

ADRIANA DIAS SILVA

**ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL ESTADUAL DE PORTO VELHO QUANTO
À IMPLANTAÇÃO DO APOIO MATRICIAL NO ATENDIMENTO
À SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde, CEDESS/UNIFESP.

SÃO PAULO

2013

ADRIANA DIAS SILVA

**ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL ESTADUAL DE PORTO VELHO QUANTO
À IMPLANTAÇÃO DO APOIO MATRICIAL NO ATENDIMENTO
À SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde, CEDESS/UNIFESP.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cecília Sonzogno

**SÃO PAULO
2013**

Silva, Adriana Dias

Análise das condições do Centro de Atenção Psicossocial estadual de Porto Velho quanto à implantação do apoio matricial no atendimento à saúde mental/ Adriana Dias Silva. – São Paulo, 2013.

xiv, 118f.

Tese (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo. Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde – CEDESS.

Título em inglês: Analysis of Psychosocial Attention Center conditions in the city of Porto Velho as to establishment of a matrix support service in mental health.

Palavras-chave: 1. Apoio matricial. 2. Saúde Mental. 3. Formação. 4. Educação Permanente.

ADRIANA DIAS SILVA

Análise das condições do Centro de Atenção Psicossocial estadual de Porto Velho quanto à implantação do apoio matricial no atendimento à saúde mental

Diretora do CEDESS

Profa. Dra. Irani Ferreira da Silva Gerab

Coordenadora do Mestrado

Profa. Dra. Sylvia Helena Souza da S. Batista

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cecília Sonzogno

Profa. Dra. Gizelda Monteiro da Silva

Profa. Dra. Maria Cristina Mazzaia

Prof. Dr. Gilberto Tadeu Reis da Silva

São Paulo, 26 de agosto de 2013

“Nos processos de ensino-aprendizagem, significaria ocupar-se em polir lentes, avivar o terceiro olho (os olhos da alma), aquele que permite ver a vida além das aparências falsas, para produzir uma visão livre, inspirada e inventiva, assim como fazem os artistas, os sábios e os filósofos”.

Deleuze, 1970

AGRADECIMENTOS

Ao Pai Amado, pela responsabilidade que me confiou em assumir essa tarefa em meio a tantas outras; pela coragem e apoio ao oferecer-me sustentação desde as minhas primeiras buscas na inserção em um programa de mestrado, e a certeza de quando estava pronta para confiar que poderia alçar vôos...

À minha orientadora, que tão gentilmente identificou-se nesse papel de me orientar. Ainda lembro como hoje do seu primeiro contato pelo e-mail logo que houve a distribuição de orientadores do CEDESS para o MP Norte: às minhas orientandas: Alexandra e Adriana. Duas orientandas com vínculos na saúde mental, que ela buscou sempre entender com tanta fineza e educação... Meu eterno agradecimento! Peço desculpas pelas vezes que não me fiz entender com a questão da bipolaridade saúde mental/atenção básica.

Aos professores do mestrado: Maria Cecília Sonzogno, Sylvia Helena Souza da Silva Batista, Nildo Alves Batista, Paulete Goldenberg, Geraldo Cunha Cury, Irani Ferreira da Silva Gerab, Otília Maria Lúcia Barbosa Seiffert, Rosana Aparecida Salvador Rossit, Rita Maria Lino Tarcia, Lídia Ruiz Moreno, Gilberto Tadeu Reis da Silva, Pola Maria Poli de Araújo, José Antonio Marques Maia de Almeida e Mônica Parente Ramos, pela contribuição que ofereceram para a minha formação.

À Suely, quando tudo ainda era só uma busca de informação sobre o que continha o edital do Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde - MP Norte, ela gentilmente respondeu meu e-mail... Foi como um sinal ... Muito obrigada!

À Professora Dra. Simone Regina da Silva Conde e família, que tão gentilmente acolheu em sua residência, Ariadne, quando precisei levá-la, para Belém, e ela cochilava ao ter que também assistir aulas comigo. Agradeço!

Aos amigos do MP Norte pela interação terapêutica no compartilhamento de experiências e vivências: Alexandra Pinheiro Costa, Ana Flávia Nobre, Amanda Amorim, Andrea Costa, Celsa Souza, Cleson Moura, Denise Moreth Santana, Eliana Gomes, Elizângela Braga, Elza Almeida, Flávio Dias Silva, Gilvan Brolini, Helenira Barros, Hellen Silva, Israel Brito Souza, Itamar Gonçalves, Ivânia Storer, Josilene Rodrigues, Kátia Couceiro, Katiúscia Larsen Aguiar, Lagerson Mauad Freitas, Lêda França, Lisy Mota, Maísa Cristina Silva, Maribel Smith Neves, Mauro Lima, Melissa Cavalcante, Maria Helena Araújo, Patrícia Soares, Paulo Figueiredo, Ricardo Amaral Filho e Stella Martins.

Aos profissionais do CAPS Madeira Mamoré, por terem aberto as suas portas, e tão gentilmente aceitaram ser entrevistados. Tenham certeza do retorno!

Às amigas professoras da UNIR: Solange Mendes Vieira e Jeanne Lúcia Gadelha de Freitas, pela possibilidade da interação com elas: chorar, ter esperança, sorrir, enfim, viver acreditando que é possível...

À professora Jeanne, pela força e pelo aprendizado ofertado nessa viagem que é a pesquisa qualitativa...

Às amigas Celsa, Kátia, Melissa, Lêda e Ivânia, pela descontração nos encontros do MP Norte.

À amiga Kátia e família, pela abertura de sua residência em São Paulo. Acolhida imprescindível para alguém que ainda estava por descortinar a grande metrópole...

À amiga Ivânia, pela companhia no MP Norte, ao dividir gastos com hospedagem e alimentação, esperanças, conhecimento, lágrimas, angústias e perspectivas, e agora, na vida, pós-MP Norte. Meu muito obrigada!

À minha família: ao meu tio que se foi durante essa minha trajetória do MP Norte... Um pouco do meu agradecimento...

À minha mãe e minha avó, pela ajuda que tanto me ofertaram durante a minha existência, e muito, durante o MP Norte...

Ao meu pai, quando lá atrás me abriu as portas para alçar vôos nessa ponte aérea da minha vida: João Pessoa - Porto Velho, e todo o aprendizado que adquiri durante essa jornada.

Às minhas irmãs: Aline e Alane, meu tio Aluisio, agradeço, por existirem!

Às amigas: Maristela, Bia, Maria e Silvia, pelo apoio que me deram, acolhendo Ariadne, em suas casas, durante todas as viagens do MP Norte. Meu grande agradecimento!

Ao Magno, presença amada e afetuosa em minha vida. Tenho muito a te agradecer por tudo!

Por fim, a Ariadne, filha, presença imprescindível em minha vida, razão de minha existência...

SUMÁRIO

Agradecimentos.....	v
Lista de abreviaturas e siglas.....	ix
Lista de figuras.....	Xi
Lista de quadros.....	Xii
Resumo.....	Xiii
Abstract.....	Xiv
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	8
2.1 Reforma psiquiátrica no Brasil.....	9
2.2 A relação saúde mental e a atenção básica.....	15
2.3 O apoio matricial no contexto da saúde mental.....	20
3. OBJETIVOS.....	27
3.1 Objetivo Geral.....	28
3.2 Objetivos Específicos.....	28
3.3 Proposta de produto.....	28
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	29
4.1 Delineamento da Pesquisa.....	30
4.2 Contexto da Pesquisa.....	31
4.3 Aspectos Éticos e Legais.....	34
4.4 Sujeitos da Pesquisa.....	35
4.5 Coleta de Dados.....	38
4.6 Análise de Dados.....	40
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	44
A. O diagnóstico situacional do CAPS Madeira Mamoré: um olhar sobre a sua infraestrutura.....	45
B. O Conhecimento dos profissionais do CAPS Madeira Mamoré sobre Apoio Matricial.....	52
C. Características das atividades desenvolvidas no CAPS Madeira Mamoré.....	60
D. O CAPS, os profissionais e a preparação para matricular.....	67
E. Limites e possibilidades das equipes para o desenvolvimento de Apoio Matricial...	72
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
7. REFERÊNCIAS.....	97
APÊNDICE.....	103
ANEXOS.....	115

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AM	Apoio Matricial
CAPS MM	Centro de Atenção Psicossocial Madeira Mamoré
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial para cidades de pequeno porte
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial para cidades de médio porte
CAPS III	Centro de Atenção Psicossocial 24 horas
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas
CAPsi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEDESS	Centro de Desenvolvimento de Ensino Superior em Saúde
CERSAMs	Centros de Referência em Saúde Mental
CNSM	Conferência Nacional em Saúde Mental
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DOU	Diário Oficial da União
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
GM	Gabinete do Ministro
HUMANIZA SUS	Programa de Humanização do Ministério da Saúde
Matri	Mãe
MPNorte	Mestrado Profissional da Região Norte
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PEM	Profissional da Equipe Multiprofissional

PEMC	Profissional da Equipe Multiprofissional Coordenador
PMAQ	Programa de Monitoramento da Qualidade na Atenção Básica
PEMR	Profissional da Equipe Multiprofissional Residente
POC	Policlínica Osvaldo Cruz
PSF	Programa de Saúde da Família
Psi	relativa à área da Psique
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SES RO	Secretaria de Saúde de Rondônia
SM	Saúde Mental
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNIR	Universidade de Rondônia

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Portas de entrada do usuário de saúde mental em Porto Velho.	4
Figura 2 –	Rede de Saúde Mental em Porto Velho.....	5
Figura 3 –	Ações desenvolvidas nos Centros de Atenção Psicossocial.....	6
Figura 4 –	Complementaridade entre equipes matriciadoras e de referência.....	21
Figura 5 –	Municípios com CAPS no estado de Rondônia.....	32

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Linha do tempo das reformas psiquiátrica e sanitária.....	17
Quadro 2 – Demonstrativo de cobertura de CAPS no Brasil e Região Norte..	31
Quadro 3 – Identificação dos sujeitos entrevistados.....	37
Quadro 4 – Categorias de análise.....	43

RESUMO

SILVA, Adriana Dias. **Análise das condições do Centro de Atenção Psicossocial estadual de Porto Velho quanto à implantação do apoio matricial no atendimento à saúde mental.** 2013. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, Centro de Desenvolvimento de Ensino Superior em Saúde – CEDESS. 118 p.

Este estudo busca compreender a realidade do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Madeira Mamoré, do município de Porto Velho, estado de Rondônia, na Amazônia brasileira, e identificar como o projeto pedagógico terapêutico, entre equipes de saúde de referência e matriciadoras, denominado de apoio matricial, está sendo implantado no serviço pesquisado; como cenários referentes ao serviço e aos processos de trabalho das equipes ocorrem em consonância com o apoio matricial, proposto pelo Ministério da Saúde, e quais são os limites e possibilidades do CAPS Madeira Mamoré, em relação à sua infraestrutura, formação e educação permanente, e a vinculação com o apoio matricial. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo e exploratório. A coleta de dados compreendeu análise de documentos, observação sistemática do ambiente sob estudo e entrevistas com oito profissionais da equipe multiprofissional, do CAPS Madeira Mamoré. Os dados foram coletados após parecer de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UNIFESP, sob o número 38312/12. O teor contido nas entrevistas dos profissionais foi gravado, e logo em seguida transcrito na íntegra. Após a análise de conteúdo das entrevistas, da sistematização dos registros de observação e da análise documental foi possível classificar os resultados em categorias de análise. Dentre as impressões levantadas é possível reconhecer em que momento os profissionais e o CAPS Madeira Mamoré se encontram para o desenvolvimento do apoio matricial; foi perceptível no processo de trabalho das equipes detectar alguns elementos importantes para o desenvolvimento do apoio matricial, bem como identificar algumas necessidades básicas para aperfeiçoamento dos processos de formação e educação permanente dos profissionais, que precisam ser mais bem conduzidos, para que a atenção em saúde mental, e especificamente, para o apoio matricial possam ser mais resolutivos. Por fim, foi possível também entender o que um serviço de saúde mental aponta como dificuldades e possibilidades para os processos de trabalho exigidos no apoio matricial, que requerem elementos relacionados à capacidade de se trabalhar em grupo; de se exercer a interdisciplinaridade; de se realizar uma escuta acolhedora; de se transferir conhecimento especializado e de se construir um plano terapêutico integral entre equipes de saúde matriciadoras e de referência através do compartilhamento de saberes e práticas.

Palavras-chave: Apoio matricial; Saúde Mental; Formação; Educação Permanente

ABSTRACT

SILVA, Adriana Dias. **Analysis of Psychosocial Attention Center conditions in the city of Porto Velho as to establishment of a matrix support service in mental health.** 2013. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, Centro de Desenvolvimento de Ensino Superior em Saúde – CEDESS. 118 p.

The aim of this study is to understand the reality of Psychosocial Attention Center Madeira Mamoré, city of *Porto Velho*, State of Rondônia, in the Brazilian Amazon, and also to identify how a therapeutic pedagogical project among reference and action monitoring teams in health, called matrix support service, is being developed in the investigated service; how these settings related to teams' service and work processes occur in line with the matrix support service, proposed by the Ministry of Health, and what are the limits and possibilities of CAPS Madeira Mamoré, in relation to infrastructure, training and permanent education, and the linkage with the matrix support service. This is a qualitative, descriptive and exploratory study. Data collection consisted of document analysis, systematic observation of the analyzed environment and interviews with eight (8) professionals of the multiprofessional team of the CAPS Madeira Mamoré. Data were collected after approval of the Ethics Committee at the UNIFESP, under the number 38312/12. Content of the interviews with professionals were recorded, and then immediately transcribed in full. After the content analysis of the interviews, systematization of observation records and document analysis were performed and classified into categories of analysis. Among the results, it was possible to recognize when professionals of the Madeira Mamoré CAPS meet to plan the matrix support development; it was possible to detect in the work process of the teams some important elements for the development of matrix support service, as well as to identify some basic needs for improvement of the training process and permanent education of professionals, who are in need of being more properly oriented, so that the mental health care, and specifically the matrix support service could be more positive. Finally, we could understand what a mental health service points as difficulties and possibilities for the work processes required in the matrix support service such as elements related to the ability to work in groups; to exercise interdisciplinarity; to perform a welcome listening; to transfer expertise and to build a comprehensive treatment plan between health teams and those involved in the reference and matrix support teams and through the sharing of knowledge and practices.

Keywords: Matrix support; Mental Health; Training; Permanent Education.

1. INTRODUÇÃO

Ao visualizar minha atuação, sobretudo no momento atual, encontro-me na docência, utilizando metodologias ativas, em conteúdos de “Enfermagem em Saúde da Criança”, “Saúde Coletiva e Administração em Enfermagem” como também “Enfermagem em Saúde Mental”, sendo esta última disciplina ministrada na graduação e na Residência Multiprofissional em Saúde Mental.

Minha curiosidade, melhor dizendo minha afinidade pela escolha de um tema para dissertação que inclui Saúde Mental na interface com a Atenção Básica ocorreu pelo envolvimento com a disciplina “Enfermagem em Saúde Mental”, desenvolvida ao longo de três semestres consecutivos, indagando-me sobre como decodificar, ou mesmo criar mecanismos para que uma atenção em saúde mental no contexto da atenção básica fosse viabilizada.

Ao adentrar à problemática de pesquisa relacionada à saúde mental é possível caracterizá-la por uma diversidade de questões tais como: a) negação ao “assistir” devido a séculos de preconceitos; b) visualização da saúde mental apenas nos contextos dos asilos hospitalares; c) a mudança de proposta relativa à Reforma Psiquiátrica pelos novos modelos de Saúde Mental; d) por um contingente de usuários e seus familiares compondo estatísticas atuais que destacam casos de depressão, distúrbios de ansiedade, enfim, que requerem um local para o seu acolhimento, ou seja, para a consolidação do que a Reforma Psiquiátrica conjuntamente com a Lei Orgânica da Saúde instituíram como direitos; e) a Atenção Básica como modalidade resolutive no sistema de saúde para a redução de danos e internações; f) as premissas da promoção à saúde; g) o necessário acolhimento das famílias de usuários de saúde mental; h) a condução de casos através de mecanismos de referência e contra referência para os usuários em saúde mental.

Penso que refletir sobre como as abordagens que envolvem a saúde mental e a atenção básica estão sendo desenvolvidas na conjuntura das instituições de ensino superior, e a partir de um contexto multiprofissional pode indicar caminhos para os serviços de saúde na busca da implantação e consolidação de “olhares” mais resolutivos para a temática.

Também cabe como justificativa minha atuação na gestão dos serviços de saúde, especificamente na gestão da atenção básica, na Secretaria Estadual de Saúde, quando já me era imposto pensar e planejar um possível entrelaçamento entre saúde mental e atenção básica na gestão dos serviços, e na gestão dos processos educativos para o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto educação permanente.

Quando faço referência a olhares mais resolutivos à formação profissional (graduação e residência multiprofissional) e à gestão educativa dos serviços, com destaque para a educação permanente, penso na interdisciplinaridade, na clínica ampliada, no acolhimento, na capacidade de “projetar um olhar” para as subjetividades humanas, e de trabalhar em equipe, como competências primordiais para o desenvolvimento de um modelo que envolva a interface saúde mental e atenção básica, representada pelo apoio matricial.

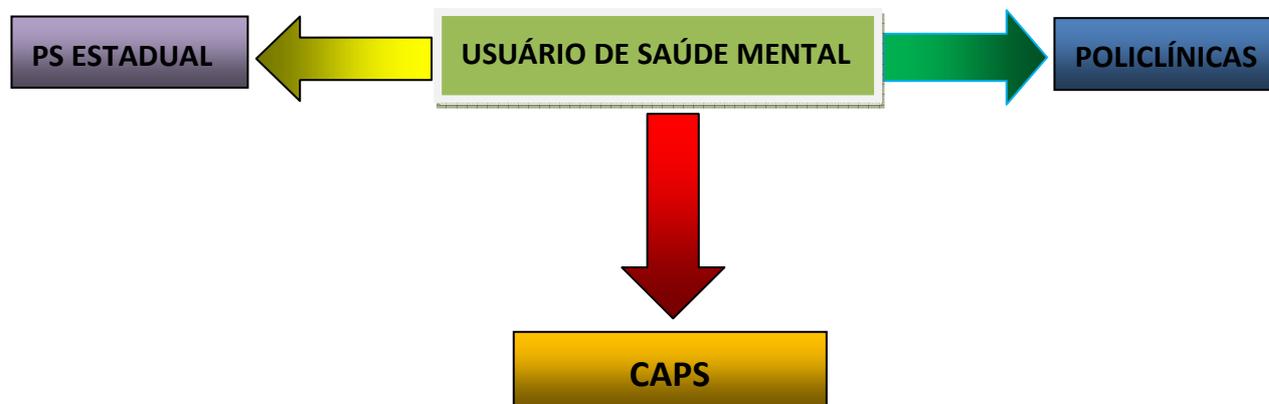
Questiono também: Quais as competências a serem atingidas por discentes e profissionais para o alcance desta interface? Como estas competências devem constar nos planejamentos de ensino ligados aos processos de formação? O que os serviços elegem como prioridades na gestão educativa para o “fazer” no SUS, e no que isto representa como propulsão para as transformações que este SUS anseia?

Ao considerar que o “apoio matricial”, caracterizado como projeto pedagógico terapêutico e interdisciplinar a ser desenhado entre as equipes de saúde mental e as de atenção básica e, sendo este “apoio” uma das atribuições dos serviços de atenção em saúde mental, os chamados CAPS - Centros de Atenção Psicossocial, ressalto a importância de explorar este tema como recorte para ser visualizado em um dos serviços de atenção em saúde mental, no município de Porto Velho, estado de Rondônia, Amazônia Brasileira.

O município de Porto Velho dispõe de uma ala psiquiátrica no Hospital de Base Ary Pinheiro, uma unidade de saúde estadual que serve como referência para todos os 52 municípios do estado. Possui também quatro Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, sendo um estadual cuja referência de serviços

abrange alguns municípios do estado de Rondônia, e o outro é o Centro de Atenção Psicossocial Três Marias, uma unidade de saúde mental municipal que referencia apenas os usuários de saúde mental do município de Porto Velho. Recentemente o município de Porto Velho implantou um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas - CAPSad e um Centro de Atenção Psicossocial Infantil - CAPSi, cuja atenção em saúde mental está voltada para as ações de controle sobre o abuso de álcool e drogas e às condições de saúde mental de crianças e adolescentes respectivamente.

A figura 1 apresenta os locais de acesso à assistência à saúde mental instituídos no município de Porto Velho, o qual possui como portas de entrada para os usuários de saúde mental: as Policlínicas de Urgência e Emergência, O Pronto Socorro Estadual João Paulo II e o próprio Centro de Atenção Psicossocial.



Fonte: Dados da Pesquisa, coletados em 2012.

Figura 1 – Portas de entrada do usuário de saúde mental em Porto Velho.

A figura 2 apresenta o modelo de rede de saúde mental no município de Porto Velho, o qual é composto por centros de atenção psicossocial e pela ala psiquiátrica do Hospital de Base.

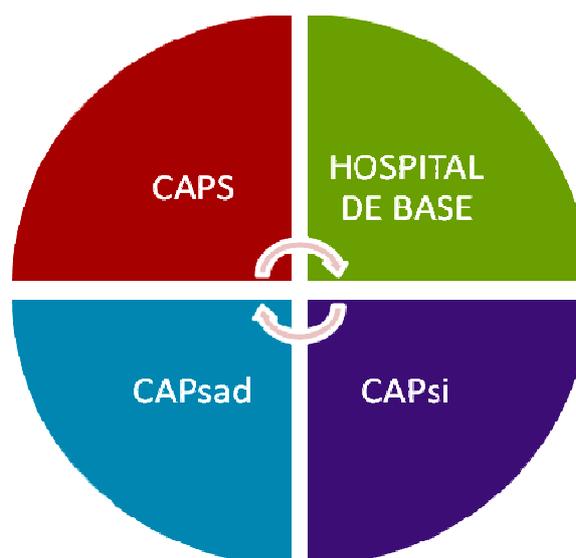
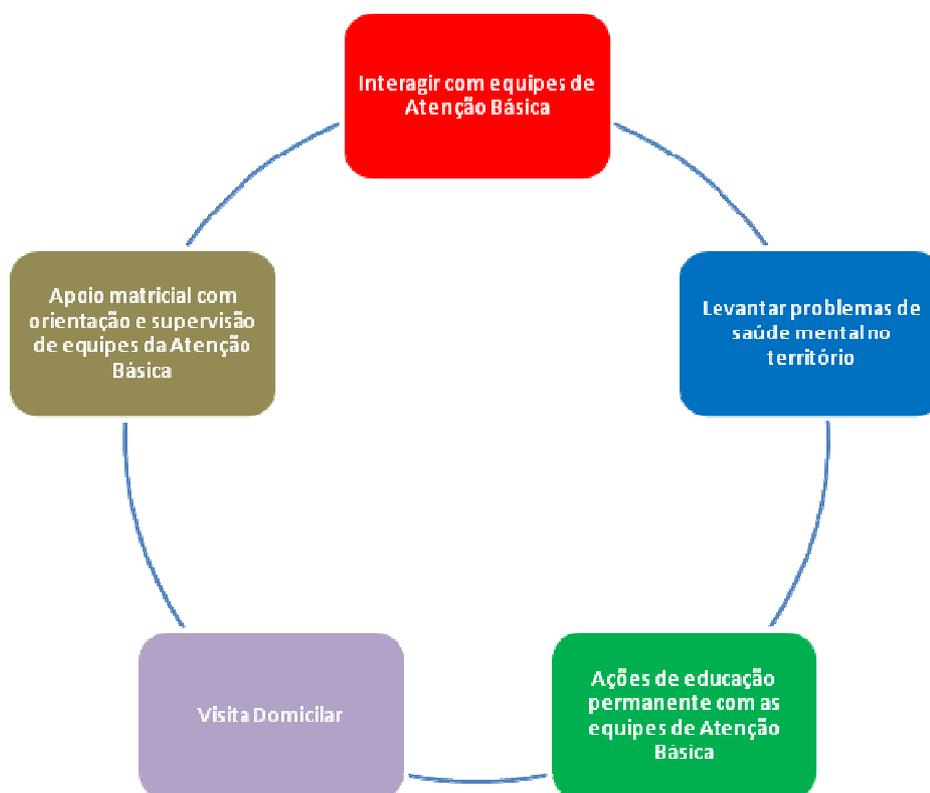


Figura 2 – Rede de Saúde Mental em Porto Velho.

Para este estudo elegi o CAPS estadual devido a este ser composto por ampla equipe multiprofissional, cenário propício para se conhecer o processamento do apoio matricial, e como a sua equipe de saúde o vislumbra como estratégia de inserção da saúde mental na atenção básica; como se dá o desenvolvimento entre as equipes de atenção básica e as equipes de saúde dos CAPS; como ocorre o acompanhamento e discussão dos casos de saúde mental entre ambas as equipes; e que demandas para a formação e a educação permanente são destacadas e propostas pela equipe, na perspectiva do desenvolvimento do apoio matricial.

Dentre as diferentes atribuições de um Centro de Atenção Psicossocial tem-se o desenvolvimento do apoio matricial, que se fundamenta na orientação e supervisão de equipes de Atenção Básica por equipes de saúde mental dos centros de atenção psicossociais.

A figura 3 reflete em parte o escopo das ações de um centro de atenção psicossocial.



Fonte: Dados da Pesquisa, Coletados em 2012.

Figura 3 – Ações desenvolvidas nos Centros de Atenção Psicossocial.

Continuando, como desenvolver competências entre as equipes de apoio matricial (equipes do CAPS) e de referência (equipes de Atenção básica) no sentido do aprendizado de uma escuta qualificada e terapêutica, como realizar acolhimento para assistir a dor do outro; como interagir em equipe de forma interdisciplinar e multiprofissional enfim.

Estes, sem dúvidas, representam verdadeiros cenários para o aprendizado das equipes matriciais em relação às ações que deverão ser empreendidas no projeto do apoio matricial.

E, sendo assim, tenho como objeto de estudo as condições legítimas do CAPS Estadual de Porto Velho para implantação do Apoio Matricial no atendimento à Saúde Mental: como estão caracterizados os serviços de atenção à saúde mental na perspectiva do desenvolvimento do apoio matricial, e que demandas para a formação e a educação permanente as equipes de saúde mental deste serviço propõem.

Nesse sentido descrevo a caracterização dos serviços de saúde mental disponíveis, abrangendo equipe, capacidade instalada, formação de pessoal, processos de trabalho e projetos de capacitação, na perspectiva de apontar para a formação e a educação permanente elementos para a reflexão em prol do apoio matricial proposto pelo Ministério da Saúde.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Reforma psiquiátrica no Brasil

O marco referencial da desinstitucionalização brasileira é a Lei 180 da reforma psiquiátrica italiana aprovada em 1978, sob pressão popular pelo Parlamento italiano, que proibia novas internações em manicômios, determinava seu esvaziamento progressivo e definia a necessidade da criação de estruturas territoriais que respondessem à demanda, abolindo a ligação imediata e necessária entre a doença e a noção de periculosidade social (BARROSO et al., 2004). Esta lei demonstrou forte poder de mobilização social, política e cultural, valorizando os direitos de cidadania do doente mental, oferecendo-lhes soluções alternativas de tratamento na comunidade (AMARANTE, 2003).

Ela teve como ponto de partida as experiências de Franco Basaglia, psiquiatra italiano. Ele e sua equipe mostraram a possibilidade de haver uma nova Psiquiatria, capaz de romper com os padrões psiquiátricos da loucura como um fenômeno exclusivamente médico-clínico sem, contudo, negar a doença mental, negando, sim, o monopólio da Psiquiatria sobre a complexidade de tal fenômeno (BARROSO et al., 2004).

Basaglia acreditava, portanto, na produção de vida, de novas subjetividades e possibilidades, buscando a sociabilização, humanização e produção do doente mental. Defendia a noção de que o louco era, acima de tudo, um cidadão e, assim, teria direito a receber uma assistência digna do seu sofrimento (BARROSO et al., 2004).

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 1970, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias do cuidado (BRASIL, 2005).

O processo da reforma psiquiátrica no Brasil teve início em 1978, no Rio de Janeiro, com o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde

Mental (MTSM), e foi considerado o fator estratégico para as reformas no campo da saúde mental. Vários fatores sociais e econômicos contribuíram para desencadear, em todo Brasil, um processo de construção de uma nova política de saúde mental, que pudesse oferecer ao indivíduo, portador de transtorno mental, uma atenção mais humanizada e efetiva, a partir do conceito de desinstitucionalização, procurando entender a função social da psiquiatria e suas instituições, para além de seu papel explicitamente médico-terapêutico (OGATA, FUREGATO, SAEKI, 2000; AMARANTE, 2003).

A Reforma Psiquiátrica no Brasil assumiu identidade política e social complexas, imperativas à implantação do Sistema Único de Saúde, em 1990, e eclodiu atreladamente aos movimentos que se constituíram para a reforma sanitária.

No ano de 1978, entre os movimentos emergentes, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) se destaca por ser “o precursor e o principal protagonista do processo de transformação das práticas e saberes em Saúde Mental e assistência psiquiátrica no Brasil” (AMARANTE, 2005:125).

O movimento de Reforma trouxe à tona a experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e lançou para o país as primeiras propostas e ações para reorientação da assistência em saúde mental, em 1987, na Primeira Conferência Nacional em Saúde Mental, no Rio de Janeiro.

Nesse período então, ocorrem dois eventos essenciais para o alcance das propostas da Reforma Psiquiátrica: a desativação da Colônia Juliano Moreira, no estado do Rio de Janeiro e o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial, na cidade de São Paulo.

Em 1989 dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país.

No Rio Grande do Sul, ocorreu o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, o qual se denominou “Fórum Gaúcho de Saúde Mental”, formado por trabalhadores de saúde, familiares e pessoas portadoras de

sofrimento psíquico, preponderante no processo de discussão da lei de reforma psiquiátrica, realizando eventos, campanhas, comunicações e debates na imprensa de todo o estado. Este movimento caracterizou-se como um dos pioneiros, na história do Brasil, em estabelecer uma legislação psiquiátrica que contemplasse a nova lógica de saúde mental, por meio da Lei nº 9.716, de 7 de agosto de 1992. Esta lei estabeleceu a substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos por uma Rede de Atenção Integral em Saúde Mental, e determinou regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias (DIAS, 2007)

Este conjunto de fatos e iniciativas propiciou um importante movimento de transformações no campo da Saúde Mental no Brasil. Outro marco importante para a Saúde Mental da América Latina foi a Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, realizada em Caracas, Venezuela, em 1990 (ESTEVAM, 2009).

Neste encontro, no qual o Brasil foi representado e signatário, foi promulgado o documento final intitulado “Declaração de Caracas”. Nele, os países da América Latina, inclusive o Brasil, comprometem-se a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, rever criticamente o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico, salvaguardar os direitos civis, a dignidade pessoal, os direitos dos usuários em participar ativamente de seu tratamento e em receber uma atenção contínua e integral, e propiciar a sua permanência em seu meio comunitário (OMS, 1990; DALLA VECCHIA; MARTINS, 2009).

Apenas em 2001, após 12 anos de tramitação o Projeto do deputado Paulo Delgado transforma-se em lei. Nasce então a Lei Federal 10.216 que redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária.

Este processo caracteriza-se por ações dos governos federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais, para efetivar a construção da transição de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, para um modelo de atenção comunitário. O período atual caracteriza-se por dois movimentos

simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, por um lado, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos, por outro (BRASIL, 2005).

Desde então, o modelo CAPS passou a ser experimentado nas diversas regiões do Brasil como principal investimento da política de saúde mental. Nas últimas duas décadas o número de CAPS implantados expandiu de forma expressiva em todo o território nacional (FIGUEIREDO, 2006).

Segundo dados do Ministério da Saúde, até o ano de 2011 existiam no Brasil cerca de 1.742 centros de atenção psicossocial, e a cobertura CAPS/100 mil habitantes é de 0,72, considerada muito boa segundo os parâmetros deste indicador de saúde.

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva. A criação desse CAPS e de tantos outros, com outros nomes e lugares, fez parte de um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram os únicos recursos destinados aos portadores de transtornos mentais (JULIANO, 2011).

Nesse contexto, os serviços de saúde mental surgem em vários municípios do país e vão se consolidando como dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial. Os NAPS/CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92, e eram definidos como referência da portaria GM 224/92:

(...) “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional”. (...)

Os CAPS – assim como os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país, são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias.

Conforme Portaria 336/GM (2002), os diferentes tipos de CAPS são:

CAPS I e CAPS II: *realizam atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes;*

CAPS III: *realizam atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes;*

CAPSi: *serviços dedicados à infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais;*

CAPSad: *serviços dedicados a usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação.*

Atualmente o Ministério da Saúde, na sua Cartilha – Redes de Produção de Saúde (BRASIL, Ministério da Saúde, 2009) delimita o desenho dos CAPS a partir de um sistema de redes com as seguintes características:

(...) a produção de saúde decorre da articulação de dois componentes estratégicos:

A produção ampliada de saúde depende:

Da organização do sistema de saúde, que pressupõe a construção de redes de atenção articuladas em um território. Um território de saúde deve:

- *Ser autossuficiente na organização e oferta de serviços de saúde, considerando, entre outros, a relação custo-efetividade; a construção de uma rede na saúde implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território: implica colocarmos em questão como eles estão se relacionando.*
- *Organizar a rede de atenção a partir da atenção básica, menor unidade-fração do território sanitário, de onde partem e se organizam necessidades e demandas de saúde;*
- *Construir e definir de forma inequívoca a responsabilidade sanitária de cada serviço e equipe de saúde, o que significa definir quem é responsável pelo quê e com que condições concretas contam para arcar com encargos sanitários.*

Além desses aspectos, a produção de saúde depende da integração de ações intersetoriais em um território, cujo intento requer a criação de:

- *Nova cultura de gestão territorial, que rompa com o entendimento de que somando-se o que cada política faz se produz ação integrada no território; assim, integrar não é somar, senão produzir ações comuns de forma partilhada e corresponsabilizada;*
 - *Mecanismos de cogestão de políticas e espaços coletivos para o encontro das diferenças de uma pluralidade de sujeitos e diferentes políticas para a produção de entendimentos e ação comum, que resultam de deslocamentos (deslocamentos de posições originais), produção de consensos (provisórios) e a contratação de tarefas de forma coletiva;*
 - *Inovações na gestão pública, decorrentes da ação criativa e criadora de coletivos guiados pela defesa e consolidação do bem-comum; inovações em concepções e na experimentação devem permitir avançar na organização e*
-

funcionamento da máquina do estado, cuja lógica predominante tem sido a do loteamento e isolamento de cada uma das áreas e políticas;

- *Sistemática de acompanhamento e avaliação do processo e dos resultados da ação intersetorial. Integrar o conjunto de ações de diferentes áreas e setores permite a construção de ação compartilhada e corresponsável, evitando sobreposição de ações e concorrência por recursos.*

O atual desafio das reformas no SUS tanto a sanitária quanto a psiquiátrica se constitui na necessidade de pactuar redes intrassetoriais, ou seja, funcionamentos integrados e construir pontes para redes intersetoriais nos eixos de atenção, assistência, formação e gestão.

2.2 A relação saúde mental e a atenção básica

A relação entre a Saúde Mental e a Atenção Básica reforça-se no histórico das Reformas Psiquiátrica e Sanitária, com o advento do SUS, e todos os movimentos que propiciaram essas reformas no Brasil, e também pela influência dos movimentos internacionais e em prol da desinstitucionalização em Saúde Mental.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira está inserido em um contexto reformista mais amplo, denominado Reforma Sanitária, que busca entre outras diretrizes a integralidade da atenção em saúde, a partir da crítica ao modelo centrado na doença, almejando o cuidado em saúde coletiva, implantando ações que privilegiem a promoção e prevenção em saúde (MIELKE, 2009)

Este é o modelo caracterizado pelas ações definidas na Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família, priorizando o conceito de territorialização, de vínculo e responsabilização com a comunidade aonde o usuário é visto e assistido em seu domicílio e cada vez mais distante das instituições hospitalares.

O quadro 1 apresenta um panorama das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, e as implicações que esses movimentos apresentaram, na ocorrência das atuais políticas públicas entre saúde mental e atenção básica. (JULIANO, 2011)

Quadro 1 – Linha do tempo das reformas psiquiátrica e sanitária.

MOMENTO HISTÓRICO	LIMITES	AVANÇOS
1950 Sanitarismo Campanhista - combate às doenças de massa	Estilo repressivo das decisões e pela divisão entre a saúde pública e a atenção médica.	A identificação da baixa efetividade na resolução dos problemas
1963: 3ª Conferência Nacional da Saúde	- Concentração política, administrativa e geográfica dos dispositivos assistenciais; - A ideia de atenção básica ligada à mínima de baixo custo e os problemas de saúde eram considerados problemas médicos.	- Sugere-se a extensão da cobertura através da criação de uma rede básica de serviços médicos – sanitários; - Campo que trata de doença mental aponta necessidade de constituição de serviços ambulatoriais, mediante divulgação de pesquisa de que 22% das internações psiquiátricas poderiam ser evitadas
1964: Ditadura Militar	- Expansão da assistência: compra de leitos em hospitais privados – hegemonia modelo médico privatista; - Indústria da loucura, doença mental objeto de lucro, proliferação dos hospitais psiquiátricos.	- Crise do modelo hegemônico setor saúde em 1970.
1970: Crise do modelo dominante – REFORMA SANITÁRIA	- Heterogeneidade setor saúde problemas fluxos de informações entre pessoas e serviços	- Apontam para os princípios de organização do sistema como descentralização, hierarquização, regionalização, e níveis crescentes de complexidade; - Novidade: a ideia de sistema regula o público e o privado, Lei 6.229 – 1975 organiza o sistema único de saúde.
1977: 6ª Conferência Nacional da Saúde	- Saúde Mental entendida como opostos da doença mental – atenção básica centrava-se na atenção nos casos leves;	- Expansão do sistema através da constituição de serviços de atenção básica centrados na prevenção de doenças; - Constituição de serviços extras hospitalares e profissionais de Saúde Mental integram equipes da atenção básica - modelo norte americano. - Constituição do Movimento dos trabalhadores da Saúde Mental, denúncias em relação à fábrica da loucura.
1980: 7ª Conferência Nacional da Saúde	- Restrições financeiras, interesses do capital privado e discurso psiquiátrico hegemônico.	- Extensão de saúde através dos serviços básicos influenciado pelo processo de redemocratização; - Aparecem fortes críticas ao interesse na doença como algo lucrativo.
1986: 8ª Conferência Nacional da Saúde 1987 -1ª Conferência Nacional da Saúde Mental	- Desafios: o modelo italiano de saúde Mental contempla 24h qualquer dia da semana- integrar as questões de rede intra setoriais e inter setoriais.	- Metade dos anos oitenta se constitui o Movimento Nacional de Luta Anti- Manicomial; - Modelo de substituição ao hospital psiquiátrico forte influencia modelo italiano – implantação dos CAPS – Rede de Atenção em Saúde Mental.
1992: 2ª Conferência Nacional da Saúde Mental - lei estadual 9716-1992		A 2ª CNSM define que a atenção integral requer um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais que partam de uma visão integrada de variadas dimensões. - A lei estadual da Reforma psiquiátrica do Rio Grande do Sul aponta alguns dispositivos: ambulatorios, emergências psiquiátricas, em hospitais gerais, hospitais dias, hospitais noite, centros de convivência.
2001: 3ª Conferência Nacional da Saúde Mental	Distanciamento da Proposta italiana: serviço regionalizado para atender todos os casos de Saúde Mental do território, no Brasil se distribui atendimento por patologia e serviço CAPS II, CAPS ad, CAPS I, CAPS III; - Descontinuidade estabelecida no plano da reforma psiquiátrica nos princípios da hierarquização	- Implantação de Rede de Saúde Mental substitutiva ao Hospital Psiquiátrico.

Fonte: Adaptado de Juliano (2011)

A assistência psiquiátrica foi também inserida na estratégia de Atenção Primária através da implementação de equipes mínimas de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), cujo trabalho estaria voltado para prevenção e tratamento segundo seu nível de complexidade (SOMBINI, 2004).

A nova lógica de atenção à saúde ao priorizar a realização de ações de saúde mental na atenção básica requeria abordagens mais específicas por parte dos profissionais de atenção básica na saúde mental.

As equipes de saúde mental foram absorvidas nos serviços sem qualquer revisão de seu processo de formação ou outras propostas de capacitação profissional. Foram se compondo com insuficiência de recursos humanos e pouca clareza do papel que deveriam exercer (SOMBINI, 2004).

As equipes de SM de apoio à Atenção Básica incorporam ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Além disso, as seguintes ações devem ser compartilhadas de acordo com o Manual do Ministério da Saúde, (BRASIL, 2004):

- a. *Desenvolver ações conjuntas, priorizando: casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio, vítimas de violência doméstica intradomiciliar.*
- b. *Discutir casos identificados pelas equipes da Atenção Básica que necessitem de uma ampliação da clínica em relação às questões subjetivas.*
- c. *Criar estratégias comuns para abordagem de problemas vinculados à violência, abuso de álcool e outras drogas, estratégias de redução de danos etc. nos grupos de risco e nas populações em geral.*
- d. *Evitar práticas que levem à psiquiatrização¹ e medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana.*

¹ *Psiquiatrização: ampliação do âmbito de ação da Psiquiatria [1] br.significado.de/psiquiatrizacao.*

- e. *Fomentar ações que visem à difusão de uma cultura de assistência não manicomial, diminuindo o preconceito e a segregação com a loucura.*
- f. *Desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando construir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial (conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de autoajuda etc.).*
- g. *Priorizar abordagens coletivas e de grupos como estratégias para atenção em saúde mental, que podem ser desenvolvidas nas Unidades de Saúde, bem como na comunidade.*
- h. *Adotar a estratégia de redução dos danos nos grupos de maior vulnerabilidade, no manejo das situações envolvendo consumo de álcool e drogas. Avaliar a possibilidade de integração dos agentes redutores de dano a essa equipe de apoio matricial.*
- i. *Trabalhar o vínculo com as famílias tomando-a parceira no tratamento e buscar constituir redes de apoio e integração (BRASIL, 2004, p.81).*

Para isso, é necessário qualificar as equipes a incorporarem, em seu repertório de atuação, outras dimensões do sujeito além de sua faceta biológica, valorizando a sua subjetividade e o conjunto de relações sociais que determinam desejos, interesses e necessidades (CAMPOS, 2000).

Atualmente, o desenvolvimento da estratégia Saúde da Família na rede básica vem tencionando a incorporação das dimensões subjetiva e social na prática clínica, através do princípio da atenção integral ao sujeito e por meio do vínculo entre equipes e usuários, a fim de propiciar maior resolutividade para os problemas de saúde. Isso faz com que as equipes do PSF se deparem cotidianamente com problemas de saúde mental (FIGUEIREDO, 2006).

Estudos apontam que as ações de saúde mental realizadas na ESF englobam acolhimento, interdisciplinaridade, vínculo, escuta, intersetorialidade, visitas domiciliares, discussão de casos leves (ansiedade, depressão leve, problemas sociais) apesar de ainda se centrarem no atendimento médico e na

medicalização (LANCETTI, 2002; BÜCHELE et al., 2006; TANAKA, LAURIDSEN-RIBEIRO, 2006; NUNES, JUCÁ, VALENTIM, 2007).

Nesse ínterim o apoio matricial no contexto deste objeto de pesquisa alinha-se com os projetos de criação de espaços em que saberes e práticas dialoguem. Especificamente aqui, são os saberes e práticas da saúde mental dialogando com a atenção básica em uma proposta de intervenção pedagógica e terapêutica.

2.3 O apoio matricial no contexto da saúde mental

Apoio matricial como um modo de produzir saúde envolve duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada de saberes e práticas que subsidiam os processos de atenção à saúde mental de usuários da rede básica de saúde.

O Apoio Matricial é um arranjo institucional implantado no município de Campinas (SP) para reorganizar sua rede básica de saúde e foi recentemente incorporado pelo Ministério da Saúde como estratégia de gestão para a construção de uma rede ampla de cuidados em saúde mental (FIGUEIREDO, 2006).

Foi proposto por Gastão Wagner Campos, em 1999, e tem estruturado em nosso país um tipo de cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária.

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 (CHIAVERINI et al., 2011).

A figura 4 reflete a complementaridade das equipes de saúde no processo de apoio matricial onde as equipes matriciais (equipes de saúde mental) transferem conhecimento para as equipes de referência (equipes de atenção básica).



FONTE: Dados da Pesquisa, Coletados em 2012

Figura 4 – Complementaridade entre equipes matrificadoras e de referência.

Estas são as chamadas equipes de apoio matricial inseridas nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, cujo trabalho seria capacitar as equipes de atenção básica no acompanhamento dos usuários de saúde mental e suas famílias, inseridos nos contextos comunitários para atuação em condições de saúde/doença caracterizados a seguir conforme o Relatório Mundial da OMS, 2001 p. 19:

Estimou-se em 450 milhões o número de pessoas que sofriam afecções neuropsiquiátricas. Essas afecções compreendiam transtornos depressivos unipolares, transtornos afetivos bipolares, esquizofrenia, epilepsia, transtornos devido ao uso de álcool e determinadas drogas, doença de Alzheimer e outras demências, estado de estresse pós-traumático, transtorno obsessivo e compulsivo, transtornos de pânico e insônia primária.

O “Apoio Matricial” da saúde mental seria esse suporte técnico especializado, em que conhecimentos e ações, historicamente reconhecidos

como inerentes à área “psi”², são ofertados aos demais profissionais de saúde de uma equipe. É um encontro entre profissionais de saúde mental e a equipe interdisciplinar de saúde na composição de um espaço de troca de saberes, invenções e experimentações que auxiliem a equipe a ampliar sua clínica e a sua escuta, a acolher o choro, a dor psíquica, enfim, a lidar com a subjetividade dos usuários (FIGUEIREDO, 2006).

O matriciamento deve proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população (CHIAVERINI et al., 2011).

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

O termo *Matr(i)* vem do latim, significando mãe, a origem, de onde se vem. O Apoio Matricial está relacionado a essa noção de matriz, o lugar de onde se gera. Uma oferta do núcleo profissional “psi” ao campo dos profissionais de saúde, contribui para a construção de um novo saber, um saber que se pretende transdisciplinar (BRAGA CAMPOS, NASCIMENTO, 2003).

A transdisciplinaridade que, no sentido dado por Passos e Barros (2000), é uma das grandes apostas do Apoio Matricial compreende “a noção de transdisciplinaridade subverte o eixo de sustentação dos campos epistemológicos, graças ao efeito de desestabilização (...) da unidade das disciplinas e dos especialismos” (FIGUEIREDO, 2006).

² Psi, é o símbolo da Psicologia [1] www.significados.com.br/psi

Essa reordenação do desenho institucional da rede básica permite que a complexidade da vida dos sujeitos e de suas necessidades sejam trazidas para o coletivo e possam ser enfrentadas através do trabalho conjunto, favorecendo a gestão do processo de trabalho e a formação de uma outra subjetividade profissional (CAMPOS, 1999), centrada no diálogo e na transdisciplinaridade (op. cit. 2006).

Porém, ainda segundo Campos e Nascimento (2007), o apoio matricial apresenta os seguintes obstáculos na sua implantação:

Estrutural: para que a interdisciplinaridade ocorra de fato e contribua para aumentar a eficácia das intervenções, é importante não somente se facilitar a comunicação entre distintos especialistas e profissionais. Em decorrência dessa realidade vieram se estruturando organizações de saúde com elevado grau de departamentalização. Há evidências teóricas de que contribuiria bastante para melhor definir os padrões de responsabilidade sanitária, o exercício da interdisciplinaridade, permitindo com isso o estabelecimento de programas com coeficiente de vínculo entre profissionais e usuários mais humanos e eficazes, além de criar espaço onde uma integração interdisciplinar seja possível, ainda que não automática ou de simples execução.

Excesso de demanda e da carência de recursos: a implantação do SUS é parcial. Há evidências indicando que o volume de serviços oferecidos à população brasileira ainda é insuficiente. De qualquer modo, reconhece-se que esses recursos poderiam ter um uso mais adequado e racional.

Político e de comunicação: o método do apoio matricial depende da existência de espaços coletivos, ou seja, do estabelecimento de algum grau de cogestão ou de democracia institucional. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais.

Subjetivas e culturais avaliações de risco e de vulnerabilidade compartilhadas: são acordados procedimentos a cargo de diversos membros da equipe. Ainda que seja possível uma descrição singela desse tipo de trabalho em grupo, não é simples, no cotidiano, estabelecer-se esse tipo de diálogo, com decisões e tarefas definidas de modo compartilhado.

Ético: como lidar com o coletivo e com a circulação de informação, sem comprometer o direito à privacidade de cada caso ou de cada família?

Epistemológico: importante para ampliação da clínica; ao mesmo tempo, para se trabalhar em uma perspectiva interdisciplinar, pressupõe-se algum grau de adesão a um paradigma que pense o processo saúde, doença e intervenção de modo mais complexo e dinâmico (CAMPOS, NASCIMENTO, 2007, p. 80).

O diálogo entre os diferentes níveis de atenção em saúde tem potencial de ampliar as possibilidades de resolutividade para as pessoas usuárias do SUS, articulando recursos e desenvolvendo diferentes estratégias singulares de cuidado. Os obstáculos importantes neste processo são: a fragmentação e burocratização do SUS, a rigidez e verticalidade – tanto da concepção biomédica, quanto das operações dos sistemas de saúde. A tecnologia de Apoio Matricial facilita a otimização dos recursos, para atenuar estes obstáculos. Este arranjo organizacional produz novas correlações de forças, valorizando e provocando relações horizontais, dando fluxo para as linhas de transversalidade do saber (JULIANO, 2011).

(...) A gestão, a formação, a atenção e o controle social configuram este quadrilátero do SUS conformando os eixos de educação permanente, sendo que o Apoio Matricial está inserido neste contexto de múltiplas influencias dos processos coletivos que estão sendo pactuados neste eixo, no desenvolvimento de múltiplas habilidades de gestão do cuidado na atenção básica (JULIANO, 2011).

Conforme cartilha do Humaniza SUS (BRASIL, 2007) sobre o apoio matricial, este se coloca como ferramenta para o trabalho de redes intra-setoriais e inter-setoriais:

(...) as equipes de referência dependem (e são instrumentos) de um modelo de gestão mais democrático, centrado nos resultados para o usuário, e não na produção de procedimentos terapêuticos. Os serviços de referência/especialidades que dão apoio matricial passam a ter dois —usuários sob sua responsabilidade: —os usuários do serviço para o qual ele é referência e —o próprio serviço. Isso significa que o serviço de referência/especialidades participa junto com as equipes de referência, sempre que necessário. Pode, também, fazer seminários para que a equipe incorpore conhecimentos (como tratar determinados aspectos da quimioterapia, por exemplo), realizar atendimentos conjuntos, disponibilizar contatos para situações emergenciais, etc. Sem esquecer que o próprio serviço de referência pode trabalhar internamente com equipes de referência e apoio matricial. Tudo isso ajuda a superar a velha ideia de encaminhamento (e de referência e contra-referência), torna possível o vínculo terapêutico e coloca o tratamento mais próximo do usuário e das equipes que o conhecem há mais tempo (BRASIL, 2007, p. 08).

Juliano (2011) relata que esta tecnologia denominada matriciamento contempla os eixos de atenção, de assistência, de formação e de gestão de forma transversal, mas exige um processo de desconstrução da intervenção pautada nas especificidades profissionais e se fixa no campo Saúde Coletiva.

No contexto do processo de trabalho do apoio matricial há um elemento chamado Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Segundo a cartilha do Humaniza SUS (BRASIL, 2007) o PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. No fundo é uma variação da discussão de caso clínico. Portanto, é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações. O nome Projeto Terapêutico Singular, em lugar de Projeto Terapêutico Individual, como também é conhecido, nos parece melhor porque destaca que o projeto pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação

(lembrando que os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças: hipertensos, diabéticos, etc).

Para Juliano (2011) o Projeto Terapêutico Singular é a ferramenta principal do processo de desinstitucionalização do cuidado em saúde coletiva, o recurso de pensar de forma singular as necessidades dos usuários do SUS e mediar / agenciar recursos de cuidado através do processo escuta e do contrato de cuidado, nos contextos de vida e comunidade, trabalham na promoção da saúde mental coletiva.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) exige competências de trabalho interdisciplinar de equipe no âmbito das instituições de saúde, particularmente, no âmbito dos caps.

Chiaverini et al. (2011) ressaltam os seguintes itens na elaboração dos (PTS): abordagens biológica e psicológica, abordagens psicossocial e familiar, apoio do sistema de saúde, apoio da rede comunitária e o trabalho em equipe.

Elementos como acesso, responsabilidade, vínculo e contrato de cuidado são também competências que a gestão do apoio matricial requer do processo de trabalho das equipes multiprofissionais, na garantia da elaboração dos projetos terapêuticos.

Ceccim (2005, p.176) também ressalta a necessidade de invenção incessante de novas formas para a produção de subjetividades que favoreçam a vida e afirmem sua potência criadora: “Nem um subjetivismo de conviver com as diferenças, nem, um assujeitamento de doutrinação ideológica, mas implicação, formação de coletivos e produção de diferença-em-nós”. Esse autor, em produção teórica com Capozzolo, destaca a importância da aprendizagem sobre o trabalho em equipe multiprofissional; de a educação se vincular ao mundo do trabalho e às práticas sociais em saúde; e de as diretrizes curriculares nacionais convergirem com o projeto ético-político proposto para o sistema de saúde. Para esses autores, a educação “tem potência para constituir a integralidade e a humanização nas práticas de gestão setorial e de atenção à saúde” (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004, p.384).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a diversidade dos cenários e das ações de saúde mental desenvolvidas nos processos de trabalho das equipes multiprofissionais, presentes no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Madeira Mamoré, na perspectiva de verificar a incorporação do apoio matricial conforme proposta do Ministério da Saúde.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os recursos humanos, atividades desenvolvidas, capacidade instalada e público-alvo atendido em saúde mental.
- Descrever limites e possibilidades da equipe de saúde mental do CAPS em implementar a formação, a infraestrutura do serviço e a educação permanente, na perspectiva do apoio matricial.

3.3. Proposta de Produto

Os dados dessa pesquisa levaram à elaboração de uma proposta de intervenção a ser apresentada aos profissionais do serviço pesquisado com o objetivo de promover ações para o matriciamento.

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Delineamento da Pesquisa

Trata-se de um estudo qualitativo, de natureza descritiva e exploratória, desenvolvido no âmbito de um serviço de atenção em saúde mental (Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Madeira Mamoré), no município de Porto Velho, capital do estado de Rondônia, Amazônia Legal Brasileira.

O estudo exploratório descreve a situação com detalhes e busca descobrir relações entre seus elementos, considerando todos os aspectos envolvidos. Possibilita perceber e descobrir ideias sobre o assunto pesquisado e se familiarizar com o fenômeno (BARBOSA, 2001).

A pesquisa descritiva é uma das classes da pesquisa não-experimental, que tem por objetivo observar, descrever e documentar os aspectos da situação (POLLIT; BECK; HUNGLER, 2004)

A pesquisa descrita aqui neste contexto está interessada em descobrir e observar fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los.

A abordagem será do tipo qualitativa. E, segundo Pinto (2008, p. 8): “A metodologia da pesquisa qualitativa, dentro de uma perspectiva crítico-analítica, está escolhida como possibilidade de compreensão do fenômeno social e suas relações no contexto investigado”.

Minayo (2004), apresenta a análise qualitativa como forma de buscar o entendimento aprofundado dos significados e relações sociais, enfocando o indivíduo e a sociedade em um nível de realidade impossível de quantificação. É através da pesquisa qualitativa que podemos trabalhar com significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, indo além da superficialidade no universo dos relacionamentos e dos sujeitos pesquisados.

E de acordo com Minayo (2004), é tarefa da pesquisa qualitativa a compreensão da realidade humana vivida socialmente e totalmente diversa do mundo das ciências naturais.

4.2 Contexto da Pesquisa

O estado de Rondônia é composto por serviços de Atenção Psicossocial no âmbito dos seus municípios, os chamados CAPS- Centros de Atenção Psicossocial; e também por um serviço de internação hospitalar psiquiátrico, de referência estadual, localizado no Hospital de Base Ary Pinheiro.

Em Rondônia a cobertura CAPS/100.000 habitantes vem se elevando nos últimos cinco anos e, em 2011 foi de 0,74, considerada muito boa pelos parâmetros do Ministério da Saúde.

O quadro demonstrativo da cobertura de CAPS no Brasil e na Região Norte busca demonstrar a evolução da cobertura CAPS nos últimos cinco anos correlacionando dados nacionais com os da Região Norte.

Quadro 2 – Demonstrativo de cobertura de CAPS no Brasil e Região Norte

Cobertura	2007	2008	2009	2010	2011
Brasil	0,50	0,55	0,60	0,66	0,72
Região Norte	0,29	0,31	0,36	0,41	0,45
Acre	0,31	0,29	0,29	0,27	0,27
Amapá	0,34	0,33	0,48	0,45	0,26
Amazonas	0,11	0,10	0,12	0,23	0,45
Pará	0,32	0,33	0,39	0,43	0,5
Tocantins	0,28	0,35	0,50	0,47	0,47
Rondônia	0,55	0,67	0,66	0,70	0,74
Roraima	0,25	0,24	0,24	0,33	0,33

Fonte: Coordenação Estadual de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde de Rondônia, 2012

Nos diferentes municípios do estado é possível encontrar CAPS I, CAPS II, CAPSi e CAPS álcool e drogas. Estes dois últimos são encontrados apenas no município de Porto Velho.

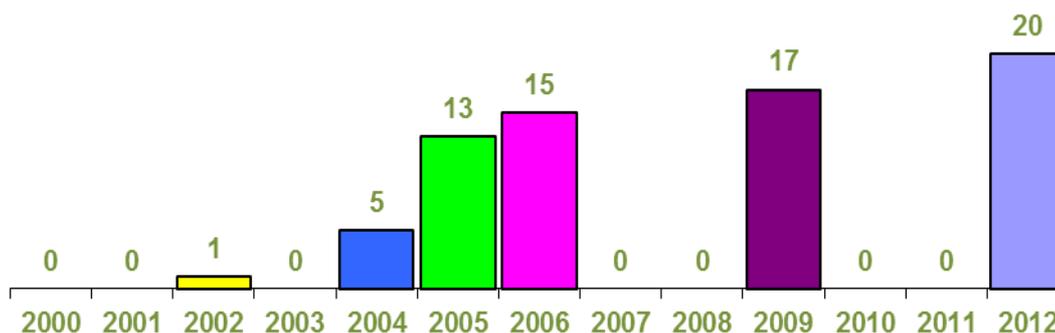
A figura 5 mostra os municípios com CAPS implantados no estado de Rondônia, demonstra o diagnóstico da expansão destes serviços de saúde mental pelo estado. Em amarelo encontram-se os municípios com CAPS implantados. Os municípios coloridos pela cor verde estão em vias de implantação de serviços CAPS.



Fonte: Coordenação Estadual de Saúde Mental, 2012

Figura 5 – Municípios com CAPS implantados no estado de Rondônia.

O gráfico a seguir, segundo a Coordenação Estadual de Saúde Mental do estado de Rondônia (2012), reflete a evolução dos CAPS no estado de Rondônia desde o ano de 2002 quando o primeiro CAPS foi implantado.



Fonte: Coordenação Estadual de Saúde Mental, 2012

Gráfico 1 – CAPS em Rondônia.

Os CAPS têm entre as suas diferentes funções, o propósito de prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de atenção em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte a atenção à saúde mental na rede básica. Eles são primordiais na organização da rede de saúde mental em nível municipal.

Para o contexto da pesquisa, destaca-se o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Madeira Mamoré, por ser um serviço de referência estadual, localizado no município de Porto Velho, capital do estado de Rondônia.

O CAPS Madeira Mamoré está situado na Avenida Elias Gorayeb, CEP 76804-158, Porto Velho-RO.

Ele compreende uma equipe multiprofissional e é também palco para as diferentes instituições de ensino tanto para a graduação quanto para a Residência Multiprofissional em Saúde Mental.

Está bem localizado e é de fácil acesso para os usuários, pois é próximo às diferentes linhas de ônibus que cortam todos os bairros da cidade.

Realiza atividades de terapia ocupacional e atende a agravos de forma individual e coletiva onde predominam a depressão, a síndrome do pânico e o transtorno bipolar dentre outros transtornos.

A sua estrutura física é composta por quatro salas para atendimento individual, quadra de esportes; compreende também uma sala para acolhimento e uma para atendimentos terapêuticos coletivos com destaque para as terapias de grupo como ioga, grupos de apoio para a depressão, transtornos do pânico entre outros. E há destaque também para as oficinas de canto, argila, dança, pintura, bordado, sucata entre outras desenvolvidas numa perspectiva intersetorial; de inserção terapêutica; e de promoção social e econômica dos usuários de saúde mental que frequentam o serviço. Possui aproximadamente 1.200 m² de área construída.

Este CAPS destaca-se entre todos os outros serviços de atenção psicossocial distribuídos no estado de Rondônia, por sua estrutura física, processos de trabalho desenvolvidos e composição de sua equipe multiprofissional. É um serviço subsidiado pela Secretaria Estadual de Saúde que atende grande proporção da população da capital Porto Velho. Segundo dados obtidos no CAPS Madeira Mamoré há aproximadamente 15.000 usuários cadastrados. Destes, a maioria é de Porto Velho, que possui atualmente uma população de 428.527 habitantes.

4.3 Aspectos Éticos e Legais

O estudo também obedeceu aos preceitos da Resolução 196/96 a respeito dos critérios éticos envolvendo seres humanos.

O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética da UNIFESP, parecer aprovado (Anexo A) sob o número 38.312, em 18 de junho de 2012.

Recebeu autorização do gestor estadual e da coordenadora do CAPS Madeira Mamoré (Apêndices A E B). E para a coleta dos dados dos entrevistados fez-se necessário que os participantes assinassem Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

4.4 Sujeitos da Pesquisa

O CAPS Madeira Mamoré compreende um total de 65 funcionários, distribuídos em 19 categorias profissionais, sendo que destas categorias oito são de nível superior e as demais de nível médio e auxiliar.

Do total de 65 profissionais, 35 são de nível superior, dos quais 28 são envolvidos diretamente com ações de apoio matricial conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, dentre eles pode-se destacar: enfermeiros, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, estando ausente neste momento, no CAPS, o profissional da área pedagógica.

Aos 28 profissionais envolvidos em ações de apoio matricial acrescenta-se uma enfermeira e uma psicóloga, da Residência Multiprofissional em Saúde Mental, que no momento, prestavam serviços no CAPS.

Quando do momento da seleção de profissionais para a participação neste estudo, foram convidados e aceitaram participar do estudo, oito profissionais de diferentes áreas e de diferentes turnos, que compõem a equipe multiprofissional, sendo que outros três profissionais se recusaram a participar: uma assistente social, uma enfermeira e uma fisioterapeuta. Uma assistente social apresentou razões de que não queria envolvimento com assuntos relacionados ao CAPS, e que estava bem desmotivada, querendo procurar outro serviço de saúde para trabalhar visto que também estava enfrentando problemas com a direção do CAPS; a enfermeira mencionou que deveriam ser entrevistados os profissionais novatos, pois talvez pudessem responder melhor a determinadas questões como apoio matricial, por exemplo. Por ser ela antiga

no CAPS ela passaria a vez para outro profissional recém-admitido no serviço. A fisioterapeuta responsável por um dos grupos terapêuticos revelou que também não iria participar, e reforçou a ideia de que era melhor buscar outro profissional da equipe para participar da pesquisa.

A pesquisa então contou com oito participantes que representaram as 8 (oito) categorias profissionais de nível superior sendo dois enfermeiros, um médico, um terapeuta ocupacional, uma assistente social e duas psicólogas sendo que uma delas é a coordenadora do CAPS e a outra é residente psicóloga.

O objetivo na seleção dos sujeitos foi o de qualificar as experiências pessoais de profissionais de diferentes áreas de formação e a relação destes com o apoio matricial.

À princípio foi planejado trabalhar com o pedagogo que compunha a equipe multiprofissional, porém, na época da coleta de dados o profissional dessa categoria profissional já não fazia mais parte do quadro de pessoal do CAPS.

A seleção dos sujeitos previa a presença de pelo menos um profissional de cada uma das diferentes áreas de atuação, de diferentes turnos de serviço; que fizessem parte da equipe multiprofissional, e que aceitassem participar da pesquisa.

Primeiramente foi contatada a coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial como forma de buscar autorização para que os profissionais pudessem ser abordados. Na sequência, tínhamos a finalidade de conhecer os processos de trabalho desenvolvidos pelas equipes, o planejamento de atividades educativas de educação permanente, vinculadas ao matriciamento, projetos em parceria com instituições de ensino superior que estejam visualizando o apoio matricial.

Já numa primeira aproximação com os sujeitos foram apresentados os objetivos da pesquisa, ressaltando a leitura do TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e o consentimento que deveriam ofertar à pesquisadora após assinatura deste.

As entrevistas foram gravadas, com o consentimento dos sujeitos. Concomitantemente às gravações foram registradas algumas intercorrências durante a entrevista.

A média de duração das entrevistas foi de 50 minutos, aproximadamente.

Todas as entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra.

O quadro 3 apresenta os diferentes profissionais que compuseram o grupo de sujeitos. Estes profissionais fazem parte diretamente do modelo de apoio matricial difundido pelo Ministério da Saúde.

Quadro 3 – Identificação dos sujeitos entrevistados

SUJEITO	FORMAÇÃO	TURNO
PEM1	Terapia Ocupacional	Manhã
PEM2	Enfermagem	Manhã
PEM3	Psicologia	Tarde
PEM4	Enfermagem	Tarde
PEM5	Medicina	Manhã
PEM6	Serviço Social	Tarde
PEMC	Psicologia	Manhã/Tarde
PEMR	Psicologia	Manhã

Fonte: Dados da pesquisa, coleta em 2012.

Legenda: PEM: Profissional da Equipe Multiprofissional; PEMC: Profissional da Equipe Multiprofissional Coordenador; PEMR: Profissional da Equipe Multiprofissional Residente

4.5 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada entre os meses de junho e agosto de 2012. A pesquisadora iniciou a coleta de dados, caracterizada por entrevistas semi-estruturadas e embasadas por um roteiro previamente elaborado com: a) questões norteadoras para a coordenação do CAPS (Apêndice D): definição de apoio matricial; se a unidade faz ou recebe apoio matricial; como a unidade se estrutura para o apoio matricial em termos de cursos para os profissionais; como a unidade percebe a vocação da equipe para o desenvolvimento de ações educativas para o matriciamento; como a unidade se vê no papel de fomentadora da formação, e que projetos o CAPS desenvolve em conjunto com as instituições de formação; b) questões norteadoras para os profissionais (Apêndice E): como define o apoio matricial; considera-se apto para ofertar apoio matricial; para os que se sentem aptos, o que os preparou; para aqueles que não se sentem aptos, o que seria necessário, e se a unidade está preparada para o apoio matricial.

Em se tratando da entrevista semi-estruturada, foi dada atenção à formulação de perguntas que seriam básicas para o tema a ser investigado (TRIVINOS, 1987; MANZINI, 2003).

Como instrumentos para a coleta de dados foram utilizados:

a) entrevistas, que permitiram a compreensão e caracterização do serviço de saúde mental e a equipe deste em relação ao apoio matricial, bem como a exploração das falas dessa equipe sobre o que propõem para a formação e a educação permanente no tocante ao apoio matricial;

b) observação e registro no diário de campo, para os seguintes aspectos: dimensão física, localização, organograma e fluxograma; ambiência, acústica, quantitativo de salas para atendimento; mobiliário; recepção de usuários; salas de espera; farmácia; recursos tecnológicos; processos de trabalho: relação entre profissionais, interação profissionais - pacientes, interações profissionais e familiares de pacientes, dinâmica de atendimento individual e coletiva pelos profissionais, acolhimento de usuários, registros em prontuários e projetos desenvolvidos entre instituições de ensino superior e o CAPS Madeira Mamoré.

A observação constitui elemento fundamental para a pesquisa, principalmente com enfoque qualitativo, porque está presente desde a formulação do problema, passando pela construção de hipóteses, coleta, análise e interpretação dos dados, ou seja, ela desempenha papel imprescindível no processo de pesquisa (RICHARDSON, 1999).

Na pesquisa de campo, as técnicas e métodos de coleta de dados exigem atenção especial do pesquisador enquanto observador e também anotações de campo, com o diário de campo (TRIVINOS, 1987, p.154).

c) análise documental para conhecimento da legislação, orientação para funcionamento, atribuições e organização de serviços relativos ao apoio matricial e, posteriormente à coleta de dados. Esse material serviu, juntamente com a literatura, para analisar os resultados obtidos nas entrevistas.

Foram objeto de análise os seguintes documentos técnicos:

- a) Lei Federal 10.216, de 04 de junho de 2001;
 - b) Saúde Mental e Atenção Básica: o Vínculo e o Diálogo Necessários, MS, 2003;
 - c) Os Centros de Atenção Psicossocial, MS, 2004
 - d) HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial, MS, 2004;
 - e) Reforma Psiquiátrica e a Política de Saúde Mental no Brasil: 15 anos depois de Caracas, OPAS, 2005;
 - f) Política Nacional de humanização da atenção e gestão do SUS, MS, 2007;
 - g) Clínica Ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular, MS, 2008;
 - h) Cartilha Redes de produção em saúde, MS, 2009;
 - i) Portaria GM nº 224 de 29 de janeiro de 1992;
 - j) Relatório da Oficina de Trabalho para Discussão sobre o Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica, MS, 2001;
-

- k) Relatório Anual da Coordenação Estadual de Saúde Mental de Rondônia, SES-RO, 2012;
- l) Relatório das Ações de Saúde Mental para os Novos Prefeitos de Rondônia, SES-RO, 2012;
- m) Relatório de quantitativo de profissionais no CAPS Madeira Mamoré, 2012
- n) Prontuário de usuários no CAPS Madeira Mamoré, 2012
- o) Projeto de Implantação do Apoio Matricial no CAPS Madeira Mamoré, 2009
- p) Projeto de Implantação do CAPS Madeira Mamoré, 2006.

4.6 Análise de Dados

Para a análise temática do conteúdo e sua interpretação foram exploradas as falas dos profissionais como resposta às questões essenciais e problematizadoras, constantes das entrevistas, e também pela análise de documentos técnicos que retratam o perfil diagnóstico da equipe multiprofissional e do CAPS Madeira Mamoré quanto às patologias atendidas, quantidade de consultas individuais e coletivas realizadas; quantidade de grupos formados; projetos terapêuticos desenvolvidos e sua infraestrutura instalada.

Segundo Bardin (2008), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicações. É ainda um método empírico, que permite uma maior flexibilidade mediante o tipo de fala que se obtém nas entrevistas e o tipo de interpretação pretendida, segundo o objetivo do estudo.

A análise dos dados segundo as orientações de Laurence Bardin (2008) é composta de três grandes etapas (1) Pré-análise: fase de organização, onde ocorreu a leitura flutuante e elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação; (2) Exploração do material: as unidades de registro, identificadas na etapa anterior, em que foram organizadas em categorias compostas de três

grandes etapas e (3) Tratamento dos resultados: compreende a inferência e a interpretação. A inferência é um instrumento de indução, através do qual se pode investigar tanto o emissor da mensagem, como também fornecer dados quanto ao seu receptor ou, ainda, quanto à significação da própria mensagem em si. A interpretação, contudo, busca o que se esconde sob a aparente realidade, o que significa verdadeiramente, em profundidade, o discurso enunciado.

Os dados estão apresentados segundo categorias temáticas que emergiram dos objetivos, das falas dos profissionais entrevistados, dos documentos técnicos do serviço que foram pesquisados e analisados; e das observações realizadas pela pesquisadora sobre os cenários que envolvem o CAPS Madeira Mamoré.

4.6.1 As categorias temáticas

- A) Diagnóstico do CAPS Madeira Mamoré:** introduz a pesquisa e identifica em que momento se encontra o apoio matricial como projeto pedagógico-terapêutico. Tem o intuito de situar o leitor sobre as características desse serviço de atenção psicossocial, na cidade de Porto Velho em consonância com a Portaria 336/GM, de 19/02/02, Lei 10.216, de 06/04/01 e Manual do Ministério da Saúde sobre Centros de Atenção Psicossocial, 2004. Esta categoria pode ser construída a partir de dados da observação, diário de campo, análise documental e entrevistas;
- B) O conhecimento sobre apoio matricial e os profissionais do CAPS:** reflete se existe conhecimento por parte dos profissionais do CAPS MM sobre apoio matricial; como se dá a representação desse conhecimento para os profissionais; de onde ele foi oriundo, e que demandas para a formação e a educação permanente apontam esses profissionais em relação ao apoio matricial. Essencialmente compreende dados das entrevistas e se fundamenta em autores como CHIAVERINI, e CAMPOS & DOMITTI;
-

- C) Características das atividades desenvolvidas no CAPS:** demonstra essencialmente os processos de trabalho de diferentes integrantes das equipes multiprofissionais do CAPS MM. Foi extraída das entrevistas e observação da pesquisadora e fundamentada por CAMPOS, DELEUZI & GUATARI;
- D) O CAPS, os profissionais e o preparo para o Apoio Matricial:** reflete a capacidade do serviço e a inclinação dos profissionais para realizarem matriciamento. Advém de entrevistas e análise documental e LANCETTI et al a fundamentam;
- E) Limites e possibilidades para o Apoio Matricial:** diz respeito aos limites e possibilidades para realização de apoio matricial no CAPS. Desses muitos limites que surgiram nas falas deram origem a três subcategorias: a) relativas à Gestão de serviços e AM; b) relativas à Formação e à Educação Permanente e AM; e c) Possibilidades para o AM no CAPS: compreende o elenco de competências favoráveis ao desenvolvimento do apoio matricial, uma vez que alguns deles já as desenvolvem no exercício de suas atribuições no CAPS Madeira Mamoré. Foi construída também com o apoio das entrevistas e da análise documental de projetos a respeito da implantação do apoio matricial no CAPS e das intenções dos seus profissionais em efetivá-lo de fato.

As categorias temáticas enfocaram o que de mais essencial surgiu como propósito para a elaboração de indicadores, que foram extraídos como resultado da observação participante, diário de campo, análise documental e entrevistas, tendo em vista nossos objetivos.

O quadro 4 retrata as categorias da pesquisa e as diferentes questões analisadas.

Quadro 4 – Categorias temáticas

CATEGORIAS TEMÁTICAS	QUESTÕES ANALISADAS
A. Diagnóstico situacional do CAPS Madeira Mamoré	Infraestrutura do CAPS MM – observação e entrevistas Panorama do projeto pedagógico-terapêutico – (documentos e entrevistas)
B. O conhecimento sobre apoio matricial e os profissionais do CAPS MM	Existência / inexistência de conhecimento sobre AM – (entrevistas)
C. Características dos atendimentos realizados no CAPS Madeira Mamoré	Processo de trabalho das equipes multiprofissionais – (entrevistas e observação)
D. O CAPS, os profissionais e a preparação para matriciar	Inclinação dos profissionais e do serviço para matriciar – (entrevistas) Demandas para a formação e educação permanente sobre AM – (documentos e literatura)
E. Limites e possibilidades para o apoio matricial	A gestão de serviços e o apoio matricial – (entrevistas e documentos) A formação e a educação permanente e o apoio matricial: entrevistas e documentos Possibilidades para o apoio matricial: (entrevistas e documentos)

Fonte: Dados da pesquisa, coleta em 2012.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A. O diagnóstico situacional do CAPS Madeira Mamoré: um olhar sobre a sua infraestrutura

O Centro de Atenção Psicossocial- CAPS Madeira Mamoré está situado em local de fácil acesso, e demarcado por várias linhas de ônibus permitindo a confluência de usuários residentes de vários bairros da cidade de Porto Velho, capital do estado de Rondônia.

Possui 1200 m² de área construída. É formado por diferentes profissionais que compõem a sua equipe multiprofissional. Tem uma identidade estadual, ou seja, foi um serviço implantado pela gestão estadual com o intuito de ofertar serviços principalmente para usuários do município de Porto Velho, capital do estado. E devido à grande demanda de usuários não referenciados por este município, a gestão estadual justificou a implantação de um serviço de atenção à saúde mental no âmbito municipal.

O ambiente físico foi planejado e reúne um modelo de estrutura composto por vários consultórios médicos, de enfermagem, psicologia; demarcados por diferentes cores, e identificados como salas, de modo a permitir que os profissionais da equipe multiprofissional utilizem essas salas de forma coletiva, sem que se crie a identidade fixada do consultório médico, de psicologia, de enfermagem, enfim.

Ao todo são três consultórios, e um mais específico para realização de procedimentos de enfermagem, como administração de medicação injetável para usuários que eventualmente cheguem em surto. Dispõem de cadeiras, mesas e armários com algumas medicações psicotrópicas. Algumas cadeiras são inclináveis favorecendo o repouso de alguns usuários, submetidos à administração de medicações psicotrópicas. Durante todo o período de coleta de dados não foi registrada a presença de usuários fazendo uso de medicação. Esta é administrada por alguns profissionais da equipe. Nem todos utilizam abordagem de administração de medicação.

A sala de procedimentos de enfermagem possui uma antessala com janela de vidro, favorecendo assim a visualização dos usuários em descanso.

Ao dar continuidade à descrição sobre a infraestrutura do CAPS é possível também encontrar uma sala para realização de terapias ocupacionais como pintura, argiloterapia, desenho, dentre outras atividades. Dispõe de mesa grande, armários para guarda de materiais; quadros pintados por usuários, instrumentos de argila, folhas e cartolinas desenhadas; pincéis, tintas, papéis em branco e cartolinas que servem como matéria-prima para as oficinas terapêuticas. Comporta cerca de 20 pessoas bem acomodadas.

No período da coleta de dados alguns usuários entravam e saíam desta sala. Alguns se ocupavam dos trabalhos e outros se apresentavam dispersos. Frequentemente eram os mesmos usuários que participavam das oficinas tanto no período da manhã quanto no período da tarde.

Desde o início da coleta de dados a única terapeuta ocupacional do CAPS MM entrou de licença maternidade. Apenas ficou sua auxiliar para a condução e acompanhamento dos usuários durante as oficinas.

O CAPS Madeira Mamoré possui também uma sala para terapias coletivas diversas, destacada para o desenvolvimento de atividades nos grupos de depressão, síndrome do pânico, ansiedade, dentre outros. É uma sala com ótima ambiência, boa acústica, iluminada e climatizada. Porém, para o grupo de ioga torna-se apertada e nem todos os colchonetes ficam bem acomodados na sala. Esta sala comporta cerca de 10 pessoas bem acomodadas.

Geralmente esses grupos quando iniciam suas atividades não permitem a interferência de pessoas entrando na sala, pois têm a intenção de preservar a privacidade dos participantes. Faltam profissionais mais inclinados para estes eventos no CAPS MM. Por meio da observação realizada pela pesquisadora apenas alguns profissionais se inclinam para estas atividades de atenção psicossocial coletiva. No momento em que há estagiários de psicologia, principalmente da Universidade Federal de Rondônia, estes grupos se avolumam e são oferecidas em maior quantidade as terapias para usuários e famílias.

Há também uma quadra de esportes, que atualmente não está funcionando por falta de um profissional da Educação Física, mas que já serviu de campo prático para profissionais de Educação Física, da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Universidade Federal de Rondônia.

A quadra serve de espaço para o grupo de canto. Conforme observação percebeu-se que este grupo avoluma grande parte de usuários. É um grupo aberto. Quem tiver interesse em cantar pode participar a qualquer momento sem restrições. Os usuários mostraram-se bem assíduos.

A quadra serve também como cenário para as exposições de artes e realização dos diferentes festejos nacionais e locais.

Possui uma copa uma vez que em diferentes convênios assistenciais com as Secretarias de Saúde e de Ação Social é também ofertado um lanche para usuários de menor renda, principalmente após atividades lúdicas e físicas, como também durante as comemorações dos festejos, quando são produzidas iguarias para serem saboreadas por profissionais, usuários e suas famílias.

É importante salientar que alguns usuários de menor poder aquisitivo frequentam as terapias coletivas e as atividades lúdicas, pelo fato também de receberem o lanche, pois alguns chegam às vezes sem nenhuma alimentação.

Os convênios, em alguns momentos sofrem cortes, e este fato faz com que alguns profissionais façam cotas financeiras coletivas para a aquisição do lanche a ser servido diariamente para os usuários.

Há também no conjunto do espaço administrativo dois banheiros, uma farmácia e duas salas administrativas para atividades de coordenação e chefia. É possível encontrar nesse conjunto um local para guardar prontuários e fichas de marcação de consultas; uma sala exclusiva para funcionários para realização de reuniões e para tratar de aspectos administrativos.

A farmácia é disposta em local que não oferece boa visualização de quem entra e sai na busca de psicotrópicos. Muitos usuários, e no geral familiares destes frequentam o CAPS apenas para pegarem medicações. Os familiares por vergonha e também por dificuldades de transporte, de abordagem e de

motivação não trazem os usuários para as consultas de acompanhamento ou participação nos grupos terapêuticos.

Os usuários ou seus familiares chegam até a farmácia, pegam a medicação e vão embora sem que a equipe possa ter acesso à condição de saúde geral tanto de usuários como de familiares cuidadores.

A equipe não dispõe de um mecanismo rápido para a avaliação da condição dos usuários atendidos por todos os profissionais. Não há um prontuário eletrônico, por exemplo, com registro indicativo de todas as informações dos usuários.

No prontuário dos usuários há registros incompletos e descontínuos sobre as informações em saúde.

O retorno do usuário ao CAPS geralmente é marcado para as consultas médicas, e daí o usuário, subsequentemente, é visto pelos outros profissionais como enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais.

As visitas domiciliares não ocorrem com frequência, devido a falta de veículo oficial para conduzir a equipe; quando ocorrem é para atender usuários graves, que geralmente deixaram de tomar medicação e apresentam surto. Nestas ocasiões, a partir de relatos da coordenadora do CAPS, as famílias destes usuários ligam para o serviço, e a equipe prontamente as atende, muitas vezes, limitando-se à realização da medicação assistida.

As consultas médicas ainda muito se limitam à medicalização da saúde mental. As de psicologia ao atendimento individual e as de enfermagem ainda dependem da presença do usuário quando da realização da consulta médica. Elas ainda não abrangem aspectos gerais como a relação de psicotrópicos com a nutrição dos usuários, a relação do sono, lazer, espiritualidade e atividade física com a saúde mental.

Algumas visitas domiciliares ficam restritas aos profissionais de serviço social. Alguns assistentes sociais têm uma vinculação comunitária à medida que penetram nos bairros e visitam usuários.

Ainda demarcando a estrutura física, ao redor do CAPS encontra-se um muro que serve de antemural para usuários e suas expressões artísticas, destacando-se aqui as produções de Bototo, um usuário bastante expressivo que abrilhantou o CAPS com suas matizes.

O CAPS apresenta em sua estrutura social uma sala para acolhimento em que usuários e suas famílias são recebidos ora por um enfermeiro ora por um psicólogo, ou um terapeuta ocupacional que apresentam o que é o serviço CAPS para o referenciamento de transtornos em saúde mental, possibilitando a visualização de um serviço que visa a constante desinstitucionalização em saúde mental.

Durante o período da coleta de dados alguns poucos profissionais se revezavam nas atividades desta sala. A participação maior foi a do psicólogo. Não foi percebido um acolhimento mais integral para as famílias conforme preconiza o “Manual Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial” (BRASIL, 2004 a). Percebia-se que alguns não entendiam bem o que era explicado ali. Ficavam em silêncio sem questionamentos ou dúvidas. Não havia uma renovação nas atividades desta sala.

É uma sala que apresenta excelente ambiência. Dispõe de televisão, DVD, boa iluminação, climatização e acústica, como também cadeiras confortáveis para trabalhos em grupo. Comporta 20 pessoas bem acomodadas.

O tempo para realização de atividades nesta sala foi bem limitado. Usuários entravam e saíam da mesma, muitas vezes preocupados com a chamada dos médicos para que fossem consultados.

A sala de acolhimento é um local fundamental para orientações seja do paciente, seja do familiar cuidador. Portanto, o profissional responsável por esta atividade, ao invés de desenvolver uma atividade rotineira e indiferenciada deveria ter como atribuições: a identificação de paciente e de cuidador, com atendimento individualizado ou de grupo, oferecendo suporte ao cuidador e atendendo as necessidades básicas do usuário. Além disso, o que se observou foi a presença dos mesmos profissionais, diariamente apresentando a mesma abordagem.

No geral o CAPS apresenta excelente ambiência: muito bem iluminado, com cores acalentadoras; pinturas de usuários e profissionais nas paredes dos diferentes ambientes; ótima climatização e acústica; e cadeiras coloridas para acomodação de usuários enquanto aguardam suas consultas.

As diferentes atividades psicossociais destacadas na ioga, natação, canto, pintura, argiloterapia, dentre outras, objetivam uma atenção integral à saúde mental dos usuários com transtorno mental:

“As atividades são elaboradas de acordo com os objetivos, objetivos para serem alcançados para o paciente. O paciente com depressão é ansioso, vou trabalhar a ansiedade dele para ele poder tirar um pouco da ansiedade”. (PEM1)

“A oficina é terapêutica porque ela faz parte do tratamento também; as atividades fazem parte do tratamento, além do medicamentoso, ela faz parte, é como se fosse uma terapia com o psicólogo (...) então faz parte da terapêutica”. (PEM1)

Nos grupos de auto-ajuda em depressão, síndrome do pânico e os diversos projetos de socialização de usuários nos diferentes festejos nacionais, regionais e locais, como a quadrilha de São João, o Carnaval, o Natal; apresentações como desfiles de beleza e exposições de artes, produzidas por usuários do CAPS reforçam e qualificam as atividades psicossociais.

A intenção movida em todas as atividades do CAPS tem o objetivo de promover aos usuários a certeza de que é possível estar envolvido em atividades externas à terapia medicamentosa, que promovam o resgate da saúde mental, percebendo esse usuário num contexto global e num âmbito biopsicosocioespíritual.

Porém, em âmbito geral e conforme preconizado no Manual Saúde Mental no SUS (BRASIL, 2004 a) o CAPS Madeira Mamoré uma vez implantado para atender uma população de até 200.000 habitantes encontra-se em déficit com

algumas questões: horário de funcionamento: com início às 08 horas e fechamento às 18 horas; faltam refeições para garantir a presença contínua de usuários na participação dos eventos terapêuticos; o atendimento para as famílias é descontínuo; as atividades comunitárias e intersetoriais estão limitadas e focadas apenas em alguns assistentes sociais; as oficinas terapêuticas geradoras de renda e de alfabetização não estão ocorrendo; conhecimento e interação com as equipes de atenção básica do seu território e o estabelecimento de iniciativas conjuntas de levantamento de dados relevantes sobre os principais problemas e necessidades de saúde mental do território do CAPS ainda é incipiente; e a realização de apoio matricial e de atividades de educação permanente não estão ocorrendo.

Ao se demarcar o apoio matricial como um projeto pedagógico-terapêutico vê-se que ele é percebido no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Madeira Mamoré como algo que ainda está se desenhando no conjunto do processo de trabalho das equipes multiprofissionais:

(...) “essa função que o CAPS tem por lei (...) o papel na organização da rede de dar apoio matricial para os serviços de Atenção Básica ainda é individualizado e focal e não institucionalizado”. (PEMC)

“A gente tem algumas ações focais. Pacientes principalmente CAPS, em situações de vulnerabilidade, de relacionamento familiar, de transporte, de gravidade do caso mesmo. A equipe faz a visita domiciliar, e faz contato; às vezes só para avaliação ou para realizar a medicação assistida”. (PEMC).

No estado de Rondônia, mais especificamente em Porto Velho, o matriciamento é algo ainda não definido nos processos de gestão tanto estadual quanto municipal. E, no Centro de Atenção Psicossocial Madeira Mamoré, os profissionais o descrevem apenas por meio de suas experiências pessoais.

Como atividade inerente aos centros de atenção psicossocial o apoio matricial incorpora-se para organizar a rede de atenção em saúde mental, à medida que demarca a população de referência e abrangência do CAPS, conjuntamente com a atenção básica; promove essencialmente a interdisciplinaridade entre equipes de referência e equipes matriciadoras fortalecendo a educação permanente; realiza a troca de saberes e práticas sobre as intervenções para a saúde mental de usuários e suas famílias (BRASIL, 2004a).

Percebe-se que o CAPS Madeira Mamoré possui tecnologias para desenvolver apoio matricial, tanto no âmbito da sua estrutura física quanto da composição da equipe multiprofissional, mas este ainda não foi assumido nos processos de trabalho e de gestão deste serviço:

“O CAPS está preparado para o matriciamento: tem estrutura, dinheiro, profissional e a questão do matriciamento é algo consciente; só eu não sei por que cargas d’água não acontece”. (PEMR)

B. O Conhecimento dos profissionais do CAPS Madeira Mamoré sobre Apoio Matricial

Os aspectos que tratam do conhecimento dos profissionais do CAPS Madeira Mamoré sobre apoio matricial visam discutir a relação entre a gestão de serviços, as demandas para a educação permanente e às críticas para as instituições de ensino no que concerne à instrumentalização dos profissionais, voltada para as ações de implantação e aprimoramento do apoio matricial.

Os profissionais foram indagados se tinham conhecimento sobre apoio matricial e de onde adquiriram esse conhecimento. Se através da formação, de algum evento científico que participaram; ou se na própria experiência dos serviços foi possível ter acesso ao que representa Apoio Matricial.

Alguns profissionais foram relatando um conhecimento limitado sobre o conceito de apoio matricial, visto que nas falas foi unânime não aparecer o conceito de matriciamento na formação, destacada na graduação dos sujeitos indagados.

Uma fala se aproxima quando incorre sobre o apoio matricial ofertado entre uma equipe de saúde a uma outra ainda sem os critérios de quem matricula ou de quem é referência como a seguir:

(...) *“são equipes que dão apoio a outras equipes”*.

Chiaverini et al. (2011) falam em seu Guia Prático sobre Matriciamento em Saúde Mental sobre a classificação de duas equipes de saúde: “Na situação específica do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) funcionam como equipes de referência interdisciplinares, atuando com uma responsabilidade sanitária que inclui o cuidado longitudinal, além do atendimento especializado que realizam concomitantemente. E a equipe de apoio matricial, no caso específico desse guia prático, é a equipe de saúde mental”.

Segundo Campos e Domitti (2007, p: 400), a relação entre essas duas equipes constitui um novo arranjo do sistema de saúde:

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

Alguns profissionais que trabalham desde a fundação do CAPS Madeira Mamoré, sejam eles de qualquer formação na equipe multiprofissional, na tentativa de contextualizarem alguns aspectos sobre o conhecimento que possuem sobre Apoio Matricial, expõem experiências desenhadas como proposta de atingir algumas equipes de saúde da família, do município de Porto

Velho, quando relatam que participaram de ações integradas e intersetoriais com as áreas de educação e saúde municipais em anos anteriores como exemplifica a fala a seguir:

“Nós trabalhamos com as equipes de saúde da família, todos os médicos, todos os médicos. A gente passou todas as informações para os médicos inclusive a gente ia para o campo, com eles; nas palestras a gente falava sobre SM, visitava os pacientes que moravam lá e os traziam para as reuniões, também”. (PEM6)

Continuam reforçando algum conhecimento em matriciamento através da exposição de experiências e ações em que treinaram equipes de atenção primária e profissionais da educação a respeito de conceitos sobre a loucura; como encaminhar os pacientes; como lidar com os transtornos mentais e como inserir/reinserir esse paciente no contexto social.

O discurso supracitado apresenta tom vanguardista e denota ensejos de busca e ou aprimoramento/apreensão da práxis do apoio matricial, porque à medida que saíam em busca das equipes de Atenção Básica exerciam alguma prática vinculada ao que preceitua o apoio matricial, no momento em que orientavam as equipes sobre como abordar em aspectos da saúde mental.

Entretanto, é preciso mesmo desmitificar conceitos, conceitos estes, muitas vezes perpetuados pelos profissionais de referência e matriciadores. Conceitos que idealizam que só se faz saúde mental dentro de serviços de saúde mental em detrimento da capacidade da Atenção Básica em também realizar tais serviços sem valorizar as competências dos profissionais desta área:

“Muita gente já deveria estar na unidade de saúde. Isto aqui só enchendo e a gente sem saber o que fazer com o paciente. Primeiro é o apoio da direção da unidade. A gente tem que estar aberto para esse tipo de trabalho”. (PEM3)

“A Saúde Mental não pode estar só aqui dentro porque é muito sofrimento (...). A gente trabalha com resgate de pessoas. Elas já vêm com limitações em todos os sentidos, e aí a gente já limita” (...). (PEMC)

É preciso também querer compartilhar responsabilidades e ser flexível para isto. O apoio matricial exige esse amadurecimento por parte das equipes de matriciadores.

O Apoio Matricial às equipes da atenção básica deve partir dos CAPS, pois estes são serviços que ocupam lugar central na proposta da reforma psiquiátrica, sendo seus dispositivos por excelência. São considerados ordenadores da rede de saúde mental, direcionando o fluxo e servindo de retaguarda para as residências terapêuticas, bem como para a atenção básica (DIMENSTEIN et al., 2009).

Além da construção conjunta dos Projetos Terapêuticos, o Apoio Matricial também seria uma forma de capacitação *in loco* para as Equipes de Referência nas questões referentes à saúde mental, que se daria através de atendimentos conjuntos entre o profissional da saúde mental e o profissional de referência (FIGUEIREDO, 2006).

Esses treinamentos oriundos do apoio matricial contribuem para os processos de formação no CAPS Madeira Mamoré, e constituem momentos propícios para as equipes reverem sua capacidade e flexibilidade em compartilhar conhecimentos, ter motivação para pensar junto o “Projeto Terapêutico” para o usuário e sua família, e tecer a rede de saúde mental.

São nesses momentos que o aprendizado é coletivo, em que o saber é compartilhado. O saber, antes só “detido” pelos profissionais “psi” agora é socializado.

No atendimento conjunto, a partir da intervenção do profissional de saúde mental com o paciente, o profissional de saúde pode aprender, em situação, novas formas de intervir, novas formas de acolher. Quando se atende junto, se empresta saber. Já quando estão na reunião de equipe discutindo um caso,

estão equiparados, podem compartilhar conhecimentos, a partir do saber de cada um dos membros da equipe (FIGUEIREDO, 2006).

Porém, isso não acontece da noite para o dia, há um processo de amadurecimento coletivo que demanda vontade política. No caso dos profissionais das equipes multiprofissionais do CAPS Madeira Mamoré isso passa também pela própria definição da identidade desse serviço.

O Centro de Atenção Psicossocial Madeira Mamoré é um serviço de saúde de referência estadual, o qual atende usuários da capital Porto Velho e dos outros 51 municípios do estado.

No entanto, por ser uma unidade de saúde de referência estadual que presta serviços, em sua grande proporção, para os usuários de saúde mental de Porto Velho, suas equipes multiprofissionais estão vinculadas às equipes de saúde da família da capital e dos outros municípios do estado.

Esse fato retrata o grande viés encravado no conjunto das ações e na definição de diretrizes para as equipes do CAPS Madeira Mamoré. Estes profissionais deverão matricular equipes de Porto Velho ou equipes dos 51 municípios do estado?

Entretanto, antes de se pensar em definições de gestão, e no rol do plano de ações do CAPS Madeira Mamoré, as equipes multiprofissionais vão seguindo, algumas na vanguarda de experiências iniciadas, e que, por alguma razão não tiveram continuidade.

São experiências mais vinculadas ao município de Porto Velho, e relatadas nas falas, como experiências com Unidades de Saúde, de localidades periféricas da capital e da onde advinham muitos usuários para serem atendidos no CAPS Madeira Mamoré.

Ainda assim era uma demanda que não compunha o conjunto de usuários com transtorno mental, porque muitos ainda encontravam-se isolados por suas famílias no interior das localidades citadas.

Nas visitas domiciliares dos profissionais do CAPS, os profissionais iam identificando necessidades e exclusões de usuários com transtornos que nunca

chegavam ao CAPS, mas que já tinham uma identidade ou eram pré-diagnosticados pelos profissionais da Atenção Básica:

“Por que a gente viu que tinha na lista pessoas, moradores que faziam parte da SM. Eles atendiam sempre, mas em outras patologias, mas sabiam que eles eram do CAPS, como eles chamavam, como eles diziam, da SM”. (PEM6)

Em outras falas já surge uma correlação do conhecimento sobre apoio matricial e a gestão de serviços em saúde mental:

“O matriciamento nas atividades da AB é um processo novo, está começando ainda. Estamos conseguindo fazer isso agora porque dentro do PSF existe uma exigência pelo MS de acordo com o (Programa de Monitoração da Qualidade na AB) - PMAQ que prevê que as equipes do PSF realizem atendimento dentro da sua área de abrangência para os pacientes portadores de transtornos psiquiátricos, usuários de álcool e drogas e usuários de fumo (tabaco)”. (PEM4)

Segundo Chiaverini et al. (2011, p. 15): “O matriciamento constitui-se numa ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade dessas equipes e comunidades”:

“Compreende a organização da rede para os serviços de atenção básica” (PEMC).

A nova proposta integradora visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos e centros de regulação. Os efeitos burocráticos e pouco dinâmicos dessa lógica tradicional podem vir a ser atenuados por ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais (CHIAVERINI et al., 2011).

E, pelo fato de ainda estar começando não foi possível promover a transformação necessária no cotidiano das equipes; no planejamento administrativo do CAPS Madeira Mamoré, e nem nas gestões municipais e estaduais de saúde.

As equipes de Atenção Básica têm por atribuição ofertar a um quantitativo populacional sob sua responsabilidade o atendimento em saúde para indivíduos e suas famílias, num determinado território, inclusive a atenção em saúde mental para casos leves de depressão, ansiedade, síndrome do pânico, transtornos de humor sob o acompanhamento das equipes matriciadoras para as ESF (Equipes de Saúde da Família):

“As ESF estão tendo que prestar contas do atendimento desses usuários que estão dentro da área de atenção. Isso abriu um leque para a gente que trabalha na Saúde Mental para que esse paciente receba atendimento na AB.”
(PEM4)

Esse processo em cada estado do país desenvolveu-se conforme o amadurecimento da via de mão dupla: equipes de atenção básica e de saúde mental. No entanto, parece que em algumas situações outros ditames se entrecruzam no processo, caracterizados pelo fluxo inadequado e excessivo de usuários nos centros de atenção psicossocial, gerando superlotação e demandando das equipes de saúde mental ações mais resolutivas e de encaminhamentos, muitas vezes resumidas na contrarreferência para a atenção básica sem que o processo de matriciamento estivesse de fato elucidado.

Os aspectos do desconhecimento dos profissionais do CAPS Madeira Mamoré sobre apoio matricial vem reforçar ainda as demandas para a educação permanente ao levantarem uma discussão sobre a inexistência de um conhecimento que deveria fazer parte dos serviços de atenção psicossocial, pois apoio matricial é uma das atribuições desses serviços.

O fato de que nas falas dos profissionais não apareça um conceito definido ou mesmo inexistir esse conceito e ou conhecimento sobre apoio matricial, denota que o matriciamento requer um direcionamento mais efetivo por parte das políticas públicas de saúde, e que este ainda não foi assumido como mais uma atribuição dentre as outras funções das equipes matriciais, no CAPS Madeira Mamoré.

Algumas falas parecem reforçar uma busca solitária sobre o conhecimento a respeito do apoio matricial demonstrando experiências isoladas de um profissional ou outro da equipe:

“Eu vi essa palavra matriciação desde que o CAPS iniciou. Já era uma ideia de se fazer esse trabalho aqui em PVH. Tive conhecimento. Já li algumas coisas, já fui a palestras”. (PEM6)

Esta fala retrata bem que o serviço instituiu o conhecimento a respeito de Apoio Matricial ao profissional ao longo da implantação do CAPS. No entanto, e ainda assim o profissional buscou outras formas de acesso para aquisição deste conhecimento.

Existia a ideia de matriciar pelo CAPS, mas o projeto não foi implementado de fato.

Em outras falas os profissionais referem o menor conhecimento sobre Apoio Matricial quando ressaltam:

“Informou que não tinha conhecimento sobre apoio matricial”. (PEM1)

O fato do desconhecimento é preocupante, expressado até mesmo pela relutância em responder sobre o conhecimento pessoal a respeito do matriciamento. No entanto não pode ser considerado um agravante visto que na formação, na graduação dos profissionais, os mesmos não foram introduzidos em aspectos da gestão dos serviços de saúde mental, e nem nas ferramentas que subsidiam o

profissional para matricular; assim, é compreensível que os serviços possam oferecer apenas essa competência em serviço ou na educação permanente.

O que se vê na verdade é um fosso nos aspectos da formação, aqui explicitado e só preenchido na pós-graduação, como na fala a seguir sobre o conhecimento sobre apoio matricial adquirido durante as aulas de pós-graduação:

“Só ouvi falar sobre apoio matricial nas aulas da pós-graduação”. A (...) sempre fez questão de tratar bem este tema”. (PEMR)

O relato expõe bem, e isso fica claro que a pós-graduação caracterizada pela Residência Multiprofissional em Saúde Mental ressurgiu a ideia sobre matriciamento no CAPS Madeira Mamoré. À luz do trabalho dos residentes junta-se o projeto vanguardista anterior de alguns profissionais do CAPS no que concerne ao mapeamento de áreas e identificação de usuários, exercidos através da influência e cooperação de uma instituição formadora, e executados pelos profissionais residentes.

C. Características das atividades desenvolvidas no CAPS Madeira Mamoré

O CAPS desde que foi implantado atende usuários de diferentes classes sociais. Aproximadamente existem dez mil usuários cadastrados com patologias diversas como depressão, síndrome do pânico, esquizofrenia, ansiedade, distúrbio bipolar, transtorno obsessivo e compulsivo, estresse pós-traumático e insônia primária:

(...) “Não é possível ter volume crescente de quase 10.000 clientes com recursos humanos limitados”. (...) (PEM5)

Dentre as patologias encontradas no CAPS destaca-se a depressão como transtorno que se apresenta em variações que vão da depressão leve e moderada a grave. Um transtorno que na sua variação leve deve ser de responsabilidade da Atenção Básica.

“A proporção estatística é de que atendemos muitos pacientes com depressão e o CAPS atende mais casos leves”. (PEMC)

Na sequência e no seu grau de importância para o CAPS tem-se a depressão como primeira patologia de destaque nos atendimentos dos profissionais. Na sequência destaca-se o distúrbio bipolar, e em terceiro, a esquizofrenia.

Dentre as atividades desenvolvidas destacam-se as 20 consultas psiquiátricas realizadas ao dia, em cada turno. Estes 20 usuários atendidos pelo psiquiatra são também atendidos pelo enfermeiro, psicólogo e assistente social. E, em relação às visitas domiciliares o CAPS realiza em torno de seis visitas diárias compreendidas entre os dois turnos de trabalho. Aproximadamente tem-se seis grupos de terapia coletiva formados. Este número aumenta quando há estagiários de psicologia no serviço.

O CAPS Madeira Mamoré não tem definido no conjunto das suas atribuições o desenvolvimento do Apoio Matricial. Algumas ações que se familiarizam com o matriciamento foram elencadas há um tempo atrás, porém, sem continuidade...

(...) “houve inicialmente uma discussão direcionada pela (...) e também pela pós-graduação. Foram feitas algumas discussões e algumas reuniões. Desde 2009 foi feita a discussão, mas ainda não houve avanço. Desde 2009 foi montado o desenho da territorialização: Porto Velho foi dividido por zonas” (...) (PEM3).

O município de Porto Velho, capital do estado foi dividido em zonas para que as equipes do CAPS Madeira Mamoré pudessem se interligar com algumas unidades de saúde da família, e se engajassem com essas equipes de saúde, na detecção de famílias com usuários em sofrimento mental.

Através de alguns relatos de profissionais do CAPS foi possível perceber que houve uma busca pelos profissionais da Atenção Básica:

“Reunimos com a médica do bairro nacional. Foi um movimento da gente para lá. Já foi feito um treinamento desde 2008/ 2009 para os agentes comunitários”. (PEM3)

Houve uma intencionalidade das equipes matriciadoras, destacadas pelas equipes do CAPS, que detêm conhecimento em saúde mental, na deflagração de uma interação com as equipes de referência (profissionais da Atenção Básica) à medida que as primeiras ações nessa articulação com as equipes de Atenção Básica foi a de desmitificar o conceito de loucura.

(...) “foi feita uma capacitação, nas UBS, e também para o CAPS fazer; e também, no José Adelino, nesses dois bairros, nós tivemos, foi muito bom, principalmente com o pessoal de PSF com quem a gente trabalhou mais de perto”. (PEM6)

“Nesses dois bairros, nós fizemos (...). Fizemos com agentes comunitários, enfermeiros e todo o pessoal técnico: a diretora e os técnicos. Fizemos assim inclusive, lá no Ronaldo Aragão e quisemos fazer no Belmont: lá tinha um local que se deslocava durante a semana toda a equipe: o odontólogo, o clínico, o pediatra, o enfermeiro, e a gente ia com eles porque tinha moradores que faziam parte da SM”. (PEM6)

A tecnologia de equipes matriciais se coloca como uma nova composição para estimular a criação de novas relações, de corresponsabilidade em rede. Segundo Campos (2003):

“Equipe de referência é um rearranjo organizacional que procura coincidir o poder de gestão com a equipe interdisciplinar. O apoio matricial sugere modificações entre as relações dos níveis hierárquicos em sistemas de saúde; nesse caso, o especialista integra-se organicamente a várias equipes que necessitam do seu trabalho especializado. Além da retaguarda assistencial, objetiva-se produzir um espaço em que ocorra intercâmbio sistemático de conhecimentos entre as várias especialidades e profissões” (CAMPOS, 2003, p. 84).

No entendimento de Deleuze e Guattari (1996, p. 29-30), pensando as relações de trabalho, devem-se construir espaços para invenção e agenciar linhas de fuga para a crise. A tecnologia de apoio matricial constitui-se de espaços para discussões de alternativas entre trabalhadores e usuários. O Apoio Matricial tem potencial de agenciar estes espaços de invenção, romper com a repetição de procedimentos e posturas que não respondem às necessidades, inspirando formas criativas de atender as necessidades das famílias usuárias do SUS.

Segundo Deleuze e Guattari (1996), o que temos de fazer é instaurar redes laterais, todo um sistema de redes e de bases populares para superar o poder totalizador das instituições sem perder a totalidade das relações. Fortalecer as redes sociais remete-nos ao empoderamento dos sujeitos sociais. É necessário produzir novas correlações de forças, capaz de produzir novas relações de poder, para atendimento das necessidades humanas numa perspectiva ético-metodológica de cooperação e complementaridade.

Apesar das ações em matriciamento fazerem parte do conjunto das atribuições dos Centros de Atenção Psicossocial, na busca da interdisciplinaridade, fundamentada na aproximação entre equipes matriciadoras e de referência na atenção à saúde mental na atenção básica; estas ainda

assim, dependem de vontade política, e perpassam por obstáculos de diferentes ordens: estrutural, cultural, ética, epistemológica e política.

Ainda que seja possível uma descrição singela desse tipo de trabalho em grupo, não é simples, no cotidiano, estabelecer-se esse tipo de diálogo, com decisões e tarefas definidas de modo compartilhado (CAMPOS, NASCIMENTO, 2007).

Talvez por esse fato as ações entre saúde mental e atenção básica no CAPS Madeira Mamoré apresentem uma especificidade no aspecto conceitual e pragmático:

(...) “essa função que o CAPS tem por lei (...) o papel na organização da rede de dar apoio matricial para os serviços de Atenção Básica ainda é individualizado e focal e não institucionalizado”. (PEMC)

“A gente tem algumas ações focais. Pacientes principalmente CAPS, em situações de vulnerabilidade, de relacionamento familiar, de transporte, de gravidade do caso mesmo. A equipe faz a visita domiciliar, e faz contato às vezes só para avaliação ou para realizar a medicação assistida”. (PEMC)

As ações focais representam modalidades de intenção no CAPS Madeira Mamoré, mas é importante ressaltar as reais funções do apoio matricial no delineamento e no exercício da interdisciplinaridade entre equipes de atenção básica e saúde mental, ou mesmo na gestão e corresponsabilização:

O matriciamento deve proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população. Assim, também se diferencia da supervisão, pois o matriciador pode participar ativamente do projeto terapêutico (CHIAVERINI et al., 2011, p: 14).

Atualmente, na Residência Multiprofissional em Saúde Mental ressurgiu o projeto de matriciamento do CAPS Madeira Mamoré, através da inserção dos profissionais residentes em atividades que envolvem ações de saúde desenvolvidas com equipes de da Atenção Básica:

“O curso foi em 2011. Ele aconteceu por causa da residência, da Residência em Saúde Mental e não por intervenção do estado ou município: foi uma semana (20h de capacitação de agentes), só um período de curso pela manhã (com médicos, enfermeiros, agentes, professores da escola, usuários). Foi pensado a nível de UNIR. Os agentes estão mais sensíveis, os que participaram do curso. Estão detectando e trazendo casos. Outros não sabem nem o que fazer, não sabe lidar, mexe muito com o preconceito e com a falta de contato com o transtorno, leva a dificuldade de mexer e até de chegar perto. Há pavor, medo e dificuldade de mexer”. (PEM4)

“Na sensibilização usaram a estratégia de um único dia; falaram da rede de atenção; teve a oportunidade de cada um falar um pouco do serviço oferecido; do fluxo do paciente em crise; dos diagnósticos mais presentes no CAPS e da rotina do atendimento pelo médico (...), do acompanhamento clínico para a AB quando o paciente está estável”. (PEM4)

“A residência foi importante para trazer a questão da (...), porque na residência era psicólogo e enfermeiro. A presença do psicólogo é que foi boa. Nas unidades aonde aconteceram a residência o paciente com transtorno foi melhor acolhido e os profissionais estão mais motivados. Eles ajudaram no mapeamento, fizeram muita visita domiciliar. Houve essa entrada, essa sensibilização. Foi muito positivo”. (PEM4)

A Residência em Saúde Mental como um projeto desenvolvido entre o CAPS Madeira Mamoré e a Universidade Federal de Rondônia-UNIR remontam a elementos de inserção de equipes que estão atuando em saúde mental na articulação com profissionais da atenção básica:

(...) “o residente foi acolhido na equipe da AB, passou a fazer parte da equipe, participava do planejamento, das reuniões; fazia visitas domiciliares, passou a conhecer as demandas com o enfermeiro, com o médico, com os agentes. Acabou conhecendo e tendo acesso a realidade (...)” (PEM4).

Através das falas, e especificamente, através da fala anterior é possível perceber uma intencionalidade em matricular, porém, de forma pontual. O Apoio Matricial não está institucionalizado no CAPS Madeira Mamoré e nem no município de Porto Velho.

As ações ora desenvolvidas pelos residentes ocorrem por uma decisão isolada de uma profissional do CAPS Madeira Mamoré, que também trabalha numa unidade de saúde municipal, e que, na época, foi tutora dos residentes:

“Eu recebo porque estou aqui, mas a gente não recebe lá na ponta o que é preciso para poder fazer essa ponte, fazer esse serviço funcionar, o que precisa para o matriciamento funcionar. O que precisa é que a gestão assuma a sua responsabilidade no matriciamento, e leve para a ponta, às vezes pode não estar fazendo por que não está tendo preparo pra isso. Não sabe nem por onde começar. A ponta não está tendo preparo para isso”. (PEM5).

E, embora seja uma ação incipiente, ela produz uma melhora no atendimento a pacientes e, sobretudo, parece mobilizar recursos internos de cada profissional, no sentido de promover um atendimento de melhor qualidade.

É essencial que os profissionais do CAPS Madeira Mamoré e os profissionais da Residência Multiprofissional, (projeto este desenvolvido entre o CAPS Madeira Mamoré e a Universidade Federal de Rondônia), percebam o apoio matricial no atual contexto; tenham clareza dos seus pressupostos que, e que estão embasados no obstáculo estrutural, ressaltado por Campos e Domitti (2007), e que por este motivo o olhar da humanização, vinculado a profissionais e usuários deverá ser bem fortalecido em prol da organização do trabalho com vistas ao apoio matricial:

Não há como propor humanização da gestão e da atenção sem propor um equilíbrio maior de poderes nas relações entre os trabalhadores dentro da organização e na relação da organização com o usuário. Primeiro, porque, do contrário, as decisões serão centralizadas em um serviço de saúde ou em um profissional da equipe, reduzindo o trabalho dos outros trabalhadores a simples execução, o que, além de ser adoecedor para estes trabalhadores, será péssimo para a qualidade da atenção, já que o envolvimento com o usuário tende a diminuir e o trabalho a se burocratizar. Em segundo lugar, se a gestão não produz relações de poder na organização de saúde que valorizem a equipe como espaço de decisão, ela faz o contrário: produz fragmentação desta equipe (JULIANO, 2011 p.35).

A fragmentação das equipes, e a mudança dessa lógica no cerne dos serviços é um elemento crucial para a análise dos processos de educação permanente; para a definição de políticas norteadoras na formação, e para a atuação de profissionais no âmbito dos serviços de saúde.

D. O CAPS, os profissionais e a preparação para matriciar

Os profissionais das equipes multiprofissionais do CAPS são compostos por sete médicos, cinco psicólogos, seis enfermeiros, três assistentes sociais, uma terapeuta ocupacional e um administrador:

“A gente tem sete médicos, seis enfermeiros, cinco psicólogos. Então a gente tem uma equipe que interage bastante... alguns mais outros menos” (PEMC).

Quanto ao tempo de serviço de trabalho no CAPS encontram-se os que trabalham desde que o CAPS foi implantado, em 2004, mas no momento, vários outros profissionais foram incorporados ao serviço, até porque com a reforma da Policlínica Osvaldo Cruz - POC (unidade de saúde estadual e ambulatório de referência para consultas por especialidades médicas) esses profissionais tiveram que ser realocados.

Os profissionais da POC atualmente estão desempenhando suas funções no CAPS. Isso levou a um aumento no quantitativo de consultas psiquiátricas, muito mais justificada pela presença dos profissionais, exclusivamente profissionais médicos-psiquiatras que vieram da Policlínica Osvaldo Cruz.

Num âmbito geral foram inseridos vários profissionais novatos ao serviço. Formado por profissionais médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, dentre outros profissionais, o CAPS tem uma média de quatro equipes multiprofissionais.

Com relação à capacidade para matricular equipes de Atenção Básica todos se acham capazes: uns pelo tempo de serviço muito mais aliado à experiência profissional; outros pela motivação pessoal e por acreditar no trabalho em equipe, quando um profissional vai subsidiando o outro ou quando um conhecimento para resolver um problema é acionado, e perpassa a competência coletiva para uma competência mais especializada. No entanto, esta afirmativa dos profissionais se contradiz quando se constata a inexistência de ações de apoio matricial no serviço estudado.

“É preciso sair das quatro paredes implantando a ideia de trabalhar em grupo. O enfermeiro entendendo que pode ouvir o choro (...) o psicólogo pode entender do corpo. A assistente social pode acolher e entender de sintomas físicos e psicológicos” (PEMC).

“O sonho é que todos façam matriciamento, mas tem profissionais que não trabalham em grupo. E não acreditam no trabalho em grupo” (PEMC).

No entanto, essa capacidade para matricular contrasta-se com o conhecimento que os profissionais têm sobre Apoio Matricial, pois no grupo de profissionais alguns apresentaram algum conhecimento sobre matriciamento, e outros profissionais foram reveladores em dizer que não tinham nenhum conhecimento a respeito.

Esses aspectos geram características no contexto da análise porque suscitam pensar na capacidade institucional do CAPS em oferecer apoio matricial, se os seus profissionais conhecem a respeito do tema, se precisam de embasamento técnico para o desenvolvimento de habilidades de matriciamento; o que se direciona para a educação permanente e a formação, no tocante ao desenvolvimento de tais habilidades; e quais são os limites e perspectivas da equipe em prol do matriciamento.

Aspectos do conhecimento sobre matriciamento ganham destaque em subcategorias importantes e reveladoras do contexto do CAPS Madeira Mamoré, que subsidiam achados essenciais para reflexões atuais e futuras sobre a capacidade do CAPS, expressada pelos seus profissionais, em ofertar Apoio Matricial para equipes de Atenção Básica no estado de Rondônia.

Indagados sobre se o CAPS Madeira Mamoré está preparado para o Apoio Matricial, os profissionais em sua unanimidade referem que sim, que o serviço está preparado. Em nenhum momento falam de quantitativo de recursos humanos, mas que esses recursos humanos por fazerem parte há muito tempo do CAPS, estão preparados para matriciar pela experiência.

Ao longo das entrevistas os profissionais vão elencando dificuldades que encontram para implantar o AM; caracterizam competências que desenvolvem que se assemelham com as competências estabelecidas para matriciar; comentam que se reúnem em grupo para a discussão de casos, e que nos seus processos de trabalho vão desenvolvendo aqui e ali atribuições exigidas para o processo de matriciamento.

No entanto, é unânime a relação de demandas para a educação permanente no tocante à preparação que devem ter os profissionais para matriciar, além de que relatam que as lacunas em sua formação (graduação) não lhes permitiram a aquisição de competências como o conhecimento sobre AM e sua instrumentalização.

Quanto à instrumentalização para matriciar ressaltam que o serviço vai ajudando na preparação dos profissionais para o desenvolvimento de competências: como o trabalho em equipe e a elaboração/discussão e

desenvolvimento de abordagens frente a alguns casos quando pela vontade individual o profissional faz a busca:

“Na minha opinião (...) acredito pela experiência que todos estão preparados, pois são antigos. Em questão de conteúdo todos teriam capacidade para matricular pela experiência, mas está indo pela vontade e disponibilidade de cada um”. (PEM1).

“Primeiro é o apoio da direção da unidade. A gente tem que estar aberto para esse tipo de trabalho”. (PEM3)

Algo muito evidente nas falas é o fato dos profissionais se referirem à ausência da gestão no processo decisório para a implantação do apoio matricial.

Por um lado requerem o apoio da gestão, mas elucidam que o profissional precisa querer, reforçando talvez que ações de matriciamento já deveriam estar sendo desenvolvidas no CAPS, visto que são atividades inerentes destes:

“Eu acho que já deveria estar há muito mais tempo porque já foi dividido por região. Esse ano a gente já se estressou porque é muita gente que está aqui. Muita gente já deveria estar na unidade de saúde. Isto aqui só enchendo e a gente sem saber o que fazer com o paciente”. (PEM3).

“O CAPS está preparado para o matriciamento: tem estrutura, dinheiro, profissional e a questão do matriciamento é algo consciente; só eu não sei porque cargas n’água não acontece”. (PEMR)

Aqui são perpassados os elementos situados por Campos e Domitti (2007), e os obstáculos durante a implantação do matriciamento pelas unidades de saúde mental, discussão bem demarcada na próxima categoria sobre limites e dificuldades para o apoio matricial.

Para realizar matriciamento os profissionais têm que elaborar projeto terapêutico singular; realização de interconsulta e consulta conjunta entre profissionais da atenção básica e saúde mental além de amplificarem a clínica ampliada com o genograma e ecomapa das famílias com usuários da saúde mental.

A atenção básica e a saúde mental trabalham pautadas na incorporação de tecnologias leves que se caracterizam como aquelas centradas na intervenção interpessoal, no acolhimento, na escuta, e na criação de vínculo terapêutico (MERHY, 2007).

Estudos apontam que as ações de saúde mental realizadas na ESF englobam acolhimento, interdisciplinaridade, vínculo, escuta, intersetorialidade, visitas domiciliares, discussão de casos em reunião de equipe, envolvimento da família no cuidado, acompanhamento de casos leves (ansiedade, depressão leve, problemas sociais), apesar de ainda se centrarem no atendimento médico e na medicalização (LANCETTI, 2002; BÜCHELE et al., 2006, TANAKA; LAURIDSEN-RIBEIRO, 2006; NUNES, JUCÁ, VALENTIM, 2007).

O contexto acima mostra a importância da formação e da educação permanente estarem voltadas para o desenvolvimento de habilidades e competências específicas, requeridas ao profissional que vai prestar ações de matriciamento à medida que envolve interlocução e diálogo entre equipes diferentes.

A prestação de cuidados em saúde mental na atenção básica requer investimento significativo na formação dos profissionais da rede básica para detectar e tratar as pessoas em sofrimento psíquico, devendo atender às necessidades específicas dos diferentes grupos de profissionais, como médicos, enfermeiros, entre outros (OMS, 2003).

E. Limites e possibilidades das equipes para o desenvolvimento de Apoio Matricial

Primeiramente serão apresentados os limites e após, as possibilidades para o apoio matricial no CAPS Madeira Mamoré.

Quanto aos limites identificados, em um primeiro momento, serão relacionados aos “seis níveis de obstáculos ao bom desempenho da equipe matricial de Campos & Domitti (2007)”.

Após este primeiro momento considerando os níveis de obstáculos, serão apresentados os níveis das equipes relacionados à gestão, e por último, os limites relacionados à formação e educação permanente dos profissionais envolvidos.

É importante iniciar a discussão dessa categoria discorrendo sobre o que foi caracterizado como Novo Arranjo Organizacional, proposto desde 1999, como uma nova diretriz do vínculo terapêutico entre equipes e usuários.

O modelo proposto por Campos foi incorporado pela Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde e passou a fazer parte do documento denominado HumanizaSUS (BRASIL, 2004-2).

Aqui é balizado o modelo composto por um sistema com decisões centralizadas o que tende a estimular a alienação e o descompromisso do trabalhador e do usuário da Saúde. Acredita o autor que uma ordenação do trabalho em saúde estimularia um novo modelo de responsabilidade (SANTOS FILHO, 2008).

Em decorrência destas novas responsabilizações com a singularidade dos sujeitos e novos arranjos com características transversais entre as equipes e as equipes de referência, vem ocorrendo uma nova organização do serviço, que tem recebido o nome de equipe matricial (BRASIL, 2004 b).

Considerando esta realidade e a possibilidade de reordenar o trabalho em Saúde, Campos e Domitti (2007) “anunciam seis níveis de obstáculos ao bom desempenho da equipe matricial”.

O primeiro deles pode ser considerado o denominado estrutural. Neste caso, o foco de resistência é a fragmentação crescente, imposta ao processo de trabalho pela especialização das profissões e processo de formar departamentos (SANTOS FILHO, 2008).

Em muitas falas esse obstáculo se apresenta reforçando a importância de uma reorientação do modelo de atenção local, pois fica muito evidenciado como a seguir que está faltando um ou algo que aglutine as equipes:

“Mas ainda é individualizado e focal. Dificuldades da própria equipe em se reunir; não temos um contato efetivo, não temos uma equipe, ou mesmo pessoas já preparadas, institucionalizadas para essa forma de trabalhar; a gente daria o atendimento especializado e a Atenção Básica faria a continuação do atendimento dentro do princípio do PSF, da atenção à saúde próximo da casa do paciente, no território de moradia” (PEMC).

(...) “Quem é que faria essa integração lá?” (...) (PEMC)

Os discursos só vão sendo reforçados pela necessidade de se ter mais um departamento que institua programas e políticas de saúde que organize e estimule profissionais para atuarem.

Estes mesmos discursos são reforçados mais uma vez através das seguintes afirmações:

“Precisa definir o fluxo: mandar os pacientes para o DAB e o DAB vai mandar para as UBS e esses pacientes vão ser inseridos nas rotinas das equipes. Foi o que sugeri para o administrador da unidade”. (PEM5)

Pelo fato das Secretarias de Saúde tanto estadual quanto municipal não terem definido a gestão do apoio matricial, isso continua sendo aguardado até que se torne uma demanda prioritária dessas gestões.

Em outra fala, acredita-se que a saúde mental por estar atualmente no conjunto das ações da Atenção Básica, favorecerá o matriciamento para que o mesmo ocorra de fato.

“Mas agora com a obrigatoriedade do atendimento, do acesso desse usuário na AB a gente vai conseguir isso melhor, mas ainda está faltando sentar estado e município para poder definir de que forma vai ser feito esse matriciamento”. (PEM4)

Percebe-se, todo tempo, ser reforçada a intencionalidade da gestão para “departamentalizar”, algo que se intercala de forma sutil no escopo dos serviços, e que favorece a perda da “autonomia” que estes serviços de saúde já implantados poderiam dispor para o avanço das políticas.

A categoria limites para a implantação do apoio matricial se coaduna com os preceitos que mostram que o volume de serviços oferecidos à população é insuficiente. O SUS está em processo de implantação. Existe uma ordenação multidisciplinar, e foge-se de uma lógica interdisciplinar. Estes aspectos funcionam como obstáculos para o apoio matricial (CAMPOS, DOMITTI, 2007).

Na sequência vem uma série de discursos que retratam o cenário estabelecido por Campos e Domitti (2007), quando os profissionais quase são unânimes em descrever o que se relaciona com o excesso de demanda, caracterizado como segundo obstáculo à implantação do matriciamento.

Percebe-se também outro arranjo reforçado pelas gestões de saúde, à medida que este opõe obstáculos ao fluxo de serviços no SUS, caracterizado pelo excesso de demandas, e o engessamento que isto provoca na atuação dos profissionais:

“Não é possível ter volume crescente de quase 10.000 clientes com recursos humanos limitados. Vai haver esgotamento. Estamos adoecendo. Não é dramatização”. (PEM5)

“O fato de se evitar a Saúde Mental faz com que tudo venha para o CAPS... é mais fácil jogar para o outro (...). Há grande demanda de receitas azuis (...)” (PEM2)

“Todas as unidades estão encaminhando pra cá”. (PEMC)

“A demanda sufoca”. (PEMC)

“A equipe está carregadíssima” (PEMC)

São fatores conjunturais que desmotivam o profissional e o desarticulam para qualquer evento novo a ser implantado nos serviços, quiçá para qualquer atividade que se denomine diferente das suas habituais.

A demanda sufoca porque faltou o ordenamento de usuários que a cada dia pelas estatísticas, tende a aumentar, porém, estes já representam parcela representativa nas estatísticas do CAPS Madeira Mamoré.

Por outro lado encontram-se também os dependentes de benzodiazepínicos, os quais geram altas demandas de receitas azuis, visto que nestes há sempre uma reprodução do seu estado, e dessa política de dependência, sem que se tenha sido realizada uma classificação, ou mesmo um referenciamento deste usuário para a Atenção Básica, pois é função da mesma dar conta “destes” que “sufocam” o CAPS, pois são a grande maioria.

Importante também ressaltar que por representar um serviço que atende pessoas de várias classes sociais, e por apresentar uma porta de entrada no sistema de saúde, o CAPS atende também uma demanda de usuários com condições financeiras, compatíveis com o acesso a serviços privados de saúde, e que, no entanto, preferem o CAPS, ou o utilizam por terem facilidade de porta de entrada.

No entanto, e pela atenção em saúde mental não se resumir no consultório do psiquiatra, e sim, na equipe multiprofissional destacada no CAPS, como também pelas diferentes funções que exerce, principalmente nos grupos terapêuticos abertos e sem restrições para a toda a comunidade, talvez seja por isso que estes usuários com melhores condições financeiras buscam também o CAPS, e aumentam também a demanda de usuários a cada dia.

Pelo excesso de demandas as atividades de planejamento, de avaliação e de seguimento de casos ficam também prejudicadas:

“Aqui a gente faz, mas isto leva um tempo, há um desgaste. As reuniões hoje estão mais espaçadas. Nós fazíamos discussão de casos, mas isso está parado. Dá para levar a proposta da discussão dos casos dependendo da disponibilidade dos médicos da Atenção Básica”. (PEM5)

Há ocasiões em que estão prejudicadas as atividades da rotina dos profissionais implicando na própria sustentabilidade emocional e técnica destes, como nas reuniões do Balint:

(...) “Balint pode ser trabalhado na AB, mas não estamos encontrando tempo para nos reunirmos... o usuário está sugando todo o nosso espaço, nosso tempo e a gente não está conseguindo mais”. (PEM4)

O Balint³ é um instrumento da psicologia muito utilizado para as reuniões da equipe multiprofissional em que os profissionais discutem sobre suas abordagens terapêuticas; buscam apoio das várias áreas de conhecimento em equipe; e se fortalecem emocionalmente no amparo do grupo.

Faz parte de uma abordagem essencial em saúde mental para ser desenvolvida nas competências tanto individuais quanto coletivas pelos profissionais. Habilidade fundamental para ser aprimorada em equipe como

³ Método Balint: consiste na participação em reuniões regulares de discussão em grupo, sob a orientação de um analista, qualificado para tal [1] [HTTP://www.infopedia.pt/grupo-balint](http://www.infopedia.pt/grupo-balint)

aprender a acolher, a ouvir o choro do outro, a observar, a falar o indispensável na hora certa, enfim. São elementos indispensáveis para a formação em saúde mental, e especificamente, para o apoio matricial.

Em outras ocasiões os profissionais parecem dar um grito de liberdade quando imperiosamente assumem que há usuários que deveriam estar em outros serviços:

“Esse ano a gente já se estressou porque é muita gente que está aqui. Muita gente já deveria estar na unidade de saúde. Isto aqui só enchendo e a gente sem saber o que fazer com o paciente” (PEM3)

Em outros momentos percebem que é preciso mover esforços para a mudança da conjuntura:

“Precisamos organizar nossa carga; ver de fato não só pela vontade, mas pela pessoa ser realmente qualificada para fazer” (PEM4)

Parece que aqui há uma conclamação, um atributo para a busca da qualificação em saúde mental em prol da organização e planejamento do CAPS.

A interpretação que se tem é que as equipes estão buscando fôlego para que possam dar continuidade as suas ações tanto rotineiras quanto da execução de novas habilidades, como no apoio matricial, por exemplo.

O terceiro obstáculo destacado versa sobre o político e a comunicação (CAMPOS & DOMITTI, 2007)

O SUS introduziu na Saúde a diretriz do controle social. As instituições de saúde com seus dirigentes mantêm uma concentração de poder. A mentalidade das instâncias internas mantém-se intocável. Não há o compartilhamento de poder entre os profissionais. As políticas de humanização têm tentado ampliar o poder dos usuários no cotidiano dos serviços. Então, tanto o poder centrado nos

dirigentes, sem um sistema de cogestão, quanto o controle social ainda incipiente não criam uma democracia institucional que permite a instalação do apoio matricial (SANTOS FILHO, 2008).

O fato de não se criar uma cultura que favoreça a educação permanente e uma política de gestão que multiplique ações e que proporcione autonomia aos profissionais leva a situações como a seguir:

“Não é protocolo nosso porque não temos tempo e pessoal para estar fazendo com todos os CAPS.” (PEMC)

Leva a ações pontuais, fragmentadas e descontínuas, muitas vezes apoiadas em apenas um profissional, que vai centralizando poder, até por imposição da gestão e reação coletiva.

Outro obstáculo destacado por Campos & Domitti (2007) é o subjetivo e cultural, e aqui, especificamente para o CAPS Madeira Mamoré, tem-se uma grande discussão.

Esse quarto obstáculo retrata bem o trabalho interdisciplinar e as dificuldades para quem tem que exercê-lo; caracteriza bem as subjetividades envolvidas na interdisciplinaridade, pois, em grupo, o profissional fica vulnerável ao recebimento de críticas, e suas decisões precisam ser compartilhadas e não são mais individualizadas, ou seja, aqui o profissional não pode centralizar nem conhecimentos e nem decisões.

Pelo fato de não ser este o comportamento existente na maioria das instituições, pois nestas o profissional decide só e centraliza conhecimento, principalmente conhecimento especializado, é onde o obstáculo “subjetivo e cultural” ganha força.

(...) pela identidade profissional, os profissionais tem dificuldades de relacionamento, cristalizam-se em posições reativas, por incerteza, e dificultam o diálogo e a interação. As suas falhas podem ser usadas politicamente, o que favorece a ausência de projetos terapêuticos compartilhados dentro de uma visão de perspectiva (...) (SANTOS FILHO, 2008).

Ainda assim, é possível perceber intenções do trabalho coletivo a partir do que revelam as narrativas:

“É uma preocupação nossa em estar discutindo sobre os casos” (PEMC)

“Discutem os casos ou a atuação em reuniões de grupos específicos... Que grupo tá fazendo, que grupo não tá fazendo. O estudo de caso é a própria equipe que faz” (PEMC).

“O que aconteceu nessa equipe é que a gente trabalhava, que a gente olhava uma pra outra e a outra já tava, se tivesse mais próxima já ia, entendeu, e existia uma troca entre a gente” (PEM6).

Há uma intencionalidade em reagrupar os profissionais na busca da interdisciplinaridade e em torno das questões terapêuticas relacionadas aos usuários, no CAPS Madeira Mamoré. Não foi possível medir o quanto isto é resolutivo para os usuários, suas famílias e para os profissionais, e também porque foge aos objetivos do estudo.

O quinto obstáculo por Campos & Domitti (2007) é denominado de ético. As questões relativas a este obstáculo estão relacionadas à privacidade das informações relativas à saúde dos usuários em saúde mental, e aqui, o compartilhamento do saber entre a equipe de cumplicidades é discutível, pois, como lidar com esta multiplicidade de informações de uma pluralidade de níveis de depoimentos de modo ético e respeitoso?

O sexto obstáculo por Campos & Domitti (2007) é o de característica epistemológica. Neste é comum o predomínio do modelo biomédico e as

limitações que o envolvem, principalmente quando os profissionais tem que pensar em vários aspectos na intervenção dos processos de saúde de usuários, relacionados não apenas a fatores biológicos, mas a culturais, sociais, econômicos, e até a fatores espirituais.

Aglutinar várias linhas de pensamento e de formação que desembocam tanto individual quanto coletivamente nas intervenções em saúde, provenientes das ações dos profissionais da equipe multiprofissional do CAPS MM são desafios para o matriciamento, e que propõem uma discussão a respeito dos elementos envolvidos nos processos formativos para a formação e a educação permanente:

E.1. Limites relacionados à gestão de serviços e o apoio matricial

Os aspectos relacionados aos limites correlacionados à gestão de serviços, e a sua implicação na implantação do apoio matricial no CAPS Madeira Mamoré surge em muitos dos discursos apresentados pelos profissionais.

Em primeiro plano é importante elencar um limite que é estrutural e condiz com a própria identidade e funcionalidade do CAPS Madeira Mamoré, que diz respeito à organização de serviços e as suas implicações para o apoio matricial:

“Está previsto em lei o matriciamento, mas isso não está acontecendo de fato. É responsabilidade do estado e do município (PEM4)

“Nesse CAPS o município não entrou em contato com esse CAPS estadual”. (PEMC)

“Todas as unidades estão encaminhando pra cá.” (PEMC)

“Não é possível ter volume crescente de quase 10.000 clientes com recursos humanos limitados. Vai haver esgotamento. Estamos adoecendo. Não é dramatização”. (PEM5)

O fato de o município de Porto Velho e nem o CAPS Madeira Mamoré não terem estabelecido quais são os bairros para serem matriciados, é um complicador, pois o contingente de usuários em saúde mental, residentes em Porto Velho e que frequentam o CAPS é significativo.

Esse fator leva a uma grande indefinição nas ações das equipes multiprofissionais: estas matriciarão para equipes de atenção básica da capital Porto Velho ou dos outros 51 municípios do estado?

Esse viés se dá pelo fato do CAPS Madeira Mamoré ser um serviço de identidade estadual realizando atividades que não se referem à execução de serviços.

Pela gestão da política nacional de saúde mental, os centros de atenção psicossocial devem ser de identidade municipal, ou seja, devem ser organizados e administrados pelas gestões municipais de saúde.

Como este assunto não é parte do objeto deste estudo é importante pensar na demanda que se avoluma a cada dia no CAPS, e isso merece consideração pelo fato de implicar no processo de trabalho das equipes e também por representar uma demanda para a discussão da educação permanente à medida que requer dos profissionais matriciadores uma imposição ao início de atividades de transferência de demandas para a atenção básica.

Enquanto os serviços vão encaminhando tudo o que se refere à saúde mental, é inevitável que haja esgotamento sim, no CAPS Madeira Mamoré. É premente que haja uma definição para a organização dessa demanda, porém, de onde partirá o primeiro passo ainda não se sabe. E enquanto não há uma resolução os equívocos a seguir tornam-se a se repetir:

“Eu tenho muitos pacientes com problemas em outras áreas como pacientes da neuro. Só por que o paciente esteve na psiquiatria eles mandam para cá. Eu me transformo no médico dele sem ser”. (PEM5)

O CAPS terminou se tornando um serviço receptor de demandas que não são suas. Isso desvia a atenção dos profissionais para as atividades reais dos centros de atenção psicossocial.

Os profissionais estão sem tempo de se organizarem internamente enquanto estão sufocados pelas altas demandas no CAPS.

Geram e apontam uma demanda para a educação permanente quando falam que precisam de capacitações e de preparação para acompanhar as equipes de atenção básica:

“Todas essas equipes precisam de treinamento, uma sensibilização. Isso tem que partir da gestão”. (PEM4)

“O matriciamento já seria um bom começo, com pós, mestrados em SM; oportunidade de viajar e conhecer outras realidades; estar trabalhando estudos de casos/clínicos, é realmente necessário”. (PEM4)

Ao mesmo tempo em que exigem da gestão o treinamento para poderem matricular, acreditam que atrelado ao matriciamento surgiria o aperfeiçoamento das equipes. Revelam que à medida que vão discutindo os casos há um empoderamento de conhecimento novo e descoberto, capaz de motivar as equipes na busca do crescimento profissional, destacado nas necessidades da pós-graduação ou através de intercâmbios com outros profissionais de outros estados, enfim.

Por outro lado revelam dificuldades relacionadas à liberação de profissionais para participação nos cursos e nas reuniões do serviço:

“Os grandes problemas: falta de apoio para liberar o profissional para ir pro curso. Se a gestão não tem essa noção imagine o profissional. É melhor ele ficar atendendo do que se qualificar.” (PEM4)

“Toda sexta a gente tem o horário a partir das dez para conversar. Geralmente à tarde a gente faz na terça ou na quinta. Não dá para juntar as equipes. Tínhamos o hábito de juntar as duas equipes. Hoje não dá porque a equipe cresceu muito. Tem pessoa que tem dois empregos. Tem que fazer duas reuniões”. (PEMC)

As reuniões de equipe e discussão de casos são instrumentos importantes para o processo de trabalho coletivo em saúde mental. A sua realização de forma sistemática coincide com a aceitação e importância a ela atribuída pelos profissionais envolvidos no processo (OLIVEIRA, ALESSI, 2005).

Em outras falas consideram que o profissional médico não participa dos eventos relacionados ao serviço, e que para este, a gestão tem que usar estratégias específicas:

“Para o profissional médico vai ter que haver uma (...), porque eles são bastante corporativistas, vai ter que haver uma coisa mais assim, mais central, de gestão”. (PEM4)

O profissional médico, principalmente o psiquiatra, apresenta-se quantitativamente em número reduzido, no estado de Rondônia. O mesmo geralmente tem que atender em consultórios particulares e nas instâncias de saúde estaduais e municipais. Reunir o grupo de profissionais psiquiatras realmente é um desafio para a gestão, porém, é medida de extrema para que este possa se enquadrar à equipe multiprofissional e no exercício de uma clínica mais ampliada e não apenas medicalizada.

Os obstáculos na implementação desta reforma na atuação clínica são visíveis no sistema público de saúde: o excesso de demanda, profissionais hiper-atarefados com diversos empregos, contratação precária e por plantões, sem a presença longitudinal de profissionais no serviço (diaristas) e o regime terapêutico de pronto-socorro com trocas de equipes. A clínica singular e

compartilhada, priorizada por um processo terapêutico integral (não fragmentado) tende a uma existência mínima devido aos fatores citados (CAMPOS, NASCIMENTO, 2007).

Especificamente para os médicos, a gestão precisa definir de forma urgente a sua incorporação no trabalho da equipe multiprofissional, medida premente para que esse profissional possa apresentar alguma identificação com o processo de matriciamento.

E.2. Limites relacionados à formação e a educação permanente e o apoio matricial

Iniciar essa discussão é algo singular, pois os profissionais revelaram muitos dilemas pessoais e institucionais com raízes definidas nos seus processos de formação, especificamente na graduação. Revelam que a formação em saúde mental não é suficiente para subsidiar futuramente o profissional na sua atuação:

“Eu acho que a academia não prepara de forma alguma para trabalhar em SM, principalmente, as particulares”. (PEM4)

“Minha formação acadêmica não tem nada de SM a não ser o básico”. (PEM4)

“Há muito pouca informação na graduação sobre o atendimento em saúde mental”.(PEM4)

Revelam um aprendizado originário dos serviços, quando através da observação, e o que é melhor, do exercício do trabalho em equipe apreenderam formas individuais e coletivas de abordar em saúde mental.

Alguns também revelam que essas experiências pessoais podem ser utilizadas pelos profissionais da atenção básica à medida que vão assumindo a atenção em saúde mental. Alguns também acreditam que podem transmitir essas experiências para os profissionais da atenção básica:

“Seria uma conversa, uma troca de informação, seria uma roda de conversa e não um curso, seria uma troca de informação, está na mão da roda de conversa sem essa coisa de se impor no grupo: eu sou psicóloga, sou enfermeira, sou o médico”. (PEM3)

A prática interdisciplinar ressurgue aqui como algo que requer reflexões pelos processos formativos:

“Porém, há diferenças de atitude/ comportamento entre os vários estudantes de medicina, psicologia, serviço social e enfermagem, o que às vezes dificulta o trabalho de apoio matricial”. (PEM3)

Campos (2007) analisa a alternativa terapêutica oportunizada pelos serviços de saúde mental aos seus usuários, que muitas vezes, limita-se à terapia medicamentosa e uma internação de vez em quando. O trabalho da equipe ajuda a dissociar ainda mais o sujeito em sofrimento, pois se apresenta fragmentado e departamentalizado por cada profissional: Remédio é com o psiquiatra. Escuta é com o psicólogo. Trabalho é com o terapeuta ocupacional. Intercorrência clínica não é conosco. Surto? “Vai ter que internar”.

O que a formação produz os profissionais reproduzem na gestão dos serviços. Cada profissional vai dando atenção a um pedaço do usuário. Juntar todos esses pedaços em busca da interdisciplinaridade será utopia?

Como cada profissional pode transferir conhecimento no matriciamento se cada um se encontrar no seu *status quo*, nas suas caixas e nos seus territórios de conhecimento individualizados ainda é um desafio da formação.

A prática interdisciplinar não se processa pela multiplicidade de vários profissionais de diversas áreas em um espaço único de trabalho. Ela está alicerçada sobre a responsabilidade individual, advinda do envolvimento do profissional com o projeto, com as pessoas envolvidas e com a instituição (COSTA, 2007).

Há também um fator importante a ser evidenciado aqui: a questão da formação com vistas à atenção básica. Por muito tempo a formação esteve voltada para os hospitais:

“A formação acadêmica nunca é para a Saúde Pública. É mais para hospital e consultório”. (PEMC)

O fato de a formação ter sido por muito tempo hospitalocêntrica fez com que a prática dos profissionais em saúde mental estivesse inclinada para um olhar biologicista aonde o usuário de saúde mental só poderia ser abordado no interior dos hospitais:

“A minha formação acadêmica dá uma base muito boa porque você sai generalista, você pode atuar em várias áreas: pediatria, psiquiatria, dermatologia, todas as outras neurologias. A gente tem a disciplina de psiquiatria aplicada onde você vai para os estágios, para hospitais psiquiátricos quando eu fui.” (PEM1)

No ensino das profissões de saúde, encontramos o predomínio de formas centradas no aprendizado-prescrição e na informação biológica do processo saúde-doença, que tem levado à perda da integralidade e da humanização, por reduzirem a formação ao domínio de conhecimentos formais direcionados às regulações hegemônicas centradas nos procedimentos (CAPRA, 2011).

Pensar em abordar esse usuário na comunidade é algo novo e desafiador que os centros de atenção psicossocial têm como impositivo. Desafio este que

as Diretrizes Curriculares Nacionais também se sentem inclinadas quando estabelecem que as grades curriculares dos cursos de graduação priorizem a formação na atenção básica.

Desvincular esse paradigma é reacender a “Reforma Psiquiátrica”; é fazê-la de forma a libertar os manicômios que ficaram internalizados nos profissionais, em busca da liberdade que os centros de atenção psicossocial se propõem a garantir, a fim de que se exerça uma atenção em saúde mental mais humanizada.

Por outro lado é importante observar que na práxis dos discentes no CAPS Madeira Mamoré há diferenciações por áreas:

“Os de psicologia são mais resistentes; os de enfermagem estão sempre fazendo, junto com a professora fazem palestras, eles falam junto com a professora, fazem a evolução; o de serviço social também acompanha, vai”. (PEM3)

“Psicologia é mais difícil, não pode entrar no grupo (...) não pode isso, não pode aquilo... os de medicina ficam mais na sala, ficam com os médicos, evoluem... Demora muito as consultas quando tem estágio de medicina. Ficam três estagiários de medicina recebendo informações do médico sobre sintomas, que remédio que vai funcionar; e isso é até ruim para o paciente... que não se sente tão a vontade para falar dos seus problemas”. (PEM3)

Este reflexo da formação por áreas no CAPS Madeira Mamoré sugere que a formação ainda não se apresenta interdisciplinar. Provocar essa reflexão mesmo no cotidiano do serviço CAPS é fundamental para o entendimento e resolutividade dos problemas em saúde mental na equipe multiprofissional.

A necessidade do trabalho em equipe e da interdisciplinaridade decorre de que o sofrimento psíquico não é um fenômeno e simples, mas complexo. Sendo assim, as formas de acesso do usuário devem ser as mais diversificadas

possíveis, levadas a cabo por diferentes profissionais e seus diferentes olhares. A requisitada diversidade pode constituir práticas que ousem imaginar o ainda não imaginado e o ainda não experimentado. Enfim, pode desenvolver formas de cuidados que atendam à globalidade da pessoa em sofrimento psíquico (OLIVEIRA, 2005).

Apreender uma práxis interdisciplinar é fundamental para as competências que o apoio matricial exige e o que a educação permanente no âmbito dos serviços deve efetivar.

É necessário perceber que a pós-graduação tem inserido aspectos do matriciamento. Estes aspectos têm sido agregadores de conhecimento teórico e potencializador da práxis.

“A especialização também ajudou bastante, aquele conhecimento que nós adquirimos porque nos deu mais confiança naquilo que a gente pensava que era possível se fazer”. (PEM6)

“A aptidão para a SM vinha da graduação, mas também a especialização tornou isso mais concreto, mais claro”. (PEM6)

“Na pós está muito bem esclarecido a questão do matriciamento. Desde as primeiras matérias da (coordenadora docente da Residência) - ela deu enfoque no matriciamento, e pensar muito na questão do novo, pensar no novo”. (PEMR)

Além de levantarem questões relacionadas à formação os profissionais do CAPS apontam demandas para a educação permanente, no que se refere às necessidades de atualização, aperfeiçoamento, educação continuada nos serviços, intercâmbios, e até mesmo, cursos de pós-graduação:

“O matriciamento já seria um bom começo, com pós, mestrados em SM; oportunidade de viajar e conhecer outras realidades; estar trabalhando estudos de casos/clínicos, é realmente necessário”. (PEM4)

“Apesar de achar que todos os profissionais do CAPS estão aptos, é preciso atualização, educação continuada, participação em congressos (...). Trazer uma pessoa para passar um mês no CAPS”. (PEM2)

Mesmo que já esteja disseminada a importância de recompor as práticas profissionais por meio de processos educativos, para alcançar a qualidade que se espera na atenção, na gestão e no controle social, e, apesar dos esforços para instituir uma política voltada a integrar o ensino ao serviço e ao desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, ainda se evidencia, com muita frequência, a predominância de uma educação orientada pela lógica da prescrição do trabalho (CAPRA, 2011).

As demandas levantadas pelos profissionais do CAPS são necessárias para os encaminhamentos da política de educação permanente e as suas reais implicações com a melhoria das práticas dos trabalhadores em saúde.

E.3. Possibilidades para o Apoio Matricial no CAPS Madeira Mamoré

Os profissionais do CAPS Madeira Mamoré apresentaram algumas características favoráveis relacionadas ao apoio matricial. Em muitos momentos essas características ligadas a elementos como competências que uns e outros profissionais apresentam traduzem-se em importantes portas abertas para a educação permanente, e também no que se refere a um conhecimento da realidade de um serviço, aqui, especificamente, do serviço em saúde mental, CAPS Madeira Mamoré.

Muitos referiram o aprendizado que ao longo do tempo foi sendo construído, bem como da própria desmistificação pessoal empreendida sobre a temática da saúde mental à medida que se permitiram a trabalhar nesta área:

“Precisamos quebrar o mito de que o doente mental é perigoso, agressivo. Muitos pacientes vão ter jeito e alguns vão apresentar sequela”. (PEM5)

“Para trabalhar em Saúde Mental você tem que realmente escolher, escolher. Ou de repente tem pessoas que não escolhem e terminam se identificando e gostando e ficam como se fosse uma pessoa que escolheu”.
(PEM1)

Muitas vezes o profissional é colocado no serviço sem um menor treinamento para atuar em áreas específicas:

“No entanto, não recebi nenhum treinamento prévio para atuar no CAPS”
(PEM2)

E o que mais ressalta esta situação é quando este profissional não dispõe e não quer desenvolver competências peculiares ao desenvolvimento de determinadas atividades, como no apoio matricial, por exemplo.

Para o apoio matricial é fundamental o trabalho em equipe e a capacidade de transmitir e trocar conhecimento a cerca do plano terapêutico dos usuários e famílias.

Essa compreensão faz pensar a necessidade de inventar ferramentas e dispositivos potentes para indagar os instituídos, fazer circular novos fluxos de desejo e ativar processos capazes de constituir trabalhadores/atores protagonistas, implicados e desejantes com capacidade de produção de si e de coletivos na formação, na gestão, na atenção e no controle social do setor. Faz pensar em outros modos de subjetivação, atenção à saúde, descentralização da gestão, invenção de redes de cuidado e redes sociais, que possam armar e forjar novos olhares para reacender a capacidade reflexiva e inventiva, considerando, especialmente, a potencialidade que porta a micropolítica do trabalho vivo ou ato na saúde (CAPRA, 2011)

E os profissionais continuam ensinando e quebrando conceitos sobre o que é trabalhar em saúde mental na perspectiva de articular conhecimentos com outras equipes de saúde:

“Os próprios profissionais, acho, da AB tem receio de passar. A AB de passar a atender a Saúde Mental até por isso, vem um monte de doido pra cá, vão quebrar tudo, vão fazer escândalo, mas na verdade, não é assim. Tem os que fazem os escândalos, querem quebrar, mas é raro, a maioria”. (PEM1)

Os profissionais ressaltam a importância da experiência ligada ao serviço onde atuam alinhando as vivências em saúde mental como forma de produzir saúde:

“Pessoas sensibilizadas e motivadas a trocar experiências, seriam os responsáveis pelo matriciamento” (PEM4)

“Ter vivência de atendimentos é fundamental” (PEM3)

“Eu aprendi a fazer com os olhos”. (PEM6)

“Eu hoje conheço os pacientes pelos olhos”. (PEM6)

“Eu aprendi desse jeito, com o texto, mas com a experiência eu consigo fazer com o texto e um pouco diferente. A experiência me deu mais possibilidades” (PEM5)

Concomitantemente com as revelações intrincadas nas experiências pessoais os profissionais também vão apresentando propostas para o encontro de um trabalho de matriciamento:

“Poderia se trabalhar com equipes multiplicadoras”. (PEM4)

“A gente tem que estar aberto para esse tipo de trabalho”.(PEM3)

“É preciso ter troca / interação / discussão sobre os casos com colegas mais experientes”. (PEM3)

“Seria uma conversa, uma troca de informação, seria uma roda de conversa e não um curso, seria uma troca de informação, está na mão da roda de conversa sem essa coisa de se impor no grupo: eu sou psicóloga, sou enfermeira, sou o médico”. (PEM3)

É possível também ver destacado pelos profissionais o que apresentam como demandas para a educação permanente como possibilidades para a implantação futura do matriciamento.

É importante também destacar que além de levantar necessidades para a educação permanente os profissionais vão indicando elementos que consideram essenciais para essa educação:

“O serviço prepara quando une e conhece os saberes” (PEM6)

“Eu jamais concordo que a experiência profissional baseada apenas na prática seja suficiente, talvez por isso SM não tenha avançado mais por falta de investimento em qualificação profissional. A gente tem muito a questão da boa vontade baseada em dois aspectos: afinidade e experiência na prática, falta muito a qualificação”. (PEM4)

“A qualificação pelo cuidado diário e a afinidade do serviço; infelizmente Saúde Mental é construída com esta base: nós discutimos casos, trabalhamos em equipe; faz grupo multiprofissional”. (PEM4)

No que concerne ao estudo da Educação Permanente em cotidianos do trabalho em saúde segundo o próprio debate travado por Ceccim (2005), Merhy (2005) e Rovere (2005) sobre os desafios postos por esse tema é necessário repensar as abordagens educativas que pretendem ultrapassar os modelos assistenciais fundados nas racionalidades hegemônicas setoriais, lançando mão de dispositivos que interroguem permanentemente o agir profissional. Tratar-se-

ia de investir naquilo que sempre há de abertura ao arbítrio, à invenção, à implicação e ao desejo de fazer outro de si, numa produção permanente de si por si e no coagendamento de coletivos organizados de produção da saúde no interior da trama do trabalho vivo (de criação em ato), nas brechas e nos interstícios do trabalho instituído (dado, programado, prescrito).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O apoio matricial como tecnologia essencial dos processos de trabalho das equipes de saúde dos centros de atenção psicossocial merece reflexão por parte das políticas de educação permanente e dos processos formativos em saúde.

Requer o aprendizado conjunto do trabalho em equipe e da realização de ações interventivas em saúde mental através da resignificação de saberes e práticas compartilhadas.

O estudo mostrou a existência de um conhecimento privado em saúde mental, originário de um serviço de atenção psicossocial, porém, distanciado da graduação, mas já presente na pós-graduação, a partir das falas dos profissionais entrevistados durante a coleta dos dados.

Reunir estes saberes para estabelecer o apoio matricial no CAPS Madeira Mamoré é desafio da gestão de serviços, e da transformação que os profissionais do CAPS têm a desencadear.

As propostas apresentadas para a educação permanente e processos formativos em saúde pelos profissionais do CAPS, respectivamente para a graduação e pós-graduação, permitem vislumbrar que interdisciplinaridade, acolhimento, vínculo, responsabilidade, escuta terapêutica e trabalho em equipe, imprescindíveis para o apoio matricial, são competências a ser mais bem apreendidas, principalmente em cursos como Psicologia, Medicina e Enfermagem.

Segundo as falas dos entrevistados os estudantes de enfermagem fazem melhor o trabalho em equipe; os de medicina atuam exclusivamente com os médicos, e os estudantes de psicologia não permitem a entrada de nenhum outro profissional nos grupos terapêuticos em que fazem parte.

Para os profissionais do CAPS Madeira Mamoré este serviço já é capaz de realizar apoio matricial para equipes de saúde da Atenção Básica, no entanto, ainda demonstram dúvidas e fragilidades para que este ocorra de fato no escopo das ações de saúde psicossociais que desenvolvem.

À medida que apresentam demandas para a educação permanente quando se referem sobre as necessidades de treinamentos, cursos, discussões de casos, revelam que o saber inato em saúde mental, adquirido na prática, é único, merecendo valorização por parte da gestão estadual de saúde para que de fato possa ser construído conjuntamente com a Atenção Básica, na complementaridade entre equipes matriciadoras e de referência, a partir do desenvolvimento e sustentabilidade ao apoio matricial, no âmbito do CAPS Madeira Mamoré e do seu território de abrangência.

A necessidade de se repensar as práticas através da organização de serviços permite aos profissionais à percepção sobre o quanto precisam qualificar em seus processos de trabalho. E esta é a perspectiva que pode começar a ser respondida pela educação permanente, através do que pode promover nas transformações dos modelos em saúde vigentes.

A implantação do apoio matricial no CAPS Madeira Mamoré propiciará ao serviço e aos seus profissionais um reordenamento na assistência e na sua gestão, pois organizará o seu território, bem como elaborará intervenções pedagógico-terapêuticas a partir das discussões conjuntas de casos, e construção de projeto terapêutico para os usuários com transtornos leves em saúde mental no âmbito da Atenção Básica.

7. REFERÊNCIAS

-
- AMARANTE, Paulo (org). **Loucos pela Vida. A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2003.
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Cidadania e Reforma Psiquiátrica. In: MELLO E SOUZA, M.C; COSTA, M.C.S. (Org.). **Saúde Mental numa sociedade em mudança**. Ribeirão Preto: Legis Summa/FIERP, 2005, 125-133.
- BARBOSA, M. L. O. **Os efeitos da qualidade da escola sobre o desempenho dos estudantes**. In: XXIII International Congress of the Latin American Studies Association, 2001, Washington. XXIII LASA Congress, 2001.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2008.
- BARROSO, A. G. C.; ABREU, L. M.; BEZERRA, M. A. A.; IBIAPINA, S. L. D.; BRITO, H. Transtornos mentais: o significado para familiares. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 17, nº 3, p. 99-108, 2004.
- BRAGA CAMPOS, F. C.; NASCIMENTO, S. P. **O Apoio Matricial: reciclando a saúde mental na Atenção Básica**. Mimeo. 2003.
- BRASIL. **Cartilha Redes de produção de saúde**. Brasília. Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Lei nº 9.716, de 7 de agosto de 1992. Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul, RS; 1992.
- BRASIL. **Lei nº 9394 de 20 de dezembro de 1996**. Lei de Diretrizes e Bases da Educação.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 (2). 16p. 2004b.
- _____. **Lei n. 10. 216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. Diário Oficial da União, Brasília, 9 abr. 2001. Seção 1, p.2.
- _____. **Portaria GM nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF; 2002.
- _____. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados- 10**, ano VII, nº 10, março de 2012. Brasília 2012. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 28 p.
-

-
- _____. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2 ed. Brasília, 2008. 60 p.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e a Política de Saúde Mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental no Brasil: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica: o Vínculo e o Diálogo Necessários**. 2003.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS: documento base. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. –Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 86 p.
- BRASIL. Portaria/ GM nº 224 de 29 de janeiro de 1992. Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde. Diário Oficial da União. Brasília. Poder Executivo, 1992.
- BÜCHELE, T.; LAURINDO, D. L. P.; BORGES, V. F.; COELHO, E. B. S. A interface da saúde mental na atenção básica. **Cogitare enferm**, v.11, n.3, p. 226-233, set./dez. 2006.
- CAMPOS, F. B.; NASCIMENTO, S. O apoio matricial: reciclando a saúde mental na atenção básica. **Cadernos IPUB**. Rio de Janeiro, v.13, n.24, p.91-99, mar/abr 2007.
- CAMPOS, G. V. S. **Saúde Paidéia** (2ed.). São Paulo: Hucitec, 2003a.
- CAMPOS, G. V. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 2007; 23 (2), 399-407.
- CAMPOS, G W S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, 4 (2): 393-403, 1999.
-

-
- _____. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, G. W. S. (org). **Saúde Paidéia**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003b. p.51-67.
- _____. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Sociedade e Cultura**, v. 3, n. 1,2, p. 51-74, jan/dez 2000.
- CAPRA, M. L. P. A Educação Permanente em saúde como dispositivo de gestão setorial e de produção de trabalho vivo em saúde. 2011. 241 f. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface- Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu (SP), v. 9, n.16, p. 161-77, set. 2004/fev. 2005.
- CECCIM, R. B.; CAPOZZOLO, A. A. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, J. J. N. et al (Org). Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. P.346-390.
- CHIAVERINI, D. H. (Org). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236p.
- COSTA, R. P. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. **Rev Mental**. 2007; 5(8): 107-24.
- DALLA-VECCHIA, M.; MARTINS, S. T. F. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 183-93, jan./fev. 2009.
- DELEUZE, Gilles. GUATARI, Felix. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**, v. 3. São Paulo: Ed. 34, 1996.
- DIAS, M. T. G. **A Reforma Psiquiátrica Brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental: uma análise a partir do serviço residencial terapêutico Morada São Pedro**. 2007. 292 f. Tese (Doutorado)- Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (RG).
- DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A. K.; BRITO, M; PIMENTA, A. N.; MEDEIROS, V.; BEZERRA, E. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 18, n.1, p. 63-74, 2009.
- ESTEVAM, M. C. **Vivência com o Portador de Saúde Mental: Perspectivas de Familiares Usuários da Atenção Básica**. Dissertação (Mestrado) Departamento de Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá. 2009.111 p.
-

-
- FIGUEIREDO, M. D. **Saúde Mental na Atenção Básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas (SP)**. 2006. 146 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, 2006.
- JULIANO, A. S. **Apoio matricial em saúde mental na estratégia saúde da família em Rio Grande, RS: a organização do processo de trabalho e a ampliação da clínica**. Dissertação de Mestrado da Universidade Católica de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2011.
- LANCETTI, A. **Saúde Loucura: saúde mental e saúde da família**. São Paulo: Hucitec. 2002. 230 p.
- MANZINI, E.J. **Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada**. In: MARQUEZINE: M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE; S (Orgs.) Colóquio sobre pesquisa em Educação Especial. Londrina eduel, 2003. P.11-25.
- MERHY, E. E. Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In: MERHY, Emerson Elias; AMARAL, Heloisa. **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild: Campinas, São Paulo: Serviços de Saúde Dr. Cândido Ferreira, 2007. P. 25-37.
- MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu (SP), v.9, n.16, p.172-174, 2005.
- MIELKE, F. B. **Ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2009.
- MINAYO, M C S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 2004. 269 p
- NUNES, M.; JUCÁ, 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. 2375-2384, out. 2007.
- OGATA, M.; FUREGATO, A. R. F.; SAEKI, T. Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica no Brasil: convergências e divergências. **Nursing**, São Paulo, v. 3, n. 255, 24-9, jun. 2000.
- OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. **Ciência e saúde coletiva**, v. 10, n. 1. Rio de Janeiro jan./mar. 2005.
-

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organization of services for mental health. 2003. 74 p.

_____. **Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança.** OPS/OMS. Genebra, Suíça, 2001.

_____. **Declaração de Caracas.** Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina. Caracas: OMS/OPS; 1990.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. In: **Psicologia: teoria e pesquisa**, v.16, n.1: p.71-79, 2000.

PINTO, A. G. A. **Produção do cuidado em saúde mental: significados e sentidos da prática clínica em Centro de Atenção Psicossocial** (Dissertação de Mestrado). Fortaleza, 2008. 191p.

POLLIT, D F; BECK, C T; HUNGLER, B P. Compreensão do delineamento da pesquisa quantitativa. Tradução: Ana Thorell. In: **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5 ed. Porto Alegre: Artemed; 2004. P. 163-198.

RICHARDSON RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.

ROVERE, M. Comentários estimulados por la lectura del artículo “educación permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário”. Interface- Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu (SP), v.9, n.16, p. 161-177, set. 2004/fev. 2005.

SANTOS FILHO, V. C. **A atuação do psicólogo em três distritos sanitários do município de Curitiba sob a perspectiva da equipe matricial.** Dissertação de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho, da Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2008.

SOMBINI, Carolina Helena Almeida de Moraes. **A psicologia no projeto Paidéia: do consultório ao território?** Os psicólogos e a política de saúde mental da SMS – Campinas. Campinas, 2004. (Dissertação de Mestrado – Departamento de Medicina Preventiva e Social/ FCM/ UNICAMP).

TANAKA, G. Y.; LAURIDSEN-RIBEIRO, E. Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.9, p.1845-1853, set. 2006.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

APÊNDICE

APÊNDICE A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

A pesquisa intitulada “Apoio matricial e sua interface para o binômio saúde mental / atenção básica: cenários, implicações e demandas para a formação e a educação permanente” está sendo desenvolvida no Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) para obtenção do título de mestre da Professora Adriana Dias Silva.

A pesquisa tem o objetivo de investigar como está se dando a implantação do apoio matricial conforme política do Ministério da Saúde, em um serviço de atenção à saúde mental a partir da visão dos seus profissionais. Será desenvolvida por meio da realização de entrevistas aos profissionais que compõem o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Madeira Mamoré.

Ao final do estudo, será conhecido o diagnóstico do CAPS para a implantação de projetos de matriciamento; opinião e necessidades dos profissionais de saúde e do próprio serviço a respeito do apoio matricial; e demandas geradas para a formação e a educação permanente no tocante ao apoio matricial.

Eu, _____, Secretário de Estado da Saúde de Rondônia, autorizo a realização da pesquisa.

_____, ____ de _____ de 2012

Secretário de Estado da Saúde

APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL CAPS

A pesquisa intitulada “Apoio matricial e sua interface para o binômio saúde mental/atenção básica: cenários, implicações e demandas para a formação e a educação permanente” está sendo desenvolvida no Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) para obtenção do título de mestre da Professora Adriana Dias Silva.

A pesquisa tem o objetivo de investigar como está se dando a implantação do apoio matricial em um serviço de atenção à saúde mental a partir da visão dos seus profissionais. Será desenvolvida por meio da realização de entrevistas aos profissionais que compõem o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Madeira Mamoré.

Ao final do estudo, será conhecido o diagnóstico do CAPS para a implantação de projetos de matriciamento; opinião e necessidades dos profissionais de saúde e do próprio serviço a respeito do apoio matricial; e demandas geradas para a formação e a educação permanente no tocante ao apoio matricial.

Eu, _____,
coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Madeira Mamoré,
autorizo a realização da pesquisa.

_____, _____ de _____ de 2012

Coordenador(a) do CAPS MADEIRA MAMORÉ

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido você a participar da pesquisa intitulada “Apoio matricial e sua interface para o binômio saúde mental/atenção básica: cenários, implicações e demandas para a formação e a educação permanente” que está sendo desenvolvida no Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

A pesquisa será desenvolvida por meio da realização de entrevistas aos profissionais e coordenador do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Madeira Mamoré, e essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo que tem o objetivo de analisar como está se dando a implantação do apoio matricial em um serviço de atenção à saúde mental a partir da visão dos seus profissionais.

Serão realizadas entrevistas com os profissionais e com a coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Madeira Mamoré. As entrevistas serão realizadas mediante à elaboração prévia de um roteiro. A entrevista semi-estruturada será aplicada e sistematizada para posterior análise dos dados.

Ao final do estudo será possível conhecer o diagnóstico do CAPS para a implantação de projetos de matriciamento; opinião e necessidades dos profissionais de saúde e do próprio serviço a respeito do apoio matricial; e demandas geradas para a formação e a educação permanente no tocante ao apoio matricial.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal investigadora é a Professora Adriana Dias Silva que poderá ser contatada pelos telefones (69) 3216-5723 e (69) 8121-6806.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj. 14, 5571.1062, FAX 5539.7162 – e-mail: cepunifesp@epm.br

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer tipo de prejuízo.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros sujeitos da pesquisa, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Fica assegurado também, o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados

parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há remuneração financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Comprometo-me, como pesquisadora principal, em utilizar os dados e o material coletados somente para esta pesquisa.

CONSENTIMENTO

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li, descrevendo o estudo “APOIO MATRICIAL E SUA INTERFACE PARA O BINÔMIO SAÚDE MENTAL/ATENÇÃO BÁSICA: CENÁRIOS, IMPLICAÇÕES E DEMANDAS PARA A FORMAÇÃO E A EDUCAÇÃO PERMANENTE” .

Eu concordo em participar desta pesquisa. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso aos dados quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar 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 nesta Universidade.

_____ Data: ___/___/___
Assinatura do participante

_____ Data: ___/___/___
Assinatura da testemunha

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária do Consentimento Livre e Esclarecido o consentimento para a participação neste estudo.

_____ Data: ___/___/___
Adriana Dias Silva

APÊNDICE D – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM A COORDENADORA DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS MADEIRA MAMORÉ

- 1) Como você define o apoio matricial?
 - 2) A unidade de saúde mental faz ou recebe apoio matricial ou faz e recebe ao mesmo tempo?
 - 3) Como a unidade está se estruturando para o apoio matricial em termos de cursos para a equipe?
 - 4) Como a unidade percebe a vocação da equipe para o desenvolvimento de ações educativas para o matriciamento.
 - 5) Como a unidade se vê no papel de fomentadora da formação ao receber diferentes instituições de ensino superior?
 - 6) Que projetos o CAPS desenvolve em conjunto com instituições de formação em ensino superior na perspectiva do matriciamento?
-

APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS MADEIRA MAMORÉ

- 1) Como você define o apoio matricial?
 - 2) Você se considera apto para ofertar apoio matricial?
 - 3) Para os que se sentem aptos, o que os preparou?
 - 4) Para aqueles que não se sentem aptos, o que seria necessário?
 - 5) Em sua opinião a unidade de saúde mental está preparada para o apoio matricial?
-

APÊNDICE F – PRODUTO DE INTERVENÇÃO NA PRÁTICA

PRODUTO: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO que compreende a elaboração de um Manual de textos básicos e a realização de seminários interdisciplinares para subsidiar a implantação do Apoio Matricial no CAPS Madeira Mamoré

OBJETIVOS:

- Subsidiar a gestão do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Madeira Mamoré, e suas equipes de saúde mental no desenvolvimento de apoio matricial às equipes de atenção básica;
- Promover um processo de educação permanente das equipes de saúde mental do CAPS Madeira Mamoré com vistas à implantação do apoio matricial.

JUSTIFICATIVA: A implantação do apoio matricial no CAPS Madeira Mamoré está alicerçada no processo de educação permanente das suas equipes multiprofissionais. É resultado da dissertação de mestrado: “Análise das condições do CAPS estadual de Porto Velho para implantação do Apoio Matricial no atendimento à Saúde Mental”, um recorte que proporcionou visualizar um serviço de atenção psicossocial, no que tange aos processos de trabalho de suas equipes multiprofissionais.

O desenvolvimento do apoio matricial por equipes de saúde mental proporciona o exercício da interdisciplinaridade e a socialização de um conhecimento, que antes era exclusivo da área “psi” para, na atual conjuntura, ser também trabalhado por equipes da atenção básica, no atendimento de transtornos leves de saúde mental.

O “Apoio Matricial” da saúde mental é entendido como um suporte técnico especializado, em que conhecimentos e ações, historicamente reconhecidos como inerentes à área “psi”, são ofertados aos demais profissionais de saúde de uma equipe. É um encontro entre profissionais de saúde mental, constituindo-se

assim numa equipe interdisciplinar de saúde; implica num espaço de troca de saberes, criatividade e experimentações que auxiliem a equipe a ampliar sua clínica e a sua escuta, a acolher o choro, a dor psíquica, enfim, a lidar com a subjetividade dos usuários (FIGUEIREDO, 2006).

O matriciamento deve proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população (CHIAVERINI et al., 2011).

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

Dentre as atribuições dos centros de atenção psicossocial o apoio matricial situa-se como elemento chave na construção de um conhecimento que deve ser compartilhado, e no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Madeira Mamoré ele ainda é algo a ser desenhado nos processos de trabalho de suas equipes.

Pela essencialidade de elementos como vínculo, acolhimento, interdisciplinaridade, escuta e trabalho em equipe, que devem estar presentes no processo de trabalho das equipes de saúde mental, e prioritariamente no apoio matricial, é que o fortalecimento da educação permanente ganha conotação.

Como plano de intervenção proponho:

1. Elaboração de um Manual composto de documentos básicos que definem o que é Apoio Matricial, seus objetivos, competências dos profissionais e seu alcance no que se refere à atenção primária. Compreende os seguintes documentos:

- Lei 10.216 (DOU), de 04 de junho de 2001;
- Saúde Mental e Atenção Básica: o Vínculo e o Diálogo Necessários, MS, 2003;
- HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial, MS, 2004;
- Reforma Psiquiátrica e a Política de Saúde Mental no Brasil: 15 anos depois de Caracas. OPAS,
- Política Nacional de humanização da atenção e gestão do SUS. MS, 2007;
- Clínica Ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. MS, 2008;
- Cartilha Redes de Produção em Saúde. MS, 2009;
- Portaria GM nº 224 de 29 de janeiro de 1992;
- Relatório da Oficina de Trabalho para “Discussão sobre o Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica, MS, 2001”;
- Relatório Anual da Coordenação Estadual de Saúde Mental de Rondônia, SES-RO, 2012;
- Relatório das Ações de Saúde Mental para os Novos Prefeitos de Rondônia, SES-RO, 2012;
- Relatório de quantitativo de profissionais no CAPS Madeira Mamoré;
- Prontuários de usuários no CAPS Madeira Mamoré;
- Projeto de Implantação do Apoio Matricial no CAPS Madeira Mamoré; e
- Projeto de Implantação do CAPS Madeira Mamoré.

2. Seminários interdisciplinares locais de educação permanente com a equipe de saúde mental para discussão dos documentos, análise de competências necessárias, abrangência da proposta, hierarquização de procedimentos necessários ao CAPS Madeira Mamoré para subsidiar tanto as equipes de saúde mental quanto as de atenção básica, na perspectiva da implantação de Apoio Matricial.

METODOLOGIA: Para a elaboração do manual algumas premissas conceituais deverão constar no arcabouço do documento: o marco legal que fundamenta o apoio matricial desde a Reforma Psiquiátrica à Criação da Lei 10.216, da reorganização da Política de Saúde Mental no Brasil; conceituação teórica sobre apoio matricial e seus objetivos; competências e instrumentos do processo de matriciamento, e situações comuns da saúde mental na atenção primária.

O conteúdo teórico contido no manual tem o propósito de subsidiar ações de educação permanente, e poderá associar a gestão do CAPS, suas equipes de saúde mental e as de atenção básica, do município de Porto Velho, como público alvo em prol da proposta do apoio matricial.

Os Seminários Interdisciplinares terão lugar no interior do próprio CAPS, de cujo planejamento a própria gestão fará parte, definindo os momentos mais convenientes e sua extensão, que poderá ocorrer ao longo de um primeiro semestre, com avaliações intermediárias para medir a satisfação dos participantes e o alcance dos objetivos propostos.

AVALIAÇÃO: O processo avaliativo decorrerá do nível de aceitação da gestão do CAPS e de suas equipes sobre os conteúdos contidos no manual; da aplicabilidade desses conteúdos nos processos de trabalho das equipes, da gestão do CAPS e da viabilidade em promover ações de educação permanente.

Esse processo compreenderá também o que estará proposto e construído com a colaboração da própria gestão, nos seminários interdisciplinares à medida que medem a satisfação dos participantes e o alcance dos objetivos propostos.

Será repassado às equipes um formulário de avaliação no qual constarão os elementos para serem avaliados pelas equipes, pela coordenação do CAPS Madeira Mamoré e coordenação estadual de saúde mental sobre os elementos a serem avaliados neste produto de intervenção.

REFERÊNCIAS:

- BRASIL. Cartilha Redes de produção de saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: equipe de referência e apoio matricial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 (2). 16p.
- _____. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados- 10, ano VII, nº 10, março de 2012. Brasília 2012. Informativo eletrônico de dados sobre Política Nacional de Saúde Mental. 28 p.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2 ed. Brasília, 2008. 60 p.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e a Política de Saúde Mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental no Brasil: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica: o Vínculo e o Diálogo Necessários**. 2003.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS: documento base. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Portaria/ GM nº 224 de 29 de janeiro de 1992. Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde. Diário Oficial da União. Brasília. Poder Executivo, 1992.
- CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Texto base para discussão sobre matriciamento**. Campinas, 2009.
- CHIAVERINI, D H et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236p.
- FORTES, S. et al. Modelo para a implantação de interconsulta e consulta conjunta com a equipe do Programa de Saúde da Família (PSF). Boletim Científico: saúde mental em foco, Rio de Janeiro, n.4, 2005
- MELLO FILHO, J; SILVEIRA, L. M. C. Consulta conjunta: uma estratégia de capacitação para a atenção integral à saúde. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, v.29, n.2, p. 47-151, mai/ago.2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Caracas**. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina. Caracas: OMS/OPS; 1990.
-

ANEXOS

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/ Hospital São Paulo

PROJETO DE PESQUISA

Título: Apoio matricial e sua interface para o binômio saúde mental/atenção básica: cenários, implicações e demandas para a formação e a educação permanente
Área Temática:

Pesquisador: Adriana Dias Silva

Versão: 2

Instituição: Universidade Federal de São Paulo
(UNIFESP)

CAAE: 01170512.6.0000.5505

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 38312

Data da Relatoria: 18/06/2012

Apresentação do Projeto:

conforme parecer CEP 32829 DE 6/6/2012

Objetivo da Pesquisa:

conforme parecer CEP 32829 DE 6/6/2012

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

conforme parecer CEP 32829 DE 6/6/2012

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

conforme parecer CEP 32829 DE 6/6/2012

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

conforme parecer CEP 32829 DE 6/6/2012

Recomendações:

conforme parecer CEP 32829 DE 6/6/2012

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

AS PENDENCIAS FORAM ATENDIDAS E O ESTUDO PODE SER APROVADO

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Pendências atendidas. O colegiado acatou o parecer do relator. Projeto aprovado.

SAO PAULO, 18 de Junho de 2012

Assinado por:

José Osmar Medina Pestana

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Apoio matricial e sua interface para o binômio saúde mental/atenção básica: cenários, implicações e demandas para a formação e a educação permanente

Pesquisador: Adriana Dias Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 01170512.6.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Outros

Detalhe: Mudança de título

Justificativa: A solicitação justifica-se por uma maior consonância entre os objetivos

Data do Envio: 14/07/2013

Situação da Notificação: Aguardando revisão do parecer do colegiado

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 341.599

Data da Relatoria: 26/07/2013

Apresentação da Notificação:

NOTIFICAÇÃO - ALTERAÇÃO DO TÍTULO DO ESTUDO

Objetivo da Notificação:

A solicitação justifica-se por uma maior consonância entre os objetivos propostos e os aspectos metodológicos da pesquisa, que partiram de um olhar para um serviço de saúde mental, e posteriormente detectaram fenômenos que se implicavam na implantação do apoio matricial para melhoria do atendimento em saúde mental do serviço pesquisado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

NA

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5539-7162

Fax: (11)5571-1062

E-mail: cepunifesp@unifesp.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



Continuação do Parecer: 341.599

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

ALTERAÇÃO DO TÍTULO DO ESTUDO PARA:

"Análise das condições do CAPS Estadual de Porto Velho para implantação do apoio matricial no atendimento à saúde mental"

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

NOTIFICAÇÃO ACEITA E APROVADA A ALTERAÇÃO DO TÍTULO DO ESTUDO

Recomendações:

NADA CONSTA

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

NOTIFICAÇÃO ACEITA E APROVADO NOVO TÍTULO DO ESTUDO: "Análise das condições do CAPS Estadual de Porto Velho para implantação do apoio matricial no atendimento à saúde mental"

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer aceito. Recomenda-se apresentar sempre as duas cartas de aprovação para comprovar a mudança do título.

SAO PAULO, 26 de Julho de 2013

Assinador por:
José Osmar Medina Pestana
(Coordenador)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5539-7162

Fax: (11)5571-1062

E-mail: cepunifesp@unifesp.br