avaliação psicossocial do caso. Embora seja difícil, tem-se como desafio a discussão de todos os casos iniciais nas reuniões de passagem de plantão. Nesse momento, agrega-se a visão dos outros profissionais. Portanto é característica do trabalho no CAPS a tomada de decisões em equipe multiprofissional, considerando a equipe participativa em todos os processos decisórios.

Os primeiros atendimentos são orientados pela oferta do cuidado e não da cura ou remissão de sintomas. O profissional que realizou esse acolhimento inicial, no CAPS Centro, torna-se o profissional de referência dessa pessoa juntamente com o médico que a atenderá, se já houver inicialmente essa necessidade. Assim, cada pessoa vinculada ao CAPS Centro possui duas referências profissionais. Esses profissionais serão responsáveis por coordenar o cuidado, acompanhar o PTS e manter a articulação das ações. Esse arranjo pode ser alterado, levando-se em consideração a qualidade do vínculo entre ambos (OLIVEIRA, 2013).

Cada técnico tem sob seus cuidados um grande número de pessoas, mesmo que o acompanhamento mais próximo se dê para aquelas que apresentam questões e sofrimento mais crítico. Assim, o acompanhamento dos casos mais estabilizados ou com evolução favorável e maior autonomia é realizado de forma mais espaçada ou o profissional de referência permanece em retaguarda, atuando quando há alguma solicitação. São considerados da equipe técnica os psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, acompanhantes terapêuticos e os médicos psiquiatras, sendo estes últimos o grupo que apresenta maiores dificuldades para se envolver em outras atividades que não somente o atendimento ambulatorial e avaliações de HI.

As agendas dos profissionais são livres, podendo cada técnico estruturar seus horários conforme seu planejamento pessoal ou em decorrência de um planejamento coletivo. Pode-se dizer que o trabalho é estruturado de forma que existam, dentro da equipe total, algumas divisões que organizam o fluxo ininterrupto de trabalho: o corpo técnico constitui-se em duas equipes (manhã e tarde), duas equipes de enfermagem (técnicos de enfermagem) alternam-se em plantões diurnos, outras duas equipes de enfermagem alternam-se em plantões noturnos e há ainda a equipe administrativa. Todos esses grupos deveriam unir-se nos momentos de reuniões coletivas, porém nem todos participam delas. Isso se deve a alguns fatores, como insuficiência de recursos humanos ou mesmo dificuldade de trabalhar em equipe multiprofissional por parte de alguns profissionais. Para alguns está clara a necessidade de implantar processos de educação permanente na unidade, por meio de grupo

de estudos e seminários internos, porém na prática há muitos entraves para essa ação se efetivar.

O CAPS Centro é também um importante cenário de prática para os profissionais em formação, recebendo estagiários, estudantes e residentes. Há grande envolvimento da equipe nessa ação (ou podemos chamar de vocação) e há uma valorização importante da função da preceptoria, inclusive na percepção da necessidade de preparo contínuo para exercer essa função. Essa característica remonta ao início da reforma psiquiátrica e à época da intervenção do hospital Casa de Saúde Anchieta, sendo que os profissionais presentes nos anos iniciais dessas transformações puderam testemunhar que muitos estudantes e profissionais de várias regiões do Brasil (e até de outros países) vinham conhecer o trabalho que estava sendo desenvolvido: os NAPS tornaram-se modelo naqueles primeiros momentos.

A questão da insuficiência de recursos humanos no CAPS Centro é recorrente e tema de inúmeras discussões cotidianas entre a equipe e apontada nas reuniões do conselho local. A portaria que regulamenta os CAPSs (portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002, do Ministério da Saúde) dispõe sobre como deveria ser composta uma equipe mínima para atendimento a um número de pacientes em regime intensivo (BRASIL, 2004a), parecendo não prever, com relação a esse aspecto, que o regime ambulatorial aumenta consideravelmente o fluxo de pacientes por dia. Parece ser desconsiderado esse funcionamento híbrido, conforme apontado por Ramminger e Brito (2012), com dois tipos de serviço no mesmo local: ambulatório e hospitalidade. Daí a importância de revisão do número de profissionais recomendado atualmente para as equipes mínimas por parte do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004c, p.135).

No texto da citada portaria de 2002 prevê-se que haja, por turno, dezesseis profissionais formando a equipe para atender de quarenta a sessenta pacientes em regime intensivo. Não estabelece limites com relação aos semi-intensivos e aos não intensivos. Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitam acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento frequente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor.

Estima-se que sejam realizados 920 atendimentos por mês no regime ambulatorial (semi-intensivos e não intensivos), ou seja, as pessoas passam por atendimentos médicos e

atendimentos com os outros membros da equipe técnica. Esta é uma estimativa conservadora baseada nos registros de atendimento dos profissionais, chamados de folhas de produção. Além disso, o CAPS Centro possui um número médio de quarenta pessoas em acolhimento diurno e de cinco em acolhimento noturno. São números muito elevados. Embora não haja ainda outros dados que nos ajudariam a computar, por exemplo, o número de referências por técnico, esses nos auxiliam a apontar para o que se constata na prática cotidiana: não é possível dar conta da demanda e das ações. Com relação a esse tipo de dado, é importante relembrar, conforme exposto anteriormente, que o CAPS não está inserido completamente em sistema informatizado, o que nos impede de obter ainda outros dados.

A partir de um raciocínio baseado na portaria, podemos inferir que a equipe do CAPS Centro, composta em média de dez pessoas por turno, precisaria de quase 50% a mais de profissionais, se levarmos em conta somente os intensivos, pois, conforme mencionado, não há especificação para as outras modalidades.

Torna-se necessário não perder de vista essas limitações e observar que à medida que relacionamos o aspecto da insuficiência de recursos humanos com a demanda, essa questão se torna de extrema importância.

No presente estudo foi realizado um levantamento dos registros do acolhimento inicial, ou seja, o primeiro contato da pessoa com o serviço, conforme já mencionado. Nesse momento, é possível realizar uma triagem, podendo o profissional avaliar e decidir se a pessoa será atendida no CAPS ou se é necessário outro tipo de encaminhamento, como, por exemplo, AB ou outros recursos disponíveis (terapia comunitária ou atendimentos psicológicos nos recursos da comunidade, entre outros). Assim, o profissional que realizou esse atendimento, além de tomar as medidas necessárias – encaminhar ou vincular a pessoa ao CAPS –, registra esses dados, como anteriormente explicado, em volume específico para esse fim, chamado livro de triagem. Conforme exposto na descrição do desenho metodológico, esse livro é usado por todos os profissionais que fazem o acolhimento inicial e fica disponível em local acessível para esse uso coletivo. Para a anotação das informações, há campos para o nome, data do atendimento, hipótese diagnóstica inicial (ou, na ausência dela, o principal sintoma), nome do profissional, nome do médico que assumirá o cuidado. Também é possível anotar se o caso não for absorvido na unidade e qual o encaminhamento realizado.

Dessa forma, com base nesse livro de registros, foi feito um levantamento que nos apontou um total de 123 pessoas acolhidas (primeiro atendimento) no período de seis meses

(fevereiro a julho de 2016), em uma média de vinte pacientes por mês. Do total desses atendimentos, 82% (101) foram avaliados como TMSp e 18% (22) como apresentando TMC. Destes, 64% (14) foram encaminhados e 36% (8) permaneceram no serviço.

A partir desses dados, podemos inferir algumas observações: absorve-se uma demanda que é sempre crescente, sendo que a maior parte é de TMSp, como era esperado. Porém, é importante considerar que a maior parte dos casos em que a avaliação inicial foi de TMC foi encaminhada para a AB. Pode-se inferir, também, por essas informações, que cada técnico torna-se referência de cerca de 18 pessoas novas num período de seis meses, considerando o número médio de técnicos ativos (há afastamentos e férias). Essa demanda crescente pode nos dar um indicativo de que o CAPS esteja aquém da capacidade necessária de absorção e operacionalização do serviço. Embora os dados não sejam suficientes para concluir, há um indicativo de que essa demanda crescente pode estar além da capacidade de absorção da equipe e do serviço.

Conforme dito anteriormente, os CAPSs absorveram toda a demanda de saúde mental até o ano de 2011, quando se iniciou a implantação do processo de apoio matricial. Gonzaga (2012, p.71), ao estudar a inversão de prioridades na atenção e nos cuidados aos pacientes e a mudança no perfil da demanda que chegava por meio dos encaminhamentos, afirma que

a grande dificuldade nos CAPS III de Santos é a demanda excessiva de casos leves, que geram novas necessidades para o serviço, e conseqüentemente, dificultam a atenção dos profissionais para os pacientes realmente graves, que necessitam de uma assistência intensiva, próxima e constante.

Atualmente não há um levantamento do número de casos de TMC que permanecem nos CAPSs, porém estima-se, por levantamentos anteriores, que seja em torno de 10% e acredita-se que esteja diminuindo, uma vez que existe a diretriz para que haja o encaminhamento e o apoio matricial.

Examinando esses dados com base nas pessoas que chegam ao serviço, os chamados “casos novos”, podemos observar que parte dessa demanda já está sendo redirecionada, e portanto não podemos mais falar nessa “inversão”. Se já não podemos falar nessa inversão do perfil, podemos dizer que a grande dificuldade nos CAPSs, atualmente, é a demanda excessiva de casos graves e que o número de profissionais envolvidos nesse cuidado precisa ser maior, para que realmente se efetive esse cuidado próximo, constante, intensivo e voltado

para o território. Se durante anos sabíamos que havia uma demanda que não deveria estar no CAPS, hoje sabemos que esse problema está sendo superado a partir do redirecionamento da demanda para a AB. Apesar disso, o cuidado ainda é impactado pelo excesso, agora sabido, de casos que devem ser atendidos no próprio CAPS.

É nesse contexto que a ação de AM se insere. Embora para os profissionais do serviço o matriciamento tenha se tornado um mecanismo que pode manter o objetivo principal do CAPS, que é o cuidado ao paciente grave, muitos não conseguem efetivá-lo na prática, sem conseguir agendar reuniões nos serviços em que são matriciadores. Dito de outra forma, sentem-se sobrecarregados e não conseguem sistematizar essa ação. Esse é assunto frequentemente pautado em reunião de equipe.

No CAPS Centro, desde o início da implantação do AM, cada técnico (entre eles terapeutas ocupacionais, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e acompanhantes terapêuticos) tornou-se matriciador de uma ou mais unidades de atenção básica pertencentes ao território de abrangência.

Recentemente, a orientação da gestão local foi que fossem criadas miniequipes de referência para essa ação. Embora seja uma ideia interessante, ela não se efetiva justamente pela dificuldade de recursos humanos. As dificuldades dão-se na prática: diante de tantas ações acontecendo ao mesmo tempo, como disponibilizar mais de um profissional para as reuniões e ações de apoio matricial? Se já é difícil para cada profissional promover essas ações para os serviços que apoia, torna-se praticamente inviável compor uma miniequipe.

O AM não ocorre da mesma forma em todos os locais. Alguns serviços de AB apresentam-se ainda resistentes, questionando vários aspectos e encaminhando pessoas de forma equivocada para o CAPS. Em outros, apresentam-se dificuldades de outra ordem, mais inseridas no contexto do cuidado ao sofrimento psíquico. Ainda que esse assunto seja abordado mais adiante, é importante considerá-lo agora para que se possa caracterizar o desafio que envolve promover essas ações nesse contexto de trabalho dentro do CAPS.

Para que o cuidado em saúde mental se efetive na AB é importante que as reuniões entre matriciador e equipe matriciada sejam realizadas de modo sistemático. As pessoas envolvidas nessas discussões precisam se conhecer, vincular-se e passar a funcionar como uma almejada terceira equipe, que apareceria com a fusão de ambas: equipe matriciadora e matriciada.

Outro arranjo que tem se mostrado mais resolutivo é a organização das reuniões

voltadas para as miniequipes das unidades da ESF, esta sim já organizada em equipes de referência para um determinado território. As reuniões de matriciamento acontecem de modo mais aprofundado quando são agendadas para as reuniões menores, com menos envolvidos, que já são rotina na AB. Nas reuniões gerais, não é possível se aprofundar na discussão de casos ou de outros assuntos em virtude de o número elevado de participantes dificultar uma discussão aprofundada. Outra vantagem das reuniões com menos envolvidos são as questões éticas de sigilo.

As reuniões de matriciamento têm se mostrado espaços enriquecedores e potentes por possibilitarem a abordagem não somente de casos, mas também de temas, conteúdos e assuntos pertinentes à saúde mental e aos objetivos principais da RAPS.

A participação do profissional matriciador não se restringe apenas às reuniões nem somente às discussões. Às vezes as reuniões disparam ações de cuidado no território, como visitas conjuntas, elaboração de relatórios conjuntos, acionamento de reuniões intersetoriais ou mesmo ações voltadas para dentro do CAPS, tais como articulação com outros profissionais que são referência de um determinado caso. Essa dimensão do cuidado compartilhado colocada em prática é um importante objetivo da ação do apoio matricial, efetivando o cuidado em rede. Mas é importante considerar esse desdobramento de ações como algo que também impacta a agenda do profissional matriciador, gerando uma sobrecarga.

Apesar de haver desafios a ser enfrentados, o apoio matricial tem propiciado uma ação efetiva no território, uma vez que ampliamos nosso escopo de ação, atingindo outras pessoas e trabalhadores, inserindo-nos no território. Desta forma, claramente se torna um importante mecanismo para a continuidade da reforma psiquiátrica. O entendimento é que se por um lado temos muito a avançar, encarando os desafios que surgem, por outro não há como haver retrocesso, uma vez que se considere que o único caminho possível para a complexidade da demanda e da inclusão de pessoas que foram historicamente estigmatizadas é o cuidado em rede (BRASIL, 2005).

5.3 O apoio matricial nos serviços de ESF selecionados

O apoio matricial nos dois serviços de ESF envolvidos, Policlínica Martins Fontes e Policlínica Vila Nova, vem ocorrendo atualmente de forma sistemática com reuniões mensais. São realizadas reuniões de apoio matricial desde o início da estratégia no município em 2011. Ao longo deste tempo, a partir da implantação do processo, ocorreram algumas dificuldades de agendamento dessas reuniões por motivos diversos relacionados à organização desses serviços, falta de profissionais e mudanças. Nesse ponto, foi de bastante importância a matriciadora ter aberto maior disponibilidade de agenda. Para que as reuniões ocorram, é preciso que o matriciador se adapte à agenda de reuniões já estabelecida nas unidades básicas. Isso requer disponibilidade e flexibilidade muito grandes do profissional matriciador. O contato próximo e o apoio das gestoras desses dois serviços também foi necessário para que as ações de matriciamento se efetivassem.

De modo habitual, a partir dos agendamentos das reuniões, ocorre uma comunicação entre os profissionais envolvidos no intuito de levantar os casos para a discussão. Essa organização prévia permite que a apoiadora levante informações dos casos que são ou foram atendidos no CAPS antes de ir para a reunião e dessa forma possa colaborar melhor. Quando essa comunicação ocorre, há maior enriquecimento e aprofundamento das discussões, porém nem sempre isso é possível. Também ocorre que a matriciadora sugira a discussão de algum caso. Esse aspecto de organização é particularmente importante, considerando que são quatro equipes diferentes (duas em cada policlínica) e é necessária essa organização prévia para saber qual caso é acompanhado por qual equipe.

Espera-se também que na reunião sejam levantados casos a partir de situações das pessoas que chegam à própria AB e que não tenham tido passagem anterior em CAPS, mas que necessitam de cuidado por apresentarem algum tipo de sofrimento psíquico, ou seja, considerados como TMC. Entretanto, este trabalho ainda permanece em construção e aprofundamento.

Conforme o histórico já apresentado, a ação de matriciamento nesses dois serviços já ocorre há anos e passou por vários momentos e por enfrentamentos de dificuldades diversas que contribuíram para que hoje tenhamos um cenário mais estabelecido, porém com desafios ainda presentes. Destaca-se o fato de que, em uma delas, a reunião de AM iniciou-se antes mesmo que houvesse reunião de equipe multiprofissional estruturada.

Atualmente tem ocorrido a participação de todos os profissionais que compõem as equipes dos dois serviços, porém nem sempre isso foi possível, tendo havido inúmeros obstáculos. Na Poli Vila Nova, há apoio de uma equipe de NASF. Dessa forma, sempre há a presença de um profissional dessa equipe participando da reunião do AM. É importante destacar também que há um direcionamento para envolver nessa ação os estagiários, residentes e outros profissionais do CAPS que possam participar, ainda que esporadicamente. Como exemplo, destaca-se a participação da farmacêutica do CAPS em algumas reuniões.

As reuniões são registradas pela matriciadora em forma de ata, em livro específico. Por meio desses registros, os casos e as pactuações podem ser acompanhados nas próximas reuniões.

Um aspecto muito importante que se observa nas reuniões de AM, desde o início, é o fato de que a maior parte dos casos discutidos são casos considerados graves ou TMS. São casos que estão sendo acompanhados pelos dois equipamentos, ou seja, são vinculados ao CAPS e a alguma dessas unidades básicas. Existe um entendimento de que as reuniões de apoio matricial tenham um sentido diferente, ou seja, o de o matriciador poder contribuir na discussão dos casos a serem atendidos na AB no que se refere ao sofrimento psíquico, ou seja, os TMC. Porém, podemos compreender, por essa constatação, que os casos mais graves são os que mais mobilizam dúvidas e inseguranças. A partir dessas discussões, é possível abordar vários temas extremamente potentes relacionados à saúde mental, tais como os relacionados a estigma, internações fechadas, desinstitucionalização, reinserção social, dificuldade de adesão, poder de contratualidade, vínculo, manejo de crise e risco de suicídio, entre outros.

Além disso, percebe-se que há dificuldade para que os casos de TMC sejam abordados nas reuniões. Há uma dificuldade de identificação desses casos, mesmo os que já estão sendo medicados. Assim, isso tem sido apontado pela matriciadora em todas as reuniões: a necessidade de identificarmos essas pessoas demandantes de algum tipo de cuidado relacionado à saúde mental que prescindem de acompanhamento especializado do CAPS. A partir das sinalizações nesse sentido, iniciou-se um registro de pessoas que foram medicadas com medicações psiquiátricas. Espera-se que as reuniões possam propiciar a ampliação do olhar para a demanda de sofrimento psíquico e facilitem a identificação desses casos que precisam de uma construção de PTS ampliada e não somente um cuidado pautado na medicalização.

Em um dos serviços envolvidos, após a solicitação da matriciadora, registraram-se 19 casos considerados TMC que foram medicados em um intervalo de dois meses. É um número bastante considerável e expoente de uma questão complexa: a necessidade identificada de intervenção com relação ao problema da medicalização do sofrimento ainda considerada, apesar de todos os esforços, o primeiro recurso.

O problema da medicalização das questões sociais é analisado também por Lima (2014), para quem a noção de medicalização está relacionada ao processo no qual uma série de comportamentos pessoais, individuais, coletivos e ou sociais passa a ser entendida como patologias passíveis de tratamento e intervenções médicas, que anteriormente não o eram. Envolve aspectos culturais e contemporâneos e não é um fenômeno que se observa somente no Brasil, embora tenhamos índices elevados de uso de medicamentos psicotrópicos. Trata-se de contextos em que os problemas não médicos passam a ser diagnosticáveis e tratáveis (LIMA, 2014).

Mesmo se considerando que houve uma inegável evolução no que diz respeito à melhor identificação e compreensão dos aspectos patológicos, é preciso considerar o peso da indústria farmacêutica – uma das mais lucrativas do mundo – no financiamento das pesquisas relacionadas à área. Nesse sentido, a medicalização vem sendo pensada, no contexto da reforma psiquiátrica, como um ponto que ainda requer enfrentamento (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013).

Assim, à medida que esta questão aparece de alguma forma na reunião de matriciamento, pode ser abordada, refletida e repensada juntamente com os participantes, sejam eles os médicos ou mesmo os ACSs.

Outro desafio encontrado a partir da aproximação entre CAPS e AB relacionado à medicação refere-se à identificação de casos constatados de dependência do uso de benzodiazepínicos. Esses são medicamentos utilizados como ansiolíticos, hipnóticos e relaxantes. Embora sejam medicações de elevada eficácia terapêutica, seu uso prolongado pode causar tolerância, dependência e conseqüentemente a síndrome de abstinência (FIRMINO et al., 2011). Embora seja um problema complexo e que envolve vários aspectos, desde abuso, prescrições indiscriminadas e outros, tem sido abordado nas reuniões de AM, fato que possibilita o planejamento de ações e mecanismos para seu enfrentamento. Está em planejamento, atualmente, um desenho possível para abordar e enfrentar a questão da medicalização na AB a partir de trabalhos com grupos.

A aproximação entre esses três serviços envolvidos neste estudo é complexa e ainda está em processo de aprofundamento e afinamento. Um aspecto importante dessa relação é considerar que a assiduidade às reuniões é fundamental para que as questões abordadas sejam incorporadas no cotidiano dos profissionais. A proposta do AM precisa ser reafirmada a cada momento conjunto. Podemos dizer que estamos tratando de uma mudança de fluxos de atendimentos e de transformação de uma lógica, mudanças essas tecidas nas microrrelações políticas. Esse tempo de transformação precisa ser respeitado. Embora haja direcionamentos, sugestões e orientações, o tempo das equipes é muito particular. Qual é o tempo necessário para desnaturalizar a ideia de concentração de poder nos médicos e especialistas e criar espaços de interação e integração interprofissional? Por isso, esse fluxo do AM não pode ser protocolar e rígido, deve ser construído de modo cuidadoso. São aspectos complexos, envolvendo uma cadeia de mudanças que afetam desde questões pessoais até questões políticas.

Outros temas que foram e são frequentemente abordados nessas reuniões são os seguintes, entre outros: estratégias de aproximação entre CAPS e AB, falta de adesão aos tratamentos, intervenções conjuntas nos casos graves, aproximação e vínculo, acolhimento, família, escuta, ações intersetoriais, limites de atuação, envolvimento pessoal, manejo na crise e novas formas de grupalidade.

O desafio de incorporar a subjetividade ao cuidado não é um desafio simples. Essa é a riqueza da proposta. Neste ponto da dissertação, antes de examinar os resultados dos grupos focais, propõe-se o resgate da seguinte questão proposta por Campos (2007, p.5): “Que potência teria a reestruturação das organizações de saúde segundo equipes interdisciplinares apoiadas por especialistas matriciais?” Ele conclui que existem evidências teóricas que contribuem para tornar os vínculos entre profissionais e usuários mais humanos e eficazes, além de favorecer a integração interdisciplinar (CAMPOS, 2007). A proposta deste estudo, atrelada aos objetivos anteriormente apresentados, foi examinar essa questão na prática.

O espaço criado nas reuniões foi identificado como um espaço privilegiado de reflexão e, a partir disso, temas relacionados à saúde mental têm sido abordados com a utilização de recursos como a *internet* (vídeos, *trailers* de filmes, dinâmicas, livros). Os profissionais que participam das reuniões interessam-se pelo tema e levantam questões. Algumas reflexões realizadas pelos ACSs emergiram no contexto da reunião de AM e não nas

reuniões intraequipe, conforme foi possível perceber a partir do que foi levantado nos encontros dos grupos focais, como será apresentado a seguir.

5.4 O apoio matricial na concepção dos agentes comunitários de saúde

Com o intuito de analisar o AM a partir da percepção dos ACSs, foram estabelecidos dois grupos focais. Para que esses grupos acontecessem, os convites foram feitos de duas formas: pelas chefias (gerentes) e pela pesquisadora pessoalmente, durante as reuniões conjuntas anteriores de AM.

Embora inicialmente o planejamento envolvesse mais um encontro, os dois encontros realizados propiciaram material suficiente e a exploração das questões elencadas previamente. Nesse aspecto, foram levadas em conta pela pesquisadora as dificuldades de agenda apontadas por eles e pelas chefias.

O vínculo prévio estabelecido pelo trabalho em conjunto favoreceu que esses encontros transcorressem de forma fluida. O tempo de duração dos dois encontros foi em média de duas horas, sem intervalo. Quase todos os envolvidos posicionaram-se ativamente no debate das questões apresentadas.

A Poli Vila Nova tinha no seu quadro dez ACSs e a Poli Martins Fontes quatro. Todos foram convidados; não havia na época da pesquisa nenhum afastamento. No primeiro encontro participaram dez pessoas e no segundo cinco, sendo que todos os ACSs da Poli Martins Fontes participaram dos dois encontros. Ou seja, os agentes que não compareceram ao segundo encontro foram da Poli Vila Nova. No segundo grupo, todos os participantes haviam participado do primeiro. É importante considerar que havia bastante proximidade entre todos, uma vez que os dois serviços compartilharam o mesmo prédio por vários anos e todos se conheciam bem.

A idade média dos participantes foi de 39 anos e um mês (sendo o mais novo com 29 anos e o mais velho 70). Dos que participaram do primeiro encontro, nove foram mulheres e apenas um homem. No segundo encontro participaram quatro mulheres e um homem. Com relação à escolaridade, considerando o total dos participantes, seis concluíram o segundo grau, um concluiu o ensino fundamental e três informaram ter curso superior incompleto. O tempo médio de moradia no território foi de vinte anos e nove meses, e o tempo médio de trabalho como ACS do grupo foi de cinco anos e quatro meses (o mais antigo estava há 16 anos e o

mais novo, somente há quatro meses).

Os objetivos da pesquisa foram expostos nos dois encontros; o conteúdo do primeiro foi apresentado a eles no segundo, de forma que pudesse ser validado. Planeja-se, futuramente, a produção de um novo encontro com o objetivo da pesquisadora de propiciar uma ação devolutiva. Na exposição a seguir serão utilizados nomes fictícios de flores a fim de preservar a identidade dos participantes.

Logo de início, a partir da contextualização do cotidiano profissional, foi abordada uma questão central e importante vivenciada pelo grupo naquele momento: as inseguranças relacionadas à previsão de mudança de regime de contratação. Os ACSs de Santos eram contratados por uma organização social, a Associação Santista de Pesquisa, Prevenção e Educação, e a gestão municipal planejava a criação do cargo de agente comunitário de saúde no quadro permanente da administração municipal. Essa medida tornou-se necessária para que o município se adequasse à legislação federal que determina a contratação direta dos agentes (Emenda Constitucional 51/2006). Nesse sentido, a prefeitura estava fazendo estudos para a criação de seiscentos cargos, cujo objetivo era ampliar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Com relação a isso, veiculou-se a informação de que haveria concurso público para preenchimento das vagas. Não havia naquele momento (maio e junho de 2016) informações mais completas relacionadas a datas, inscrições, tampouco como os agentes comunitários que estavam atuando seriam inseridos nesse processo. Havia mobilização da categoria, intermediada por sindicato próprio, e estavam sendo agendadas reuniões tanto entre os agentes quanto com a administração municipal.

Os agentes, então, estavam profundamente impactados por essa perspectiva. Expuseram sua insegurança, dizendo que não sabiam se estariam trabalhando no ano seguinte. Esses acontecimentos estavam afetando diretamente o cotidiano de trabalho deles, pois estavam se sentindo desmotivados e desanimados e, além disso, referiram estar em processo de adoecimento, conforme se evidencia em uma das falas: “[...] nós estamos passando por um processo de mudança muito grande, nós no ano que vem talvez, ninguém aqui a gente sabe se vai estar trabalhando ou não, então a gente está entrando num processo de doença mental, né? por conta disso [...]” (Rosa).

Conforme dito anteriormente, o vínculo que a pesquisadora tinha com esses profissionais permitiu que essas importantes queixas pudessem ser acolhidas, dando o espaço

e o tempo necessários. O grupo precisou falar desse assunto tão ameaçador, inclusive entre eles, pois não tinham essa oportunidade normalmente. É importante destacar ainda, sob esse aspecto, a relação de intimidade que emerge nos espaços de encontro a partir de discussões como essa.

Esse sentimento de insegurança e esse adoecimento sentido estavam sendo percebidos como impactantes nas ações. Estávamos reunidos para falar sobre o apoio matricial e o cuidado em saúde mental e não poderíamos avançar se não falássemos desse sofrimento que vivenciavam coletivamente.

A falta de informações sobre o concurso previsto estava gerando uma sensação de que o trabalho deles poderia não ter continuidade:

[...] Os novos que entrarem por concurso público, até um de nós também pode entrar, porque não? Vão pegar tudo de bandeja, tudo perfeito dentro do possível também né? E só vai restar aquela história: ah foi a João, ah foi a Maria, ah foi o Cravo, se é que vão lembrar de citar os nossos nomes também [...]. (Cravo)
 [...] porque você tem que ter o perfil, você tem que gostar de pessoas, você acaba se envolvendo com as famílias, você sofre junto, com aquela situação [...] .(Malva)

Também foram apontados, ao longo dos dois encontros, aspectos do exercício profissional dos ACSs que colaboram para uma insatisfação: as pressões, o excesso de atribuições, questões administrativas relacionadas ao fato de não receberem insalubridade como outros profissionais e também não receberem os incentivos repassados às equipes de ESF que fazem parte do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Esse programa, lançado em 2011, previa a melhora da qualidade dos serviços de saúde por meio de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes. Com base nessas avaliações, o programa eleva o repasse de recursos de incentivo federal para os municípios que participam (BRASIL, 2012).

Com relação ao papel profissional do ACS, também referiram que são orientados a não se envolverem emocionalmente, mas muitas vezes não conseguiam. Sentiam-se como uma referência para as pessoas, que muitas vezes falam com eles o que não falam para os médicos. Essa noção de “referência” profissional aproxima-se do modo de trabalho do CAPS e o fato de estabelecerem esse tipo de vínculo com as pessoas que acompanham fazem dos ACSs importantes atores do cuidado, incluindo o cuidado relacionado ao sofrimento psíquico.

Os ACSs apontaram contradições e falhas do cotidiano como, por exemplo, o fato de

que ao mesmo tempo em que são cobrados por estarem no território, precisam dar conta de ações burocráticas que tomam tempo. Naquele momento, estavam bastante atribulados com a mudança no sistema de informática recém-implantado em toda a rede básica.

Em estudo semelhante realizado por Moura e Silva (2015, p.205), identificou-se a mesma questão ao verificar a incumbência de tarefas administrativas dos ACSs: “essa situação é percebida pelo profissional como um desvio de sua função, contrastante com sua atuação em movimento pelo território”.

Outro aspecto importante foram as problematizações do trabalho em equipe de referência. Apontaram para uma fragmentação do discurso, exemplificado na questão do acolhimento: nas orientações que fazem no território, nas casas das pessoas, falam de um acolhimento possível na unidade, porém esse acolhimento, em alguns momentos, não ocorre, indicando uma falta de coesão nas ações.

Foram problematizadas outras questões relacionadas ao trabalho em equipe. Os ACSs não se sentem parte dela, pois mesmo participando das reuniões, não sentem que têm espaço e liberdade para falar. Apesar disso, têm consciência de sua função primordial na AB e de que deveriam ser melhor reconhecidos e valorizados. Além disso, falam de “igual para igual” com os médicos e enfermeiras e sentem que possuem mais informações sobre o paciente do que esses profissionais, conforme podemos notar a partir da seguinte formulação: “[...] porque o enfermeiro não tem condições de ir em todas as casas, de conhecer todos os municípios. Na verdade ele vê as coisas através do nosso olhar, dos nossos olhos” (Malva).

Com relação a esse aspecto de pertencimento à equipe, em estudo recente Garcia et al. (2017) citam pesquisas anteriores de Ogata e Rosalini (2014), Galavote e colaboradores (2011) e Ferreira e colaboradores (2009) que apontaram para uma pormenorização do saber do ACS diante dos saberes instituídos da equipe, fazendo que ele não participe dos processos decisórios e apontando um silenciamento dos mesmos, fato que acaba sendo reforçado pela falta de espaços de escuta e diálogo das equipes. Os autores assinalam também uma desvalorização coletiva dos diferentes saberes perante o saber biomédico.

Apesar do reconhecimento de dificuldades relacionadas ao seu papel na equipe da AB, foi identificado por eles um crescimento profissional ao longo do tempo. É o que pode ser percebido, por exemplo, por meio da seguinte colocação:

Muitos aqui temos mais escolaridade e outra também, é capacidade, nós sentamos com médico, enfermeiro e a conversa é de igual pra igual. Não é mais aquele agente

de saúde que, 13 anos atrás, tinha até medo de entrar na unidade. Não podia entrar na unidade, tinha que ficar nas praças, gente. Então assim o agente de saúde, ao longo do seu tempo, ele sofreu muitas pressões. (Rosa)

Por um lado, apesar do crescimento profissional da categoria, foi dito que o “ACS é bem visto entre aspas” (Rosa), pois muitas vezes ele é visto como quem traz os problemas para a equipe. Por outro, eles acreditam que muitas pessoas consideram que a vida deles é leve. Ao contrário disso, eles percebem que o cotidiano de trabalho deles é de muita pressão, exigência e vigilância. Sentem-se cobrados dentro e fora da unidade.

Um aspecto importante do papel dos ACSs é o quanto o trabalho deles se mistura com a vida pessoal. Por viverem no mesmo território no qual desempenham essa função, sentem que as pessoas muitas vezes confundem e não separam função profissional de pessoal. São constantemente abordados, mesmo fora do horário de trabalho. Criam vínculos fortes e também inimizades. Sentem-se como “super-heróis” que precisam resolver tudo para todo mundo. A fala abaixo destaca este aspecto: “[...] as pessoas esquecem, não é o meu caso, mas que elas além de agentes, elas são donas de casa, elas têm que buscar criança na escola, dar conta do colégio, algumas, aquela história, o que tá fazendo aqui essa hora, né? [...]” (Cravo).

O AM foi identificado pelo grupo como algo que melhorou o trabalho em rede e que ampliou o olhar deles com relação às pessoas que sofrem de algum tipo de transtorno mental. Consideraram que a articulação em rede torna tudo mais rápido e efetivo, facilitando o trabalho: “tive uma gestante que ela tava com ideia de suicídio mesmo, então foi muito rápido. Na verdade facilita bastante o trabalho porque se torna mais rápido, porque antes tudo era muito lento, até descobrir, até levar, até ir, até pegar a guia” (Rosa).

Por meio das reuniões de AM, conseguem mudar o olhar que tinham em relação à loucura e conseguem obter um referencial para pensar em outros casos que atendem. Os ACs apontaram que se sentiam à vontade para falar e levar casos ou dúvidas nesses encontros do matriciamento. Apesar de terem apontado para a ampliação do olhar, referiram que precisavam saber mais sobre saúde mental.

Para Oliveira (2013), uma experiência bem-sucedida de AM tem como um dos primeiros efeitos a ampliação da capacidade de manejo dos casos, o que indica um processo de sustentação e apoio.

O termo mais usado na rede do município é “matriciamento”, e este termo está identificado: a) à transferência de demanda do CAPS, b) às reuniões de AM e c) ao cuidado em saúde mental propriamente dito oferecido na AB. Esse aspecto relacionado à denominação

pode ser observado no cotidiano e está relacionado ao processo de implantação da estratégia que inicialmente partiu de uma necessidade de reorientação da demanda também.

Embora tenham apontado que a palavra “matriciamento” amedronta, o grupo a definiu como “entrosamento”, “encaixe de ideias e tratamento”. São definições muito interessantes que apontam a ideia de rede e corresponsabilização, que é justamente o ponto mais importante da noção de apoio matricial. Também surgiram definições como “acolher”, “criar vínculos com o ACS”, “pontes” e “via de mão dupla”. Embora tenham surgido essas definições que indicam uma apreensão do que vem sendo conceituado em textos e publicações, um dos participantes identificou o matriciamento com a transferência de demanda de casos do CAPS para a AB.

A discussão ocorrida no GF parece ter provocado uma reflexão que propiciou um processo de conclusão sobre todos os significados apresentados, conforme podemos ver na seguinte fala: “[...] acolhimento e acompanhamento, observação constante, parece que tudo isso no final se torna uma coisa só [...]” (Cravo).

A reunião de AM é percebida como uma ajuda para lidar com a subjetividade, diferentemente das reuniões somente da equipe da própria poli, percebidas como reuniões mais burocráticas com pautas extensas e pouco tempo para reflexão.

Ao mesmo tempo em que eles identificam essa potencialidade na reunião de AM, um participante mencionou que essa estratégia também está relacionada a “desafogar” os CAPSs, mas acaba sendo mais uma ação para a AB, que já se sente também sobrecarregada, mais uma vez apontando a relação entre matriciamento e transferência de demanda. Como consequência disso, ainda é difícil o entendimento de que a demanda não aumenta e sim o que ocorre é a incorporação do cuidado de SM. Ainda assim, essa fala sinaliza a questão da sobrecarga de ações e objetivos nos serviços.

Quando o grupo abordou o cuidado em saúde mental, foi interessante perceber que os primeiros cuidados elencados foram o atendimento médico e psicológico. Não consideravam inicialmente que suas ações pudessem ser formas importantes de cuidado. Pareciam surpresos por alguns momentos, mas logo referiram como formas de cuidado o apoio, o acolhimento, a observação constante e a escuta. Essas formas de cuidado são usualmente desvalorizadas frente ao poder médico, e os agentes apontaram que estas também não são consideradas como produção no boletim. Outro ponto de cuidado importante

abordado foi a necessidade de desmistificação da loucura. O relato abaixo evidencia este aspecto:

A questão de a pessoa estar com problemas emocionais, eu achava que tudo era louco. Deus que me perdoe eu estar falando isso, mas é verdade, porque minha tia rasgava dinheiro, saía pelada na rua e era uma professora de inglês, que falava fluentemente. Aí eu não conseguia entender essa parte; eu comecei a entender um pouco mais e a olhar de outra forma. (Íris)

Aprofundando ainda essa questão, as discussões indicaram também que eles se sentiam com dificuldades no acompanhamento de casos mais complexos, dificuldades essas relacionadas com os impasses, com a vontade de querer resolver e ter que lidar com a impotência de não ter respostas. Um agente referiu que quando não sabe o que fazer, vai embora. Outro complementou, ponderando a esse respeito com o colega, que é o dia a dia que vai trazer algumas soluções e que é necessário lidar com a falta de respostas. Moura e Silva (2015) mostram, a partir de sua pesquisa, um desgaste que ocorre quando o ACS se sente impactado pelo que ouviu do munícipe, sem conseguir encontrar soluções para o problema que ele trouxe.

A abordagem desses aspectos propiciou uma discussão relacionada a quanto se sentiam despreparados para esse tipo de atenção: “sem preparo a gente cria um bloqueio, porque tipo assim, você é psicóloga, teve uma preparação, porque já pensou, sem uma preparação? Você já tem a tua vida, os teus problemas...” (Magnólia).

E, ainda, conforme outro participante: “isso tudo que as colegas falaram, eu acredito que enquanto agentes de saúde, nós estamos preparados pra lidar com a dor corporal, a dor da mente, nós não estamos preparados pra isso” (Cravo).

Evidenciaram o sofrimento que o despreparo pode trazer: “Essa questão da escuta, eu sei que ajuda bastante porque às vezes ela não se abre para o familiar, mas quando te encontra acaba abrindo pra você, mas a gente, eu pelo menos posso falar de mim, eu fico bem triste. Às vezes eu comento com ela, ou com ela, ou ela também” (Íris).

Campos e Gama (2013, p.227) afirmam que “os profissionais que conseguem estar mais próximos do cuidado em saúde mental são os agentes de saúde, que seriam, em tese, os que receberam menos capacitação e formação para a tarefa”. Afirmam ainda que a falta de capacitação para lidar com os problemas da saúde mental pode produzir sofrimento e comprometer a resolutividade da intervenção, daí a importância de haver suporte e apoio.

Durante os grupos focais, alguns casos foram mencionados e foram também tema de discussão, ajudando a ampliar os assuntos abordados. Ainda com relação à sobrecarga e impotência a partir de uma situação para a qual não se sentiam preparados, um caso relatado por um participante evidencia o exposto. O caso foi mencionado em vários momentos do GF.

O participante contou que sentiu necessidade de discutir um caso que acompanhava e para o qual não encontrou solução. Relatou que acompanhava uma senhora idosa, obesa, que havia passado por cirurgia recente após ter sofrido uma fratura no fêmur. Esta senhora estava sem possibilidade de locomoção e necessitava de cadeira de rodas. A equipe de referência já havia feito várias visitas, porém o caso continuava sem solução e angustiando-o muito, porque a senhora não preenchia os critérios para receber a cadeira de rodas por causa do seu peso, que foi estimado pelos profissionais e era 102 kg. Segundo o ACS, após a visita da equipe, com a presença da nutricionista e da médica, foi indicado que a senhora perdesse dois quilos, pois somente depois disso poderia receber uma cadeira de rodas. Outro aspecto trazido pelo agente foi que sua observação de que a senhora estava deprimida não foi levada em consideração pela sua equipe. Assim, ele se via com uma prescrição em mãos em que se indicava a necessidade de perda de peso, e não tinha coragem de entregar para a senhora, sabendo das dificuldades que ocorreriam, e todas as vezes que a visitava, ele identificava sinais de depressão. Também relatou que não tinha coragem de falar para seus colegas de equipe que não entregaria a prescrição.

Esse caso descrito, da transcrição da fala do ACS no GF, expôs vários nós com que muitas vezes deparamos no cotidiano. Podemos a partir dele pensar na dificuldade de comunicação entre a equipe (mesmo sendo a equipe mínima da ESF), nas normatividades e nos parâmetros da medicina biologicista que não se encaixam e não se aplicam a todos os casos e em outras tantas questões complexas. Mas aqui, para este estudo, é importante examinarmos o quanto este tipo de situação afeta o profissional implicado e o quanto seria importante efetivamente ocorrer a criação de um PTS favorecendo a comunicação e maior responsabilização dos outros profissionais, o que teria sido possível se esse caso surgisse em reunião do AM.

Outro caso relatado apontou para a intensidade do vínculo entre o ACS e as pessoas do seu território de ação. Uma agente trouxe sua tristeza pelo falecimento de um senhor que conhecia desde a infância. Além da sua tristeza, trouxe questionamentos com relação ao cuidado emergencial evidenciando graves questões de fragmentação nos pontos da rede no

que tange à AB, rede hospitalar e de emergência. Sua fala expôs um misto de tristeza, culpa e crítica. E o único espaço que ela estava tendo para processar esses sentimentos até aquele momento fora o espaço propiciado pelo grupo focal. Evidenciou seu sofrimento e sua impossibilidade de separar, nessa situação, suas emoções de seu profissionalismo. Esse aspecto traz a dimensão da importância das reuniões de equipe e de que elas sejam espaços em que circunstâncias como essas possam ser acolhidas e elaboradas.

Ao mesmo tempo em que os ACSs problematizaram o cuidado a partir desses casos relatados, entendem que o papel da equipe diante dos impasses e dos casos difíceis é muitas vezes inventar modos de cuidar, o que nos dá outra dimensão a respeito deste identificado despreparo. Sentem que agem por intuição ou com o coração e precisam de mais fundamentação. Ou seja, ao mesmo tempo em que precisam de informações para fundamentar a sua prática, possuem um saber e um agir “leigos” que são bastante potentes. Um agente concluiu assim o que pensa sobre o cuidado: “o que a pessoa quer é uma qualidade de vida, ainda que esse tratamento seja longo, uma qualidade de vida social. Sair pra trabalhar ou pra estudar, conviver com outras pessoas normalmente...” (Érica).

Há evidências de um cuidado em saúde mental que ocorre a partir desse saber/agir leigo e da identificação de necessidades. Esse cuidado não é identificado como um cuidado em SM, mas acontece. A partir da discussão surgida no GF que identificou a escuta como ferramenta de cuidado, um participante afirmou:

[...] eu falo isso porque eu acompanho uma senhora que toda vez que eu vou lá ela tá com um sofrimento diferente. Uma vez porque a irmã morreu, outra porque o cachorrinho foi atropelado e morreu também, outra porque a família não visita muito ela e então ela tá sozinha, tá sempre chorando. Às vezes o marido dela me encontra na rua e fala: vai lá um pouco, você precisa conversar com ela. Aí quando eu vou, eu tenho que separar umas duas horas, porque é conversa, fala, fala [...]. (Magnólia)

O termo leigo está associado ao que Cecílio et al. (2014) indicam como o que faz contraste ao hegemônico e ao saber especializado. Para esses autores, o sistema de saúde tornou-se tão complexo que se tornou matéria para especialistas. Esses autores apontaram o agir leigo na produção de saúde a partir da coprodução do cuidado pelas próprias pessoas (usuários dos serviços de saúde) além dos profissionais, considerados os especialistas. Desta forma, o leigo inventa sistemas de saúde singulares e únicos. Esse aspecto do agir/saber leigo será retomado e discutido mais detalhadamente na análise proposta adiante.

Com relação a esse despreparo sentido, os agentes solicitaram, em vários momentos, capacitações, e entendem que estas devam ser frequentes para estarem vivas na memória e serem incorporadas no cotidiano. Lembraram uma capacitação anterior, mas acreditavam que essas iniciativas tinham que ser constantes. Apresentaram muita curiosidade, interesse e dúvidas sobre os temas relacionados à saúde mental, na forma de perguntas e de uma sugestão de poder visitar o CAPS e conhecer um pouco do cotidiano e das modalidades de atendimento, o que será, a partir desse pedido, um dos produtos deste trabalho.

Em estudo anterior realizado por Imbrizi et al. (2012), cujo objetivo foi dar visibilidade às condições de trabalho dos ACSs, foram assinalados resultados semelhantes com relação à reivindicação de um espaço de escuta e de cuidado para enfrentamento das dificuldades do cotidiano. O estudo concluiu ser urgente a criação de espaços de acolhimento e de escuta para os ACSs, o que viria a potencializar sua ação. O estudo também destacou que a ESF tem falhado no seu papel de oferecer espaços de educação permanente, e nesse sentido apontou conteúdos a abordar que poderiam subsidiar a ação do ACS.

O apoio matricial pode se inserir nesse contexto, trazendo ao mesmo tempo a formação e o espaço de encontro e reflexão.

6 ANÁLISE

6.1 Reuniões de apoio matricial e educação permanente em Saúde

Sabemos que a demanda de saúde mental na atenção básica é grande, variada e de grande vulnerabilidade social. Dados do Ministério da Saúde apontam que aproximadamente 3% da população necessitam de cuidados contínuos para transtornos mentais severos e persistentes, e 10% a 12% para os transtornos menos graves (BRASIL, 2005). Para garantir que essa demanda tenha acesso e tratamento, é necessária uma rede ampla e integrada. Ainda mais se considerarmos que dentre as doenças crônicas, os transtornos mentais representam 9% do total, com indicativo de que essa porcentagem aumente até por volta de 2020 (DIMENSTEIN et al., 2009).

Apesar dos avanços no campo da saúde mental no Brasil com o estabelecimento de uma política efetiva para os quadros graves, é prioritário que se avance por meio de uma política clara e mais efetiva para o cuidado dos quadros menos graves na atenção básica (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013).

Atualmente está clara a ideia de que a reforma psiquiátrica não avança se a AB não for incorporada nesse processo (DIMENSTEIN et al., 2009), e também que o fim dos manicômios não garante o fim das práticas manicomialis (RAMMINGER; BRITO, 2012). Isso nos dá a magnitude de como é importante estabelecer ações de apoio matricial que estejam alinhadas aos princípios da política de saúde mental, que envolve a desinstitucionalização, a intersetorialidade, a reabilitação psicossocial, a interdisciplinaridade, a autonomia e a cidadania.

Onocko-Campos et al. (2013, p.227) afirmam que as práticas de SM na AB ainda são muito vinculadas ao modelo biomédico que pode resultar em práticas que reforçam a discriminação, o preconceito e ainda envolvam ações normatizadoras e moralizantes. Esse pensamento é reforçado por Rodrigues e Moreira (2012, p.604) quando afirmam que

o diálogo sobre a saúde mental na atenção básica é ainda incipiente e manifestado por uma desapropriação dos profissionais quanto ao que é apregoado pela reforma psiquiátrica e ao que é praticado dentro da unidade no que tange aos usuários com transtorno mental.

As mesmas autoras assinalam as dificuldades ainda presentes na AB em superar o modelo tecnicista, centrado na doença: “a atenção básica, que seria um lugar estratégico, muitas vezes reproduz a lógica de produção de saúde centrada principalmente no modelo tradicional biomédico. O resultado é uma fragmentação do cuidado que interfere negativamente no campo da saúde mental” (RODRIGUES; MOREIRA, 2012, p.608).

A complexidade dessas questões aumenta se examinarmos o ponto de vista da AB com relação ao que é proposto na política e o que se efetiva na prática. Cecílio et al. (2014 p.54) problematizam esta questão apontando o que chamaram de “quimera” da atenção básica, indicando com o uso desse termo um sonho, uma fantasia que não se realiza. Os autores colocaram como uma dificuldade teórico-prática o modo como a rede básica opera na prática e a distância do que é proposto, indicando contradições. A AB foi pensada para ser uma imensa e generosa porta de entrada do SUS, para ser próxima dos usuários, resolutive, universal, produtora de integralidade, incrementando a cidadania e a autonomia. Os autores discorrem também sobre a complexidade das causas que transformam essa rede básica idealizada em quimera, e entre essas causas está a demanda sem fim e a impotência dos profissionais para enfrentar os problemas sociais.

Porém, como contraposição a esse importante impasse, os mesmos autores nos apresentam a ideia do agir leigo no cuidado em saúde, considerando que existe uma coprodução do cuidado pelos próprios usuários juntamente com os especialistas. Assim, ele considera o sentido do conceito “leigo” como aquele que não tem o conhecimento especializado e como contraponto ao hegemônico (CECÍLIO et al., 2014).

Em texto anterior, Cecílio (2009) já nos alertara para o risco de uma instrumentalização e excessiva formalização do encontro trabalhador-usuário, dificultando ou impossibilitando encontros verdadeiramente cuidadores. Com relação a isso, o autor referia que mesmo com a brutalidade das relações cotidianas das organizações de saúde, sua demanda sem fim, as precárias condições de trabalho e outras dificuldades, era sim possível produzir cuidado e sentido que escapassem à lógica gerencial normalizadora. Ao discutir as dimensões da gestão do cuidado em saúde (profissional, organizacional e sistêmica) e apresentar a relação de complementaridade existente entre elas, focalizou sua discussão na dimensão profissional em que o encontro entre profissional e usuário acontece. Nesse sentido, destacou uma “*tecnologia de cuidado* que nasce no gesto, da proximidade física, da escuta e da generosidade do *cuidador*” (CECÍLIO, 2009, p.548, grifo do autor).

Tomando emprestado o conceito do agir leigo usado por Cecílio et al. (2014), ou mesmo apropriando-nos desse conceito, podemos considerar, a partir dos dados levantados nesta pesquisa, que há um saber e um agir leigo na prática de saúde mental efetivada pelos ACSs. Embora haja sempre premente a necessidade de capacitação, é possível observar que existe um cuidado sendo oferecido na forma de vínculo, acolhimento, escuta, apoio e na criação de novas práticas. Esse cuidado transita entre esse saber/agir leigo e a busca de informações, entre a intuição, primeiramente, e a razão, posteriormente. Esse pensamento pode indicar um alinhamento com a perspectiva de superar um modelo biomédico, médico-centrado, e nos indica um caminho bastante promissor.

Para Cecílio et al. (2014, p.93), o que movimenta o agir leigo é o sofrimento, a dor, o adoecimento e o sentimento de fragilidade inerente à condição humana, o que nos faz levantar a questão de que o agir leigo dos ACSs talvez esteja mais próximo das pessoas do que o agir técnico dos outros profissionais.

Tomaz (2002) explica a sobrecarga do ACSs pela falta de delimitação de suas atribuições, acarretando uma tendência a tomá-los como “super-heróis” impulsionadores da consolidação do SUS. Sob esse aspecto, é importante considerar que não se trata de sobrecarregar o ACS com mais uma atribuição, uma vez que está sendo considerado neste estudo o cuidado que já acontece e encontra suporte nas reuniões de AM.

O aprender com a experiência é o título de um famoso livro de Bion (1991), que apresenta esse conceito relacionado à psicanálise e às teorias do conhecimento. Apostar que a experiência (emocional) tenha capacidade de impacto e de transformação subjetiva é potencializar o saber leigo, ainda que seja necessário considerar que essa experiência também precisa desconstruir o senso comum. A experiência nova, viva, pode transformar a repetição do já sabido e do discurso do senso comum cheio de preconceito.

Bondía (2002) diz que a experiência é o que nos passa e o que nos toca. O autor nos alerta para o fato de que, na contemporaneidade, a experiência é cada vez mais rara. Ao contrário do que poderíamos pensar, a informação não pode ser confundida com a experiência, o que pode significar até mesmo o oposto: quanto mais informação, menos experiência. Outros aspectos que inviabilizam a experiência apresentados por esse autor são o excesso de opinião (obsessão pela opinião), a falta de tempo (impede que haja conexões significativas) e o excesso de trabalho (o homem de hoje está sempre em atividade, hiperativo). Segundo o autor, para que a experiência ocorra é necessária uma ruptura:

[...] requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, e escutar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço. (BONDÍA, 2002)

Mas se por um lado a ruptura é necessária para que a experiência ocorra, Bondía (BONDÍA, 2002) alerta que por outro, se a experiência se torna impossível em decorrência dos obstáculos mencionados, a existência também se inviabiliza. Ele destaca o caráter da experiência como uma abertura para o desconhecido e para o que não pode ser previsto.

Podemos inferir que o saber/agir leigo, carregado de intuição e de afeto, é o que mais se aproxima do que foi exposto com relação à experiência. O desafio, nesse sentido, será aliar saber técnico ao saber/agir leigo, crítico e criativo. Retomando o que apresentou Cecílio (2009) a respeito da dimensão profissional na gestão do cuidado. Ele diz:

Trabalhadores generosos, capazes de fazer uma escuta qualificada do que o OUTRO, que está na sua frente, lhe apresenta; e, o que é mais importante, tanto disponibilizar o que já sabe para melhorar a vida desse OUTRO, como ser capaz ou estar aberto para a invenção de novas formas de cuidado adequadas a cada situação singular. (CECÍLIO, 2009, p.553)

As reuniões de matriciamento têm se configurado como prática de ensino-aprendizagem e estão relacionadas à produção de conhecimentos no cotidiano dos serviços de saúde, tendo como base a interrogação e a problematização.

A educação permanente em Saúde é uma política aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 4 de setembro de 2003 e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite em 18 de setembro de 2003, que propõe a adoção da educação permanente como estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde (BRASIL, 2004d).

Como prática de ensino-aprendizagem, a educação permanente está relacionada à produção de conhecimentos no cotidiano dos serviços de saúde, tendo os problemas do cotidiano e a experiência dos atores como base de interrogação, reflexão e mudança da realidade vivida.

A partir da clareza de que é necessário buscar pontos de encontro entre o saber científico e o saber leigo nas reuniões, destaca-se a seguinte afirmação a respeito das

disposições ético-cognitivas relacionadas a uma técnica dialogada de conversa:

Pode-se dizer, de forma bem sucinta, que o acolhimento dialogado seria uma técnica de conversa de apoio ao processo de conhecimento das necessidades, fundada em certas disposições ético-cognitivas: (1) o reconhecimento do outro como um legítimo outro; (2) o reconhecimento de cada um como insuficiente; (3) o reconhecimento de que o sentido de uma situação é fabricado pelo conjunto dos saberes presentes. Ou ainda: todo mundo sabe alguma coisa, ninguém sabe tudo e a arte da conversa não é homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades. (TEIXEIRA, 2005, p.9)

O modo de funcionar da “especialidade saúde mental” é diferente, pelo menos ainda, do modo de funcionar da AB. Pautados efetivamente pelo modelo psicossocial, os serviços de saúde mental comumente lidam com a falta de respostas e com a necessidade de usar a criatividade para encontrar caminhos. Esse modo de funcionamento pode favorecer que a AB consiga lidar com a “quimera”, pois no cuidado em saúde mental muitas vezes não se tem respostas. Esse modo de não ter resposta para tudo, de considerar a subjetividade e o inconsciente, aproxima em certa medida os profissionais do CAPS do conceito de leigo, apesar de serem, paradoxalmente, os especialistas – mas talvez sejam especialistas em sustentar a dúvida, o “não saber”, e isso pode potencializar a AB.

Um importante mecanismo de superação da lógica fragmentada e biologicista é pautar o cuidado por meio da ferramenta do Projeto Terapêutico Singular. Este também se tornaria um ponto de apoio para o processo de educação permanente por meio das reuniões de matriciamento. Dessa forma, o apoio matricial

introduz no processo de trabalho novas possibilidades de trocas de saber entre os profissionais de saúde em diversos níveis de atenção, favorecendo, também, maior articulação e qualificação da rede de serviços que compõe o sistema de saúde. (OLIVEIRA, 2013, p.273)

Furlan (2013) afirma que hoje as ações dos ACSs estão ou se tornaram prioritariamente voltadas para a vigilância epidemiológica, controle e saneamento. O potencial do trabalho deles para as ações educativas e grupais foi sendo deixado de lado. Seriam as ações de saúde mental aliadas ao AM que estariam favorecendo esse retorno às origens das diretrizes operacionais, trazendo de volta a possibilidade de incorporação do saber popular nas ações de saúde?

Chegamos neste ponto à importante consideração de que as práticas de saúde interferem na sociedade. A partir delas e pensando em que tipo de sociedade vivemos e que

tipo de relações são essas que nos formam e/ou nos deformam, pode-se concluir que a ampliação da clínica não requer somente uma transformação da prática do cuidado, mas também dos processos significativos de educação em saúde, processos que considerem as aprendizagens significativas e que tragam mais perguntas do que respostas.

O desafio para fortalecer a estratégia de matriciamento seria não desconsiderar as diferentes e necessárias formas de capacitação, mas sim torná-las adequadas aliando esse saber-experiência já existente e não o anulando. A reunião de AM surge nesse sentido como um importante espaço de educação permanente em Saúde que pode valorizar o saber leigo e ao mesmo tempo compartilhar algo novo por meio de trocas. Esta estratégia também vem sendo utilizada como um recurso de construção de novos conhecimentos em saúde.

O apoio matricial, na forma de reuniões sistemáticas, apresenta-se, portanto, como uma possibilidade privilegiada de educação permanente em Saúde, na medida em que se caracteriza como suporte assistencial e técnico-pedagógico que produz ações de apoio educativo com e para a equipe (BRASIL, 2016).

6.2 Desafios e potências

O AM tem sido uma das estratégias mais potentes atualmente para diminuir o estigma, o preconceito e a falta de informação com relação à doença mental que persistem na sociedade, podendo dessa forma atuar a favor da reforma psiquiátrica. Por meio do AM, temos acesso aos trabalhadores e à população e, dessa forma, podemos pensar nele também pela perspectiva da educação em Saúde na comunidade, destacando a presença do caráter pedagógico e o poder que carrega em si de alcance à população. Para Rodrigues e Moreira (2012), o fenômeno da loucura foi historicamente construído e a sua desconstrução precisa ocorrer no cotidiano da comunidade. Com relação a isso, afirmam que “para romper com a lógica manicomial presente na sociedade é preciso ir além das paredes desses novos serviços. É preciso fazer a loucura circular pelos espaços da cidade” (RODRIGUES; MOREIRA, 2012, p.608).

A educação em Saúde é algo vivo e pode e deve estar por trás das nossas ações nos serviços. Especialmente na conjuntura atual de crise política e ameaças com relação às conquistas alcançadas com o SUS, aumento de cortes agravando o crônico subfinanciamento

que já vinha ocorrendo ao longo dos anos, torna-se necessário também discutir com a população e promover a defesa do SUS.

Campos e Domitti (2007) elencam os obstáculos que podem impedir a efetivação da proposta do AM: obstáculos estruturais (ligados à estrutura fragmentada dos serviços), obstáculos políticos e de comunicação (ligados à ausência de democracia institucional), obstáculos de excesso de demanda e escassez de recursos (recursos insuficientes que poderiam ter um uso mais racional), obstáculos subjetivos e culturais (predisposição subjetiva), obstáculos epistemológicos (referenciais restritos) e obstáculos éticos (questões relacionadas ao sigilo).

Cunha (2009) alerta para o risco de iatrogenia ligada à ferramenta do AM, na medida em que pode aumentar o poder do especialista promovendo a medicalização da população. Daí a extrema importância dessa ferramenta estar alinhada à política de saúde mental que preconiza o modelo psicossocial. A correta implantação do AM tem potencial, porém é importante pensar sobre esses riscos.

A clareza desses obstáculos norteia a superação. Um importante apontamento feito por Onocko-Campos et al. (2013, p.242), ao colocar que esse campo da saúde mental na atenção básica é relativamente recente e complexo, é que “nesse contexto, são exigidas do profissional intervenções que conjuguem as práticas intersubjetivas com uma realidade marcada pela demanda muito numerosa, e, na maioria dos casos, com problemas diversificados e com grande vulnerabilidade social”.

A partir disso é que se fazem necessárias as pesquisas nesse contexto, problematizando a prática que vem acontecendo com a possibilidade não somente de identificar os desafios, mas reconhecer os avanços (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013).

Nesse sentido, é importante reafirmar a potência da reunião de matriciamento como produtora de troca e de educação permanente que se insere numa lógica multidirecional de troca de duplo ganho aos participantes – aprender e ensinar – ao mesmo tempo em que amplia o olhar e a capacidade resolutiva da atenção. Desta forma constitui-se em um espaço no qual não há hierarquia de saber ou todos sabem, e em que o foco é o aprofundamento da discussão para chegar à singularidade do caso a partir da troca de informações e explicações e formulação de um PTS (OLIVEIRA, 2013).

Assim, é importante que essas reuniões aconteçam com uma periodicidade regular, seja ela semanal, quinzenal ou mensal. Embora seja a periodicidade regular que consolida a

ação, essa parceria entre ambas as equipes deve ser algo flexível e não burocrático. Além da discussão de casos e elaboração de PTS, é bastante produtivo que se reserve tempo para temas clínicos e para outros temas relacionados ao universo da saúde mental (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Onocko-Campos et al. (2013) fazem algumas recomendações para o desenvolvimento de boas práticas de saúde mental na atenção básica: acolhimento/avaliação de risco/análise da demanda, intervenções breves na crise, projetos terapêuticos singulares, responsabilização do sujeito, uso racional da medicação e desenvolvimento de práticas grupais.

As reuniões de AM podem se inserir nesse contexto produtor e transformador de estratégias voltadas para o incremento de autonomia, como, por exemplo, problematizar grupos educativos baseados na transmissão não dialogada de informações e criar novas formas de grupalidade que incluam a subjetividade. Esta autonomia é entendida não como independência, mas como a capacidade da pessoa de compreender e agir, estando em relação com uma rede de dependências (FIGUEIREDO; FURLAN, 2013).

Um dos desafios que surgem como mais importantes é a superação da medicalização. Nesse sentido, é preciso que seja estabelecido um fluxo, tanto nos serviços quanto nas reuniões de AM, que facilite a identificação dos casos a serem discutidos, antes de oferecer como primeira (e às vezes única) solução a medicação. Este é um desafio apontado pelo Ministério da Saúde em relatório de gestão recente (BRASIL, 2016).

Outro aspecto apontado pelo mesmo relatório como perspectivas para os próximos anos é retomar estudos que visam à implantação de centros de convivência (BRASIL, p.43). Estes são dispositivos implantados em algumas regiões, custeados pelos estados e municípios, que têm reconhecida importância na promoção da saúde (BRASIL, p.43).

Importante é ressaltar, neste ponto, o importante ganho que possibilitará o enfrentamento das dificuldades explanadas. Trata-se da portaria 849 de 27 de março de 2017, que inclui a arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reike, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), já instituída desde 2006. Um dos objetivos dessa portaria é valorizar os saberes populares e tradicionais e as práticas integrativas e complementares. Esses objetivos estão de acordo com o que é preconizado pela OMS no sentido de incorporação das medicinas tradicionais e

complementares nos sistemas de saúde. A PNPIC estava instituída desde 2006, a partir da publicação da portaria 971/GM. Essas ações aliadas a um maior desenvolvimento de políticas intersetoriais podem ser promissoras na superação dos desafios apresentados (BRASIL, 2017).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente são inúmeras as dificuldades no cotidiano dos Centro de Atenção Psicossociais. A identificação delas e a necessidade de enfrentá-las de alguma forma impulsionou a trajetória desta pesquisa, que objetivou analisar a estratégia de apoio matricial.

Ainda que já tenham se passado sete anos desde o início de sua implantação no município, podemos perceber, por meio da análise documental da implantação do apoio matricial apresentado neste estudo, a complexidade desse processo que precisou reverter uma lógica forte e estabelecida de encaminhamentos para a especialidade. O processo de transformação não se deu, de forma alguma, de maneira fácil e direta. Envolveu uma cadeia de mudanças, inúmeras dificuldades e enfrentamentos. Por vezes, parecia estagnado. Apesar disso, estabeleceu-se no município e a partir desse ponto parece que não haverá retrocesso, ainda que sejam sempre necessárias pactuações e repactuações por gestores e profissionais.

O processo de implantação do apoio matricial é diferente em cada lugar. Há muitos locais em que ainda existem dificuldades e há grande necessidade de se desconstruir a ideia de que os CAPSs atenderão toda a demanda de saúde mental. É interessante observar que é essa a ideia que muitas vezes o próprio CAPS faz de si.

Assim, embora tenham que lidar com outras dificuldades, tais como excesso de demanda, dificuldades estruturais e insuficiência de profissionais, os CAPSs podem voltar a sua vocação primária de atendimento às pessoas que apresentam transtornos mais graves, os severos e persistentes. Apesar de tantas dificuldades, podemos perceber, a partir dos dados levantados neste estudo, que o apoio matricial está redirecionando a demanda de saúde mental do município e hoje não podemos mais dizer que ainda exista uma inversão da demanda dos CAPSs.

Com a caracterização do apoio matricial nos serviços selecionados nesta pesquisa, pudemos analisar o cuidado em saúde mental que vem sendo oferecido na atenção básica. Sob esse aspecto, também há muito que avançar, porém as reuniões de apoio matricial estão possibilitando a aproximação entre os profissionais e favorecendo o surgimento de novas práticas até então não estabelecidas. Entre elas, podemos citar a elaboração de projetos terapêuticos singulares, o planejamento de novas formas de atividades grupais, o planejamento de ações para enfrentamento do problema da medicalização e o trabalho em

rede. A importante mudança que esse processo caracteriza é com relação ao fluxo na rede, o que pode ser expresso da seguinte forma: do “paciente da mental” para a pessoa cuidada na rede de atenção psicossocial.

A riqueza do material apresentado pelos agentes comunitários de saúde levou ao ponto mais importante desta dissertação, que foi o entendimento da potência do saber e do agir leigo no cuidado e na prática de saúde mental. O cuidado oferecido na forma de acolhimento, vínculo, escuta e criatividade é extremamente potente para a superação do modelo biomédico ainda presente na atenção básica, e indica a aproximação ao modelo psicossocial.

A preocupação apresentada inicialmente na ocasião dos grupos focais pelos agentes com relação à mudança do regime de contratação vem se concretizando atualmente. Em 16 de março de 2017, a Prefeitura Municipal de Santos publicou no *Diário Oficial* do município a criação, no seu quadro permanente, de 350 cargos de agentes. Não foram divulgadas outras informações a respeito de concurso ou mesmo de pontuação para os profissionais que estão atuando, porém veicula-se que esse concurso será realizado ainda em 2017.

A reunião de apoio matricial apresentou-se como espaço de educação permanente em Saúde à medida que propicia a discussão de temas ligados à saúde mental de forma participativa e reflexiva em que o saber leigo é valorizado e não perde o seu lugar em detrimento das novas informações e formações.

O apoio matricial depende de políticas públicas, investimento em capacitação, envolvimento dos gestores em comprometimento e suporte, comprometimento pessoal e organizacional e relações interpessoais afinadas, o que o torna desafiador e recompensador ao possibilitar a integralidade do cuidado.

Incorporar as ações de saúde mental na atenção básica requer também que se estabeleçam ações intersetoriais. Saúde não é só saúde e pode ser entendida também como prática social. Além disso, se não houver recursos para intersetorialidade, não há protagonismo nem autonomia.

A estratégia de apoio matricial é muito complexa e não é a solução para todos os problemas, e há muito que estudar e refletir a esse respeito. Antes de não ser uma solução para problemas atuais dos CAPS e da atenção básica, precisa ser encarada como uma estratégia “orgânica” no sentido de ser natural e essencial, incorporada no cotidiano de trabalho e que, acima de tudo, viabiliza o cuidado em rede tão necessário à integralidade, sendo para isso

importante também considerar a necessária articulação entre os outros pontos da rede de atenção psicossocial.

8 PRODUTO

O presente estudo, fruto de pesquisa desenvolvida para o mestrado profissional em Ensino em Ciências da Saúde, ambicionou promover uma articulação teórico-prática que traga transformações para os cenários envolvidos. Nesse sentido, o mestrado profissional também carrega a proposta de apresentar um produto final que se relacione com o tema discutido. Esse produto está impregnado pela trajetória percorrida na formação, na atuação profissional e pelos resultados apreendidos com a pesquisa.

A pesquisa, que ocorreu no próprio ambiente profissional da pesquisadora, teve como objetivo principal buscar recursos para a compreensão do cuidado em saúde mental na atenção básica por meio do apoio matricial. A partir desse objetivo pretendeu-se colaborar para os processos de educação permanente em Saúde. Nesse sentido, planeja-se a construção e implementação das seguintes ações:

A) Caixa de ferramentas

A partir de um encontro de devolutiva com os profissionais das unidades participantes será realizada a apresentação de uma “caixa de ferramentas” para o matriciamento. Pretende-se, nesse encontro, apresentar aos profissionais as conclusões e discussões alcançadas com este estudo. Também será apresentado nessa ocasião a proposta de construção de uma caixa de ferramentas que reunirá material relacionado à temática da saúde mental, sob a perspectiva da desinstitucionalização. Esse material favorecerá maior apropriação sobre os temas e poderá ser compartilhado com outros profissionais e com outras equipes de matriciamento.

Serão apresentados textos, indicações de livros e filmes e outros materiais da literatura. Considerando o interesse demonstrado pelos temas, planeja-se com esse recurso propiciar um repertório comum a todos os profissionais envolvidos e favorecer a discussão.

O plano de ação para a caixa de ferramentas encontra-se no apêndice F.

B) Vivência no CAPS

A partir do que foi proposto pelos participantes nos GFs, pretende-se organizar momentos de vivência dentro do CAPS. Os agentes serão convidados a participar de atividades desenvolvidas tais como a hospitalidade diurna e oficinas. A ideia é que esses momentos sejam planejados pela pesquisadora, pelos próprios usuários do CAPS e pelos estagiários.

Essa ação, que envolverá todos esses atores, possibilitará um estreitamento de relações e uma maior compreensão para os dois polos que envolvem a estratégia de matriciamento: CAPS e atenção básica. Planeja-se utilizar recursos da câmera de celular para registro de alguns momentos dessa vivência.

O plano de ação para a vivência no CAPS Centro encontra-se no apêndice F.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E BIBLIOGRAFIA

ALENCAR, T. O. S.; NASCIMENTO, M. A. A.; ALENCAR, B. R. Hermenêutica Dialética: uma experiência enquanto método de análise na pesquisa sobre acesso do usuário à Assistência Farmacêutica. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, v.25, n.2, p.243-50, abr.-jun. 2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40823359017>. Acesso em: 9 mar. 2017.

AMARANTE, P. (Coord.) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil** [online]. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. Coleção Criança, Mulher e Saúde.

ANDREOLI, S. et al. Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na Cidade de Santos, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.836-44, mai.-jun., 2004.

ATHIÉ, K.; FORTES, S.; DELGADO, P. G. G. Matriciamento em saúde mental na atenção primária: uma revisão crítica (2000-2010). **Revista Brasileira Medicina Família Comunidade**. v.8, n.26, p.64-74, 2013.

BION, W.R. **O aprender com a experiência**. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação Rio de Janeiro, n.19, p.20-8, jan.-abr., 2002.

BRAGA CAMPOS, F. C. **O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos**. 2000. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2000.

BRANDÃO, M. V. M.; MOREL, M. G. G.; SANTOS, A. R. S. (Org.). **Baixada Santista: transformações na ordem urbana**. 1.ed. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2015. Disponível em: <http://transformacoes.observatoriodasmetrolopes.net/livro/baixada-santista>. Acesso em: 23 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa agentes comunitários de saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Primária. **Saúde mental e atenção primária: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, DF, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5.ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, 2004c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em: 14 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPE). Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov. 2005.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Emenda Constitucional 51. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 fev. 2006 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc51.htm . Acesso em: 19 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 152p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n.27).

_____. Portaria GM 3088, de 23 de Dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez. 2011a.

_____. Decreto Presidencial nº 7508 de 28 de junho de 2011 Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 jun. 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 2488, 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez. 2011d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica**. Relatório de 2007/2010. Brasília: Ministério da Saúde, jan. 2011e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110p.: il. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de Atenção Básica**, Brasília, n.34, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 116p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

_____. Ministério da Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial e unidades de acolhimento como lugares de Atenção Psicossocial nos Territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA**. Brasília, DF, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS cuidado em liberdade, defesa de direitos e rede de atenção psicossocial. Relatório de Gestão**. 2011-2015. Brasília, DF, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Diário Oficial da União**, 28 mar. 2017 (nº 60, Seção 1, pág. 68).

CABRAL, T. M. N.; ALBUQUERQUE, P. C. Saúde mental sob a ótica de agentes comunitários de saúde: a percepção de quem cuida. **Saúde em debate**, v.39, n.104, p.159-71, mar. 2015.

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

_____. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**. v.23, n.2, p.399-407, fev. 2007.

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

CAMPOS, R. O.; GAMA, C. Saúde mental na atenção básica. In: CAMPOS, G. W.S.; GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2013. p.221-46.

CARRIÇO, J. M. **Legislação urbanística e segregação espacial nos municípios centrais da região metropolitana da Baixada Santista**. 2002. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2002.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação Permanente em Saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/apresentacao.html>>. Acesso em: 18 mar. 2017.

CECILIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.13, supl.1, p.545555, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832009000500007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 abr. 2017.

CECÍLIO, L. C. O. et al., **Os mapas do cuidado – o agir leigo na Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.

COELHO, I. B. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2013. p.96-127.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Contribuições do Conselho Federal de Psicologia para a constituição da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde a partir do Decreto 7.508/2011**. 1a. ed., Brasília, DF, 2011.

COSTA, S. L.; IMBRIZI, J. M.; KURKA, A. B. Território, memória e narrativa: transformações socioespaciais na região central, Ilha Diana e zona portuária de Santos. In: BRANDÃO, M. V. M.; MORELL, M. G. G.; SANTOS, A. R. (Org.). **Baixada Santista: transformações na ordem urbana**. 1.ed. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2015, p.377-400. Disponível em: <http://transformacoes.observatoriodasmetrololes.net/livro/baixada-santista>. Acesso em: 23 jan. 2016.

CUNHA, G. T. **O apoio matricial: obstáculos e potencialidade nas práticas em construção**. [s.l.]: Rede HumanizaSUS, 2009. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/7077-o-apoio-matricial-obstaculos-e-potencialidades-nas-praticas-em-construcao>>. Acesso em: 27 de março de 2017.

DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde soc.**, v.18, n.1, p.63-74, mar. 2009.

FIGUEIREDO, M. D. **Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS.** 2006. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2006.

FIGUEIREDO, M. D. , FURLAN, P. G. O subjetivo e o sociocultural na produção de saúde e autonomia. In: CAMPOS, G. W.S.; GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada.** 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2013. p.154-78.

FIRMINO, K. F. et al . Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.6, p.1223-32, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000600019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 mar. 2017.

FURLAN, P. G.. O agente comunitário de Saúde e a prática na atenção básica: alguns apontamentos. In: CAMPOS, G. W.S.; GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada.** 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 368-87.

FURLAN, P. G., AMARAL, M.A. A. O método de apoio institucional Paideia aplicado à formação de profissionais da atenção básica em Saúde: metodologia e resultados do curso de especialização em gestão de sistemas e serviços de saúde com ênfase na atenção básica. In: CAMPOS, G. W.S.; GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada.** 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2013. p.15-33.

GADAMER, H. G. **Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica.** Petrópolis: Vozes, 1999.

GARCIA, A. C. P. et al. Agente comunitário de Saúde no Espírito Santo: do perfil às atividades desenvolvidas. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.283-300, abr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000100283&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 4 abr. 2017.

GONZAGA, N. A. N. **O significado dos encaminhamentos feitos aos CAPS III: a visão dos profissionais.** 82f. 2012. Dissertação (Mestrado Interdisciplinar em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2012.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista Escola Enfermagem - USP**, São Paulo, v.35, n.2, p.115-21, jun. 2001.

IMBRIZI, J. M. et al. Condições de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: relato de experiência de extensão universitária com agentes comunitários de saúde. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v.15, n.1, p.153-69, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/49627>>. Acesso em: 1 nov. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico.** Rio de Janeiro: 2010. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 11 nov. 16.

KINOSHITA, R. T. Em busca da cidadania: desinstitucionalização de um hospital psiquiátrico. In: CAMPOS, F. C. B.; HENRIQUES, C. M. P. (Orgs). **Contra a maré à beira mar**: a experiência do SUS em Santos. São Paulo: Scritta, 1996. p.39-49.

KODA, M. Y.; FERNANDES, M. I. A. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.1455-61, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000600020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 mar. 2017.

LIMA, R. C. Palestra proferida no programa Café Filosófico do Instituto CPFL de Cultura. 2014. Disponível em: <http://www.institutocpfl.org.br/cultura/2014/08/19/um-panorama-da-medicalizacao-na-infancia-com-rossano-cabral-lima-integra/>. Acesso em: 1 nov. 2016.

MATTA G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção primária à Saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 1.ed. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2006.

MELLO, G. H. **Expansão e estrutura urbana de Santos (SP)**: aspectos da periferação, da deterioração, da intervenção urbana, da verticalização e da sociabilidade. 2008. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008. Disponível em: <10.11606/D.8.2008.tde-01122008-152645>. Acesso em: 24 fev. 2017.

MINAYO, M. C. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 24.ed. Petrópolis: Vozes, 1993.

_____. Introdução à metodologia de pesquisa social. In: _____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em Saúde. 9.ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.239-62, jul.-set. 1993.

MOURA, R. F. S.; SILVA, C. R. C. Saúde mental na atenção básica: sentidos atribuídos pelos agentes comunitários de Saúde. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v.35, n.1, p.199-210, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000100199&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 fev. 2017.

NUNES, M.; JUCA, V. J.; 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. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.10, p.2375-84, out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 mar. 2017.

OLIVEIRA, G. N. Apoio matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: CAMPOS, G. W.S.; GUERRERO, A. V. P. In: **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2013. p.273-82.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al . A gestão autônoma da medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.10, p.2889-98, out. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 nov. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à Saúde – CID-10**, 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cid10.htm>>. Acesso em: 31 out. 2016.

RAMMINGER, T.; BRITO, J. C. “Cada CAPS é um CAPS”: uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. **Psicologia & Sociedade**, v.24, n.1, p.150-60, 2012.

RODRIGUES, E. S.; MOREIRA, M. I. B. A interlocução da saúde mental com atenção básica no município de Vitória/ES. **Saúde soc.**, São Paulo, v.21, n.3, p.599-611, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902012000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 mar. 2017.

RODRIGES, T. F. et al. Processos de trabalho na atenção básica. In: FIGUEIREDO, L. R. U. et al. FIGUEIREDO, L. R. U., RODRIGUES, T. F., DIAS, I. M. V. (Org.). **Percursos interprofissionais: formação em serviços no Programa Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde** [recurso eletrônico]. 459p. 1.ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p.125-46. (Série Vivências em Educação na Saúde). Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/percursos-interprofissionais-formacao-em-servicos-no-programa-residencia-multiprofissional-em-atencao-a-saude-pdf/view>>. Acesso em: 23 out. 2016.

RONCHETTI, S. S. B.; AMORIM, S. C.; MORAES, E. M. R.; SILVA, C. R. C. Contribuições da residência multiprofissional para o matriciamento em saúde mental na atenção básica no município de Santos/SP. In: FIGUEIREDO, L. R. U., RODRIGUES, T. F., DIAS, I. M. V. (Org.). **Percursos interprofissionais: formação em serviços no Programa Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde** [recurso eletrônico]. 459p. 1.ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p.297-314. (Série Vivências em Educação na Saúde). Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/percursos-interprofissionais-formacao-em-servicos-no-programa-residencia-multiprofissional-em-atencao-a-saude-pdf/view>>. Acesso em: 23 out. 2016.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, n.6, p.1027-34, nov.-dez. 2005.

SANTOS. Prefeitura Municipal de Santos. **Plano Municipal de Habitação**. dez. 2009. Disponível em: <<http://www.santos.sp.gov.br/sites/default/files/conteudo/plano.pdf>>. Acesso em: 7 dez. 2015

_____. Prefeitura Municipal de Santos. **Plano Municipal de Saúde: 2014-2017**. mar. 2014.

SANTOS, A. R.; AMBROSIO, R. P. Entre o discurso e a prática: uma reconstituição do processo de revitalização do Centro de Santos após duas décadas. In: VAZQUEZ, D. A. (Org.). **A questão urbana na Baixada Santista: políticas, vulnerabilidades e desafios para o desenvolvimento**. 1.ed. São Paulo: Leopoldianum, 2011, p.1-336.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.585-97, 2005.

TOFOLI, L. F.; FORTES, S. Apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência. **Sanare**, Sobral, v.6, n.2, jul.-dez. 2005-2007.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de Saúde não deve ser um “super-herói”. *Interface – Comunic, Saude, Educ*, v.6, n.10, p.75-94, fev.2002.

VAZQUEZ, D. A. (Org.). **A questão urbana na Baixada Santista: políticas, vulnerabilidades e desafios para o desenvolvimento**. 1.ed. São Paulo: Leopoldianum, 2011.

YIN. R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

A – ROTEIRO PARA OS GRUPOS FOCAIS

Estes roteiros somente serviram como sugestões de temas que buscaram ser aprofundados durante a realização dos grupos focais com os agentes comunitários de saúde. Os mesmos não foram usados como questionários ou temas que deveriam necessariamente abordados durante a realização dos grupos focais. Os tópicos serão divididos para os dois encontros propostos, conforme a seguir:

Primeiro encontro

- Apresentação dos participantes
- Como é o seu cotidiano de trabalho?
- Como está a relação entre a sua unidade e o CAPS?
- O que é o matriciamento?
- Como é o cuidado em saúde mental?

Segundo encontro

- Como você lida com o sofrimento psíquico?
- Quais são as dificuldades encontradas para realizar o cuidado em saúde mental?
- Como você se sente ao lidar com essas questões?
- Como a reunião de matriciamento se insere nesse cuidado?
- Você sabe o que é PTS?
- Quais são suas sugestões com relação ao matriciamento em saúde mental?

B – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO**Nome:****Idade:****Sexo:****Escolaridade:****Renda mensal:****Condição de moradia:****Quanto tempo mora no território:****Tempo de trabalho como ACS:**

**C – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA ACADÊMICA
NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE**

Autorização para realização de pesquisa acadêmica no serviço público de saúde

À Coordenadoria de Atenção Especializada da Secretaria de Saúde de Santos – Prefeitura Municipal de Santos. Solicito autorização para a realização da pesquisa intitulada “**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA – APOIO MATRICIAL NO MUNICÍPIO DE SANTOS**”, sob orientação da Profa. Dra. Maria Inês Badaró Moreira.

Esta pesquisa pretende investigar as ações de Saúde Mental na Atenção Básica através da estratégia de Matriciamento e a relação entre o CAPS Centro e as unidades de Saúde Básica Centro de Saúde Martins Fontes e Unidade de Saúde da Família do Centro Histórico. A fase inicial da pesquisa requer análise de dados e outros materiais do serviço para acessar histórico e informações desse. A fase seguinte consiste na realização de grupos focais com Agentes Comunitários de Saúde dos referidos equipamentos de Atenção Básica.

Atenciosamente,

SIMONE DE SOUSA BERNARDINO RONCHETTI

*Mestranda do Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde
Unifesp – Campus Baixada Santista*

Eu, _____, Coordenador(a) de Atenção Especializada da Secretaria da Saúde – Prefeitura Municipal de Santos, autorizo a realização da referida pesquisa.

D – TERMO DE CONSENTIMENTO DE USO DE COLETA DE DADOS

1. Identificação do pesquisador:

Nome completo (sem abreviação)	CPF/CRP
1) SIMONE DE SOUSA BERNARDINO RONCHETTI	CPF 07013646881 CRP 06/36856-0

2. Identificação da pesquisa:

a. TÍTULO DA PESQUISA

“SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA – APOIO
MATRICIAL NO MUNICÍPIO DE SANTOS”

b. Curso: Programa de pós-graduação Ensino em Ciências Da Saúde

c. Orientador: Professora Dra. Maria Inês Badaró Moreira

d. Pesquisador responsável: Simone de Sousa Bernardino Ronchetti

3. Declaração:

Eu, pesquisadora identificada acima, baseados nos itens III.3.i e III.3.t das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Res CNS 196/96) e na Diretriz 12 das Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (CIOMS/93), declaramos que:

a) O acesso aos dados registrados em prontuários de pacientes ou em bases de dados para fins da pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unifesp. O acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;

b) Asseguraremos o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato e a imagem do sujeito bem como a sua não estigmatização;

c) Asseguraremos a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;

d) O pesquisador responsável estabeleceu salvaguardas seguras para a confidencialidade dos dados de pesquisa. Os sujeitos envolvidos serão informados dos limites da habilidade do pesquisador em salvaguardar a confidencialidade e das possíveis consequências da quebra de confidencialidade, caso seja necessário;

e) Os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para a finalidade prevista no protocolo;

f) Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado. Todo e qualquer outro uso que venha a ser planejado, será objeto de novo projeto de pesquisa, que será submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Unifesp.

Santos, _____ de _____ de _____

Ass. da pesquisadora:

*Mestranda do Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde
Unifesp – Campus Baixada Santista*

E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da Pesquisa intitulada “SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA – APOIO MATRICIAL NO MUNICÍPIO DE SANTOS”

sob a responsabilidade da pesquisadora Simone de Sousa Bernardino Ronchetti, a qual pretende: investigar como se dá a relação da Saúde Mental com a Atenção Básica a partir da estratégia de matriciamento. Sua participação é voluntária e se dará por meio de grupo focal (reunião de discussões) a ser realizado pela pesquisadora em local previamente definido. Poderá haver riscos mínimos aos participantes, como o desconforto em responder alguma pergunta. Se você aceitar participar, estará contribuindo para a produção de conhecimento sobre o tema abordado, em especial, a partir deste serviço. Se depois de consentir em sua participação você quiser desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. Você não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, você poderá entrar em contato com a pesquisadora no endereço Rua Conselheiro Nébias 325, Vila Matias, Santos – CAPS Centro, pelo telefone (13) (32221217), ou com a orientadora Professora Dra. Maria Inês Badaró Moreira no endereço Rua Silva Jardim, 156, Vila Mathias, Unifesp/BS – Santos. Em caso de dúvida sobre aspectos éticos desta pesquisa você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – *E-mail*: cepunifesp@epm.br. Não haverá nenhum dado pessoal, ocasionado durante a realização do procedimento proposto neste estudo.

Este termo será assinado em duas vias, uma para você e outra permanecerá arquivado na instituição.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Assinatura do sujeito de pesquisa / representante legal	Data

Assinatura da testemunha	Data

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo	Data

APÊNDICE F

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

CAMPUS BAIXADA SANTISTA

Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

Simone de Sousa Bernardino Ronchetti

PRODUTO TÉCNICO:

**MOVIMENTAÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE ENTRE CAPS E
ATENÇÃO BÁSICA**

CAIXA DE FERRAMENTAS E VIVÊNCIA NO CAPS

Santos

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA
Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

Simone de Sousa Bernardino Ronchetti

PRODUTO TÉCNICO:
MOVIMENTAÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE ENTRE CAPS E
ATENÇÃO BÁSICA
CAIXA DE FERRAMENTAS E VIVÊNCIA NO CAPS

Produto técnico da dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista, para a obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Santos

2017

Uma breve introdução

O presente produto técnico é fruto de pesquisa desenvolvida para o mestrado profissional em Ensino em Ciências da Saúde que ambicionou promover uma articulação teórico-prática que traga transformações para os cenários envolvidos. Nesse sentido, o mestrado profissional carrega também a proposta de apresentar um produto final que se relacione com o tema discutido. O produto a ser apresentado a seguir está impregnado pela trajetória percorrida na formação, na atuação profissional e pelos resultados apreendidos com a pesquisa.

A dissertação intitulada **Saúde Mental na Atenção Básica: Apoio Matricial no Município de Santos**, buscou analisar a estratégia de apoio matricial implantada no município desde 2011. Essa pesquisa, que ocorreu no próprio ambiente profissional da pesquisadora, teve portanto o objetivo principal de buscar recursos para a compreensão do cuidado em saúde mental na atenção básica por meio do apoio matricial. A partir desse objetivo pretendeu-se colaborar para os processos de educação permanente em Saúde.

O apoio matricial em Saúde Mental é uma estratégia que vem ao encontro das necessidades das pessoas de ser atendidas integralmente no que diz respeito também à saúde mental. Nesse sentido, destaca-se a importância da articulação entre a rede de saúde mental e a Atenção Básica. Torna-se importante considerar também que essa estratégia caminha na direção da reforma psiquiátrica promovendo uma ação efetiva no território, uma vez que ampliamos nosso escopo de ação, atingindo outras pessoas e trabalhadores, inserindo-nos no território combatendo o preconceito e a falta de informação que ainda persiste na sociedade. Para Rodrigues e Moreira (2012), o fenômeno da loucura foi historicamente construído e a sua desconstrução precisa ocorrer no cotidiano da comunidade. Com relação a isso, afirmam que “para romper com a lógica manicomial presente na sociedade é preciso ir além das paredes desses novos serviços. É preciso fazer a loucura circular pelos espaços da cidade” (RODRIGUES; MOREIRA, 2012, p.608).

Na forma de reuniões sistemáticas, o Apoio Matricial apresenta-se, portanto, como uma possibilidade privilegiada de educação permanente em Saúde, na medida em que se caracteriza como suporte assistencial e técnico-pedagógico que produz ações de apoio educativo com e para a equipe (BRASIL, 2016) e propicia a discussão de temas ligados à

saúde mental de forma participativa e reflexiva em que o saber leigo é valorizado e não perde o seu lugar em detrimento das novas informações e formações.

A educação permanente em Saúde é uma política aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 4 de setembro de 2003 e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite em 18 de setembro de 2003, que propõe a adoção da educação permanente como estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde (BRASIL, 2004).

Como prática de ensino-aprendizagem, a educação permanente está relacionada à produção de conhecimentos no cotidiano dos serviços de saúde, tendo os problemas do cotidiano e a experiência dos atores como base de interrogação, reflexão e mudança da realidade vivida.

Nesse sentido, é importante reafirmar a potência da reunião de matriciamento como produtora de troca e de educação permanente que se insere numa lógica multidirecional de troca de duplo ganho aos participantes – aprender e ensinar – ao mesmo tempo em que amplia o olhar e a capacidade resolutiva da atenção. Desta forma constitui-se em um espaço no qual não há hierarquia de saber ou todos sabem, e em que o foco é o aprofundamento da discussão para chegar à singularidade do caso a partir da troca de informações e explicações e formulação de um PTS (OLIVEIRA, 2013).

A partir do material obtido com a pesquisa e considerando as sugestões dos Agentes Comunitários participantes, planejou-se a construção e implementação do seguinte produto voltado para produzir ações de educação permanente entre o CAPS e a Atenção Básica, o que seria entendido como movimentações entre esses polos da RAPS. O produto se constitui em duas ações distintas: sendo a primeira uma estratégia duradoura que poderá envolver todos os profissionais participantes das reuniões, a "CAIXA DE FERRAMENTAS" e a outra é voltada para os Agentes Comunitários de Saúde, que seria a "VIVÊNCIA NO CAPS CENTRO".

Caixa de ferramentas

Apresentação

A partir de um encontro de devolutiva com as equipes das unidades envolvidas nesse estudo, será realizada a apresentação de uma “caixa de ferramentas” para o matriciamento. Pretende-se, nesse encontro, apresentar aos profissionais as conclusões e discussões alcançadas com o estudo. Também será apresentado nessa ocasião a proposta de construção de uma "caixa de ferramentas" que terá como objetivo reunir material relacionado à temática da saúde mental, sob a perspectiva da desinstitucionalização. O nome "caixa de ferramentas" seria uma alusão ao que nos instrumentaliza para efetivar alguma ação e está inspirado no que foi apontado por Merhy (2004) ao discutir o ato de cuidar:

Sabemos, por experiências como profissionais e consumidores, que, quanto maior a composição das caixas de ferramentas (aquí entendida como o conjunto de saberes que se dispõe para a ação de produção dos atos de saúde) utilizadas para a conformação do cuidado pelos trabalhadores de saúde, individualmente ou em equipes, maior será a possibilidade de se compreender o problema de saúde enfrentado e maior a capacidade de enfrentá-lo de modo adequado, tanto para o usuário do serviço quanto para a própria composição dos processos de trabalho (MERHY, 2004)

A busca de compreensão tendo os recursos culturais como disparadores está relacionada ao saber leigo que foi discutido nos resultados desse estudo. Embora possa haver outras formas de capacitações e processos de educação permanente concomitantes, essa ação favorecerá maior apropriação sobre os temas de forma articulada com o cotidiano e com a cultura, fomentando a reflexão.

Serão apresentados filmes, trailers, indicação de textos, livros e outros materiais culturais. Considerando o interesse demonstrado pelos temas, pretende-se também com esse recurso propiciar um repertório comum a todos os profissionais envolvidos e disparar discussões. Essa ação que envolverá as unidades participantes deste estudo, terá potencial de alcançar outras, uma vez que o material poderá ser compartilhado com os outros profissionais e com outras equipes de matriciamento.

PLANO DE AÇÃO PARA A CAIXA DE FERRAMENTAS

Cinema é como um sonho, como uma música.

*Nenhuma arte perpassa a nossa consciência da forma como um filme faz;
vai diretamente até nossos sentimentos, atingindo a profundidade dos quartos
escuros de nossa alma.*

Ingmar Bergman

Objetivo

O objetivo deste material é promover a troca e compartilhamento de material relacionado à saúde mental ou que faça referência a esse tema e sobre o cuidado ao sofrimento psíquico sob a perspectiva da desinstitucionalização. A constituição desse arquivo procura contribuir para a discussão e aprofundamento dos temas relacionados favorecendo a ampliação do olhar e a reflexão., utilizando-se de recursos culturais.

Partindo-se do interesse relacionado à temática, serão utilizadas algumas referências já utilizadas em reuniões de apoio matricial e também serão incluídas as que surgirem nos próximos encontros. Será, portanto, um produto aberto, que vai ser atualizado pelos próprios profissionais envolvidos nessas discussões e que abordará os temas através dessas formas artísticas, buscando um caminho de formação e capacitação que não reproduza a lógica de transmissão de informação.

Operacionalização

Durante a reunião de apoio matricial, serão apresentados os resultados deste estudo e a proposta de criação da "Caixa de Ferramentas". Uma caixa será disponibilizada com esse fim, onde poderão ser depositadas as sugestões dos integrantes. A ideia é que esse material possa ser utilizado pelas equipes nas próprias reuniões ou fora delas, de acordo com a disponibilidade.

Há pelo menos dois arranjos possíveis para esta operacionalização:

1. a sugestão pode ser efetivada na própria reunião, por ex. a exibição de um trecho do filme ou leitura conjunta de um texto seguidos de um debate.

2. a partir da sugestão, os participantes podem se apropriar do material individualmente conforme sua disponibilidade pessoal e interesse para posteriormente contribuírem na discussão da reunião seguinte. A discussão pode ser disparada pelas pessoas que tiveram a disponibilidade e interesse de se apropriarem do material e pode envolver os outros participantes, até mesmo instigando-os a usufruir do material.

Espera-se que dessa forma, seja criado um fluxo contínuo de aquisição de novas informações e discussões através de uma estratégia diferente das capacitações formais conteudistas e trazendo possibilidades próximas às vidas das pessoas, inclusive o surgimento de assuntos extremamente atuais.

Também será criado um arquivo digital, compilando todo o material. Ele será sempre atualizado e poderá ser disponibilizado por *e-mail* e compartilhado com outros serviços e outras equipes matriciadoras.

O material conterà:

- sugestões de filmes, curtas-metragens, vídeos e documentários
- sugestões de músicas
- sugestões de textos
- sugestões de leitura

A seguir serão apresentadas algumas sugestões de filmes, documentários e curtas, porém é importante ponderar que as mesmas podem ser utilizadas ou não devido o caráter colaborativo da ação.

Sugestões iniciais para a Caixa de Ferramentas²

Filmes:

Cisne Negro, 2001 - Direção: Darren Aronofsky

assuntos relacionados : dualidade, crise, busca de perfeição, conflito emocionais

Geração Prozac, 2001 - Direção: Erik Skjoldbjaerg

assuntos relacionados: depressão, medicalização, instabilidade emocional, relação com a medicação, relação com o médico.

Dá para fazer, 2008 - Direção: Giulio Manfredonia

assuntos relacionados: desinstitucionalização, psiquiatria democrática italiana, reabilitação psicossocial

O solista, 2009 - Direção Joe Wright

assuntos relacionados: esquizofrenia, amizade, laço, vínculo

Adam, 2009 - Direção: Max Mayer

assuntos relacionados: autismo, inclusão, vínculo, afeto

Mary e Max: uma amizade diferente, 2009 - Direção: Adam Elliot

assuntos relacionados: síndrome de asperger, vínculo, amizade

O lado bom da vida, 2013 - Direção: David O. Russel

assuntos relacionados: internação psiquiátrica, depressão, reabilitação, transtorno afetivo bipolar

² IMDB. Internet Movie Database. 2017. Disponível em www.imdb.com. Acesso em 10/07/2017

Bem me quer, mal me quer, 2013 - Direção: Laetitia Colombani

assuntos relacionados: obsessão

Nise – o coração da loucura, 2015 - Direção: Roberto Berliner

assuntos relacionados: manicômio, reforma psiquiátrica, desinstitucionalização, arte.

Sentimentos que curam, 2015 - Direção: Maya Forbes

assuntos relacionados : Transtorno afetivo bipolar, família, doença

Loucas de alegria, 2016 - Direção: Paolo Virzi

assuntos relacionados: internação psiquiátrica, desinstitucionalização, doença

Documentários:

Estamira, 2006 - Direção: Marcos Prado

assuntos relacionados: exclusão, doença mental, desejo, história da loucura

O riso dos outros, 2008 - Direção: Pedro Arantes

assuntos relacionados: limites éticos do humor

The mask you live in, 2015 - Direção: Jennifer Siebel Newsom

assuntos relacionados: gênero como construção social, pressões e estereótipos, papel do homem na sociedade.

Curtas-metragens:

A casa dos pequenos cubos, 2008 - Direção: Kunio Kato

assuntos relacionados : solidão, memória, devir

O emprego, 2008 - Direção: Santiago Grasso

assuntos relacionados: relações de trabalho

La Luna, 2011 - Direção: Enrico Casarosa

assuntos relacionados: tornar-se pessoa, individualidade

Vivência no CAPS Centro

Apresentação

A proposta desta ação surgiu na discussão propiciada pelo grupo focal onde os participantes apontaram para um estreitamento de relações entre CAPS e equipe da Atenção Básica, porém esse estreitamento poderia ser ampliado para além da figura da profissional apoiadora e também para além das próprias reuniões. Sugeriram uma aproximação maior através de uma visita ao CAPS onde pudessem ver de perto e vivenciar o que vinha sendo apreendido nas reuniões. Assim, a partir do que foi proposto pelos participantes nos GFs, pretende-se organizar um momento de vivência dentro do CAPS. Os agentes serão convidados a participar de atividades desenvolvidas durante a hospitalidade diurna tais como a convivência e oficinas. A ideia é que esse momento seja planejado pela pesquisadora, pelos próprios usuários do CAPS e pelos estagiários, caracterizando uma recepção.

Essa ação, que envolverá todos esses atores, possibilitará um estreitamento de relações e uma maior compreensão para os dois polos que envolvem a estratégia de matriciamento: CAPS e atenção básica. Planeja-se utilizar recursos da câmera de celular para registro em vídeo e fotos de alguns momentos dessa vivência.

PLANO DE AÇÃO PARA VIVÊNCIA NO CAPS CENTRO

Primeiro momento - Oficina de planejamento no CAPS

Será proposto aos estagiários e usuários do CAPS, juntamente com a pesquisadora, o planejamento de atividades a serem realizadas com os agentes comunitários objetivando integração, reconhecimento do serviço e colaborar na apreensão da Rede de Atenção Psicossocial.

A ideia central é que os usuários possam recepcionar os “visitantes” e que estes possam participar de algumas atividades que ocorrem no cotidiano do CAPS Centro. Dessa forma espera-se que nessa oficina de planejamento possa haver a definição de alguns pontos :

- datas possíveis para a visita dos agentes comunitários
- definição conjunta de quais atividades realizadas no CAPS poderão recepcioná-los (como por exemplo reconhecimento do espaço físico, apresentações entre todos, apresentação dos "cotidiano ", lanche, oficinas, etc.).
- definição de papéis e divisão de tarefas para que o planejamento se efetive até a data da execução e também para a condução da atividade.
- elaboração conjunta de convite e roteiro da programação planejada, ambos a serem apresentados para os agentes.

Segundo momento

Em seguida a essa construção coletiva, será efetivado o convite aos agentes (participantes desta pesquisa) de ambas as Policlínicas e o agendamento conforme a disponibilidade deles. Será apresentado na ocasião, o roteiro das atividades propostas.

Na data agendada, as ações seguirão conforme o planejamento do momento anterior. Espera-se com essa atividade, não somente proporcionar um momento de interação

entre as pessoas envolvidas nesses serviços, mas também possibilitar um conhecimento "vivo" capaz de ampliar o entendimento de diversas questões relacionadas à saúde mental.

Terceiro momento

Após a vivência proposta, planeja-se um momento de avaliação dessa vivência. Esse momento poderá ocorrer durante a reunião de apoio matricial seguinte, propiciando novo momento de troca já com os outros membros das equipes da Atenção Básica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS cuidado em liberdade, defesa de direitos e rede de atenção psicossocial. **Relatório de Gestão.** 2011-2015. Brasília, DF, 2016.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver - SUS Brasil: cadernos de textos.** Brasília, DF, 2004. p. 108-137. (Série B - Textos Básicos de Saúde). Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/O_ato_de_cuidar__a_alma_dos_servicos_de_saude/59. Acesso em : 20 fev. 2017.

OLIVEIRA, G. N. Apoio matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: CAMPOS, G. W.S.; GUERRERO, A. V. P. In: **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada.** 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2013. p.273-82.

RODRIGUES, E. S.; MOREIRA, M. I. B. A interlocução da saúde mental com atenção básica no município de Vitória/ES. **Saúde soc.**, São Paulo, v.21, n.3, p.599-611, set. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902012000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 mar. 2017.

IMDB. Internet Movie Database. 2017. Disponível em www.imdb.com. Acesso em 10/07/2017