

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Luciana Pinto Barros de Oliveira

O APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL E A QUALIFICAÇÃO
DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Rio de Janeiro

2015

Luciana Pinto Barros de Oliveira

O APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL E A QUALIFICAÇÃO
DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Educação Profissional em Saúde.

Orientadora: Maria Cecília de Araújo
Carvalho

Rio de Janeiro

2015

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

048a Oliveira, Luciana Pinto Barros de
 O apoio matricial em saúde mental e a
 qualificação das equipes de saúde da família /
 Luciana Pinto Barros de Oliveira. - Rio de
 Janeiro, 2015.
 104 f.

Orientadora: Maria Cecília de Araújo Carvalho

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação
Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz,
2015.

1. Saúde Mental. 2. Atenção Primária à Saúde.
3. Estratégia de Saúde da Família. 4. Políticas de
Saúde. I. Carvalho, Maria Cecília de Araújo.
II. Título.

CDD 362.2

Luciana Pinto Barros de Oliveira

O APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL E A QUALIFICAÇÃO
DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada à Escola Politécnica
de Saúde Joaquim Venâncio como requisito
parcial para obtenção do título de mestre em
Educação Profissional em Saúde.

Aprovada em 09/06/2015

BANCA EXAMINADORA

Professora Dra. Maria Cecília de Araújo Carvalho (FIOCRUZ / EPSJV)

Professora Dra. Márcia Cavalcante Raposo Lopes (FIOCRUZ / EPSJV)

Professora Dra. Maria Tavares Cavalcanti (UFRJ / IPUB)

*Dedico esta Dissertação de Mestrado
aos meus pais, Adylson e Lucia;
à minha filha, Maria;
ao meu companheiro, Luiz de França (Zod).*

AGRADECIMENTOS

À professora Maria Cecília de Araújo Carvalho, minha orientadora, pela construção conjunta e oportunidade de perceber o quanto é preciso caminhar.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Educação Profissional em Saúde, pela aprendizagem e importantes reflexões.

Aos colegas do curso de mestrado pelos momentos agradáveis em sala de aula e especialmente à Gabriela Muñoz, por compartilhar dos mesmos ideais e pela amizade.

À Fátima Virgínia Siqueira de Menezes, assessora da CAP 3.1, pela contribuição para a realização desta dissertação e a todos os profissionais que participaram da pesquisa.

A todos os profissionais que trabalham na Estratégia de Saúde da Família, pela importância fundamental do trabalho que realizam.

À Marcia Natal, querida amiga e coordenadora, pelo incentivo e apoio à realização do mestrado.

Aos meus colegas de trabalho do Hospital Federal de Bonsucesso e do Instituto Municipal Nise da Silveira, pela aprendizagem compartilhada.

Aos pacientes que enriqueceram com suas experiências de vida a minha formação profissional.

Ao meu amor Luiz de França, por sua dedicação, alegria e ajuda e por estar sempre ao meu lado, apoiando todas as minhas escolhas.

À minha querida filha Maria, por tudo que representa na minha vida e pelo seu amor.

A toda minha família e principalmente aos meus pais e aos meus irmãos, pessoas fundamentais na minha formação e pela importância na minha vida.

Aos meus amigos por me mostrarem sempre que a vida vale a pena.

Muito obrigada.

*Sem a curiosidade que me move,
Que me inquieta, que me insere na busca,
Não aprendo nem ensino.
(Paulo Freire)*

RESUMO

Este estudo teve por objetivo investigar como as ações de apoio técnico especializado em saúde mental – apoio matricial - podem contribuir para a qualificação das equipes de Saúde da Família e para o desenvolvimento de ações de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. Foi realizado um estudo de caso através do levantamento de informações sobre a rede de saúde da área programática 3.1 do município do Rio de Janeiro e de entrevistas com gestores e profissionais das Clínicas da Família Victor Valla, Rodrigo Yamawaki Aguilar Roig e Zilda Arns, do NASF Manguinhos e do CAPS III João Ferreira da Silva Filho, localizados nessa área. As entrevistas foram analisadas utilizando a análise de conteúdo a partir de três categorias de análise: organização e desenvolvimento das ações de matriciamento; abordagem do sofrimento psíquico na atenção primária e a integração do cuidado e formação e qualificação profissional. Foram discutidas as diferenças entre dois modos de funcionamento do apoio matricial em saúde mental junto às equipes de Saúde da Família - no primeiro, profissionais de Saúde Mental do NASF apoiam os profissionais da Clínica da família e no segundo, o trabalho de apoio matricial na clínica da família é realizado pela equipe do CAPS. Verificou-se que o apoio matricial já está instituído nas unidades pesquisadas e que as diferenças entre o matriciamento feito por CAPS ou por NASF estão relacionadas principalmente à regularidade e sistematização das ações e à forma de inserção dos profissionais de saúde mental do CAPS e do NASF, havendo vantagens e desvantagens em cada modo de funcionamento. Os relatos dos profissionais revelam que as equipes de saúde da família estão bem qualificadas para a abordagem dos problemas de saúde mental.

Palavras-chave: Apoio Matricial. Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

This study aimed to investigate how the actions of specialized technical support in mental health matrix support can contribute in the capacity building of Family Health Program teams and in developing mental health services in primary health care. The present case study was conducted by collecting information about the health service network in the administrative district 3.1 of Rio de Janeiro and by means of interviews with managers and health professionals acting in primary health care unities Victor Valla, Rodrigo Aguilar Yamawaki Roig and Zilda Arns, in NASF Manguinhos and CAPS III João Ferreira da Silva Filho, all located in that district. The interviews were analyzed applying content analysis using three categories: organization and development of matrix support actions; the psychological suffering approach in primary care and the integration of care; and professional training and qualification. The differences between two operating modes of matrix support were discussed among the mental health professionals of Family Health teams: in the first, mental health professionals from NASF support the family health professionals; in the second, CAPS team carries out a matrix support to the Family Health clinics. It was verified that the matrix support model is already implemented in the surveyed health units and that the differences between the support made by CAPS or NASF are primarily related to the regularity and systematization of actions, as well as the integration of mental health professionals in CAPS and NASF, with advantages and disadvantages in each operating model. The professional narratives reveal that the family health teams are well qualified to address mental health problems.

Keywords: Matrix Support. Mental Health. Primary Health Care. Family Health Strategy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLA

ACS – Agente comunitário de saúde
AP – Área Programática
APS – Atenção Primária à Saúde
CAP – Coordenação de Área Programática
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CF – Clínica de Família
EPS – Educação Permanente em Saúde
EPSJV – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
ER – Equipe de Referência
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
GAT – Grupo de Apoio Técnico
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PAC – Programa de aceleração do crescimento
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PSF – Programa de Saúde da Família
PST – Projeto de Saúde no Território
PTS – Projeto Terapêutico Singular
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RP – Reforma Psiquiátrica
SISREG – Sistema nacional de regulação
SF – Saúde da Família
SM – Saúde Mental
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I – A ORGANIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE	14
1.1 – AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E A INTEGRAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS.....	16
1.2 – A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	18
1.3 – A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	22
1.4 – OS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA.....	27
1.5 – SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	31
1.6 – A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL.....	36
CAPÍTULO II - EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E APOIO MATRICIAL ..	42
2.1 – EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	42
2.2 – APOIO MATRICIAL E EQUIPE DE REFERÊNCIA.....	45
CAPÍTULO III – O CENÁRIO DE ESTUDO	50
3.1 - TIPO DE ESTUDO.....	50
3.2 - CAMPO DE PESQUISA.....	51
3.2.1 – O Macrocenário - a Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro e a rede de atenção à saúde na Área Programática 3.1.....	51
3.2.2 – O Microcenário – Clínica da Família Victor Valla, Clínica da Família Zilda Arns, Clínica da Família Rodrigo Roig e seus respectivos territórios de atuação.....	57
3.3 – PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	62
3.4 – ANÁLISE E SISTEMATIZAÇÃO DOS DADOS.....	64
CAPÍTULO IV – O APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL NAS CLÍNICAS DA FAMÍLIA ZILDA ARNS, RODRIGO ROIG E VICTOR VALLA	66
4.1 – CATEGORIA I – ORGANIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES DE MATRICIAMENTO.....	66
4.1.1 – Organização das ações de matriciamento em saúde mental na AP 3.1.....	66
4.1.2 – Organização das ações de matriciamento em saúde mental na Clínica da Família Victor Valla.....	68

4.1.3 - Organização das ações de matriciamento em saúde mental na Clínica da Família Rodrigo Roig e Clínica da Família Zilda Arns.....	73
4.2 – CATEGORIA II – A ABORDAGEM DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E A INTEGRAÇÃO DO CUIDADO.....	79
4.3 – CATEGORIA III – FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃO.....	84
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
REFERÊNCIAS.....	94
ANEXO I.....	100
ANEXO II.....	103

INTRODUÇÃO

Segundo relatório da Organização Mundial de Saúde sobre a integração da saúde mental nos cuidados primários (OMS, 2009), a carga de transtornos mentais é grande no mundo e apesar das inúmeras possibilidades existentes de tratar com sucesso esses problemas de saúde, uma grande parcela dessa população não tem acesso aos tratamentos que precisa, havendo, portanto, uma diferença significativa entre a prevalência desses transtornos e o número de pessoas que recebem cuidados de saúde mental.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), aproximadamente 20% da população necessitam de algum cuidado na área de saúde mental: 3% por apresentarem transtornos mentais severos e persistentes, necessitam de cuidados continuados; 9% a 12% apresentam transtornos mentais menos graves, demandando cuidados eventuais e 6% apresentam transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas.

No Brasil, estudos também apontam que é grande a presença de Transtornos Mentais Comuns (transtornos de humor, quadros de ansiedade e transtornos somatoformes) entre os pacientes cobertos pela Estratégia de Saúde da Família (FORTES, 2004; MARAGNO, 2006; GONÇALVES e KAPCZINSKI, 2008). Segundo Gonçalves e Kapczinski (2008), diversos estudos de prevalência de transtornos mentais ao longo da vida apontam para valores de 12,2% à 48,6% - dependendo da população estudada e dos instrumentos utilizados - e aproximadamente 90% dos casos de transtorno mental na população geral são Transtornos Mentais Comuns.

No caso dos portadores de transtornos mentais severos e persistentes, já existe uma política de saúde mental em andamento, que se traduz na implantação de dispositivos de atenção, substitutivos ao modelo hospitalar, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Residências Terapêuticas, os ambulatórios de saúde mental e serviços para atendimento de pacientes em crise. No entanto, para os transtornos mentais menos graves percebe-se a necessidade de organização de políticas públicas mais efetivas de atenção à saúde (ONOCKO, 2010).

A integração de serviços de saúde mental nos cuidados primários é a maneira mais viável de garantir que as pessoas recebam atenção adequada, proporcionando também um aumento na identificação e tratamentos dos transtornos mentais (OMS, 2009). No Brasil, o modelo de Saúde da Família, adotado como estratégia de reorganização da Atenção Primária à Saúde, é fundamental para o enfrentamento dos problemas de saúde mental, pois as equipes se encontram muito próximas das pessoas e os profissionais se deparam cotidianamente com

problemas de saúde diversos, incluindo os problemas de saúde mental de toda ordem, que comprometem a qualidade de vida de um grande número de pessoas.

A inserção das ações de saúde mental na Estratégia de Saúde da Família é um desafio importante para a melhoria das condições de saúde da população, apontando para a necessidade de construção de ações integrais que levem em consideração a complexidade dos problemas de saúde. No entanto, apesar dos avanços nas práticas de atenção à saúde, proporcionados pelos novos serviços substitutivos de saúde mental e também pela implantação da Estratégia de Saúde da Família, e dos esforços para implementar ações de qualificação dos profissionais (treinamentos, capacitações, cursos de aperfeiçoamento, etc.), a atenção à saúde permanece fortemente influenciada pelas intervenções e modelos tradicionais de saúde, gerando respostas fragmentadas e inadequadas para responder de forma integral aos complexos problemas de saúde da atualidade, incluindo os problemas de saúde mental.

É necessário promover mudanças na prática profissional e na estruturação e organização da rede de assistência, tendo como proposta a implantação de uma rede integrada de ações e serviços e a elaboração de estratégias de formação para qualificar o trabalho das equipes e a sua capacidade de identificar problemas de saúde mental.

O Apoio Matricial (CAMPOS, 1999), nesse contexto, surge como uma proposta em construção que visa à transformação da lógica tradicional de organização dos sistemas de atenção à saúde e contribui também para a qualificação dos atendimentos em saúde. Trata-se de um método de trabalho compartilhado que busca integrar saberes e práticas de profissionais de distintas especialidades, com o objetivo de oferecer um atendimento integral, buscando mudanças nas práticas de atenção à saúde.

O tema do presente estudo é o apoio matricial em saúde mental e a qualificação das equipes de saúde da família.

A escolha desse tema está relacionada à minha trajetória profissional nos serviços públicos de saúde e reflete os caminhos que percorri durante a minha formação e o desenvolvimento do meu trabalho enquanto psicóloga.

Este estudo teve por objetivo investigar como as ações de apoio técnico especializado em saúde mental – apoio matricial - podem contribuir para a qualificação das equipes de Saúde da Família e para o desenvolvimento de ações de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. O trabalho parte da ideia de que o apoio matricial pode criar possibilidades para a construção de práticas integrais, contribuindo para a identificação e abordagem dos problemas de saúde mental, além de funcionar como uma ferramenta de educação permanente das equipes de saúde.

No primeiro capítulo é feito um panorama da organização do sistema de atenção à saúde com uma discussão sobre redes de atenção à saúde e integração de serviços, atenção primária à saúde, estratégia de saúde da família e saúde mental na atenção primária. No segundo capítulo são apresentados os conceitos de Educação Permanente em Saúde e apoio matricial. No terceiro capítulo são trazidas informações sobre a rede de saúde da área programática 3.1 do município do Rio de Janeiro, tomada com campo de pesquisa. No quarto capítulo são analisadas as entrevistas com gestores e profissionais das Clínicas da Família Victor Valla, Rodrigo Yamawaki Aguilar Roig e Zilda Arns, do NASF Mangueiras e do CAPS III João Ferreira da Silva Filho, localizados na AP 3.1. As categorias utilizadas na análise foram organização e desenvolvimento das ações de matriciamento; abordagem do sofrimento psíquico na atenção primária e a integração do cuidado e formação e qualificação profissional. Foram discutidas as diferenças entre dois modos de funcionamento do apoio matricial em saúde mental junto às equipes de Saúde da Família - no primeiro, profissionais de Saúde Mental do NASF apoiam os profissionais da Clínica da família e no segundo, o trabalho de apoio matricial na clínica da família é realizado pela equipe do CAPS.

CAPÍTULO I - A ORGANIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

“A primeira condição para modificar a realidade
consiste em conhecê-la.”

(Eduardo Galeano)

Os sistemas de atenção à saúde são organizados em diferentes níveis de atenção, dependendo de suas atribuições e do desenvolvimento de suas ações. A proposta de organização da atenção à saúde já estava presente no Relatório Dawson, publicado no Reino Unido em 1920. O relatório Dawson influenciou a organização de sistemas de atenção à saúde em vários países do mundo e, segundo Campos (2006), alguns conceitos apresentados nesse relatório serviram de base para a formulação do Sistema Único de Saúde no Brasil como o funcionamento em rede, a organização de serviços e equipes com base na regionalização e territorialização, a integração da medicina preventiva e curativa, a hierarquização dos serviços em graus diferenciados de complexidade e porta de entrada na Atenção Primária à Saúde (APS).

O relatório Dawson preconizou a organização dos sistemas de saúde em três níveis: os centros primários de atenção à saúde, localizados mais próximos da comunidade, os centros secundários de atenção à saúde, responsáveis pela oferta de serviços especializados e os hospitais (nível terciário). Em conjunto e de modo articulado, tais serviços deveriam ser responsáveis pela atenção à saúde de uma população em determinados territórios¹, desenvolvendo ações tanto curativas quanto preventivas. Procurando contrapor-se ao modelo americano flexneriano curativista, pautado na atenção individual e fundado no reducionismo biológico, o documento sintetizou pela primeira vez um modo específico de pensar políticas públicas de saúde mediante a criação de um sistema de saúde hierarquizado de forma a atender integralmente as diversas regiões nacionais.

Segundo Mendes (2011), os sistemas de atenção à saúde podem ser analisados num contínuo que vai desde a fragmentação à integração. Os sistemas integrados de atenção à saúde estão organizados em um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde que oferecem assistência contínua e integrada à uma população de um território definido sob sua responsabilidade, oferecendo atenção tanto às condições agudas quanto às crônicas.

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde se organizam através de pontos de atenção à saúde isolados que não se comunicam, sendo incapazes de oferecer atenção

¹ O território é um objeto dinâmico, vivo de relações. O território engloba as características físicas de uma dada área física, bem como marcas e relações produzidas pelo homem. (Santos, 2004)

continuada e coordenada, com dificuldades de compartilhamento de ações entre os níveis de atenção (primário, secundário e terciário). Estes tendem a adotar como prioridade a atenção aos problemas agudos de saúde, fundamentando suas ações em um modelo de atenção de cunho curativista. Neste tipo de sistema a estrutura é definida por níveis de “complexidades” crescentes e graus de importância diferenciados, seguindo uma lógica de organização hierárquica que entende a atenção primária como menos complexa que a atenção secundária e terciária.

Segundo Mendes (2011), os sistemas de atenção à saúde, caracterizados pela fragmentação, vem gerando uma crise no setor marcada pelo desencontro entre uma situação epidemiológica dominada pelas condições crônicas e por um modelo de sistema de atenção à saúde organizado, predominantemente, para responder às condições agudas de doença de forma reativa, episódica e fragmentada.

No Brasil, a condição de saúde é marcada pela tripla carga de doença, ou seja, relativo predomínio e ascensão das doenças crônicas, incluindo aqui as doenças mentais, persistência de doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição - características de países subdesenvolvidos – e pelo crescimento das causas externas decorrentes do aumento da violência e acidentes.

As ações que se organizam a partir de um modelo fragmentado de oferta de serviços são insuficientes para dar conta da complexidade epidemiológica brasileira e das necessidades de saúde da população. As propostas de organização das ações e serviços de atenção à saúde precisam contemplar as complexas necessidades de saúde da população brasileira, apontando para a implantação de uma rede de saúde integrada e coordenada, que garanta a continuidade de suas ações e contemple as necessidades de saúde da população.

As propostas de criação de sistemas de saúde integrados estão contidas na criação das redes integrais de atenção à saúde que teve origem nas experiências desenvolvidas nos Estados Unidos no início dos anos 1990 e que avançaram pelos sistemas públicos da Europa Ocidental e Canadá, influenciando posteriormente alguns países como Brasil (MENDES, 2011).

No entanto, é preciso distinguir as racionalidades predominantes presentes nas propostas de integração desenvolvida nos Estados Unidos daquelas desenvolvidas na Europa e no Canadá. Segundo Silva (2011), a primeira está relacionada à necessidade de dar respostas a um sistema altamente fragmentado e custoso, que adotou fortes mecanismos de controle do acesso aos serviços de saúde e que tem como característica dispor de um sistema com forte hegemonia do setor privado de oferta de serviços de saúde. A Europa Ocidental e o Canadá

contam com fortes sistemas públicos de saúde que enfatizam acesso universal, equidade e integração como princípios de organização de seus sistemas de saúde.

1.1– AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E A INTEGRAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS

A consolidação do SUS na Constituição Federal de 1988 estabeleceu como diretrizes fundamentais a universalização do acesso, através da promoção da descentralização/regionalização, e a integração de ações e serviços através da criação e organização de redes assistenciais. Segundo Silva (2011), o tema da organização do SUS em rede, conforme determina a Constituição, está presente na agenda da Reforma Sanitária desde o seu início.

A organização de redes de atenção à saúde propicia a construção de novos modos de produção em saúde e organização de estratégias mais satisfatórias para enfrentar a complexidade dos problemas de saúde que se apresenta na atualidade. Pesquisas sobre as redes de atenção à saúde, desenvolvidas em diversos países, apontam para melhores resultados sanitários e econômicos dos sistemas de atenção à saúde que integram os diferentes níveis de atenção – primário, secundário e terciário (MENDES, 2011).

A portaria ministerial n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (Brasil, 2010), que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS, afirma que a RAS tem como objetivo garantir a integralidade do cuidado através da organização de serviços e ações integradas, estruturando-se numa rede de pontos de atenção composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas, tendo como objetivo oferecer ações e serviços de saúde de qualidade e de forma responsável e humanizada. A RAS também se caracteriza pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, responsabilizando-se pela atenção continuada e pelo cuidado multiprofissional em territórios de atuação definidos.

Segundo Silva (2011), os principais componentes das redes integradas de atenção à saúde são o território, os serviços de saúde ou “pontos da rede”, a logística e o sistema de governança. A definição de um território de atuação para os serviços representa melhor responsabilização pelos problemas de saúde da população, melhores condições para a construção de vínculos entre os profissionais e população e melhor articulação intersetorial para intervenções nos determinantes da saúde, através da integração com outras políticas públicas. Os serviços oferecem atendimento em seus diversos níveis (APS, ambulatórios especializados, hospitais, suporte diagnóstico) de acordo com as necessidades de saúde da

população. A logística, que orienta o acesso e o fluxo dos usuários, compreende meios de identificação das condições clínicas de indivíduos e famílias e o cadastramento de serviços e profissionais, utilizando definições de normas para regular o acesso e protocolos técnicos-assistenciais. Os sistemas de governança compreendem o conjunto dos arranjos institucionais necessários para a cooperação entre organizações e atores que participam das redes de atenção, incluindo aqui atividades de coordenação, gerenciamento, controle social e financiamento das ações de saúde.

A organização das redes integradas de atenção à saúde está relacionada também ao conceito de integralidade. A integralidade possui uma polissemia de sentidos e pode ser entendida a partir de diversos ângulos. Segundo Mattos (2001), a integralidade além de diretriz do SUS, coloca em cena um conjunto de questões como os modelos de atenção à saúde, a organização do processo de trabalho e a organização da rede de serviços de atenção à saúde. A integralidade pode ser entendida como produção de boas práticas de cuidado e assistência à saúde realizada pelos profissionais (gestão da clínica/microgestão) ou como modo de organização das práticas e gestão de ações e serviços nos diversos níveis do sistema de saúde (macrogestão). Toda a discussão sobre a integralidade nos remete à análise crítica dos modelos instituídos de atenção à saúde que vem reproduzindo a fragmentação dos serviços de atenção à saúde e a organização de suas ações. Segundo Silva (2011):

Esses diferentes sentidos, que se somam para uma definição mais completa do significado de integralidade em saúde, torna-se ainda mais relevantes quando se considera o progressivo crescimento das doenças crônicas em decorrência do envelhecimento da população mundial e mudanças no estilo de vida contemporâneo. (SILVA, 2011, p.2755)

O aumento das doenças crônicas, infecciosas e dos problemas de saúde relacionados às causas externas e à violência, exige diferentes respostas dos sistemas de saúde. Modelos de atenção tradicionais e a organização do sistema de saúde baseado em ações fragmentadas, distantes da lógica da integralidade não contribuem para a melhoria do atendimento aos problemas de saúde da população.

O conceito de integralidade remete ao de integração de serviços por redes assistenciais. Teoricamente, as redes são estruturas de interconexão constituídas por pontos (ou nós) e suas ligações, podendo ser configuradas em árvore ou em malha. As redes em árvore são caracterizadas pela limitação de suas conexões entre os diversos ramos, predominando os fluxos hierárquicos, a fragmentação e poucos caminhos alternativos entre os seus pontos ou nós. As redes em malha apresentam variadas ligações entre seus pontos, permitindo a interconexão entre os seus diversos ramos (OLIVEIRA et al, 2004).

Segundo Hartz e Contandriopoulos (2004), integração significa coordenação e cooperação entre diferentes serviços, ou pontos de uma rede de atenção, para a oferta contínua de atenção e cuidado, buscando assegurar a globalidade dos serviços e ações de diferentes profissionais e organizações, utilizando todos os conhecimentos disponíveis destinados a ajudar alguém que sofre com problemas de saúde.

A organização da atenção à saúde em redes integrais, utilizando a noção de rede em malha, é condição indispensável para oferecer atendimento integral e possibilidade de solução dos problemas de saúde em sua totalidade, eliminando as barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção ou “ramos” da rede de saúde e unindo os seus pontos de forma a otimizar os recursos e ampliar as oportunidades de cuidados adequados. Essa proposta está baseada no fato de que nenhum serviço possui a capacidade de oferecer um atendimento integral, necessitando articular diferentes níveis de atenção e variadas formas de intervenção em saúde para poder oferecer um cuidado integral (OLIVEIRA et al, 2004).

Segundo Fleury & Mercier (2002), encontramos na literatura científica dois grandes modelos de integração: aqueles baseados em uma estruturação vertical, onde uma organização específica oferece a maior parte dos serviços a uma clientela e coordena o encaminhamento para os outros níveis de atenção de acordo com a necessidade de seus clientes e de forma hierarquizada, e a integração virtual, composta por um conjunto de provedores de serviço que oferecem uma diversidade de ações a uma determinada clientela de forma continuada e coordenada, com o objetivo de aumentar a colaboração entre os profissionais e equipes de saúde, com a utilização de diversas abordagens que se superpõem às estruturas organizacionais hierarquizadas.

O Apoio Matricial (CAMPOS E DOMITTI, 2007), que será discutido mais detalhadamente adiante, é uma estratégia de integração virtual que busca construir um espaço permanente de integração com o objetivo de reorganizar o trabalho em saúde.

A integração das ações e serviços de saúde é um ideal a ser perseguido e apresenta muitos desafios, estando relacionada à operacionalização de estratégias de intervenção que tenham como objetivo ampliar a oferta adequada de cuidados de acordo com necessidades e demandas da população.

1.2 – A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata em 1978, significou um marco mundial na reafirmação da responsabilidade de todos os

governos com as políticas de saúde e a universalização do cuidado, enfatizando a necessidade de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como política de reorganização do modelo assistencial. A “Declaração de Alma-Ata” foi assinada por 134 países e defendia a organização dos serviços de saúde centrados nas necessidades de saúde da população e fundados numa perspectiva interdisciplinar, além de defender a participação social na gestão e controle de suas atividades. A Atenção Primária à Saúde (APS) tem como proposta reverter o modelo de atenção à saúde tradicional pautado no enfoque curativo, individual e hospitalar.

A portaria N. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece como diretriz para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS a compreensão da Atenção Primária à Saúde (APS) como primeiro nível da atenção e centro de comunicação das redes de atenção à saúde. A APS tem como papel fundamental a coordenação do cuidado² e a ordenação do acesso dos usuários para os demais pontos de atenção e a sua importância na organização das redes de atenção à saúde precisa ser fortalecida.

Segundo Silva (2011), o fortalecimento do papel-chave da APS para o adequado funcionamento das redes de atenção à saúde depende de um conjunto de fatores, entre eles a disponibilidade de médicos generalistas com boa formação para cuidar da saúde da comunidade; ações de saúde abrangentes que contemplem vigilância, prevenção e promoção da saúde; a continuidade do cuidado, através da regulação do acesso e integração com os demais níveis de atenção e integração matricial com especialistas, com o objetivo de garantir um cuidado mais amplo que contemple as situações de maior prevalência.

Os princípios organizativos da atenção primária são: impacto, que é entendido como a capacidade que a atenção primária tem de melhorar os níveis de mortalidade, morbidade e incapacidade da população adstrita; orientação por problemas, através da identificação, descrição e explicação de problema de saúde na concretude de um território; intersetorialidade, os problemas por serem complexos e mal definidos convocam outros setores para um trabalho articulado; de primeiro contato da população com os serviços de saúde, que implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema; longitudinalidade, ou seja, cuidados contínuos ao longo do tempo, superando a atenção ocasional, devendo se refletir em uma relação interpessoal que expresse a confiança entre os

² A coordenação do cuidado é uma das características mais importantes da APS, pois possibilita definição clara de responsabilidade pela saúde do usuário, considerando-o como sujeito em seu contexto e no decorrer do tempo em oposição a uma abordagem fragmentada por recortes disciplinares. Pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações relacionados à atenção em saúde de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum. A coordenação de casos ocorre em três cenários: dentro do estabelecimento, com outros especialistas chamados para oferecer aconselhamento ou intervenção de curta duração e com outros especialistas que tratam do usuário por um longo período de tempo (Brasil, 2009).

usuários e os profissionais de saúde; integralidade (promoção, prevenção e cura e reabilitação), englobando os sujeitos e suas inter-relações com o ambiente natural e social e identificação de problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam doenças, incluindo os encaminhamentos para especialidades médicas, entre outros serviços ou níveis de atenção; coordenação, que pressupõem alguma forma de continuidade e integração do cuidado que o paciente recebe e, por último, orientação familiar e comunitária.

O conceito de atenção primária possui diversas interpretações o que traz implicações concretas quanto aos seus aspectos operacionais e a sua forma de implantação em diversos países. As variações na interpretação da AP podem estar relacionadas a história e evolução do conceito ou a ambiguidade de algumas de suas definições. As interpretações mais comuns são: a atenção primária seletiva ou focalizada, a atenção primária como nível primário do sistema de serviços de saúde e a atenção primária como estratégia de reordenamento do setor saúde (MENDES, 1999).

Segundo Mendes (2009), a interpretação da atenção primária à saúde como atenção primária seletiva entende-a como um programa que tem como objetivo satisfazer algumas necessidades elementares e previamente determinadas de populações marginalizadas, utilizando tecnologia simples e de baixo custo, utilizando uma força de trabalho que precisa de pouca qualificação. Este modelo de APS foi criado tendo em vista a necessidade de redução de custos impostos pela reforma do Estado com a implantação da política neoliberal³. Outra interpretação é a de atenção primária como estratégia de organização do primeiro nível de atenção do sistema de saúde. Essa versão é utilizada com o objetivo de oferecer respostas aos problemas de saúde de dada população, organizando e fazendo funcionar a porta de entrada do sistema de saúde. Enfatiza a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais comuns, com o objetivo principal de minimizar os custos econômicos e satisfazer as demandas mais básicas da população. A terceira interpretação é a da atenção primária como estratégia de organização de todo o sistema de serviços de saúde. Implica na articulação da atenção primária dentro de um sistema integrado de serviços de saúde. É dirigida a toda população e não somente a grupos pré-determinados, mesmo não sendo uma proposta de intervenção focalizada em determinados grupos ou problemas de saúde, oferece atendimento preferencial a pessoas e comunidades mais vulneráveis. Nesse modo de interpretação da AP, o reordenamento e organização de todo setor da saúde implica na articulação das ações na

³ Neoliberalismo e saúde. In: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/neosau.html>

atenção primária com os outros níveis do sistema de serviços de saúde que funcionem de forma articulada na promoção de uma atenção continuada.

Os diversos sentidos de APS estão em disputa na organização das ações e serviços de saúde e, no Brasil, segundo Fausto e Matta.

A APS reflete os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, com base em um sistema universal e integrado de atenção à saúde. Isto significa afirmar que diversos sentidos de APS estão em disputa na produção acadêmica e política no campo das políticas públicas em saúde. (FAUSTO E MATTA, 2007, p.43)

Esta denominação de ‘atenção básica’ adotada pelo SUS incorpora a abordagem da APS de acordo com os princípios da Reforma Sanitária, construindo uma identidade institucional própria que procura romper com uma concepção redutora desse nível de atenção.

Por isso, é importante compreender melhor o que se entende por Atenção Primária à Saúde e suas diversas interpretações, modelos, aspectos teóricos, modos de funcionamento, ideologia e aspectos políticos. Um sistema de saúde que adota os princípios da equidade, da universalidade e da integralidade, como o SUS, não pode aceitar a interpretação da AP como uma Atenção Primária à Saúde seletiva ou como um programa destinado a resolver problemas pontuais, porque isso significa a negação de todo o arcabouço teórico que norteou a Reforma Sanitária e a construção do SUS.

A APS, de um modo geral, é considerada a base de um sistema de saúde racional. O nível de AP bem organizado constitui condição para o funcionamento de um sistema de saúde eficaz, eficiente e equitativo. Starfield (apud MENDES, 1999), em um importante trabalho de comparação internacional entre saúde e Atenção Primária à Saúde, realizado em 11 países, demonstrou que os sistemas de saúde orientados pela atenção primária estão associados com menores custos, maior satisfação da população, melhores níveis de saúde e menor uso de medicamentos.

As propostas de mudança na atenção à saúde que tem como foco a APS são acompanhadas por novas concepções de processo saúde-doença que associam saúde às condições de vida e como resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, pressupondo um determinado nível de acesso a bens e serviços econômicos e sociais (MENDES, 1999). Tal concepção foi incorporada no Art. 196 da Constituição Federal, na qual se diz que “A saúde é direito de todos e dever do Estado,

garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e outros agravos...”.

Nas concepções e modelos de atenção tradicionais o foco é a doença e o saber valorizado é o saber do especialista em detrimento do trabalho em equipe. As pessoas procuram atendimento quando estão doentes e as respostas são individualizadas e oferecidas através de ações curativas, sem a identificação de riscos e agravos e sem ações de promoção da saúde na lógica de integralidade. As ações pautadas por essas concepções apresentam baixa resolutividade, altos custos econômicos e sociais e o cuidado restringe-se a ações isoladas em um único setor ou nível de atenção. As novas práticas sanitárias, na Atenção Primária à Saúde, envolvem o conceito positivo de saúde e ações integrais sobre diferentes momentos ou dimensões do processo de saúde-doença. As estratégias de intervenção resultam da combinação de três tipos de ações: a promoção da saúde, a prevenção das enfermidades e acidentes e a atenção curativa e reabilitadora. É fundamental instaurar novos modelos de atenção que tenham como objetivo a oferta de assistência integral, buscando não reduzir necessidades de saúde a processos fisiopatológicos, valorizando as dimensões social e subjetiva das práticas em saúde (Mendes, 1999).

1.3 – A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A proposta de mudança da atenção à saúde no Brasil, através da reestruturação da APS, tem como modelo a estratégia de saúde da família (ESF). A implantação da ESF abarca importantes mudanças na política nacional de saúde e sua efetiva implantação é o maior desafio que se coloca para atenção primária e a organização do SUS no país. Um dos desafios principais é a necessidade de lidar com profundas transformações sociais que vem ocorrendo no mundo contemporâneo e que provocam importantes mudanças nos modos de vida das pessoas, evidenciando a insuficiência das práticas clínico-sanitárias tradicionais para lidar com o novo perfil das demandas em saúde. Também envolve a utilização de uma gama enorme de novos conhecimentos e técnicas que compreendem variados campos de saberes e práticas.

A ESF, antes conhecida como Programa de Saúde da Família (PSF), foi implantada em 1993 e sofreu influências indiretas de diferentes modelos de saúde da família, principalmente canadense, cubano e inglês (MENDES, 2002) e sua origem está no Programa de Agentes de Saúde, implantado em 1987 no Ceará. O programa do Ceará teve muitos resultados positivos e, por essa razão, o Ministério da Saúde, em 1999, lança em todo

território nacional o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A implantação do PACS começou a gerar uma demanda por serviços de saúde que precisou ser respondida com tecnologia de maior densidade tecnológica. O município cearense de Quixadá saiu na frente e desenvolveu uma experiência pioneira de Programa de Saúde da Família (PSF) que depois serviu de base para que o Ministério da Saúde lançasse, no ano de 1994, o PSF como política oficial de Atenção Primária à Saúde (MENDES, 2002).

Em 2006 foi instituída a Política Nacional de Atenção Básica pela Portaria n. 646/GM de 28 de março de 2006 e a partir de 2007 transforma o PSF em Estratégia de Saúde da Família (ESF), referenciando-a como eixo ordenador da atenção básica para reorientação do modelo de assistência à saúde.

A ESF passa a ser entendida como ordenadora do sistema de saúde, ou seja, os serviços de saúde que compõem as Redes de Atenção à Saúde devem ser estruturados de acordo com as necessidades de saúde da população, que são identificadas pelas equipes da atenção primária. A Rede de Atenção à Saúde, que tem na coordenação das ações de saúde a ESF, caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os serviços que compõem a rede com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde, responsabilizando-se pela atenção contínua e integral e pelo cuidado multiprofissional (BRASIL, 2010).

A equipe de saúde da família, no seu modelo de equipe mínima, é constituída por um médico generalista, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe. São atribuições do ACS: cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter o cadastro atualizado, orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde, realizar acolhimento das demandas espontâneas, acompanhar todas as famílias sob sua responsabilidade através de visita domiciliar, desenvolver atividades de promoção da saúde, prevenção das doenças e agravos e de vigilância, mantendo a equipe informada sobre as situações de risco, entre outras ações. Em uma versão ampliada a equipe de saúde da família é composta também por uma equipe de saúde bucal. Cada equipe é responsável pelo acompanhamento de no máximo 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000. É recomendado que, para calcular o número de pessoas por equipe, se considere o grau de vulnerabilidade das famílias em cada território, ou seja, quanto maior a vulnerabilidade, menor deverá ser o número de pessoas por equipe (BRASIL, 2012).

Para o desenvolvimento do processo de trabalho das equipes de SF o território de atuação e a população sob a responsabilidade da equipe precisam ser definidos e as famílias

cadastradas. Todos participam do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos em situação de risco e vulnerabilidade. Todas as famílias da área de atuação são cadastradas e o cadastro deve ser atualizado regularmente no sistema de informação. Os dados cadastrados devem ser utilizados para analisar a situação de saúde e planejar as ações, levando em consideração os riscos e prioridades identificados no seu território de atuação, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local (BRASIL, 2012).

O trabalho é organizado em horário integral e o atendimento da população é realizado nos módulos de SF ou através de visitas domiciliares. As atividades incluem consultas agendadas, atendimentos às demandas espontâneas, atividades no território, visita hospitalar, grupos e atividades educativas e de promoção da saúde. As ações precisam ser organizadas de acordo com as necessidades e demandas da população e a equipe precisa estar preparada para identificar as necessidades de intervenção de cuidados. Segundo os princípios da Atenção Primária à Saúde, as equipes devem procurar compreender os problemas de saúde por meio do reconhecimento das variáveis existentes no contexto de vida das pessoas. A equipe também deve participar do acolhimento aos usuários e realizar uma escuta qualificada das necessidades de saúde, propondo intervenções de cuidado, através do atendimento humanizado e responsabilizando-se pela continuidade da atenção. A equipe de saúde da família deve ser capaz de acolher o paciente, detectar os principais sinais e sintomas e encaminhar para os serviços especializados quando houver necessidade, mas sempre mantendo a coordenação do cuidado e o vínculo com o usuário na lógica da corresponsabilidade. No processo de trabalho das equipes de saúde da família também está contemplado um horário semanal para a reunião da equipe, onde é realizado o planejamento das ações e a avaliação sistemática das ações implementadas. As equipes também participam de atividades de educação permanente e identificação de parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais (BRASIL, 2012a).

O estabelecimento de vínculo, a responsabilização pelo cuidado, o desenvolvimento de uma escuta qualificada, a promoção de ações de mobilização e participação da comunidade, são também ações comuns de todos os profissionais da equipe de saúde da família.

A Estratégia de Saúde da Família surge como importante indutor de mudanças no modelo de assistência, tendo como objetivo a reorganização da prática assistencial tradicional, pautada na cura de doenças e no hospital. Na Estratégia de Saúde da Família a atenção está centrada na família inserida em seu contexto de vida e levando em consideração uma

abordagem integral de seus problemas. A abordagem integral da família vem demonstrando a necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas tradicionais.

A implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil está ocorrendo de forma bastante heterogênea. O que apresentamos no texto acima são recomendações que alguns gestores e profissionais procuram transformar em realidade. As formas de organização e implantação da ESF apresentam características das três definições de Atenção Primária à Saúde apresentadas anteriormente, apresentando dificuldades concretas de operacionalização e muitas contradições na implementação de suas ações e processos de trabalho.

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012a) cria a possibilidade para mudanças importantes no modelo assistencial, mas na prática dos serviços muitas vezes as ações se organizam de acordo com as interpretações e concepções de processo saúde doença dos profissionais, pois a formação destes profissionais ainda vem marcada pelo modelo tradicional de atenção à saúde centrada em patologias e procedimentos.

As mudanças necessárias passam pela superação da estruturação rígida dos conhecimentos técnicos organizados em especialidades que pouco interagem e que não apresentam propostas de trabalho compartilhado. É preciso investir em novas ferramentas de trabalho e de produção de cuidado que possibilitem a construção de novas práticas e com a utilização de processos de trabalho integrados e com foco em um modelo de atenção centrado nas necessidades e demandas do usuário (CAMPOS, 2003).

Ayres (2009) entende o conceito de modelo de atenção como modo de operar tecnologias de atenção à saúde legitimadas socialmente e que contempla diversos discursos e saberes. Para o autor também é importante entender que os modelos nascem das experiências cotidianas, possuindo alcances, limites, sinergias e tensões que nos levam a adaptar e diversificar o seu uso de acordo com a sua adequação à realidade e às necessidades contextuais de onde é aplicado. Portanto, os modelos estão sempre em adaptação e adequação ao contexto onde são aplicados, ou seja, em um processo de construção e reconstrução permanentes que são atravessados por diversos determinantes sociais, econômicos, culturais.

Para que as mudanças aconteçam, como é preconizado para a ESF, é necessário romper com as características de um modelo de saúde centrado em procedimentos e na lógica centrada nas ações programáticas e na doença. Nesse sentido, Merhy (1997) propõe que valorizemos os espaços no dia a dia do fazer-produzir saúde e argumenta que as principais tecnologias que são utilizadas na produção da saúde são as que estão centradas no conhecimento de como trabalhar a relação entre trabalhadores, usuários e serviço. Estas tecnologias são do tipo *soft* (leve), isto é, estão relacionadas aos nossos modos de trabalhar e

às nossas experiências e atitudes. O investimento em tecnologias leves⁴ e a invenção de dispositivos que tenham como foco o cotidiano dos serviços de saúde criam a possibilidade de mudanças na cultura profissional fragmentada, promovendo a criação de espaços de integração da equipe, e da equipe com os usuários do serviço.

Nossas observações têm concluído que para além dos instrumentos e conhecimento técnico, lugar de tecnologias mais estruturadas, há outro, o das relações, que tem se verificado como fundamental para a produção do cuidado. Partimos do pressuposto que o trabalho em saúde é sempre relacional, porque dependente de Trabalho Vivo em ato, isto é, o trabalho no momento em que este está produzindo. Estas relações podem ser de um lado, sumárias e burocráticas, onde a assistência se produz centrada no ato prescritivo, compondo um modelo que tem na sua natureza, o saber médico hegemônico, produtor de procedimentos. Por outro lado, estas podem se dar como relações interseçoras estabelecidas no trabalho em ato, realizado no cuidado à saúde. A estas, chamamos de tecnologias leves, pelo seu caráter relacional, que a coloca como forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, implicados com a produção do cuidado (MERHY, 2003. p).⁵

Os projetos de mudança e de criação de novos modelos de funcionamento das instituições de saúde deveriam buscar, além das mudanças no aparato jurídico do Estado, mudanças nas pessoas, nos seus valores e na sua cultura, recuperando a importância da experiência humana e suas variadas formas, valorizando os espaços de encontro e de produção de sujeitos autônomos e protagonistas na produção da sua saúde e da sua vida.

É importante também a valorização das ações pautadas pelo atendimento das necessidades de saúde definidas através do planejamento local de ações com a participação dos profissionais e usuários.

Essa aposta, na produção de movimentos de mudanças nas práticas de saúde, somente será efetiva se esses movimentos estiverem conectados com os processos de trabalho e com os trabalhadores e usuários, ou seja, com o trabalho vivo (criativo) e não com o trabalho morto e fragmentado preso à lógica dos instrumentos e procedimentos (MERHY E FRANCO, 2009).

Neste contexto, a formação e o investimento na qualificação profissional são fundamentais como preconiza o próprio SUS na Lei n. 8080/90 no que tange a ordenação da formação de recursos humanos para o SUS. Contraditoriamente o avanço na política de saúde, que propõe mudanças no modelo de atenção à saúde e reforça a necessidade de qualificação

⁴ Emerson Merhy, classifica as tecnologias de cuidado em saúde como leve, leve-dura e dura. As tecnologias leves são as das relações; as leve-duras são os saberes estruturados, tais como as teorias, e as duras são as dos recursos materiais. (Merhy e Franco, 2003)

⁵ ‘Interseçoras’ é um termo usado por Merhy para designar o que se produz nas relações entre sujeitos. Não é um somatório de um com outro, mas um ‘inter’ que é um produto que existe para os ‘dois’, que se produz em ato e não tem existência sem o momento de relação em processo.

profissional, não foi acompanhada pelo mesmo desenvolvimento na questão da formação profissional. O SUS avançou muito em suas propostas, mas apresenta ainda muitos desafios em relação à formação dos profissionais para atuar de acordo com as atribuições impostas pelos novos modelos de atenção à saúde, principalmente na Estratégia de Saúde da Família.

1.4 – OS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Com o objetivo de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência e a resolutividade de suas ações, foram criados, através da portaria GM n. 154/2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). As equipes do NASF são compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuam de maneira integrada, compartilhando saberes e práticas e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família diretamente responsáveis pelo acompanhamento dos casos.

Segundo a portaria 154/2008 (Brasil, 2008), os NASF não se constituem como serviços com unidades físicas próprias, não se constituindo como porta de entrada do sistema de saúde. Seu trabalho é desenvolvido nas unidades de Saúde da Família e no território onde essas equipes atuam.

A composição das equipes de NASF pode variar de acordo com critérios de prioridade identificados a partir das necessidades de cada território. As áreas estratégicas para a constituição dos NASF são: saúde da criança/adolescente, saúde da mulher, reabilitação e saúde integral da pessoa idosa, alimentação e nutrição, serviço social, assistência farmacêutica, atividade física/ práticas corporais, praticas integrativas/ complementares e saúde mental (BRASIL, 2009).

Os profissionais que atuam nos NASF desenvolvem ações de promoção, prevenção reabilitação em saúde e cura, além de ações de educação permanente, humanização e promoção da integralidade. Utiliza diversas modalidades de intervenção no território, apoio a grupos educativos, enfrentamento de situações de violência, mas sempre de forma compartilhada com a equipe de saúde da família. As intervenções diretas e individualizadas ocorrem apenas em situações pontuais, quando há necessidade, e devem ser discutidas a priori com os profissionais responsáveis pelo caso. É necessário evitar o encaminhamento direto aos profissionais do NASF e sem pactuação prévia com as equipes, tais como, criação de pastas de encaminhamento, disponibilização de agenda na recepção da unidade para demanda

espontânea ou encaminhamentos sem pactuação prévia com as equipes de referência (BRASIL, 2014).

O NASF, segundo recomendações do ministério da Saúde (Brasil, 2014) deve estar disponível para dar suporte em situações programadas e também imprevistas. Precisa ter disponibilidade para a realização de atividades com as equipes, bem como para atividades assistenciais diretas com os usuários, com indicações, critérios e fluxos pactuados com a equipe e com a gestão. O NASF também ajuda as equipes na qualificação dos encaminhamentos realizados para outros pontos de atenção, ou evita encaminhamentos desnecessários, aumentando a capacidade de cuidado das equipes de SF.

Partindo das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes de saúde da família, atuam de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (ex.: CAPS, Ambulatórios Especializados etc.), além de articular ações com outros setores como educação e a assistência social, por exemplo. (BRASIL, 2012a).

Os NASF procuraram romper com a lógica fragmentada dos atendimentos em saúde para a construção de redes de atenção e cuidado, procurando manter a co-responsabilidade e garantir atendimento integral e, quando possível, a resolutividade dos casos na própria rede territorial de atuação da equipe de referência. Como exemplo, podemos citar as intervenções breves para uso abusivo de álcool e outras drogas que podem encontrar resolutividade no nível primário de atenção sem a necessidade de encaminhamento ao especialista.

Os NASF trabalham na lógica da responsabilidade compartilhada, buscando rever a prática do encaminhamento com base no processo de referência e contrarreferência. Ao compartilhar os casos e acompanhá-los em conjunto, fortalecem o papel de coordenação do cuidado da Estratégia de Saúde da Família nas Redes de Atenção à Saúde e contribuem para a integralidade do cuidado, aumentando a capacidade de análise e intervenção das equipes de SF sobre problemas e necessidades de saúde (BRASIL, 2012a).

Na organização das ações do NASF no território, as ferramentas tecnológicas utilizadas são: O Apoio Matricial, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), Projeto de Saúde no Território e a Pactuação do Apoio (BRASIL, 2009).

A Pactuação do Apoio é dividida em duas atividades: 1)- avaliação conjunta da situação de saúde do território que será coberto pelas ações, realizada com a participação de gestores e equipe de Saúde da Família tendo como objetivos a designação dos profissionais do NASF e a identificação dos temas e situações que mais precisam do apoio do especialista;

2) pactuação de metas e do processo de trabalho, com a definição de uma agenda comum para a realização das atividades com a equipe de Saúde da família.

A Clínica Ampliada se direciona para todos os profissionais de saúde comprometidos com o atendimento e se caracteriza pelos seguintes movimentos: compreensão ampliada do processo saúde-doença, construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas, ampliação do “objeto de trabalho”, transformação dos “meios” e objetos de trabalho e suporte para os profissionais de saúde.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é construído com a equipe de SF através da discussão dos casos clínicos que envolvem certo nível de complexidade, sendo um espaço privilegiado para o profissional de saúde mental que tem a oportunidade de construir propostas terapêuticas articuladas e produzidas coletivamente, dentro de um referencial interdisciplinar. O PTS é desenvolvido em quatro momentos: diagnóstico, definição das metas, divisão de responsabilidades e reavaliação.

O Projeto de Saúde no Território (PST), partindo da complexidade que envolve a abordagem dos problemas de saúde e os seus determinantes sociais, tem como desafio oferecer uma ferramenta de trabalho que contemple os diferentes aspectos do cuidado presentes no território, articulando ações intersetoriais de promoção da saúde para pessoas, famílias e grupos específicos ou comunitários que estejam em situação de risco ou vulnerabilidade. O PST está baseado na promoção da saúde, na participação social e na intersetorialidade e tem como objetivo a melhoria da qualidade de vida e redução da vulnerabilidade num território determinado.

Utilizando as ferramentas tecnológicas apresentadas acima, o processo de trabalho dos profissionais do NASF deve ser desenvolvido através da criação de espaços de discussão e planejamento coletivos.

A equipe do NASF, por ser uma equipe de apoio que lida com diversas equipes e com realidades complexas e distintas, necessita construir uma agenda de trabalho que contemple as diversidades e as amplas possibilidades de ações que podem ser realizadas através de um trabalho integrado. Portanto, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2014), a agenda dos profissionais deve conter alguns elementos considerados estruturantes como: reuniões de matriciamento com as equipes de SF, atendimentos individuais (específicos e compartilhados), grupos e atividades coletivas, espaços destinados à elaboração de material de apoio, rotinas, protocolos e outras ações de educação permanente, reuniões entre os profissionais do NASF e reuniões com outros núcleos e outros pontos de atenção do

município. Também é importante para construção da agenda compartilhada de atividades o mapeamento das ações desenvolvidas em cada unidade vinculada ao NASF e o mapeamento das condições existentes para o desenvolvimento do trabalho, como, por exemplo, fluxos e serviços já existentes intra e intersetorialmente para possíveis parcerias.

Os elementos estruturantes da agenda de atividades compartilhadas devem ser compreendidos como norteadores do trabalho e não como um engessamento das ações. A lógica do apoio matricial não inviabiliza, por exemplo, que sejam realizados atendimentos clínicos individuais pelos profissionais do NASF. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), o primordial é que exista negociação e corresponsabilização por parte de todos os envolvidos. Sendo assim.

(...) O trabalho integrado e colaborativo entre essas equipes pode acontecer, por exemplo, por meio de consulta conjunta entre o psicólogo e o médico da equipe, de participação do agente comunitário de saúde no grupo coordenado pelo farmacêutico ou de consulta individual com o psiquiatra pactuada previamente com a equipe de AB como parte do projeto terapêutico de determinado usuário.

Portanto, as atividades a serem desenvolvidas podem englobar ações realizadas conjuntamente entre os profissionais do NASF e das equipes vinculadas, ações realizadas somente pelos profissionais do NASF ou realizadas somente pelos profissionais da equipe de AB com apoio do NASF. (BRASIL, 2014, p47)

O importante, na organização das ações de matriciamento, é a compreensão do conjunto de necessidades dos usuários e que os profissionais estejam dispostos a compartilhar o cuidado, nos diferentes modos em que isto pode ocorrer. Por exemplo, o NASF pode auxiliar na realização de grupos educativos ou terapêuticos por ciclo de vida ou mesmo condição de saúde, mas sem esquecer da contribuição potente de cada área temática específica (BRASIL, 2014).

As práticas grupais constituem importante recurso no cuidado na atenção primária e são caracterizados como grupos de educação em saúde, que englobam propostas de promoção e prevenção, ou terapêuticos. É possível a identificação de diversas modalidades de grupos, tais como: grupos temáticos relacionados a determinadas patologias (obesidade, hipertensão, diabetes), oficinas temáticas (artesanato), grupos de convivência, grupos motivacionais, grupos de medicação, grupo de gestante, grupos de convivência, de adolescentes, entre outros.

Segundo Campos e Gama (2010), os grupos além de auxiliarem na organização da demanda, possuem potencialidades que favorecem a saúde mental do sujeito, criando espaços de socialização, integração, troca de experiência, entre outras coisas. Infelizmente, apesar de ser um recurso muito potente e um caminho interessante a ser trilhado no matriciamento, o

grupo ainda é um recurso pouco utilizado pelas equipes no desenvolvimento das ações compartilhadas de saúde mental na APS.

A dinâmica do trabalho integrado possui múltiplas possibilidades e pode se configurar de diferentes formas, se remodelando a partir das necessidades e demandas que surgem a partir do cotidiano de trabalho das equipes e do desenvolvimento das ações. O ponto fundamental da construção da agenda de atividades compartilhadas é a participação das equipes na construção das ações de matriciamento, bem como o foco nas necessidades e demandas da população.

1.5 – SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Na Atenção Primária o atendimento integral pode encontrar uma série de obstáculos que dificultam o acolhimento e o tratamento adequado dos problemas de saúde mental. atendimentos fragmentados, falta de diretrizes para atendimento, preparo técnico profissional, fazem com que a demanda em saúde mental não encontre uma escuta qualificada e, desta forma, o sofrimento psíquico seja muitas vezes tratado de forma insatisfatória ou encaminhado de forma precipitada para outros níveis de atenção, isso quando são identificados, pois muitos problemas de saúde mental não são sequer abordados nos níveis primários de assistência, incluindo aqui os transtornos mentais graves e outros problemas de menor gravidade que não recebem atenção adequada.

Apesar das dificuldades, a atenção primária, através da Estratégia de Saúde da Família, é uma oportunidade para enfrentar os problemas de saúde mental de forma mais abrangente. O contato estreito e contínuo com a comunidade, por um lado, é fundamental, mas exige respostas às demandas da população para às quais os profissionais não estão preparados e que são fonte de angústia e expectativas para ambos. A formação tecnicista, dos profissionais de saúde, cria dificuldades em relação à abordagem integral dos problemas de saúde, sendo fundamental a inclusão de instrumentos que facilitem problematizar as questões que surgem na prática e no cotidiano do trabalho em saúde, qualificando as equipes para esta importante tarefa de inclusão das ações de saúde mental na atenção primária.

A preocupação do Ministério da Saúde com a questão da saúde mental na APS tem início a partir de 2001, quando foi organizada pela Coordenação de Saúde Mental a oficina de trabalho para “Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica”. Outras atividades foram desenvolvidas durante os anos seguintes e em 2003

foi editada uma Circular Conjunta da Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, n. 01/03, denominada “Saúde Mental na Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários – Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica” (BRASIL, 2003). Este documento, além de outras diretrizes para a aproximação da saúde mental da Atenção Básica, propõe o Apoio Matricial em saúde mental e a formação como estratégia prioritária.

Segundo a circular acima, é necessário estimular ativamente a inclusão da dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais graves de saúde mental na expansão, formulação e avaliação da APS. Ainda segundo esse documento, as ações de saúde mental devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial transversal com outras políticas específicas, e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Desta forma, foi sintetizado como princípios fundamentais dessa articulação entre saúde mental e atenção primária: a noção de território, a organização da atenção à saúde mental em rede, a intersetorialidade, a reabilitação psicossocial, a interdisciplinaridade, a desinstitucionalização, a promoção da cidadania dos usuários e a construção da autonomia possível de usuários e familiares.

A proposta de atuação do profissional de saúde mental na Estratégia de Saúde da Família pode ser desenvolvida em duas direções. O Primeiro relacionado à equipe assistencial, tendo com o objetivo a qualificação do trabalho e a melhoria da tarefa assistencial, demandando uma ação de apoio para a equipe. A outra direção do trabalho do profissional de saúde mental está relacionada à atenção à saúde da população atendida. Através de encontros regulares a equipe compartilha alguns casos com o técnico da saúde mental produzindo uma forma de co-responsabilização pelos casos e a construção de um trabalho compartilhado. Os sentimentos e angústias que surgem a partir do contato com a comunidade e as limitações impostas pelo modelo tecnicista da formação desses profissionais, podem servir como fio condutor do trabalho do profissional de saúde mental, articulando formação em serviço e apoio técnico especializado, tendo como pano de fundo a integralidade, o trabalho compartilhado e a construção coletiva de novas propostas assistências. O objetivo a ser alcançado é a ampliação da clínica que significa o resgate e a valorização de outras dimensões que não somente a biológica. A forma de abordar os casos é situacional, onde os fenômenos ligados ao adoecer, além das interações entre os fatores biológicos e psicossociais, incluem os sistemas de cuidado à saúde e suas interações e a construção de novos modos de trabalho em saúde.

A integração da saúde mental na atenção primária oferece a possibilidade de detecção e tratamento precoce de inúmeros problemas de saúde mental graves e de menor gravidade

também. Nesse nível de atenção, também é possível a oferta de tratamento dos aspectos mentais associados com problemas “físicos” (TÓFOLI E SOUZA, 2012). Levando em consideração essas questões, os autores afirmam que a saúde mental precisa estar inserida na saúde geral, ou seja, contribuindo para a redução das ações fragmentadas, com vistas a superação da atual concepção fragmentada de sujeito e cuidado.

Na atenção primária 50% dos pacientes que chegam à unidade de saúde apresentam Transtornos Mentais Comuns (TMC). Esses pacientes apresentam quadros de sofrimento emocional reativos às dificuldades da vida e queixas físicas sem nenhuma patologia orgânica associada. O TMC, segundo Chiaverini et al. (2011).

São transtornos mentais menos estruturados e de menor gravidade que aqueles atendidos nas unidades especializadas, com muitas queixas somáticas, com sintomas mistos de ansiedade e depressão associados a problemas psicossociais. Uma parcela significativa de pacientes (30%) tem remissão espontânea dos sintomas e apresentam melhoras quando apoiados pelas equipes, individualmente ou nos grupos das unidades da atenção primária. (CHIAVERINI et. al, 2011)

Segundo Campos e Gama (2010), pode haver uma passagem do mal-estar provocado pelo desamparo social para a doença. A ocorrência de múltiplos fatores negativos contribui para o desenvolvimento de problemas mentais, principalmente em crianças. Nesse caso precisamos ter cuidado para não oferecer respostas para esses problemas simplesmente no plano psicológico ou psiquiátrico, aprisionando os sujeitos na culpabilidade e impotência.

Problematizar este aspecto é extremamente importante, pois vai colocar dentro das pautas de discussão da saúde, a questão da subjetividade articulada às condições de vida e ao adoecimento e vai requerer dos profissionais uma análise mais profunda, que não se resume à questão técnica de procedimentos em saúde. (Campos e Gama, 2010, p.230)

Ao falarmos em condições de vida e adoecimento, não podemos deixar de lado o complexo fenômeno da violência e os desafios que ele impõe para a agenda da saúde mental. Segundo Delgado (2012), o tema da violência, em sua interface com os direitos humanos e a clínica, requer urgente debate na agenda da saúde mental.

A violência se impõe na agenda da saúde mental de diversas formas. Para a política pública de saúde mental, a violência aparece associada à produção do sofrimento psíquico, às barreiras de acesso ao tratamento, a contextos institucionais de mortificação dos sujeitos, à gênese e conseqüências da irrupção de paroxismos antissociais, ao complexo fenômeno das drogas, a formas mitigadas e por vezes invisíveis de dominação. (Delgado, 2012, p.188)

O caso da violência é exemplar para entendermos a questão das complexas condições de saúde da população, pois não é um problema médico típico, mas impõe muitos desafios para as equipes de saúde em relação à sua abordagem e intervenções que podem ser implementadas pelo setor. A violência afeta muito a saúde: provoca mortes, lesões e traumas

físicos e inúmeros agravos mentais e emocionais; diminui a qualidade de vida das pessoas e das coletividades; mostra a inadequação da organização tradicional dos serviços de saúde; coloca problemas para o atendimento médico; e evidencia a necessidade de uma atuação mais específica, interdisciplinar, visando às necessidades das pessoas (Minayo, 2005).

A demanda de saúde mental na atenção primária, além de ser muito grande e variada, chega diariamente nas unidades de saúde e as pessoas tem a esperança de receber uma resposta do profissional de saúde. Muitas vezes a resposta oferecida é limitada ao uso de medicação, pois uma série de fatores são responsáveis pela dificuldade de acolhimento e tratamento satisfatório desses problemas. Fatores como a falta de tempo, falta de preparo profissional, precárias condições de trabalho, fazem com que a demanda em saúde mental não encontre uma escuta qualificada e seja tratada muitas vezes apenas com a medicação.

A medicação é um recurso que está à disposição dos profissionais e tem indicações de uso que visam o bem-estar do sujeito. O uso dos medicamentos, para ser mais eficaz, precisa estar relacionado ao intuito de impulsionar a autonomia do sujeito, organizando melhor o quadro clínico, mediante a redução dos sintomas e o controle da ansiedade, por exemplo. No entanto, o uso inadequado da medicação pode ser muito prejudicial para o tratamento, sendo muitas vezes utilizada como “simples forma de apaziguamento do sujeito, deixando-o prostrado e passivo, impedindo algum possível progresso do sujeito” (CAMPOS E GAMA, p.240).

Na lógica de organização do trabalho na Atenção Primária é importante também o entendimento da saúde mental não apenas como um núcleo de conhecimento utilizado pelos especialistas no assunto, mas como uma dimensão dentro do campo da saúde, levando em conta uma concepção integral. O campo, segundo Campos (2000), seria uma área de saber e de práticas comum a todos os profissionais que trabalham na saúde e o núcleo seria específico de cada especialidade ou profissão. A ideia de saúde mental como uma dimensão da saúde, procura evitar os problemas relacionados às concepções de saúde que separam mente e corpo e que criam dificuldades para a adoção de práticas integrais.

Para Amarante (2007), o que se conhece hoje como saúde mental é uma área muito extensa de conhecimentos e de atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde. Para o autor poucas áreas da saúde são tão complexas, plurais, intersetoriais e com tamanha transversalidade de saberes como a saúde mental e, desta forma, é muito difícil delimitar suas fronteiras e limites.

Saúde mental não é apenas psicopatologia, semiologia... Ou seja, não pode ser reduzida ao estudo do tratamento de doenças mentais. Na complexa rede de saberes

que se entrecruzam na temática da saúde mental estão, além da psiquiatria, a neurologia e as neurociências, a psicologia, a psicanálise (ou as psicanálises, pois são tantas), a fisiologia, a filosofia, a antropologia, a filologia, a sociologia, a história, a geografia. (AMARANTE, 2007, p. 16).

No entanto, o entendimento sobre a área da saúde mental nem sempre foi assim. Somente a partir da Reforma Psiquiátrica, que reduziu gradualmente e de forma programada os leitos em hospitais psiquiátricos, através da criação de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico é que a assistência em saúde mental veio sendo modificada.

No entanto, segundo Gama e Campos (2009), a área de Saúde Mental conseguiu estruturar uma rede de atenção principalmente para os portadores de transtornos mentais severos. Na Atenção Básica, onde encontramos uma variedade de problemas de saúde, inclusive de saúde mental, o processo de integração das ações de saúde mental ainda se encontra no início, necessitando de ampliações das ações nesse nível de atenção e maiores investimentos, inclusive em relação à qualificação das equipes de saúde.

Segundo Nunes, Jucá e Valentim (2007), em estudo realizado com profissionais da saúde, “há um reconhecimento da ausência de recursos operacionais e teóricos da equipe de Saúde da Família para lidar com a saúde mental” (NUNES et al, p. 2380, 2007). Os trabalhadores entrevistados criticam os cursos rápidos oferecidos que não preparam efetivamente para a abordagem em saúde mental. Os autores também apresentam diversos problemas e resistências que podem estar mascarando a real necessidade de qualificação, pois muitas vezes os cursos são oferecidos e a adesão dos profissionais não é expressiva. Os fatores envolvidos, segundo estudo acima, na baixa adesão às propostas de qualificação passam pelo excesso de trabalho dos profissionais na rede básica, até questões inconscientes que incluem aspectos pessoais.

Apesar das dificuldades apresentadas é imprescindível a elaboração de estratégias para alcançar esse público, promovendo mudanças e transformação cultural e das práticas profissionais. Segundo Nunes et al (2007), a área da saúde mental produziu muitas teorias, métodos e técnicas de abordagem do sujeito, mas raramente esses saberes produzidos pela saúde mental foram incorporados pelas demais clínicas. Essa tendência histórica foi reforçada pela criação de um campo específico de atuação para a saúde mental e pela criação de espaços assistenciais próprios, separados das outras instituições de saúde.

Isso ficou visível no exílio vivido pelo campo da saúde mental nas instituições de saúde, cujo exemplo paradigmático foi a construção de hospitais e ambulatórios psiquiátricos separados dos hospitais e ambulatórios gerais. (NUNES, JUCÁ E VALENTIM, p. 2381, 2007)

A estratégia de aproximação da saúde mental e a construção das propostas de inserção de ações junto às equipes de saúde na APS passa inicialmente por uma escuta qualificada das demandas e necessidades de intervenção nesse nível de atenção. Estas necessidades podem ser diferentes das expectativas trazidas pelos profissionais de saúde mental, quando se aproximam das equipes. Apesar de possuírem princípios e orientações comuns a inserção das ações de saúde mental na atenção primária precisa levar em consideração as especificidades do trabalho das equipes de SF e também a complexidade dos problemas de saúde do território onde essas equipes atuam.

1.6 – A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

O movimento de Reforma Psiquiátrica é contemporâneo ao movimento da Reforma Sanitária que ocorreu no Brasil na década de 1970, em meio ao processo de redemocratização no Brasil. Assim como a Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica (RP) teve como objetivos reformular os modelos de atenção à saúde, buscando uma forma nova de pensar e projetar ações de saúde. A necessidade de humanização do tratamento nos asilos brasileiros teve início nessa época, momento em que diversos setores da sociedade brasileira discutiam e se mobilizavam pela defesa dos direitos humanos e pela ampliação dos direitos individuais. Inserida no debate público, e naquele momento histórico em que o Brasil vivia, a discussão sobre o tratamento desumano e humilhante oferecido ao doente mental também ganhavam terreno e impulsionava a necessidade de mudanças na forma de tratamento oferecida para essas pessoas.

A assistência em saúde mental, antes da década de 1980, era pautada em um modelo assistencial que tinha como foco o tratamento em unidades hospitalares e trabalhar em saúde mental era o mesmo que trabalhar em hospícios, ambulatórios e emergências psiquiátricas. Era trabalhar em ambientes fechados e desumanos que promoviam a segregação e o isolamento de indivíduos considerados loucos e agressivos.

A Reforma Psiquiátrica não se limitou apenas a uma crítica ao modelo asilar hospitalocêntrico do ponto de vista de seu aperfeiçoamento ou humanização, ou na criação de novos serviços de assistência. A RP incidiu sobre os próprios pressupostos da psiquiatria e na condenação de seus efeitos de normatização, controle e exclusão. Todo esse processo, embora trazendo desafios e exigências políticas, administrativas e técnicas, tem como marca distintiva e fundamental o reclame da cidadania do louco e dos direitos do doente mental (TENÓRIO, 2002).

Segundo Bezerra (2007), é importante destacar que a reforma psiquiátrica brasileira também possui uma dimensão sociocultural que aponta para o desafio de fazer da loucura e do sofrimento psíquico uma questão humana que vai muito além das fronteiras do discurso técnico ou do saber psiquiátrico e que facilmente se esconde por trás dos jargões e protocolos médicos-psicológicos. Ainda segundo o autor:

Mais do que buscar a aceitação de uma nova política assistencial, o desafio nesse campo é produzir uma nova sensibilidade cultural para com tema da loucura e do sofrimento psíquico. Trata-se de promover uma desconstrução social dos estigmas e estereótipos vinculado à loucura e à figura do doente mental, substituindo-os por um olhar solidário e compreensivo sobre a diversidade e os descaminhos que a experiência subjetiva pode apresentar. (BEZERRA, 2007, p. 247)

Costa-Rosa (2000) nomeia como “modo psicossocial” o conjunto de práticas promovidas pela Reforma Psiquiátrica em contraposição ao que ele chama de “modo asilar” (modelo psiquiátrico tradicional). Para superar o modelo asilar é necessário que as práticas psicossociais promovam transformações radicais em quatro âmbitos:

- Concepção do ‘objeto’ e dos ‘meios de trabalho’: o modelo psicossocial precisa romper com a ênfase em concepções de saúde-doença-cura organicistas e sua decorrente prática de divisão e fragmentação do trabalho em saúde. No modelo asilar pouca ou nenhuma atenção é dada para a questão da subjetividade e para a participação do sujeito em seu tratamento. As tarefas assistenciais e o sujeito são fragmentados. No modelo psicossocial a participação e implicação do sujeito no seu tratamento são valorizadas, tendo como proposta de trabalho a equipe interdisciplinar e o intercâmbio de saberes e práticas, levando em consideração os múltiplos fatores envolvidos de acordo com cada situação particular.

- Formas de organização do dispositivo institucional: este parâmetro diz respeito ao modo como está organizada as relações institucionais e distribuído o poder na instituição. O modo psicossocial caracteriza-se pela organização horizontal, suas metas são a participação, a autogestão e a interdisciplinaridade, em contraponto ao modelo asilar onde as relações se estabelecem de maneira vertical e hierarquizada, com distribuição desigual de poder (de cima para baixo).

- Formas de relacionamento com a clientela: a instituição deve ser um local de fala e escuta da população, espaço de interlocução e de agenciamento de subjetividades.

- Concepção dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos: no modo asilar se observa uma forma de tratamento centrado na supressão ou tamponamento dos sintomas, gerando ‘defeitos de tratamento’, como a cronificação dos casos. O modelo psicossocial visa ao que pode ser descrito como ‘reposicionamento subjetivo’, levando em conta a dimensão

subjetiva e sociocultural como metas radicais relacionadas à ética das práticas psicossociais, em oposição à adaptação que caracteriza a ética asilar. (COSTA-ROSA, 2000)

Levando em consideração todas essas dimensões do processo de Reforma Psiquiátrica, a atenção aos portadores de transtorno mental tem como objetivo o pleno exercício de sua cidadania e não somente o controle de sua sintomatologia. Implica também na organização de serviços abertos e a formação de redes de cuidado e articulação com outras políticas públicas buscando atingir o potencial de autonomia de cada sujeito em seu território de moradia. A proposta de mudança promovida pela RP engloba diferentes desafios e requer formas inovadoras de organização da atenção, modelos de cuidado e intervenções adequados aos novos dispositivos, devendo ser mais abrangentes que os da clínica individual tradicional, utilizando dispositivos teóricos e práticos diversificados e amplos, levando em conta tanto a clínica, em seu sentido ampliado, quanto a rede, entendida como espaço de troca, sociabilidade e subjetivação.

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

- 1987 – II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que adota o lema “por uma sociedade sem manicômios”; criação do Movimento da Luta Antimanicomial; I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro; Inauguração do primeiro CAPS (Luis da Rocha Cerqueira), na Cidade de São Paulo.

- 1989 – intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) na Casa de Saúde Anchieta que teve grande repercussão nacional e demonstrou que é possível a construção de uma rede substitutiva. Neste período, são implantados em Santos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). Segundo Onocko e Furtado (2006), o CAPS Luís da Rocha Cerqueira e os NAPS, foram referência obrigatória para a implantação de serviços substitutivos ao manicômio no Brasil.

- 1990 – Conferência de Caracas, convocada pela OPAS. Elaboração da Declaração de Caracas (documento norteador para a implantação e implementação das ações de saúde mental); II Conferência Nacional de Saúde Mental. Os dois fatos definiram os marcos conceituais que provocaram modificações na atenção à saúde mental.

- Na década de 1990, surgem as primeiras leis que regulamentam a implantação de serviços de atenção diária, as primeiras normas para a fiscalização de hospitais psiquiátricos e leis estaduais que regulamentam o processo de RP.

- 2001 - é sancionada, após doze anos em tramitação no Congresso Nacional, o Projeto de Lei n.10.216 do deputado Paulo Delgado. Essa lei redireciona a assistência em saúde

mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária. A lei também dispõe sobre proteção e reafirma os direitos das pessoas com transtornos mentais. Os princípios do movimento iniciado na década de 1980 torna-se uma política de estado.

- 2002 – é lançada a portaria GM 336, que cria os Centros de Atenção Psicossocial.

Segundo o relatório de gestão, elaborado pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, referente ao período de 2007 a 2010, nesse período ocorre a gradativa ampliação do acesso em saúde mental, consolidando a mudança no modelo de atenção do SUS, com a incorporação de novos desafios para a Política de Saúde Mental. Quatro temas são destacados no relatório: formação e produção de conhecimento para a saúde mental, consolidação do modelo territorial de atenção; intersetorialidade; drogas e vulnerabilidade social (BRASIL, 2011).

Outras conquistas do período posterior ao lançamento da Lei n. 10.216 foram: aprovação da Política Nacional sobre Álcool; consolidação dos Programas de Residência Multiprofissional em saúde Mental; publicação da portaria GM 154/08, que cria o NASF; realização, em 2010, da IV Conferência Nacional de Saúde Mental e o lançamento, em 2011 da portaria n. 2.089, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileira teve como objetivo principal a mudança do modelo de atenção e de gestão do cuidado em saúde mental. No lugar de uma rede composta por serviços baseados no modelo asilar hospitalocêntrico, vem sendo implantado um sistema de assistência orientado pelos princípios de universalização, equidade e integralidade, que também estão presentes nas propostas de construção do Sistema Único de Saúde. Todo esse processo de mudanças teve como consequência a redução gradual e programada de leitos em hospitais psiquiátricos e a criação de serviços e ações de saúde mental de base comunitária, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que vem modificando a estrutura da assistência à saúde mental no Brasil (BRASIL, 2005).

Hoje, a atenção em saúde mental é organizada em uma rede de cuidados que inclui a atenção primária, as residências terapêuticas, as enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais, os Centros de Convivência, entre outros, e vários são os dispositivos e as estratégias para construir uma rede integrada de ações e ofertas de cuidado em saúde mental.

A rede de saúde mental, hoje denominada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) – portaria GM/MS n. 3.088/2011 – é formada por sete componentes: Atenção Básica à Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial.

Na lógica da RAPS, o usuário que necessita de cuidados em saúde mental deve dirigir-se primeiramente a uma unidade de atenção primária. As equipes de SF devem estar preparadas para manejar a maioria dos problemas de saúde mental do território, coordenando o fluxo de pacientes e contando com o apoio do NASF para o acompanhamento dos casos.

Os casos mais graves são acompanhados em conjunto com os CAPS, sendo recomendado que este compartilhamento ocorra em todos os casos mesmo quando o primeiro contato com o caso seja efetuado pelo CAPS.

Acompanhando as propostas de mudança na Política de Saúde Mental, o CAPS foi concebido como a principal estratégia da Reforma Psiquiátrica no Brasil, sendo criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos. Cabe a este serviço a atenção diária e intensiva aos portadores de transtorno mental grave e persistente. O direcionamento da Política de Saúde Mental para os CAPS afirma o seu papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados e no desenvolvimento de projetos terapêuticos comunitários em conjunto com as equipes de Saúde da Família, ofertando suporte à atenção em saúde mental na APS (BRASIL, 2004)

As atividades realizadas no CAPS compreendem atendimentos clínicos, oficinas terapêuticas, projetos de geração de trabalho e renda, ações intersetoriais, entre outras. Oferecem, além de atenção à crise, um espaço de convivência e a criação de redes de relações que se alargam para além das instituições, buscando atingir o território de vida cotidiana dos usuários (BRASIL, 2005).

Os CAPS representam um avanço importante para a consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira. Contudo, segundo Dimenstein et al. (2009), a Reforma Psiquiátrica precisa avançar e incorporar ações de saúde mental na atenção primária.

Não é viável concentrar esforços somente na rede substitutiva, mas é preciso estender o cuidado em saúde mental para todos os níveis de assistência, em especial, à atenção primária. (DIMENSTEIN et al., 2009, p. 65)

Os CAPS são diferentes quanto ao tamanho do equipamento, estrutura física, profissionais e diversidade das atividades terapêuticas e também quanto à especificidade da demanda que pode ser para crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas ou para transtornos psicóticos ou neuróticos graves. Os CAPS I e II atendem adultos com transtornos mentais severos e persistentes, o CAPSi atende crianças e adolescentes com transtornos mentais, o CAPSad para usuários com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas como álcool, crack e outras drogas e o CAPS III que oferece

acolhimento noturno e nos finais de semana e também possuem leitos de atendimento à crise para usuários em acompanhamento no serviço.

O cuidado nos CAPS é realizado por equipe multiprofissional e a sua missão é a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais e articulação de recursos existentes em outras redes que envolvam saúde, educação, esporte, justiça, habitação, cultura, entre outras, para a promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários. (BRASIL, 2004).

A criação de serviços territoriais e as transformações dos modelos assistenciais, tanto na saúde mental quanto na saúde geral, criou a possibilidade de um encontro entre a saúde mental e a ESF, pois os dois modelos de atenção à saúde possuem diversas similaridades e pontos em comum, entre eles, a integralidade da atenção, a participação social, territorialização das ações, interdisciplinaridade no cuidado e a ampliação do conceito saúde-doença (SOUZA E TÓFOLI, 2012).

As estratégias compartilhadas entre os serviços de saúde mental e a APS surgem como estratégias para a efetivação dos princípios da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária. Com o objetivo de combater a lógica de cuidado fragmentado e reduzir os encaminhamentos desnecessários, a integração da saúde mental na APS, aposta no acolhimento e estabelecimento de vínculos, incentivando a responsabilidade compartilhada pelos casos e a utilização de uma rede de cuidados de base territorial com a utilização de intervenções intersetoriais que vem promovendo o cuidado e criando espaços para o fortalecimento da autonomia do sujeito e a sua inclusão social. Outro aspecto importante desse trabalho compartilhado com a saúde mental e a possibilidade de romper com os estigmas em relação à doença mental e intervir de forma mais abrangente, através da realização de ações articuladas de atenção aos problemas de saúde mental, prevenção do adoecimento psíquico e promoção da saúde.

CAPÍTULO II - EDUCAÇÃO PERMANENTE E APOIO MATRICIAL EM SAÚDE

2.1– EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

*Eu quero desaprender para aprender de novo.
Raspar as tintas com que me pintaram.
Desencaixotar emoções, recuperar sentidos.*

(Rubem Alves)

A formação dos profissionais de saúde está direcionada para a aquisição de competências formais de caráter técnico/científico e essa formação tecnicista, baseada na divisão técnica do trabalho⁶, acaba criando dificuldade em relação à abordagem integral dos problemas de saúde, gerando a fragmentação dos processos de trabalho. Além disso, outras questões importantes para o desenvolvimento do trabalho compartilhado não são abordadas durante a formação acadêmica dos profissionais.

Segundo Ceccim (2005), o processo de construção do Sistema Único de Saúde precisa ser acompanhado por uma agenda de mudanças na formação e qualificação dos profissionais de saúde. Com o avanço do processo de implantação do SUS, a formação profissional se revelou como o “nó” crítico da implementação de mudanças, sendo entendida como grande desafio para o setor da saúde.

O tema da formação e educação profissional acompanha toda a história de construção e implantação do SUS. O artigo 200, da Constituição Federal de 1998, em seu inciso III, atribui ao SUS o papel de ordenador da formação na área da Saúde (BRASIL, 1998). Com o objetivo de efetivar essa atribuição do SUS o Ministério da Saúde vem realizando um grande investimento, ao longo do tempo, em políticas e estratégias voltadas para a adequação da formação e qualificação dos trabalhadores da saúde às necessidades de saúde da população e ao desenvolvimento do SUS (BRASIL, 2009).

Apesar do investimento em processos educativos dirigidos à qualificação dos profissionais da saúde, ainda convivemos com muitas dificuldades e um baixo impacto das propostas educativas na prática cotidiana dos serviços de saúde (FRANCO, 2007). São muitos os problemas que precisam ser enfrentados, como a baixa capacidade resolutiva das ações

⁶ Segundo Pires (2009, p. 130), a divisão técnica do trabalho “refere-se à forma de organização do trabalho coletivo em saúde na qual se identificam a fragmentação do processo de cuidar; a separação entre concepção e execução; a padronização de tarefas distribuídas entre os diversos agentes, de modo que ao cuidados cabe o cumprimento de tarefas, afastando-o do entendimento e controle do processo; a hierarquização de atividades com atribuição de diferentes valores à remuneração da força de trabalho.”

empreendidas pelas equipes de saúde e dificuldades de interação entre os atores envolvidos nos processos de produção das ações de saúde.

Segundo Franco (2007), os processos educacionais podem e devem ser entendidos como dispositivos de mudança. A educação entendida como dispositivo de mudança, parte da ideia de que paralela à linha de produção do cuidado há uma linha de produção pedagógica. Os processos educacionais caminham de forma paralela aos processos de produção do cuidado, contribuindo para a produção de coletivos com capacidade de protagonizar mudanças nos serviços de saúde. Segundo Barembliitt (2002, p. 135, apud FRANCO 2007), dispositivo é “uma montagem ou artifício produtor de inovação que gera acontecimentos e devires, atualiza virtualidades e inventa o novo radical”.

As propostas de qualificação precisam enfrentar algumas condições que interferem na capacidade dos processos educativos de promover mudança como, por exemplo, a tendência a atuar através de problemas e projetos com objetivos pontuais, ao invés de fortalecer, ao longo do tempo, a sustentabilidade e a permanência das estratégias inseridas dentro de propostas mais amplas de mudança institucional. As ações educacionais pontuais devem estar dentro de uma estratégia geral de mudanças institucionais, elaboradas a partir de uma análise estratégica e da cultura institucional dos serviços de saúde em que se insere (BRASIL, 2009).

Levando em conta essas questões, foi instituída no Brasil a Educação Permanente em Saúde (EPS) através da portaria GM/MS n. 198, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004), sendo alterada pela portaria GM/MS n. 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007), que apresenta novas estratégias e diretrizes para a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

A proposta da educação permanente foi lançada pela Organização Pan-Americana da Saúde nos anos 1980, tendo como objetivo reorientar os processos de capacitação de trabalhadores da saúde. A educação permanente toma como eixo de aprendizagem o cotidiano de trabalho e caracteriza-se como um processo permanente, de natureza participativa e multiprofissional (BRASIL, 2009).

A EPS pode ser entendida como prática de ensino-aprendizagem ou como uma política de educação na saúde (CECCIM E FERLA, 2009). No primeiro caso, a EPS tem como proposta pensar o mundo do trabalho e suas ligações com a educação em saúde, pensando nas mudanças necessárias no conhecimento e no mundo profissional. A sua pedagogia da problematização supõe a inserção crítica na realidade e relações horizontais sem superioridade do educador sobre o educando, partindo do pressuposto da aprendizagem significativa que valoriza as experiências anteriores e vivências pessoais dos alunos, integrando o ensinar e o

aprender na prática diária do profissional de saúde. A EPS propõe a transformação das práticas profissionais e da própria organização dos processos de trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e populações e estando baseada na reflexão crítica sobre a realidade dos serviços.

Para Oliveira e Serrazina (2002), a capacidade de refletir emerge quando identificamos um problema real a resolver e quando aceitamos a incerteza, reavaliando continuamente as crenças e as interpretações sobre determinados dados da realidade, aceitando novas hipóteses e descobrindo novos caminhos. O processo reflexivo é caracterizado por um movimento constante que parte do reconhecimento de um problema e do seu contexto, para a compreensão e busca de significados (OLIVEIRA e SERRAZINA, 2002).

MANEM (apud OLIVEIRA e SERRAZINA, 2002) considera a existência de três níveis de reflexão. O primeiro seria o nível técnico, que está relacionado à aplicação técnica de conhecimentos com o objetivo de atingir um determinado fim. Um segundo, o nível prático, que está relacionado aos valores e consequências das ações. O terceiro seria o nível crítico ou emancipatório, onde entra em foco questões éticas, sociais e políticas. O mais importante aqui não é a hierarquia entre os níveis, mas a utilização complementar dos aspectos envolvidos na prática reflexiva nos três níveis.

Todo o processo de reflexão também pode ser potencializado pela existência de um ambiente propício, por exemplo, pela existência de uma equipe colaborativa que enriquece a reflexão individual, através da realização de ações compartilhadas. No caso, o trabalho do apoio matricial funcionaria como uma colaboração para a reflexão de questões importantes para o desenvolvimento do trabalho integral das equipes da saúde da família.

Além desse entendimento da EPS como uma prática de ensino, que coloca o cotidiano de trabalho como central aos processos educativos, a EPS também é entendida como política de educação na saúde que contribui para a consolidação do SUS, através da articulação entre ensino, trabalho e cidadania. A EPS se expressa através de uma opção político-pedagógica e não didático-pedagógica, tornando-se a estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para a saúde (CECCIM E FERLA, 2009).

As iniciativas de formação foram tímidas na capacidade de promover mudanças nas práticas de atenção dominantes no sistema de saúde, pois suas propostas se limitaram a introduzir mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e cuidado em saúde, mantendo a lógica programática das ações, apresentando-se de forma fragmentada, desarticulada e com orientações conceituais heterogêneas. Portanto, nulas em relação à sua

apresentação como política do SUS e sem potência de interpor lógicas, diretrizes e processos organizativos (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

Ainda segundo os autores acima, a formação em saúde deve estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas. A formação, além de atualização técnico-científica, engloba a produção de subjetividades, de habilidades técnicas e de pensamento adequado aos conhecimentos e propostas do SUS (CECCIM E FEUERWERKER, 2004).

Portanto, não basta a aquisição de novas informações, através da transmissão de conhecimentos, é preciso incorporar novos elementos à prática através da produção de novos saberes que brotam a partir do desconforto ou insuficiência para lidar com os desafios e incertezas do trabalho em saúde. A EPS procura configurar-se como uma pedagogia em ato que opera pelo desenvolvimento de si e dos entornos de trabalho e de atuação, transformando a realidade (CECCIM E FERLA, 2009).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) afirma que a consolidação da Atenção Básica como estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil, através da implantação das ESF, requer um saber e um fazer em educação permanente que sejam encarnados na prática concreta dos serviços de saúde, em sua micropolítica. A mudança no modelo de atenção está relacionada à necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes de saúde, devendo ser encarada como uma “estratégia de gestão”, além de sua dimensão pedagógica, pois possui potencial de transformação no cotidiano de serviços (BRASIL, 2012).

Ainda segundo PNAB, é importante diversificar as ações, vinculando os processos de educação permanente às estratégias de apoio institucional e aos dispositivos de apoio e cooperação horizontais, tais como o apoio matricial, trocas de experiências e outras ações coletivas desenvolvidas pelas equipes.

2.2 – APOIO MATRICIAL E EQUIPE DE REFERÊNCIA

O Apoio Matricial faz parte de um modelo de atenção à saúde em construção, que visa a transformação da lógica tradicional de organização dos sistemas de atenção à saúde, e que tem como desafio a implementação de propostas integrais de cuidado à saúde, de acordo com as diretrizes de hierarquização, regionalização e integralidade. Segundo Cunha e Campos (2011), o SUS apresenta um grau de integração de sua rede assistencial aquém do que seria

necessário para considerá-lo um “sistema de saúde” tal qual sugerido pelo relatório Dawson (1964).

Para os autores acima, além dos problemas estruturais diversos e complexos, existem problemas de ordem organizacional ou gerencial que, apesar de interligados aos primeiros, dependem, em grande medida, de gestores e trabalhadores. Entre esses problemas eles destacam a fragmentação da atenção e a responsabilização clínica insuficiente e inadequada.

A proposta de Equipe de Referência e Apoio Matricial dialoga diretamente com o enfrentamento desses impasses, na medida em que propõe novas formas de contratos entre serviços de saúde, desses com os profissionais e desses com os usuários. (CUNHA E CAMPOS, 2011, P. 963).

Os conceitos de AM e ER foram propostos por Campos (1999), com o objetivo de produzir rupturas no modelo assistencial dominante - baseada na especialização e fragmentação do trabalho -, potencializando alterações na subjetividade e na cultura dominante entre o pessoal da saúde, apostando na valorização concreta e operacional das diretrizes do vínculo terapêutico. No artigo de 1999, através da apresentação e discussão dos fundamentos teóricos do Apoio Matricial/Equipe de Referência, o autor sugere um novo arranjo organizacional para os serviços de saúde que estimule no cotidiano dos serviços a produção de novos padrões de inter-relações entre os atores envolvidos nos processos de produção da saúde, estimulando maiores coeficientes de vínculo entre eles.

Inicialmente sua metodologia de trabalho e gestão do cuidado foi adotada em serviços de saúde mental, de atenção básica e da área hospitalar e mais tarde alguns programas do Ministério da Saúde também incorporaram o apoio matricial em suas propostas (CUNHA E CAMPOS, 2011). No entanto, somente com a criação dos NASF e seu financiamento pelo Ministério da Saúde foi possível a efetiva implantação de ações de apoio matricial na ESF (BRASIL, 2009).

A expressão “apoio” remete necessariamente à compreensão de uma tecnologia de gestão do processo de trabalho – o apoio matricial – que se completa com a “equipe de referência” como arranjo metodológico de trabalho (BRASIL, 2009). Apoio matricial e a equipe de referência fazem parte de um arranjo organizacional que objetiva assegurar retaguarda assistencial especializada a equipes e profissionais diretamente responsáveis pela atenção de pessoas e populações em um território definido, podendo contribuir para o aumento da capacidade resolutiva e responsabilização da equipe de referência pelos problemas de saúde presentes em seus territórios de ação.

Nesse arranjo metodológico a equipe de referência, no caso a equipe de SF, é composta por profissionais considerados essenciais para a condução de problemas de saúde

dentro de um campo de conhecimento. Ao responsabilizar-se por uma determinada clientela dentro de um território de abrangência definido, o conceito de equipe de referência busca a transformação do padrão dominante de responsabilidade nas organizações de saúde, propondo a responsabilização de pessoas por pessoas e não a responsabilização por procedimentos e atividades pré-definidas e distribuídas pela lógica fragmentada de divisão de tarefas.

A proposta também afirma a necessidade de distribuição de poder na organização, com o objetivo de reverter a lógica do poder gerencial atrelado ao saber disciplinar, procurando reforçar o poder de gestão da equipe de forma compartilhada e interdisciplinar e priorizando a construção de objetivos comuns. Portanto, a equipe de referência deve enfrentar o saber disciplinar fragmentado e as divisões de poder dentro das equipes. Um exemplo disso é quando o poder é dividido entre as corporações (chefia de enfermagem, outra chefia de médicos e outra ainda de ACS) em vez de uma coordenação por equipe. Essa divisão de poder dentro das equipes aumentando a chance de fragmentação do trabalho de uma equipe de SF, produzindo uma tendência de responsabilização maior para com as atividades técnicas e procedimentos do que com o resultado final para o usuário (BRASIL, 2009).

A complexidade das ações na Estratégia de Saúde da Família requer saberes diversos e a utilização de outros campos de conhecimento, facilitando o exercício permanente da interdisciplinaridade e intersetorialidade. O apoio matricial difere do puro encaminhamento do caso para especialista, pois objetiva criar espaços de interação entre especialistas e equipe de referência no próprio cotidiano de trabalho das equipes de SF.

O apoio matricial é realizado por profissionais especialistas que possuem um núcleo de conhecimentos e perfil distintos dos profissionais responsáveis diretamente pelos problemas de saúde, mas não possuem, necessariamente, relação direta e cotidiana com os usuários. Esses profissionais tem a tarefa de oferecer apoio às equipes de referência, agregar conhecimento e contribuir para a construção de propostas integrais de cuidado. Os profissionais que oferecem o apoio técnico especializado também devem estar comprometidos com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da SF (CAMPO E DOMITTI, 2007).

Segundo Bonfim et al (2013), a proposta do apoio matricial sugere, também, uma mudança radical na conduta do especialista, indicando a necessidade de uma postura dialógica com outros profissionais da rede de saúde e a organização de ações horizontais que integram saberes e práticas. Nesse arranjo de trabalho a equipe de referência pode contar com a

presença do profissional de saúde mental e outros especialistas no cotidiano de trabalho dessas equipes.

O apoio matricial possui duas dimensões de apoio uma assistencial e outra técnico-pedagógica, ou seja, uma na direção da produção de ações clínicas diretas com os usuários e outra de ação técnico-pedagógica de produção de apoio educativo com e para as equipes.

No desenvolvimento do apoio matricial as equipes precisam diferenciar o que é conhecimento nuclear, aquele do núcleo de especialidade, e o que é conhecimento comum, que faz parte do campo de atuação de todos os profissionais de saúde envolvidos na tarefa de construção integral do cuidado. A produção do campo comum de conhecimento é sempre situacional e mutante, envolvendo uma produção coletiva e aspectos de ensino e aprendizagem mutuo, ou seja, todos aprendem e ensinam alguma coisa. Nesse sentido, o conceito de AM tem uma dimensão sinérgica ao conceito de Educação Permanente (BRASIL, 2009).

A articulação entre equipe de referência e os apoiadores desenvolve-se em três planos fundamentais que servem para ordenar a relação entre os níveis hierárquicos e facilitar a integração: atendimentos e intervenções conjuntas, cuidados diretos dos especialistas e troca de conhecimentos e de orientação (CAMPOS E DOMITTI, 2007).

O termo apoio foi retirado do método Paideia (CAMPOS, 2000) que criou a figura do apoiador institucional. O apoio sugere uma metodologia de intervenção transversal para ordenar a relação entre referência e especialista não mais com base na autoridade, mas com base em procedimentos dialógicos, sugerindo relações horizontais e não mais apenas verticais, entre sujeitos com saberes, valores e papéis distintos, tanto na clínica, quanto no trabalho em equipe ou nos processos pedagógicos (CAMPOS E DOMITTI, 2007).

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

Portanto, o apoio matricial procura construir espaços coletivos de análise e propostas de intervenção e divisão de tarefas pactuadas coletivamente, procurando diminuir a fragmentação e especialização crescente em todas as áreas de conhecimento, facilitando a comunicação.

Segundo Campos et al (2013), a dimensão de suporte técnico-pedagógico do apoio matricial, precisa desenvolver e organizar ações e intervenções conjuntas junto com a equipe (consulta, visitas domiciliares, grupos). Através de encontros regulares e discussões clínicas

os apoiadores matriciais podem contribuir para o aumento da capacidade resolutive das equipes de referência, qualificando-as para uma atenção ampliada e promovendo maior equidade e acesso às demandas de saúde mental.

Alguns dos instrumentos normalmente utilizados no processo de matriciamento são: a elaboração do projeto terapêutico singular, a interconsulta, a consulta conjunta, a visita domiciliar conjunta e contato a distância, através do telefone e outras tecnologias de comunicação como a internet. Em relação à saúde mental, as intervenções na atenção primária são variadas, podendo ser realizadas individualmente ou em grupo, através de abordagem terapêutica baseada no vínculo, na escuta e no acolhimento do sofrimento/doença mental ou através da utilização de tratamento farmacológico quando necessário. Outra atividade também pode ser a organização de intervenções de educação em saúde mental que ocorram de forma longitudinal durante o processo de matriciamento, levando em consideração os problemas e questões cotidianas apresentadas pelas equipes e a utilização de variados métodos, como discussão de temas nas reuniões de equipe, leitura de textos e discussões de casos (CHIAVERINI et al, 2011).

A incorporação de ações de matriciamento, na prática cotidiana da atenção primária, cria a possibilidade de repensar a qualificação dos profissionais da saúde e a metodologia de trabalho necessária para produzir novos saberes e práticas na lógica da integralidade, integrando profissionais, equipes e serviços de uma rede de atenção.

O matriciamento também precisa distinguir os casos que podem ser acompanhados pela equipe de referência e os que demandam também atenção especializada, que pode ser ofertada pelos próprios matriciadores ou dependendo da gravidade, pelos serviços especializados, ou ainda através da organização de ações por meio de articulação com outros setores (educação, cultura, lazer), ampliando desta forma a oferta integral de cuidados em saúde através da constituição de ações intersetoriais e integração com outros pontos da rede de atenção.

A constituição de uma rede integrada de cuidados é uma situação desejável para o desenvolvimento de ações de apoio matricial e a inserção da saúde mental na APS, mas não acontece de forma natural e espontânea e está em processo constante de construção. Uma rede articulada de apoio matricial pode ser capaz de promover mudanças da atenção à saúde, evitando a fragmentação da atenção e a utilização de condutas iatrogênicas provocadas pelo consumo excessivo de tratamentos médicos ou psicológicos, procedimentos e exames, reduzindo também o encaminhamento desnecessário para especialistas, ampliando a qualidade da atenção e do cuidado em saúde.

CAPÍTULO III - O CENÁRIO DE ESTUDO

Rio de ladeiras

Civilização encruzilhada

Cada ribanceira é uma nação (...)

(Chico Buarque)

3.1 - TIPO DE ESTUDO

Buscando investigar o tema proposto, foi utilizada a abordagem qualitativa por esta oferecer a possibilidade de uma perspectiva compreensiva de um determinado fenômeno social, levando em conta os aspectos históricos, econômicos e políticos, sem deixar de lado as interpretações e as perspectivas dos atores.

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções, e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. (MINAYO, 2010, p.57)

O objetivo deste tipo de pesquisa é a compreensão em profundidade de uma situação multifacetada, como é o caso do presente estudo sobre duas experiências de trabalho compartilhado dos profissionais de saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. As abordagens qualitativas são utilizadas para investigações de grupos e segmentos delimitados, permitindo o estudo de processos sociais ainda pouco conhecidos (MINAYO, 2010).

Levando em conta tais aspectos, a pesquisa utilizou o método de estudo de caso que consiste na observação detalhada e intensiva de um contexto ou acontecimento específico, examinando vários aspectos em profundidade e utilizando variadas fontes de informação. Procura também apresentar os diferentes pontos de vista relacionados em determinada situação social, servindo muito bem ao pesquisador iniciante na sistematização progressiva do conhecimento (MINAYO, 2010).

No estudo de caso a unidade de análise (programa, equipe, instituição) deve ser bem delimitada e seus contornos podem ser definidos durante o desenvolvimento da pesquisa, criando a possibilidade de um estudo prévio para melhor definição dos locais e pessoas que podem proporcionar situações realizáveis (BODGAN E BIKLEN, 1994).

O material do presente estudo foi coletado através de entrevistas semiestruturadas (anexo 1) com gestores, profissionais de equipes de Saúde da Família e profissionais de NASF e CAPS da Área de Planejamento 3.1 (AP 3.1), assim como análise de documentos, no caso, documentos oficiais do Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e Relatório de Gestão da CAP 3.1 de 2014. As entrevistas coletadas foram gravadas e transcritas para melhor tratamento dos dados e informações coletadas.

As entrevistas foram analisadas através da Análise do Conteúdo. Os dados tratados desta forma permitem a análise das representações dos sujeitos e tem por objetivo compreender os significados manifestos na comunicação, indo além da compreensão imediata e espontânea (MINAYO, 2010).

Todos os participantes da pesquisa foram informados claramente sobre os objetivos e métodos do estudo, assim como foi assegurado o sigilo sobre as informações que foram coletadas e os outros aspectos éticos de acordo com as diretrizes e normas da resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Antes de iniciar as entrevistas, os participantes tiveram conhecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi assinado antes da participação na pesquisa (Anexo 2).

3.2 - CAMPO DE PESQUISA

3.2.1 – O Macrocenário - A APS na cidade do Rio de Janeiro e a rede de atenção à saúde na AP 3.1

A implantação da Atenção Primária na cidade do Rio de Janeiro é um grande desafio. Urbanização desordenada, desigualdades socioeconômicas entre as diversas áreas da cidade, distribuição desproporcional de serviços, existência de uma grande e complexa rede de serviços tradicionais resistentes às propostas de mudanças nos modelos de atenção à saúde, dificuldades de acesso, exclusão social, maior incidência de agravos oriundos de altos índices de violência urbana e dificuldades para promover a integração econômica e social de uma grande parcela da população metropolitana, entre outros problemas, vem dificultando a produção de políticas públicas voltadas à melhoria das condições de vida dos mais vulneráveis.

A cidade do Rio de Janeiro caracteriza-se pela heterogeneidade de seus territórios e comunidades, muitos desses marcados por condições precárias de saúde e processos de adoecimento complexos e desafiadores, impondo a necessidade de reflexão para a busca de novas soluções para antigos problemas. Neste contexto, surgem as propostas de reorganização da Atenção Primária à Saúde através da Estratégia de Saúde da Família que incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) – integralidade, universalização, descentralização e participação da comunidade.

O Modelo de APS escolhido no Município do Rio de Janeiro foi a Estratégia Saúde da Família (ESF). No período de 2009 até 2012 a cobertura populacional da ESF na cidade

passou de 7% para aproximadamente 40%, através da implantação das Clínicas da Família (OPAS, 2013).

A APS é entendida pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro como a porta de entrada do sistema de saúde do município. Está inserida em uma rede de atenção à saúde e tem por finalidade oferecer o primeiro contato às pessoas quando procuram o serviço de saúde. Suas ações são desenvolvidas através do oferecimento de consultas médicas, consultas de enfermagem, visitas domiciliares, ações coletivas, (grupos, oficinas, sala de espera, etc.), procedimentos (vacinas, curativos, etc.), assistência farmacêutica (uso racional de medicamentos) e ações intersetoriais com o objetivo de estabelecer parcerias de cuidado na lógica da integralidade do cuidado.

A rede de saúde é dividida em Atenção Primária, composta pelas denominadas Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde (CMS). As unidades de saúde da Atenção Primária são classificadas como A, B, ou C, de acordo com a sua atual organização, pois todas as unidades primárias foram convertidas ou estão em processo de conversão para o novo modelo de Clínica da Família e ainda podemos encontrar em funcionamento os CMS (C), unidades onde ainda não tem equipe de saúde da família, mas o território de referência é definido, e as unidades mistas onde somente parte do território é coberto pelo saúde da família (B). Portanto, encontramos unidades mistas, denominadas como tipo B, com equipes e profissionais remanescentes dos antigos Centros Médicos de Saúde CMS, trabalhando na mesma unidade com equipes de SF e desenvolvendo suas atividades no modelo de organização antigo. Na Atenção Secundária encontramos as Policlínicas, onde trabalham os especialistas, os Centros de Atenção Psicossociais (CAPSs), as unidades de pronto atendimento (UPA) e os Centros de reabilitação. A Atenção Terciária é composta pelos hospitais, maternidades e Institutos. Neste nível de atenção encontramos os Institutos da rede de saúde mental e as unidades de atendimento à crise e internação psiquiátrica.

Fazem parte da equipe de saúde da família: médico, enfermeiro, 1 ou 2 técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), cirurgião dentista, um técnico de saúde bucal, um auxiliar de saúde bucal e um auxiliar administrativo. Segundo recomendações da SMS, as equipes de saúde da família devem trabalhar na lógica do trabalho em equipe e o processo de trabalho deve ser organizado de forma a haver integração e participação de todos os profissionais. Cada equipe deve organizar a sua rotina de trabalho e reuniões de equipe, definindo a agenda de atividades que se dividem entre consultas, atividades coletivas, visitas domiciliares, contatos com outros serviços, procedimentos, reuniões externas, treinamentos.

A unidade primária de saúde é responsável pela assistência à população de um território definido, levando em consideração vários fatores e características territoriais importantes para a organização da assistência. Todos os moradores da área de abrangência são de responsabilidade da equipe de SF definida para aquela área. O acompanhamento das pessoas deve ser continuado independentemente da situação de saúde encontrada, pois a atenção primária é entendida como coordenadora do cuidado e porta de entrada para o sistema de saúde.

Toda equipe de saúde deve trabalhar com o mapa do território e com os marcadores preferenciais como de hipertensão, diabetes, idosos, crianças em risco nutricional, entre outros, estando atenta para as mudanças nas condições de saúde no território e nos indicadores de saúde.

As unidades de SF estão informatizadas, todas as salas de atendimento possuem computadores em rede e as equipes utilizam o prontuário eletrônico. A regulação para a atenção secundária e terciária de saúde deve se dar através do sistema de regulação (SISREG) e todos os profissionais são treinados para a utilização deste sistema de regulação e na utilização do prontuário eletrônico.

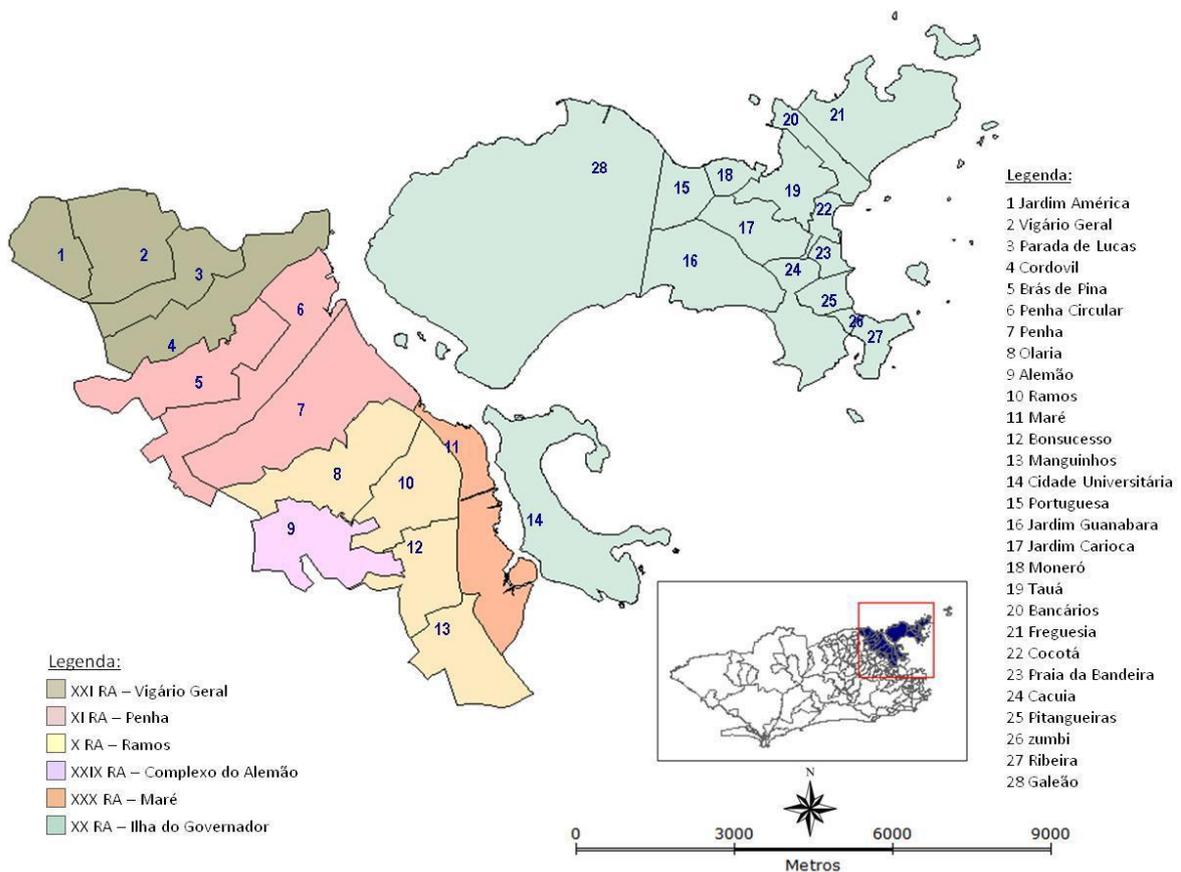
As equipes desenvolvem ações de atenção centrada no adulto/idoso, na criança e no adolescente, saúde mental, saúde bucal, vigilância em saúde, promoção da saúde e manejo em situações de urgência/emergência.

A Carteira de Serviços da Atenção Primária elaborada pela Superintendência de Atenção Primária à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS, 2011) elenca uma série de serviços oferecidos para a Saúde Mental: acompanhamento ao usuário de álcool e outras drogas, realização de desintoxicação alcoólica na unidade primária de saúde, acolher as pessoas em situações de crise, referenciar todos os casos de saúde mental quando necessário (CAPS/ CAPSi/ CAPSad, ambulatório, NASF ou hospital) para suporte técnico, mantendo o acompanhamento dos pacientes, promover ações de redução de riscos e danos a uso de álcool e outras drogas, participar dos fóruns regionais de SM , atendimento individual a familiares visando intervenção em situações de violência doméstica, realização de oficina terapêutica para inserção de usuários com transtornos mentais nas atividades de rotina da unidade como consultas e acompanhamento de hipertensão, diabetes, tuberculose, odontologia e em grupos de atividade física ou outras atividades realizadas pela unidade, atendimento e acompanhamento de usuários que realizam uso crônico de benzodiazepínico, através de consulta médica e de enfermagem ou grupos terapêuticos, discussão de casos clínicos com equipes dos CAPS/CAPSi/CAPSad, ambulatório e NASF, acompanhamento ao portador de

AP 3.1 teve como vetor indutor do crescimento o eixo da Estrada de Ferro da Leopoldina. A área fica localizada na região norte do município do Rio de Janeiro e está situada entre a Baía de Guanabara e a Serra da Misericórdia, abrangendo desde o bairro de Bonsucesso até o bairro de Jardim América, incluindo uma área continental e duas ilhas, a Ilha do Governador e a Ilha do Fundão (relatório de gestão da CAP 3.1, 2014).

A AP 3.1 ocupa 7% da área do município e é composta de seis Regiões Administrativas e possui 28 bairros (Figura 2), que totalizam, conforme o último Censo Demográfico do IBGE (2010), 886.551 habitantes (sendo 422.277 homens e 464.271 mulheres) e uma área de 85,4 km². Isto significa uma alta densidade demográfica de 10.386,46 habitantes/km². Segundo dados fornecidos pelo Instituto Pereira Passos (2004), alguns dos piores índices do IDH do município do Rio de Janeiro estão em bairros da AP 3.1: Manguinhos (0,726), Complexo da Maré (0,722), Complexo do Alemão (0,711). Encontramos também alguns dos bairros mais pobres da cidade (com renda per capita menor ou igual a R\$ 200) e um percentual grande de área ocupada por favela, chegando a 58,32% no Complexo do Alemão.

Figura 02: Mapa da AP 3.1 subdividida em Regiões Administrativas e Bairros



Fonte: SUBPAV/Assessoria de Geoprocessamento

Há áreas de alta vulnerabilidade social e dentre as dez maiores favelas da cidade em número de habitantes, quatro estão na AP 3.1: Complexos da Maré, do Alemão da Penha e de Vigário Geral e Parada de Lucas. O bairro de Manguinhos encontra-se na Região Administrativa de Ramos (X RA), junto com os bairros de Bonsucesso, Olaria e Ramos e o bairro do Complexo do Alemão está na XXIX RA.

Segundo informações socioeconômicas (Censo IBGE, 2010), um terço dos domicílios da área apresenta responsável com renda até um salário mínimo e uma taxa de analfabetismo em maiores de 15 anos maior do que a média municipal.

A AP 3.1 é marcada pela heterogeneidade entre os bairros e comunidades, alguns apresentando melhores condições de vida que outros, como o Jardim Guanabara na Ilha do Governador, mas todos convivendo com os problemas típicos das grandes metrópoles brasileiras, como a violência e a criminalidade, dificuldades e diferenças no acesso e consumo de serviços de saúde, superpopulação, pobreza, desigualdades sociais, grandes áreas com fragilidades urbanas (saneamento, transporte, precárias condições habitacionais, crescimento desorganizado, etc.), carência de áreas verdes e espaços culturais, esportivos e de lazer.

A rede de atenção primária à saúde da AP 3.1 possui 11 Clínicas da Família, e 18 Centros Municipais (CMS), vinte e uma destas unidades são do tipo A (apenas com equipes de SF), sete do tipo B, consideradas unidades mistas (com equipes ambulatoriais tradicionais) e apenas uma do tipo C (modelo tradicional).

Acompanhando a expansão da APS na cidade do Rio de Janeiro, um incremento progressivo de cobertura da ESF na AP 3.1 ocorreu nos últimos 5 anos. A área saltou de 4 equipes em 2000 para 143 em 2015 e a cobertura é de 54,6 % da população. A partir de 2010, as equipes de SF passaram a contar com o apoio de NASFs. A AP 3.1 possui 7 equipes de NASF.

O nível secundário de atenção à saúde é composto por duas policlínicas que oferecem atendimento médico especializado à população da CAP 3.1. A atenção hospitalar conta com cinco unidades de Pronto Atendimento (UPA), quatro hospitais gerais, dois infantis, um universitário e um instituto de infectologia.

A AP 3.1 possui ainda 2 CAPS II, um na Ilha do Governador (Ernesto Nazareth) e outro em Olaria (Fernando Diniz); 1 CAPS III, no Complexo do Alemão (João Ferreira); 1 CAPSi, em Ramos (Visconde de Sabugosa); 1 CAPS Álcool e Drogas em Bonsucesso (Miriam Makeba). Os atendimentos de emergência da população da AP 3.1 são realizados na Policlínica Rodolpho Rocco, situada no bairro de Del Castilho na AP 3.2.

O CAPSad Miriam Makeba foi inaugurado em abril de 2014. Para o acompanhamento hospitalar de pacientes com intercorrências clínicas ou outros quadros relacionados ao uso de álcool e outras drogas, o HM Evandro Freire, na AP 3.1, e o HM Ronaldo Gazola, na AP 3.2, disponibilizam leitos para atendimento.

Atualmente, o CAPS II Fernando Diniz, o CAPS II Ernesto Nazareth e o CAPSi Visconde de Sabugoza estão subordinados à SUBHUE através de convênio com o Instituto Municipal Nise da Silveira e o CAPSad Miriam Makeba mediante convênio com a OSS Viva Rio.

Mensalmente na AP 3.1 é realizado o Fórum Ampliado e Permanente de Saúde Mental, que se constitui como um espaço potente de educação permanente e tem como objetivo o fortalecimento da rede de atenção psicossocial e sua articulação com outros setores importantes para a organização das ações de saúde, incluindo, além da participação dos profissionais de saúde mental dos CAPS, NASF e dos ambulatórios, profissionais do saúde da família, o Fórum de saúde mental também conta com a participação de profissionais de diversas outras áreas como da Educação e do Desenvolvimento Social.

A AP 3.1 também é campo de práticas de ensino e aprendizado, contando com a presença de programas de residência médica em medicina de família e comunidade da Secretaria Municipal de saúde, da UFRJ e de ENSP/FIOCRUZ, residência multiprofissional em saúde da família (ENSP/FIOCRUZ e UFRJ) e programa “Acadêmicos Bolsistas” da SMS para estudantes da graduação

A maioria dos trabalhadores das unidades de APS possui contrato de trabalho regido pela CLT (Consolidação das Leis de Trabalho) e são contratados pelas OSS (Fiotec e Viva Rio), principalmente nas unidades tipo A. Os estatutários ainda trabalham nas unidades de tipo B e C, coexistindo em algumas unidades dois tipos de vínculo. Em relação aos estatutários, os vínculos são em sua grande maioria municipais e alguns federais, principalmente nas unidades vinculadas à FIOCRUZ e estaduais, eventualmente cedidos ao município. Na CAP predominam os profissionais com vínculo estatutário.

3.2.2 – O Microcenário – Clínica da Família Victor Valla, Clínica da Família Zilda Arns e Clínica da Família Rodrigo Roig e seus respectivos territórios de atuação

Para a investigação sobre diferentes modos de matriciamento junto às equipes de Saúde da Família foram analisados dois tipos de organização do apoio matricial em saúde mental desenvolvidas em serviços da AP 3.1. No primeiro tipo dois profissionais de Saúde Mental do

NASF Manguinhos, da AP 3.1, apoiam os profissionais da Clínica da família Victor Valla e no segundo tipo a equipe do CAPS III João Ferreira dá apoio ao trabalho desenvolvido nas Clínicas da Família Zilda Arns e Rodrigo Roig.

O NASF Manguinhos, criado em 2010 é composto por um psiquiatra, um pediatra, um psicólogo um fisioterapeuta e dois educadores físicos. A Clínica da Família Victor Valla foi inaugurada em 2010 e passou a integrar o conjunto de equipamentos de saúde que compreende o Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS) do bairro de Manguinhos. O TEIAS Manguinhos é uma iniciativa criada em parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), por meio de sua fundação de apoio – FIOTEC. O Teias Manguinhos é responsável pela gestão da atenção primária no território de Manguinhos, atingindo a cobertura de 100% de seus residentes através da adoção do modelo da Estratégia de Saúde da Família.

A Clínica da Família Victor Valla possui seis equipes de SF e três equipes de saúde bucal. Atendem as seguintes comunidades: conjunto Habitacional Provisório 2 (CHP2), Vila União, Ex-combatentes, DESUP, CONAB, Mandela de Pedra, Vila Arará, Samora Machel, Embratel, parte de Nelson Mandela. As outras comunidades de Manguinhos são atendidas por outras duas unidades de saúde, que também fazem parte do projeto TEIAS de Manguinhos. No território também tem uma equipe de consultório na Rua.

A unidade conta com alunos de graduação e pós-graduação inseridos no serviço. Recebe todos os anos residentes dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, do PRMFC da UFRJ/ENSP e dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ENSP, que desenvolvem suas ações na unidade durante os dois anos do curso.

O território de atuação da equipe está localizado em Manguinhos, na Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro e é composto por um conjunto de comunidades com características diversas que conjugam origens, trajetórias e perfis diferenciados. Manguinhos, diminutivo de mangue, dá nome ao bairro porque a região ficava em uma área alagadiça da cidade. A história da área é um resumo da história do país e das políticas habitacionais do Estado do Rio de Janeiro (FERNANDES E COSTA, 2013).

Ainda segundo os autores acima, o bairro começou a ser formado em 1886 com a chegada da ferrovia, na Rua Leopoldo Bulhões, e desenvolveu-se a partir da inauguração da Avenida Brasil, em 1946. A chegada da ferrovia, que atravessou os terrenos loteados e

ocupados por fazendas desde 1760, permitiu a facilidade de acesso e estimulou a instalação de instituições como o Instituto Soroterápico (1900), hoje Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), a ECT, EMBRATEL, CCPL, Refinaria de Manguinhos, Souza Cruz, entre outras. Os espaços no entorno das empresas e instituições, que vieram seguindo o trajeto da linha férrea e da AV. Brasil, foram sendo ocupados por moradias e durante certo período Manguinhos era caracterizado como um bairro industrial.

A ocupação da área formou um conjunto heterogêneo de habitações com características do que se descreve como favela, ou seja, conjunto de moradias sem legalização e fora dos padrões formais estabelecidos de moradia e com a oferta de serviços públicos ausentes ou precários. A região possui sérios problemas ambientais e sociais. Segundo Fernandes e Costa (2013, p. 119) “a história centenária dessa região reflete a disputa pelo espaço urbano e a complexidade do tema favelas, frente aos problemas historicamente vinculados a tal tipo de moradia, comunidade e localidade”.

A comunidade⁷ mais antiga do bairro surge no início do século XX. A partir dos anos 50, Manguinhos é marcado pelas políticas de remoção de outras áreas da cidade. Foram construídos barracões e casas populares do Centro de Habitação Provisório 2 (CHP2), do Parque João Goulart e da Vila Turismo. A partir da década de 1980, foram instalados no bairro conjuntos habitacionais, ao mesmo tempo em que ocorre um processo crescente de ocupação do espaço por moradias populares e sem planejamento do Estado. Na década de 1990 surgem os Conjuntos Habitacionais Nelson Mandela e Samora Machel e a comunidade Mandela de Pedra. Entre 2004 e 2007 são ocupadas as comunidades Vitória de Manguinhos ou CONAB e Nova Era ou Embratel.

A partir de 2008, o Plano de Aceleração do Crescimento (PAC) Manguinhos vem trazendo grandes transformações para o bairro através de obras de infraestrutura e da construção de novos equipamentos como o Colégio Estadual Compositor Luiz Carlos da Vila, o Centro Esportivo, a UPA (Unidade de Pronto Atendimento), a Biblioteca Parque, um Centro de Geração de Renda, um Centro de Referência da Juventude (CRJ) e a Casa da Mulher. A Clínica da Família Victor Valla e a UPA ocupam espaços físicos contíguos, o que facilita a referência de atendimento para a população.

⁷ A utilização do termo comunidade em substituição a favela é uma escolha que leva em consideração a denominação utilizada pelos profissionais que foram entrevistados.

No Complexo do Alemão encontramos as outras duas Clínicas da Família incluídas na pesquisa. As duas unidades estão localizadas na Avenida Itararé que atravessa o Complexo do Alemão, entre os morros do Adeus e do Alemão, e são matriciadas pelos profissionais que trabalham no CAPS III João Ferreira Silva Filho, localizado na mesma estrutura da CF Zilda Arns.

A Clínica da Família Rodrigo Yamawaki Aguilar Roig, que foi inaugurada em 2010, possui 4 equipes de SF (equipes Itararé, Alvorada Cruzeiro, Alvorada e Fenix). A Clínica da Família Zilda Arns, inaugurada em 2010, possui 12 equipes de SF e quatro equipes de saúde bucal que acompanham as famílias moradoras das seguintes comunidades: Dr, Noguchi, Adeus, Viúva, Nova Brasília, Reservatório, Capão, Novo Adeus, Alvorada II, Loteamento, Fazendinha e Palmeira. A Clínica Zilda Arns, O CAPS João Ferreira e a UPA funcionam lado a lado, na mesma estrutura física.

O CAPS III João Ferreira da Silva Filho, conhecido como CAPS Alemão, possui uma equipe multiprofissional composta por: médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, musicoterapeuta, enfermeiro, cuidador, técnico de enfermagem, artesão (CNES). O CAPS funciona durante 24 horas nos sete dias da semana, acolhendo a população adulta das áreas do Complexo do Alemão e Manguinhos. No CAPS são realizadas ações de acolhimento, matriciamento, desinstitucionalização, consultas individuais e/ou grupos, atendimento às emergências. Realizam também ações intersetoriais, atendimentos a familiares em grupo ou individual, assembleias de usuários e familiares, visitas domiciliares e institucionais, oficinas terapêuticas, projetos de geração de trabalho e renda e promovem projetos artísticos e culturais, entre outros. O Complexo do Alemão é um bairro formado por um conjunto de comunidades localizado na Serra da Misericórdia na Zona Norte da cidade. Na área onde encontramos o Complexo do Alemão, a Serra da Misericórdia é cortada por um vale, formando dois maciços montanhosos. Uma montanha é conhecida como “Morro do Alemão” e a outra “Alvorada”. Entre as duas montanhas encontramos um extenso vale conhecido como a “Grotá” (COUTO E IMANISHI, 2013). O complexo do Alemão tem por zonas fronteiriças os bairros de Ramos, Olaria, Higienópolis, Bonsucesso e Inhaúma.

As primeiras ocupações do território do Complexo do Alemão remontam aos anos 1920. Nesse período havia uma população rarefeita, formada por pequenos produtores rurais das fazendas existentes no local. Os moradores mais antigos do Complexo do Alemão relatam a paisagem rural, com nascentes, plantações e criação de animais. As primeiras moradias

urbanas surgiram através do loteamento na encosta do morro que deram origem a favela da Grota e do Morro do Alemão. O proprietário dessas terras foi um imigrante de origem polonesa que por sua aparência foi apelidado pelos moradores como “Alemão”. O terreno do “Alemão” foi aos poucos sendo loteado e vendido para quem procurava moradia barata na Zona Norte (COUTO E IMANISHI, 2013).

Em meados do século passado estimulados pela oferta de emprego nas indústrias que foram sendo implantadas na região (Fabrica da Coca Cola, Fábrica de tecidos Nova América, Klabim, etc.) chegavam a favela novos imigrantes e moradores. A abertura da Avenida Brasil, em 1946, acabou por transformar a região no principal polo industrial da cidade. A partir dos anos 1980, O número de habitantes foi crescendo de forma desordenada e surgiram nesse período várias favelas. Com o passar do tempo as fábricas foram fechando e a região começou a decair economicamente. Muitos moradores do Complexo do Alemão trabalhavam nessas fábricas e ainda moram por lá.

Atualmente, o Complexo do Alemão é marcado por uma representação simbólica relacionada à violência urbana e à miséria. Segundo Couto e Imanishi (2013), sobre o Complexo do alemão:

No que tange a representação simbólica desta área para a exterioridade dos demais habitantes da cidade do Rio de Janeiro, Brasil e quiçá mundo, sua significação como lugar próximo, distante ou estranho, está impregnada dos sentidos da miséria e da violência urbana. No imaginário social, o Complexo do Alemão costuma ser vinculado à criminalidade, à pobreza, à falta e a negação. Incômodo porque vizinho, distante, porque à margem, este lugar entrou na mira dos holofotes e ganhou uma visibilidade alegórica quando o Exército Nacional ocupou seu ‘território’ no ano de 2010, e lá permaneceu por cerca de dois anos, como etapa prévia ao estabelecimento das Unidades de Polícia Pacificadoras. (COUTO e IMANISHI, 2013, p.3)

A partir de 2010 o Complexo do Alemão passou a receber investimentos do PAC. Foram realizadas diversas obras de infraestrutura urbana (saneamento, iluminação e alargamento de ruas) e melhorias para a comunidade. Com as verbas do PAC foi construído também o sistema de teleféricos com cinco estações (Adeus, Baiana, Itararé, Fazendinha e Alemão).

No mesmo ano o complexo foi tomado pelas forças de pacificação, mas segundo a fala dos profissionais que trabalham no Complexo do Alemão, as pessoas ainda estão com medo e vivem oprimidas. A violência urbana não acabou com a entrada das Unidades de Polícia Pacificadora (UPP). O território do alemão dividido e loteado por facções do tráfico foi

unificado pelas forças de pacificação, mas a história de violência urbana dos últimos anos ainda vive presente na memória e no dia a dia dos moradores.

3.3 - PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram profissionais de saúde envolvidos no Apoio Matricial com algum tempo de experiência no desenvolvimento ou acompanhamento de ações de saúde mental na estratégia de SF. A inclusão e a escolha dos profissionais que participaram do estudo dependeu da disponibilidade dos mesmos durante o desenvolvimento da pesquisa de campo e levando em consideração a participação deles nas ações de matriciamento. Os profissionais que não participam de ações de matriciamento em saúde mental, ou que possuem pouca experiência com este tipo de trabalho, foram excluídos do estudo.

Antes do início das entrevistas, foi realizado contato prévio com a coordenação de área (CAP 3.1) e depois com os serviços e profissionais que foram entrevistados. Foi necessário também participar de algumas reuniões de equipe para convidar os profissionais e falar rapidamente sobre o projeto de pesquisa. Levando em conta a organização das ações na AP 3.1 e a disponibilidade dos profissionais, a coleta de material para estudo foi realizada com a utilização de entrevistas semiestruturadas agendadas previamente e em concordância com o gestor/coordenador do serviço nos seguintes locais e com os seguintes profissionais:

- Gestor da CAP - responsável pelo acompanhamento das ações na Estratégia de SF e nos NASF da AP 3.1;
- Profissionais do NASF Manguinhos responsáveis pelas ações de matriciamento em saúde mental na Clínica da Família Victor Valla;
- Profissionais do CAPS III João Ferreira que realizam ações de matriciamento junto às equipes de SF na Clínica da Família Zilda Arns e Clínica da Família Rodrigo Yamawaki Aguilar Roig;
- Profissionais das equipes de SF (CF Zilda Arns, CF Rodrigo Y. A. Roig e CF Victor Valla) que participam das ações de matriciamento em saúde mental junto às equipes do NASF Manguinhos e CAPS III João Ferreira;
- Gestores (gerentes) das unidades de SF pesquisadas.

A Tabela abaixo apresenta o perfil dos profissionais por categoria profissional de acordo com o tempo de formação acadêmica, tempo de experiência na Estratégia de SF e formação profissional.

Tabela 1 – Perfil dos participantes do estudo

Unidade	Categoria Profissional	Tempo de formação	Tempo na ESF ou matriciamento	Formação
CAPS III João Ferreira	Terapeuta Ocupacional	24	3	Pós-graduação
	Psicólogo	25	5	Pós-graduação
	Psiquiatra	7	6 meses	Pós-graduação
	Gestor	22	5	Pós-graduação
CF Victor Valla	Médico de referência	2	1	Graduação
	Gerente	9	8	Pós-graduação
CF Zilda Arns	Enfermeiro	5	5	Pós-graduação
	Médico de referência	22	6	Pós-graduação
	Médico de referência	5	2	Pós-graduação
	Gerente	9	5	Pós-graduação
CF Rodrigo Roig	ACS		5	Curso Técnico
	ACS		2	Curso Técnico
	Médico de referência	8	5	Pós-graduação
	Gerente	5	4	Pós-graduação
NASF Manguinhos	Psiquiatra	40	3	Pós-graduação
	Psicólogo	27	3	Pós-graduação
CAP	Gestor	29	18	Pós-graduação

No total foram entrevistados cinco gestores, entre eles os três gerentes das Clínicas da Família que participaram da pesquisa, um gestor do CAPS e um gestor da CAP 3.1. Os gestores possuem formação acadêmica na área de psicologia, musicoterapia, enfermagem e nutrição. Três gestores participaram do curso de Aperfeiçoamento AM em saúde mental oferecido pela SMS/RJ em parceria com a UERJ – curso Babel. Os cursos de pós-graduação que os gestores realizaram eram de gestão pública da saúde, especialização em saúde mental, atenção psicossocial entre outros. Também é importante assinalar em relação aos gestores que todos possuem formação em saúde da família e/ou experiência relevante na APS ou SM.

A maioria dos profissionais de SM entrevistados possuem mais de 24 anos de formação e uma vasta experiência na área de SM, passando por diversos dispositivos de assistência, como ambulatórios, hospitais psiquiátricos, clínicas de saúde mental, residências terapêuticas (RTs), CAPS, projetos de desinstitucionalização, supervisão de estágios de graduação e preceptoria de alunos de pós-graduação. Na área da gestão possuem variadas experiências de montagem e organização de novos serviços e coordenação/gestão de serviços de saúde mental. Todos possuem cursos de pós-graduação, alguns de mestrado/doutorado e outros de especialização na área de medicina social, psiquiatria, gestão pública, SM e atenção psicossocial, psicologia clínica e psicanálise e um profissional tem especialização em SF. Em relação à participação em cursos sobre o trabalho na APS, apenas uma profissional do NASF Manguinhos relata ter participado do Curso de Qualificação dos Profissionais do NASF em parceria com o Coletivo Paideia da UNICAMP em 2012, que contou com a participação de

profissionais que desenvolviam naquele momento ações de apoio matricial em Manguinhos. O curso era sobre apoio matricial na APS que teve a duração de um ano e ajudou na estruturação do trabalho do NASF Manguinhos. Outro profissional participou do Curso Babel sobre apoio matricial em saúde mental da UERJ. Os outros profissionais não participaram de nenhum curso ou qualificação formal sobre Atenção Primária à Saúde. Os profissionais de SM relatam que vem estudando e se qualificando nessa área de atuação através de leituras de textos sobre APS, fóruns de discussões e reuniões com outros profissionais.

Os profissionais do CF entrevistados foram: dois ACS, quatro médicos, uma enfermeira. Os ACS não possuem formação universitária, estão frequentando cursos técnicos na área da saúde e participaram de cursos sobre redução de danos e intervenções breves em álcool e drogas. Dos profissionais de nível superior apenas a médica psiquiatra tem qualificação na área de saúde mental. Quanto aos outros três médicos da área, o primeiro possui especialização em cirurgia geral, o segundo em ginecologia/obstetrícia e Medicina de Família e Comunidade e a última está realizando residência médica na própria clínica Victor Valla. O trabalho no SF requer uma disponibilidade muito grande e percebo que os profissionais que aceitaram a proposta de serem entrevistados estão envolvidos e motivados com o trabalho da SM na APS, identificando muitos desafios e com propostas para melhorar a assistência nessa área de atuação.

3.4 – ANÁLISE E SISTEMATIZAÇÃO E DOS DADOS

Para ordenar a apresentação dos dados foram criados os seguintes subgrupos: gestores, equipes que realizam ações compartilhadas de saúde mental através do CAPS (equipes CAPS + equipes de referência) e equipes que realizam ações compartilhadas de saúde mental através do NASF (equipes NASF + equipes de referência), levando consideração às propostas que surgem a partir do matriciamento realizado pelo CAPS e aquele realizado pelo NASF. Também foram organizados subgrupos de profissionais de SM e SF dependendo dos temas abordados nas categorias para melhor compreensão das questões apontadas de forma diferente por esses grupos, o que também pode criar um contraponto importante para refletir sobre o papel de cada equipe definido pelo seu lugar dentro da proposta de matriciamento (equipe de referência e de apoio matricial) e no desenvolvimento das atividades compartilhadas. Nas falas apresentadas no texto, os profissionais serão identificados em três grupos: profissional de SF, profissional de SM e gestor.

A classificação dos dados foi realizada através da leitura repetida dos textos (leitura flutuante), com o objetivo de apreensão de “estruturas de relevância” dos atores envolvidos na

pesquisa e agrupamento das ideias centrais dos entrevistados sobre os pontos levantados nas entrevistas. Nelas estão contidas as ideias centrais dos entrevistados sobre o tema, das quais foram construídas as categorias empíricas.

No momento seguinte, foi realizada uma leitura dos dados de cada subconjunto e do conjunto em sua totalidade, o que deu origem as áreas temáticas e possibilitou o reagrupamento em torno de categorias centrais que serão apresentadas e discutidas a seguir. A discussão dos dados coletados nas entrevistas não utilizou inferências estatísticas, mas os significados das falas e sua relação com o material teórico em um movimento incessante entre o empírico e a teoria, procurando levantar e discutir temas relevantes sobre a inserção das ações de saúde mental na Estratégia de SF e a organização e desenvolvimento das ações de matriciamento.

CAPÍTULO IV – O APOIO MATRICIAL NAS CLÍNICAS DA FAMÍLIA VICTOR VALLA, ZILDA ARNS E RODRIGO ROIG

Há aqueles que lutam um dia; e por isso são bons.

Há aqueles que lutam muitos dias; e por isso são muito bons.

Há aqueles que lutam anos; e são melhores ainda.

Porém há aqueles que lutam toda a vida; esses são os imprescindíveis.

(Bertold Brecht)

4.1 – CATEGORIA 1 - ORGANIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES DE MATRICIAMENTO

Neste item apresentaremos uma descrição geral sobre a organização das ações de matriciamento em SM na AP 3.1 e uma descrição mais detalhada das ações de SM em cada unidade pesquisada seguindo o relato dos profissionais entrevistados. Nesse sentido, trata-se de um recorte da realidade e não pretende dar conta de todas as ações desenvolvidas pelas equipes.

A categoria “Organização e desenvolvimento das ações de matriciamento” é composta por temas relacionados ao início e planejamento das ações; tipos de intervenções e ações compartilhadas e participação das equipes no processo de matriciamento.

4.1.1 – Organização das ações de matriciamento em saúde mental na AP 3.1

As ações de saúde mental na atenção primária tiveram início na fase de implantação da Estratégia de Saúde da Família na AP 3.1, em 2003. O município criou dez grupos de apoio técnico (GAT), um para cada AP, que contava com a participação de profissionais de diferentes categorias como médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, entre outros. Os profissionais do GAT realizavam ações de gerenciamento e implantação de unidades de SF e a seleção dos profissionais que eram, então, qualificados para atuarem nesse novo modelo de atenção à saúde. Esta qualificação incluía um curso introdutório sobre o modelo de SF, supervisão das equipes e ações de apoio técnico especializado como discussões de casos, interconsultas e oficinas com profissionais da SF nas áreas específicas de atuação (nutrição, saúde mental, assistência social, pediatria, ginecologia). Nesse período, antes da criação do NASF, o GAT da 3.1 organizou uma oficina

de capacitação em SM para os profissionais das equipes de SF que serviu de modelo para outros profissionais de SM que atuavam em outros GATs da cidade.

A AP 3.1 possui 11 NASFs que articulam seu trabalho em um Fórum mensal. Os espaços para a realização do apoio matricial podem ser formais, como reunião de equipe ou reuniões de matriciamento, ou informais, contatos telefônicos, e-mail, internet, whatsapp. As equipes que desenvolvem ações de apoio matricial possuem autonomia para planejar a aproximação das equipes matriciadas e pactuar as atividades compartilhadas. Ao chegarem à unidade, *“as equipes se apresentam na reunião de equipe, falam sobre o trabalho e organizam a agenda de atividades, fazendo pactuações: como será o acesso ao NASF, como serão as trocas.”* (gestor). O processo de trabalho de matriciamento em SM é realizado através da organização de agendas de trabalho pactuadas com as equipes de SF. Os profissionais de SM organizam discussões de casos, consultas conjuntas, visitas domiciliares, grupos, de forma compartilhada e quando necessário também abordam os casos individualmente.

O apoio matricial é definido pelos profissionais do CAPS e gestores como: suporte, apoio, sustentação, como trabalho que está sendo construído, forma de trabalhar junto, compartilhar, complementar, trabalho em parceria, de troca, compartilhamento de cuidados, ferramenta de auxílio.

“É um profissional capacitado que consegue, através dos seus conhecimentos, abrir um diálogo de forma que prepare a equipe para poder lidar com determinadas questões e que a equipe venha ter a condição de avaliar até que ponto ela pode agir. Saber até onde ele vai atuar aqui e saber pedir o apoio quando necessário para dar continuidade para o atendimento.” (Gestor)

Para os profissionais das CF: uma ferramenta de auxílio que serve para ajudar na conduta, suporte na avaliação dos casos, apoio.

“Eu aprendi e eu sempre espero que seja apoio. Não é alguém para quem eu possa encaminhar, mas é alguém para quem eu possa encaminhar as minhas questões, as minhas angustias, os meus medos, os meus erros. Alguém que eu acredite que tenha um pouco mais de experiência, e eu posso levar os meus casos e como a nossa equipe vai poder trabalhar aquilo. E se for possível, fazer consultas juntos, fazer visitas, alguém que vai poder me dar uma luz no atendimento.” (profissional de SF)

Para os médicos de SF entrevistados o apoio pode ser definido como: ajudar na conduta, suporte na avaliação dos casos, acompanhamento da parte psicológica, integração de serviços.

“Lidar e ajudar no diagnóstico dos casos, principalmente entender o que é uma tristeza ou uma depressão. Eu aprendi muito a partir do matriciamento.” (profissional de SF)

“Um suporte para lidar com os casos, mas principalmente integração de serviços.” (profissional de SF)

Também se mostrou fundamental para o desenvolvimento das ações de matriciamento o apoio para a equipe nos momentos de dificuldade e as vezes de tensão sofrimento dos trabalhadores por conta das condições de trabalho. É preciso escutar e dar apoio também para os problemas e questões da equipe para que o trabalho avance.

“A questão do matriciamento sempre ajuda, houve um momento nessa equipe que o matriciamento precisou ser o matriciamento dos funcionários da equipe. O matriciador precisou entender o que estava acontecendo aqui dentro para tentar neutralizar, para depois fazer um trabalho com os casos”. (profissional de SF)

4.1.2 - Organização das ações de matriciamento em saúde mental na Clínica da Família Victor Valla

O NASF foi estruturado em 2012, através das discussões realizadas durante um curso oferecido pela UNICAMP sobre apoio matricial:

“Foi quando a gente começou a estruturar o trabalho do NASF com as outras especialidades. Para a saúde mental foi um pouquinho mais fácil você saber fazer um trabalho desse, porque é muito parecido com a lógica de trabalho da saúde mental. O matriciamento já se fazia no CAPS. Não tinha como atender em saúde mental se você não atender a família, não saber qual o lugar que ele vem, quais as redes dele de cuidado. Na saúde mental já se pensava assim.” (profissional de SM)

Na CF Victor Valla todos os médicos são residentes de um dos programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (SMS/Rio de Janeiro ou UFRJ/ENSP). Por isso, o trabalho do NASF com as equipes praticamente é reiniciado todos os anos a partir da chegada das novas turmas de residentes. Nesse momento inicial, os profissionais do NASF apresentam aos residentes o trabalho que desenvolvem na unidade e a organização das ações de matriciamento. As equipes também contam com a participação de residentes do Programa de Residência Multiprofissional da ENSP que acompanham casos em conjunto com as equipes de SF. Essa dinâmica de funcionamento da unidade é interessante, por um lado, pois o trabalho de formação com os residentes é fundamental para a formação de novos médicos comprometidos com o atendimento integral em saúde, mas causa interrupções no acompanhamento das famílias deixando a população desorientada, segundo relato de outro profissional do NASF.

O NASF não tem um espaço próprio para seu funcionamento e os profissionais desenvolvem suas atividades no espaço físico da CF e no território de atuação das equipes de referência, atuando a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes.

“Atuar no NASF com outras especialidades e estar diretamente ligada à saúde da família faz uma diferença. Como estou na APS aquele paciente é nosso, é meu e daquela equipe, a gente pode tomar atitudes em relação a situação, ir numa visita,

ajudar, ampliar o cuidado, porque a gente está muito mais próximo, porque a gente está na APS, isso faz uma grande diferença. O apoio à equipe não é somente relacionado à minha especialidade, eu ofereço apoio aquela equipe, não só pela doença daquela pessoa. Isso faz uma grande diferença.” (profissional de SM)

O NASF Manguinhos focaliza suas ações de matriciamento nos médicos residentes, realizando atividades regulares de consulta conjunta, interconsulta, visitas domiciliares conjuntas, discussão de casos, grupos e consultas individuais. Em geral não participam das reuniões de equipe para discutir casos e isso só acontece quando a equipe encontra dificuldade no encaminhamento do caso.

O médico psiquiatra disponibiliza um turno de atendimento individual e três turnos de matriciamento onde realiza interconsulta, consulta conjunta e discussão de casos com os médicos.

O psicólogo organiza a sua agenda da seguinte forma: dois turnos de atendimento individual, um turno semanal de consulta conjunta e horários para a realização de grupos e outras atividades internas e externas, como visitas domiciliares conjuntas e reuniões com a CAP e outros serviços.

Existem dúvidas sobre a possibilidade de atendimento individual específico por profissional do NASF. As necessidades do território, a organização da rede de atenção (problemas de integração) e oferta insuficiente de atendimentos e possibilidades de encaminhar os casos para a rede especializada, quando necessário, aumentam a frequência de atendimentos individuais específicos do profissional do NASF e comprometem o tempo destinado as ações de matriciamento na unidade de SF.

Os três profissionais entrevistados e o gestor da CF Victor Valla relataram que existe uma grande demanda das equipes de SF para atendimentos em saúde mental no território. Também apontam que há dificuldade na integração dos serviços decorrente do número reduzido de profissionais de saúde mental na rede e da falta de comunicação com eles, dificultando o encaminhamento de usuários para o CAPS e ambulatório de saúde mental.

A integração com a rede e o reduzido número de serviços e de profissionais de saúde mental é um problema para os profissionais do NASF e para o território, pois a demanda de atendimento para os casos graves de saúde mental é muito grande, necessitando muitas vezes de acompanhamento especializado ambulatorial ou no CAPS. O atendimento individual da maioria desses casos de saúde mental é realizado pelos profissionais do NASF.

A CF Victor Valla possui um sistema de agendamento eletrônico, elaborado pela FIOCRUZ, e as interconsultas para os profissionais do NASF podem ser agendadas pelos médicos e enfermeiros das equipes de SF. Os profissionais também podem acionar o apoio do NASF através de e-mail ou WhatsApp quando não conseguem agendar consultas através do sistema de marcação ou em situações de emergência. Desta forma, garantem o contato em situações imprevistas como recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

As ações de matriciamento (discussão de caso, interconsulta e visita domiciliar) são realizadas prioritariamente com os médicos ou com a enfermagem quando é encontrada alguma dificuldade para agendar com o médico de referência da equipe. Os pacientes são agendados, em um primeiro momento, para o médico da equipe de SF, que atende sozinho no consultório e quando encontra alguma dificuldade ele aciona o apoio matricial. Dependendo da situação e após a discussão do caso os pacientes seguem em acompanhamento somente com o médico de referência ou em acompanhado também pelo matriciador de SM. O contato direto do ACS com o matriciador não está pactuado. Os profissionais do NASF acionam os agentes de saúde quando é necessário e relatam que eles são muito importantes como parceiros. Quando o ACS identifica os casos na comunidade ele apresenta o problema para o médico de referência ou na reunião de equipe. A psicóloga também atende com o psiquiatra quando necessário e as consultas conjuntas podem acontecer com a participação dos dois profissionais de SM do NASF.

“Os ACS conseguem identificar, “esse paciente é esquisito, tem um jeito meio de maluco e não sei o que. Vamos fazer uma visita comigo? Ele não vem aqui”, mas ele diretamente com a SM mental não tem ligação nenhuma, é sempre pela gente. A gente faz uma avaliação e depois conversa com o psicólogo ou psiquiatra. A enfermeira também passa os casos, mas sempre passando pelo médico primeiro.”
(profissional de SF)

A não participação de todos os profissionais de equipe de SF gera algumas dificuldades para o matriciamento. Os profissionais que não participam regularmente das ações de matriciamento encaminham diretamente para os profissionais de saúde mental e não conseguem entender a dinâmica da proposta de trabalho compartilhado, pois o contato direto e os espaços de integração com os profissionais de saúde mental não estão pactuados. O trabalho com os enfermeiros é muito pouco e os ACS participam de forma bastante irregular de algumas ações pontuais como visitas domiciliares.

A reunião do NASF Manguinhos ocorre de 15 em 15 dias e nesse espaço são discutidos o processo de trabalho do NASF e a organização das ações de matriciamento na unidade. Os profissionais participam também de outras reuniões externas como o Fórum de

Saúde Mental, o Fórum NASF, com outros NASFs da área e as reuniões de supervisão do território.

Realizam visitas domiciliares conjuntas e visitas hospitalares, quando os pacientes acompanhados estão internados nos hospitais gerais, por intercorrências clínicas, ou hospitais psiquiátricos e nesses casos o médico de referência da equipe também participa da visita junto com o profissional de SM. As visitas domiciliares, acontecem sempre com a presença do médico ou da enfermagem e procuram estreitar o vínculo com a família, conhecer o território ou a situação de moradia das pessoas ou quando o paciente não pode comparecer na unidade por algum problema.

Os profissionais do NASF estão envolvidos em atividades conjuntas com a equipe de referência, realizando além das visitas e consultas conjuntas, outras atividades com a participação de outros profissionais do NASF e equipes de SF.

“Eu faço grupo com a médica pediatra do NASF, com a fisioterapeuta e com a educadora física. A gente faz um grupo de crianças com a participação dos pais. Temos também a participação dos profissionais da equipe mínima.” (profissional de SM)

A CF realiza grupos de tabagismo, saúde materna, entre outros, que contam com a participação de todos profissionais do NASF. A participação dos profissionais de saúde mental na organização e coordenação conjunta dos grupos na APS, qualificam os profissionais da APS para o manejo dos aspectos subjetivos, potencializando o papel educativo e terapêutico dos grupos.

Além dos outros grupos realizados na APS, na CF Victor Valla também acontece um grupo de crianças com a participação dos pais, que foi organizado pela psicóloga e conta com a colaboração de outros profissionais do NASF e das equipes de SF. Esse grupo tem como objetivo o acompanhamento de crianças encaminhadas pelas escolas que chegam na unidade com diagnósticos de transtornos de aprendizagem e déficit de atenção. As escolas também serão incluídas nas atividades e ações do grupo em um momento posterior.

Segundo relato de um dos profissionais do NASF também foi muito importante, para a construção e desenvolvimento do trabalho de matriciamento, a participação no processo de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ). Os processos avaliativos, que precisam estar incluídos na rotina das equipes, devem ser construídos não apenas pela identificação de problemas, mas também pela realização de intervenções no sentido de superá-los (BRASIL, 2012b). A equipe do NASF utilizou a

autoavaliação para a melhoria do seu processo de trabalho. Muitas coisas eles descobriram que não faziam e começaram a fazer a partir da autoavaliação. Foi também elaborada uma planilha para acompanhamento dos casos e dos desdobramentos consecutivos e um modelo de Projeto Terapêutico Singular (PTS), entre outras ações.

“Antes a gente se perdia. Hoje, a gente faz uma planilha com todos os pacientes, equipe, idade, se toma medicação, o que foi feito com ele. Uma forma de monitorar o que foi feito naquele mês e o número de procedimentos. Também anotamos tudo no prontuário.” (profissional SM)

O processo de matriciamento em saúde mental na CF Victor Valla apresenta importantes aspectos estruturantes do trabalho de um NASF, como as agendas pactuadas, a organização e desenvolvimento regular de atividades compartilhadas, o planejamento e avaliação das ações, a proximidade com as equipes, a regularidades das atividades conjuntas e ações pedagógicas potentes que tem promovido uma qualificação e formação de qualidade para os médicos residentes. Os profissionais atendem em conjunto com os médicos de forma regular e com horários definidos para esse tipo de ação de matriciamento.

“Estudo evidencia que consultas compartilhadas entre generalista e especialista com a presença do paciente produzem conhecimento, compartilhamento de competências entre parceiros de serviços e tratamento coordenado para o paciente. Outros benefícios do contato incluem a melhoria da comunicação, a criação de atitudes positivas e a redução da probabilidade de mal-entendidos e desacordos”. (FREDHEIM et al., 2011, apud HIRDES, 2015, p. 374)

O apoio matricial apresenta duas dimensões de suporte: assistencial e técnico-pedagógico. A dimensão assistencial produz ação clínica direta com os usuários e a ação técnico-pedagógica produz ação de apoio educativo com e para as equipes. As duas dimensões do apoio matricial estão contempladas e são valorizadas pela equipe do NASF Manguinhos, através da organização de ações compartilhadas e discussões de caso. No entanto, as ações e a integração com a rede ainda apresentam muitos problemas, como também a integração de todos os membros da equipe no trabalho de matriciamento, o que poderia gerar novas propostas de trabalho e intervenções no território, principalmente através da inclusão dos ACS nas ações de matriciamento, levando em consideração as duas dimensões do apoio matricial.

4.1.3 - Organização das ações de matriciamento em saúde mental na Clínica da Família Zilda Arns e Clínica da Família Rodrigo Roig

As ações de matriciamento nas duas CF do território do Complexo do Alemão são realizadas pelo CAPS III João Ferreira

O matriciamento realizado pelo CAPS III João Ferreira teve início quando as 2 unidades de saúde da família e o CAPS foram inaugurados em 2010. O CAPS foi convocado ao trabalho de matriciamento.

Foi um desafio implantar um CAPS III como um novo serviço de atenção psicossocial da cidade, iniciando, ao mesmo tempo, a atividade de matriciamento. Havia pouca clareza sobre o assunto e sobre essa prática: o que é o matriciamento? Essa era uma pergunta comum aos profissionais do CAPS e da Estratégia de SF. (SMS/COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL, 2012, p. 44)

Logo no início da implantação dos serviços, o CAPS apresentou sua proposta de trabalho para as equipes de SF e os casos começaram a ser discutidos de acordo com a necessidade e sem uma agenda pactuada de trabalho compartilhado. Nesse período inicial, as equipes de SF e do CAPS foram conhecendo melhor as propostas de trabalho de cada serviço e as ações de apoio matricial foram sendo organizadas através de discussões realizadas, principalmente, no fórum de saúde mental da área e nas reuniões de equipe no CAPS.

“A gente foi aprendendo junto que não era para chegar no SF e ensinar, mas dividir o cuidado do paciente com a equipe. Você participa de um encontro na SF onde aparecem casos e esses casos podem ser discutidos na SM. Quais são estes casos? São pacientes que não estão muito bem em casa, não saem de casa. Surtaram? Qual o tipo de surto? Então, deve-se dialogar com o SF e fazer visitas domiciliares em conjunto. É um trabalho muito de formiguinha. E através desse caso que estamos vendo em conjunto, avaliando junto, trazendo o paciente para o SF e para o CAPS.” (gestor)

Os profissionais do CAPS também precisaram buscar informações e ler textos sobre apoio matricial, pois não realizaram nenhum curso ou qualificação formal sobre o assunto antes de iniciar o trabalho de matriciamento. O apoio matricial foi tema de muitas reuniões no CAPS e também discutido com os profissionais do SF.

No período inicial das atividades compartilhadas, o contato com as equipes de saúde mental era irregular e muitos casos eram encaminhados diretamente para o CAPS.

“Como era tudo novo, demorou até a gente se encaixar e se entender. No começo, a gente entendia que quando a pessoa tinha necessidade de cuidado em saúde mental deveria ser encaminhada para o CAPS. Só que não é bem assim, a gente acolhe a informação, discute na reunião e através da orientação do profissional de saúde mental decidimos se é ou não para encaminhar para lá, ou se fica aqui, ou se é para encaminhar para outro lugar. A gente encaminhava direto pelo desespero do profissional de querer ajudar”. (profissional de SF)

Por outro lado, os profissionais do CAPS deviam fazer valer a nova lógica do trabalho.

“A gente chegava e falava que ia acompanhar junto, esse cara está estável, o caso não é para o CAPS e não tem necessidade de encaminhar para o ambulatório. Esta é a lógica do serviço agora, vai ter um matriciador médico e tal. Isso foi uma loucura para eles, foi muito louco, complicado entender isso”. (profissional de SM)

No início foi difícil, mas com o tempo as equipes foram estreitando seus vínculos de trabalho e conhecendo melhor as propostas de cada serviço. Os encontros permitiram um maior entrosamento e a construção de parcerias de cuidado e de uma agenda de ações em comum. Mas antes de tudo foi fundamental conhecer melhor as formas de trabalhar de cada um e trocar saberes e experiências.

Muitas vezes, os encontros de matriciamento começavam com conversas sobre saúde mental: ouvir as equipes, saber de sua compreensão sobre a saúde mental, de suas dúvidas e preconceitos, nos permitindo abordar alguns temas como vínculo, acolhimento, escuta clínica, diagnóstico, trabalho em grupo e equipe multidisciplinar. Em vários encontros, acolhemos também as questões específicas das equipes da ESF. Escutamos e aprendemos sobre ‘como é ser agente comunitário de saúde’: suas dificuldades, algumas histórias pessoais, as cobranças das gerências das unidades e da população, seus medos em lidar com pacientes com transtorno mental e suas inseguranças em falar sobre o tráfico e sobre usuários de drogas no Complexo do Alemão. (SMS/Coordenação de Saúde Mental, 2012)

A parceria do CAPS com a Estratégia de SF foi fundamental também para a realização do trabalho no território, principalmente pela contribuição dos ACS que são conhecidos na comunidade e conhecem muito bem a área onde atuam.

Hoje, são realizados encontros regulares, principalmente através da participação dos profissionais do CAPS nas reuniões de equipe. Os profissionais do CAPS que participam do matriciamento dividem-se no acompanhamento das equipes da CF Zilda Arns e CF Rodrigo Roig.

“A matriciadora já está comigo há dois anos. Antes não funcionava bem porque a gente não tinha esse contato, era mais distante. Acho que ela comprou a nossa causa. Antes havia um matriciador mas funcionava diferente: eu encaminhava o caso e, hoje a gente atende junto. Ficou bem legal” (profissional de SF)

Os profissionais do CAPS, participam, principalmente, das reuniões de equipes, nas quais são elaborados os projetos terapêuticos compartilhados. Em algumas situações também realizam visitas domiciliares e consultas conjuntas. De um modo geral, as ações de matriciamento estão organizadas da seguinte forma: a equipe de SF identifica os casos que devem ser levados para a reunião de equipe para matriciamento de SM.

“A gente vai colhendo informações sobre o caso e vai separando as situações. Na reunião de equipe a gente discute a situação de cada um e se precisar de interconsulta ou visita domiciliar, o matriciador vai. Quando é uma urgência eu telefono”. (profissional de SF)

Além das atividades compartilhadas, alguns grupos organizados nas unidades de SF são utilizados como recursos possíveis dentro das propostas terapêuticas definidas através do apoio matricial. São eles: os dois grupos de dança, um de meditação e o grupo de memória. A fonoaudióloga também desenvolve atividades lúdicas com as crianças e na CF Zilda Arns está instalada uma unidade da Academia Carioca que também desenvolve algumas atividades com os pacientes.

Segundo um médico da CF os grupos educativos (gestante, hipertensos, diabéticos), realizados na unidade acabam abordando questões ligadas à saúde mental.

“Eu faço grupo de hipertensos, que eu nem gosto desse rótulo. É um grupo de saúde, independente da condição que a pessoa tenha. (...) não tem como não abordar, por exemplo, a questão de saber como eles estão, como está sendo o dia e tal. A gente acaba abordando questões de saúde mental.” (profissional de SF)

O CAPS também participa de um grupo de suporte para os profissionais do SF que conta com a participação de todos os matriciadores. O grupo que começou esse ano, tem como objetivo a questão do “cuidar do cuidador” e o tema do primeiro encontro foi a violência.

Os profissionais do SF também destacam o resultado de uma oficina organizada pelo CAPS sobre temas ligados à saúde mental, que deveria ser incluída como atividade de rotina do apoio matricial.

“Quando teve a oficina foi ótimo, nossa! A equipe pode falar e tirar os tabus, conversar abertamente sobre saúde mental. Eles mesmos trazerem seus problemas, foi muito bom! Mas depois isso esfriou. Vieram outras demandas sem ser da saúde mental em termos de cobrança, produção, de preenchimento disso e preenchimento daquilo e aí os profissionais passaram a não visitar mais aquelas pessoas com quem tinham feito bom vínculo.” (profissional de SF)

Os psiquiatras do CAPS matriciam as clínicas de saúde da família discutindo casos na reunião de equipe ou diretamente com o médico. Contudo, as principais referências para ações de matriciamento são os outros profissionais de nível superior do CAPS. Um dos gestores apresentou uma situação que vem promovendo um melhor intercâmbio entre os profissionais da equipe de SF e o psiquiatra do CAPS:

“O psiquiatra tem feito uma coisa bastante interessante agora. A médica pediu uma avaliação do caso no CAPS e ele disse: - faz o seguinte, vou fazer o contrário, marca um dia para poder atender junto com você aí na unidade. O processo assim ficou bem legal”. (gestor)

Os profissionais de SF identificam “jeitos” e “estilos” diferentes de trabalho dos profissionais de saúde mental. Alguns profissionais do CAPS são mais próximos e tem maior disponibilidade. Podemos perceber que existe uma demanda de “proximidade” que talvez

possa ser substituída pela palavra vínculo. A vinculação da equipe de SF com o matriciador algumas vezes não funciona bem por diversos motivos, como incompatibilidade de agendas, percepções diferentes sobre o trabalho ou tempo destinado para as ações de matriciamento.

“São vários matriciadores, um para cada equipe e acaba que cada equipe funciona de um jeito” (profissional de SF)

“Temos 12 equipes e 6 matriciadores. Temos matriciadores que se destacam, a gente encontra com eles aqui em baixo. Ele está presente na discussão dos casos, acho que a diferença está na presença e na proposta de trabalho junto às equipes”

A CF Zilda Arns e o CAPS funcionam na mesma estrutura física, facilitando o acionamento da equipe de apoio matricial em situações emergenciais. Também facilita o acompanhamento conjunto dos casos, pois o trabalho cotidiano é realizado no mesmo local.

O entrosamento interno da equipe de saúde da família também é um fator importante para o desenvolvimento das atividades de matriciamento. Equipes que trabalham juntas há algum tempo e que conhecem o território, possuem mais facilidade no acompanhamento dos problemas de saúde, pois conhecem a comunidade e suas histórias.

“A nossa equipe está junta há cinco anos. Isso faz muita diferença, podemos perceber nas outras equipes que mudam o tempo todo. É importante o médico da família, o enfermeiro, a equipe de saúde, terem tempo de casa, porque facilita o conhecimento da área, da casa das pessoas, como eles vivem, qual o seu sustento. Fazemos o pré-natal, acompanhamos o desenvolvimento das crianças, acompanhamos a avó” (profissional de SF)

As ações de matriciamento do CAPS contam com a participação de toda a equipe de saúde família. Os profissionais do CAPS relatam a potência do trabalho do ACS, seu papel de intermediador e gerador de possibilidades de intervenção para casos graves de SM.

“Eu tenho vários casos assim, chegaram até o matriciamento e as ações seguintes a essas discussões iniciais foram possíveis por causa de uma parceria com os ACS, não porque os médicos e enfermeiros não tiveram empenho ou não se comprometeram, nada disso, mas o ACS funciona como intermediador, alguém que apresenta o caso, o ACS abre as portas”. (profissional de SM)

Os ACS têm um papel fundamental na identificação dos problemas e no acompanhamento dos casos, sendo um elo entre a equipe e a comunidade onde vive. É o que se denota nas falas de um ACS

“Conheci um rapaz que só saía de casa com a mãe. Eu informei a família sobre a existência do CAPS e trouxe o rapaz para o tratamento. Hoje, ele anda sozinho e a mãe dele nos agradece muito. O caso dele teve uma resolução rápida, a mãe conseguiu levar logo para o CAPS e começou a medicação. Quando ele se desentende com alguém lá, me procura. Já tem a quem procurar em momentos de necessidade” (profissional de SF)

Em outro caso as visitas domiciliares do ACS e da equipe funcionaram como tentativas de estabelecimento do vínculo com a equipe de SF

“Ele era esquizofrênico, eu tinha um vínculo muito bom com ele. Durante muito tempo eu sempre batia e não achava ninguém em casa, achava que não tinha ninguém mesmo e larguei de mão essa casa. Ele ficava dentro de casa e não atendia ou estava pelos bares bebendo. Tempos depois a família procurou a Unidade para solicitar atendimento para o paciente e passamos a fazer visitas domiciliares regulares. Eu ficava conversando com ele, tentava algumas ações com o CAPS, mas não conseguia continuar. Fizemos visitas com os matriciadores e com a médica da SF, mas ele não aderiu ao tratamento. Ele teve algumas internações psiquiátricas e depois de um tempo piorou muito, foi internado e faleceu..” (profissional de SF)

Segundo Nunes et al. (2002) o ACS é o “ator mais intrigante” da equipe do SF. O papel desse profissional é talvez o mais difícil pois, por um lado, informam à população o saber médico oficial e, por outro, traduzem para a equipe de saúde a dinâmica da comunidade. O fato de transitar na unidade e na comunidade onde mora contribui com um “outro olhar”, complementando o saber sobre os problemas de saúde e as possíveis propostas de intervenção.

Alguns médicos apresentam resistências em relação ao acompanhamento dos casos de SM na unidade e não participam rotineiramente das ações de matriciamento. Segundo relato de um gestor isso se deve ao fato da grande rotatividade desse profissional e a falta de experiência ou interesse em relação aos problemas de SM.

“Existe uma certa resistência dos médicos para medicar e participar do matriciamento. Isso, assim, pelo relato dos matriciadores e pela experiência que a gente tem. Acho que é falta de conhecimento. A rotatividade da equipe de SF é grande. Tem um trabalho de sempre começar de novo.” (gestor)

A grande rotatividade de profissionais nas equipes prejudica a continuidade do trabalho e também do matriciamento, o que pode ser percebido pela fala de um profissional da SF “*toda hora muda, tanto no CAPS e aqui, e isso prejudica muito*”. Outra questão apontada sobre interrupções na continuidade do trabalho, diz respeito a mudanças na rotina de trabalho das equipes de SF.

“Ao longo desses 5 anos de trabalho a maior dificuldade é manter a presença do matriciador na reunião de equipe, devido a frequentes mudanças de horário da reunião e não tem como ficar trocando de matriciador toda hora, porque tem gente que está matriciando há muito tempo, desde o início, e já tem um vínculo bacana. Então, a gente vai se ajustando com o trabalho para não se perder”. (gestor)

Apesar de muitas experiências positivas de organização das ações de matriciamento entre o CAPS e as equipes, com a participação de todos os profissionais da equipe de SF, todos (SF, CAPS e gestores) apontam para o fato negativo da irregularidade e interrupções no processo de trabalho que prejudicam a continuidade das ações compartilhadas.

Devido ao acúmulo de atividades do CAPS os profissionais têm dificuldades em desenvolver ações de matriciamento fato apontado pelas equipes de SF.

“É difícil porque o matriciador está atrelado a outro serviço que é intenso e atrapalha o profissional em estar disponível para gente e a agenda deles é muito pequenininha para estar com a gente. Então para mim isso é um problema tão grande quanto o bem que eles fazem quando estão presentes”.

“O maior desafio é dar conta de todos os casos porque eles são uma equipe pequena para dar conta de todo o Alemão. O desafio é esse dar conta de tudo. Porque não é só matriciar, também tem o trabalho dentro do CAPS que tem que ser feito, acho que isso é um pouquinho complicado pra eles.” (profissional de SF)

Na organização das ações de matriciamento junto às equipes de saúde da família, os profissionais do CAPS, apesar de identificarem inúmeros outros problemas, acabam investindo prioritariamente no atendimento dos casos mais graves.

“Dá uma enorme frustração em razão do tempo que você tem para investir. Você acaba priorizando algumas ações que os desdobramentos podem ser mais graves se não tiver assistência. Eu vejo a necessidade de um serviço como o NASF para fazer isso. Muito complicado mesmo. Numa área como o Alemão não dá pra ser diferente.” (profissional SM)

Outra questão apontada, que interfere no processo de trabalho das equipes de SF e no desenvolvimento de ações de matriciamento é a sobrecarga de trabalho devida à necessidade de realizar um grande número de procedimentos tais como consultas e tarefas burocráticas. O desenvolvimento de projetos e ações de promoção da saúde e prevenção perdem espaço para as ações curativas e pontuais.

“O que acontece é que temos pouco espaço para o matriciamento. Vários fatores atravessam, a sobrecarga de trabalho deles (SF), as várias discussões que eles tem que ter, preenchimento de fichas, de dados, etc” (profissional de SM)

Os profissionais relatam a falta de tempo, a sobrecarga de trabalho e o número muito grande de pessoas acompanhadas pela equipe que inviabiliza a realização de um atendimento mais qualificado para essas questões relacionadas ao sofrimento psíquico/saúde mental.

O problema maior é que não estamos tendo tempo para escutar e isso que a gente precisa cada vez mais colocar em nossas discussões. Isso gera exames, encaminhamentos. Tem gente que vem medir pressão todos os dias, se possível duas vezes ao dia. O que eu estou querendo com isso? Conversar, querendo atenção. Se isso começa a ficar muito evidente, nós temos que parar pra pensar. (Gestor)

A atividade mais rotineira das equipes de matriciamento é a discussão de casos nas reuniões de equipe de SF. As visitas e consultas conjuntas, acontecem de forma menos regular e de acordo com as propostas terapêuticas discutidas nas reuniões. O que mais se destaca na fala dos profissionais é a necessidade de ampliação das ações de matriciamento, pois todos afirmam que essas ações, quando realizadas de forma regular, oferecem um espaço potente de construção de propostas de trabalho e de intervenções sobre os problemas de saúde mental, mas, que pelo tempo reduzido, o foco das ações de matriciamento tem sido os casos graves e outras situações urgentes.

As equipes de SF também atendem usuários com problemas menos graves e apontam a necessidade de ampliação atividades compartilhadas para atender a essa demanda de cuidados. O matriciador poderia planejar e acompanhar o atendimento de pacientes em grupo junto com as equipes de SF. A realização conjunta de grupos permite que a equipe de SF tenha a oportunidade de aprender em ato como se coordena um grupo e como manejar adequadamente os processos grupais. Os grupos foram apontados pelos profissionais de saúde da família e NASF como recursos potentes para lidar com as questões mais comuns, mas que causam muito sofrimento psíquico

“Eu fui numa atividade lá (CAPS) de musicoterapia, se pudesse ter aqui ia adiantar... porque tem uns casos de depressão na minha área que não são tão pesados e se trouxesse pra cá e tirasse uma horinha de atividade de saúde, de musicoterapia, podia adiantar muito pra eles, porque eles conversam, se aliviam, ficam mais tranquilos”. (profissional de SF)

As equipes poderiam fazer grupos de escuta, as pessoas precisam falar de suas questões, precisam falar da violência diária. Muitos sintomas ansiosos já caracterizam como depressão, vem pra cá querendo consulta na psiquiatria, uma guia. E a gente vê que não é depressão, não estou dormindo e tal. Essas questões emocionais seriam de ajustamento devido a situações de vida, poderiam ser muito bem abordadas na APS, contanto que houvesse uma rede de suporte. Também na verdade a gente faz poucos grupos, de escuta, grupos de apoio. (médica SF)

Também ficou evidente, na fala dos profissionais, que o encaminhamento desresponsabilizado para o CAPS vem diminuindo com o tempo, mas ainda vem acontecendo principalmente quando o vínculo entre matriciador e equipe é falho em alguns aspectos ou ainda está em construção. As discussões de caso, a consulta conjunta e a VD, a partir do apoio matricial, auxiliam os profissionais da SF na condução dos casos evitando muitos encaminhamentos e criando possibilidades de acompanhamento de vários casos pelas equipes na APS. No entanto, foi apontada, pelos médicos de referência das equipes entrevistadas, a necessidade de um maior contato com os médicos psiquiatras do CAPS para a condução clínica dos casos, principalmente em relação ao uso de medicamentos e outras condutas médicas.

4.2 – CATEGORIA II – A ABORDAGEM DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E A INTEGRAÇÃO DO CUIDADO

Além dos portadores de transtornos mentais graves e persistentes, pessoas com queixas somáticas, sintomas de ansiedade e depressão, entre outras, também necessitam de cuidados específicos em saúde mental que podem ser providos na atenção primária através de intervenções realizadas pelos profissionais da SF. Abaixo são apresentados os principais

problemas relacionados ao sofrimento psíquico/saúde mental que foram identificados pelos profissionais entrevistados.

A atenção primária à saúde ao funcionar como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, acolhe pessoas que buscam ajuda para diminuir seu sofrimento. Muitas vezes esse sofrimento está associado a problemas sociais, como a violência.

A violência é um fenômeno social complexo e historicamente determinado de grande impacto sobre a saúde que está presente no cotidiano de trabalho das equipes na APS. Essas equipes se defrontam com violência doméstica e comportamentos violentos decorrentes de conflitos na comunidade e associados ao uso de drogas.

“É muita demanda, ainda mais agora nessa situação de conflito, a saúde mental interfere em tudo na saúde, os diabéticos ficam todos descompensados, os que já estavam moderadamente tranquilizados, começam a descompensar. (...) voltam a buscar mais a unidade e, no momento, eles não estão com nenhuma situação clínica, ou hipertensão ou uma dor de cabeça, vem por conta da descompensação da saúde mental deles.” (profissional de SF)

Outras dificuldades da vida cotidiana também impactam a saúde dos pacientes. Um grande número de pessoas apresenta sintomas como insônia, esquecimento, queixas somáticas, dores, sem explicação médica. Estes indivíduos não preenchem critérios formais para diagnósticos como depressão e ansiedade, mas trazem uma incapacidade muitas vezes maior do que quadros crônicos já bem estabelecidos. (MARAGNO, 2006).

O trabalho de matriciamento do CAPS foi fundamental na abordagem dos transtornos mentais graves. Segundo o relato dos matriciadores, inicialmente as equipes de SF solicitavam frequentemente a internação de pacientes com transtornos mentais graves independentemente de sua situação clínica.

“A princípio tinha muito aquela questão da internação. Mas se está causando tantos problemas em casa, não tem que internar? Tinha um pedido de internação que vinha até da equipe de SF, que acolhia o pedido da família. Ai entrava a orientação da lógica da SM e a necessidade de acolher essa família, porque muitas vezes quem estava mal naquele momento não era o paciente psiquiátrico que estava em casa, mas era a família que não estava sabendo lidar. Alguns pacientes estavam retornando de longos períodos de internação e havia receio da família quanto ao retorno desse paciente pra casa.” (profissional de SM)

Os pacientes matriculados no CAPS são acompanhados também pelas Clínicas da Família Zilda Arns e Rodrigo Roig. Por outro lado, os pacientes graves da área que não tem perfil para serem acompanhados no CAPS, são atendidos na sua necessidade de tratamento psiquiátrico pelos médicos da saúde da família, porém, este não é feito de forma completa de acordo com as necessidades do paciente, pois restringe-se à prescrição de medicamentos por um profissional que não está suficientemente qualificado. Alguns desses

pacientes foram encaminhados para as CF no período em que os ambulatórios do Instituto Nise da Silveira e o PAM de Del Castilho regionalizaram seus serviços, outros foram aparecendo como o tempo e não conseguiram vagas em ambulatórios da AP 3.1 ou deveriam ser acompanhados na APS em conjunto com os matriciadores do CAPS, podendo ser o psiquiatra ou outro profissional do CAPS dependendo do caso.

Os profissionais de SF não estão preparados para o acompanhamento dessas situações elencadas e respondem a essas demandas de ajuda principalmente com a prescrição de psicotrópicos, ocasionando, muitas vezes, o uso indiscriminado dos mesmos. Esta questão foi citada por vários profissionais em todas as unidades que participaram da pesquisa, sendo um dos focos de ação do psiquiatra do NASF junto aos médicos do SF.

A gente vai chegar em outro ponto em que o meu matriciamento aqui é prioritário. Eu descobri que na comunidade, muita gente toma rivotril e fluoxetina. É algo absurdo, houve uma tendência médica, não do SF, mas de todos os médicos, de amortecer os problemas sociais (...). É um problema, pois a medicação está virando um chiclete não se livra nunca, vai mascando ela eternamente. Essa é uma prioridade que estou tendo aqui, de ver essas coisas. (profissional de SM)

Na discussão sobre o uso racional de medicamentos, não se trata de negar a importância da medicação para o tratamento, mas de questionar a maneira como está sendo usada. A tendência a usar o medicamento como forma prioritária de resposta aos problemas de saúde mental está mais presente na fala dos médicos da SF matriciados pelo CAPS, os motivos apontados por eles são: formação médica, pouco tempo destinado às ações de matriciamento em saúde mental na unidade (15 em 15 dias), poucas atividades conjuntas (visita, consulta conjunta) e dificuldades de encaminhar para a rede secundária para atendimento psicoterápico (ambulatórios) quando necessário.

“A questão negativa que eu acho é que deveria ter uma quantidade maior de profissionais fazendo isso (matriciamento). Talvez um psicólogo por equipe. Talvez mais psicólogas e poder fazer uma abordagem mais terapêutica e menos medicamentosa. Até por conta dos casos que eu conduzo sozinho, acaba sendo uma intervenção mais medicamentosa do que terapêutica. Por que não tem esse espaço pro psicólogo estar comigo quando eu preciso ou vendo esses pacientes quando precisar. (profissional de SF)

“A gente não inicia medicação, geralmente o paciente usava, já tratava e a gente vai acompanhando, vai segurando. Mas acho que a primeira prescrição tem que ser o psiquiatra mesmo”.(profissional de SF)

“Tem muita gente acompanhada usando medicação. Mais casos de ansiedade, não consegue dormir, por ansiedade, por problemas, não consegue dinheiro, essas coisas, medo de perder os filhos” (profissional de SF)

Os profissionais do CAPS relatam que em suas atividades de matriciamento buscam ampliar as ações para além do uso de medicamentos e informar que o CAPS não é o único

recurso de saúde mental que eles podem acionar e, nesse sentido, enfatizam também a importância da integração da rede de cuidados.

“Mostrar que nem toda tristeza é depressão, que nem todo paciente tem que ser encaminhado para cá. Quando um paciente chora muito, está deprimido, pode ser porque está sem grana, porque o neto está doente. Tantas outras coisas, porque na verdade ele está se sentindo muito sozinho. Mostrar que tem uma rede de cuidados que pode se formar aqui dentro da CF mesmo. A gente tem a Academia Carioca, tem o grupo da memória, tem a parte do brincar, que tem uma fono super disponível que fica na sala de brincadeira. E estamos aqui todos juntos, então muitas vezes ao invés daquela tristeza ser medicalizada, a paciente pode fazer a dança do ventre”.
(profissional de SM)

Alguns problemas demandam atendimentos do especialista para apoiar a construção de propostas terapêuticas ou desenvolver ações específicas do seu núcleo de conhecimento, outros casos podem muito bem ser acompanhados na comunidade pela CF através de ações que a própria equipe já desenvolve.

“As pessoas querem conversar e chegam aqui com uma variedade de queixas. Precisamos ter um olhar diferenciado para isso. As pessoas precisam falar e serem escutadas.” (gestor)

O que aparece mais são coisas que o SF pode dar conta (...). A maioria das neuroses de mulheres, neuroses femininas, são coisas que o SF deveria procurar entender, mas não quer entender, elas querem uma conversa, é somente ouvir, eu chamo a atenção deles pra isso tudo. Até o remédio pra pressão vai fazer mais efeito se você ouvir. Queixas variadas a equipe pode dar conta. (profissional SM)

O mesmo entendimento aparece na fala de profissionais das equipes de SF

A princípio para mim é saber ouvir, é acolher aquela demanda, observar, esperar e conseguir perceber onde eu posso ser útil naquele momento. Às vezes ser útil é só escutar, ser útil é pegar e fazer uma visita e tentar reunir a família e acionar algum órgão de assistência social, ligar para escola e estar na escola no momento da reunião da família com a diretora. Coisas que aparentemente fogem da função do profissional da SF (profissional de SF)

As pessoas têm demandado muito atendimento e a gente não tem muito tempo para esmiuçar melhor. Não temos subido muito no território, então isso ajudaria, porque a gente conhecendo o meio de inserção, ajuda muito, esclarece muita coisa.
(profissional SF)

Um profissional da saúde da família ao falar sobre o acompanhamento de pacientes com transtornos mentais graves na atenção primária, fala da questão da corresponsabilidade e integração com os serviços especializados de saúde mental, reforçando que o paciente *“também vai ser atendido pela atenção primária, mas é claro que também pela saúde mental”*. No entanto, com o encaminhamento de casos graves para as clínicas de família sem a organização de espaços rotineiros de matriciamento, a sensação do profissional é a seguinte:

“A impressão que dá é que os centros de referência no atendimento em saúde mental estão agora na saúde da família e isso é complicado, porque vem o manejo

errado, conduta, psicotrópicos pesadíssimos. O cuidado fica restrito a renovação de receitas.” (profissional SF)

Muitos problemas de saúde mental podem encontrar resolutividade na própria atenção primária ou através da articulação com outros dispositivos da rede, ampliando o cuidado em saúde e articulando ações em outros dispositivos que podem ser da saúde ou intersetoriais. No entanto, segundo os profissionais é necessário ampliar a rede de atenção e também criar possibilidades para a realização das ações de saúde mental na APS.

Eu acho que eles poderiam dar conta de um pouco, não muito, de um pouco dessa demanda que eu faço acompanhamento individual, mas isso se a gente pudesse fazer realmente um trabalho com um número menor de pessoas, nos eu digo eles, estou falando deles (SF), porque com 3.800 pessoas, com a vulnerabilidade que temos em Manguinhos, com a dificuldade que temos de tudo, é muita pobreza, não é de dinheiro não, de tudo, não temos quase nada aqui. (profissional de SM))

Um dos desafios maiores colocados para à APS, em termos de coordenação do cuidado e com a ampliação progressiva da cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família, é a sua integração com a rede assistencial. Vários são os problemas apresentados como a escassez de recursos, vínculos de trabalho precários, dificuldades de integração com os outros níveis de atenção, questões gerenciais e formação profissional, entre outros.

No entanto, uma boa integração com a rede assistencial pode aumentar a resolutividade da APS e sua capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado. As equipes que desenvolvem ações de apoio matricial junto as equipes de Saúde da Família compartilham de tais desafios e devem contribuir para o aumento da resolutividade e a efetivação da coordenação integrada do cuidado na APS, promovendo o compartilhamento de responsabilidade e a integração com os diversos pontos da rede de atenção. O compartilhamento de responsabilidade e a coordenação integrada dos cuidados na APS são aspectos centrais da missão do NASF e das equipes de apoio matricial que devem promover a articulação de diferentes níveis de atenção, oferecendo variadas formas de intervenção sobre os processos de saúde/doença de acordo com as necessidades e demandas apresentadas pela população.

Na lógica de trabalho do apoio matricial a constituição de uma rede de cuidados integrada é uma das estratégias essenciais para o desenvolvimento das ações compartilhadas. Dentro de tal perspectiva, o apoio matricial deve superar a lógica fragmentada da saúde criando espaços internos (serviços, equipes, profissionais, usuários) e externos (rede de saúde e intersetorial) de integração para a promoção do cuidado integral de forma corresponsabilizada junto com as equipes de SF.

4.3 – CATEGORIA III – FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃO

No Brasil a formação de profissionais de saúde está marcada por um caráter tecnicista. A predominância da lógica da atenção centrada na doença e em procedimentos curativos é percebida pelos profissionais como uma característica da assistência no hospital. Em contraposição a isto, o cuidado integral na APS vincula-se a uma atitude receptiva às questões do sujeito, seus dramas familiares, sociais e suas dificuldades, que deve ser incorporada nos atendimentos realizados pelos profissionais do SF.

“A gente sai da faculdade querendo muito entrar com medicação. Nem sempre é preciso usar medicação, a gente tem outras ferramentas e acho que isso foi o que mais me marcou.” (profissional de SF)

“Sempre digo pra eles, se você está com um infarto na tua frente, você tem que correr, atender, se não o cara morre. Se você está com uma agitação psicomotora na tua frente, você tem que compreender, colocá-la no contexto. Não precisa atuar ali, porque vai ela diminuir com o tempo, isso passa. Então, tem que dar tempo ao paciente.” (profissional de SM)

“Na ESF nada acontece se não tiver uma abordagem psicológica. No entanto, tenho dificuldades por causa da minha formação tradicional que é realizada no hospital. O profissional que trabalha no hospital está sempre assoberbado de funções e faz o atendimento dos pacientes de uma forma bastante corrida.. (profissional SF)

Segundo Bonfim (2003), para o bom desempenho de suas funções o matriciador deve ter habilidades de comunicação e de relacionamento, disponibilidade para a troca de conhecimento e experiência com outros profissionais, compreender a integralidade das redes assistenciais e a importância da atenção primária e ter capacidade de estimular ações multidisciplinares de promoção e prevenção, considerando a complexidade dos transtornos mentais.

O curso de Aperfeiçoamento em Saúde Mental na Atenção Básica/Babel, organizado pela UERJ em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, foi citado como promotor de um diferencial na formação dos profissionais para atuar na SF, assim como a experiência profissional anterior dos matriciadores e os cursos de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e em Saúde Mental.

“Profissionais com experiência no apoio matricial, formação em Residência Multiprofissional em Saúde Mental ou que participaram da qualificação do BABEL, são completamente diferenciados.” (Gestor)

Os profissionais do CAPS queixam-se do baixo investimento da gestão municipal no desenvolvimento de ações de qualificação dos profissionais de saúde mental para o desenvolvimento de atividades na APS. Sabendo da importância de uma formação para atuar junto às equipes de saúde da família, os profissionais do CAPS procuram estudar por conta

própria e estruturar o trabalho através de muita discussão interna e leitura de textos sobre APS e apoio matricial.

“Quando comecei as atividades de matriciamento eu questionei sobre a formação para trabalhar na APS. Então, descobri que precisava estudar muito, mesmo sem o apoio da gestão” (profissional SM)

Para um gestor de CF, seria importante que fossem realizados encontros para trocas de experiências sobre o trabalho das equipes visando a maior integração entre as ações.

“Algumas equipes ainda tem dificuldade para lidar com os problemas relacionados ao sofrimento psíquico e tem equipes muito sensibilizadas para o trabalho de saúde mental”. (gestor)

Para enfrentar as dificuldades de abordar as questões relacionadas ao sofrimento psíquico é importante que se façam atendimentos compartilhados e discussões de caso.

“O filho de fulana é preso e é um traficante, isto cria pra ela uma situação de sofrimento mental muito grande que a gente pode ajudar sem remédio. A gente pode acolher essa pessoa de uma forma mais ampliada. Não precisamos usar medicamentos. Esses casos a gente precisa discutir exaustivamente”. (profissional de SF)

As ações de apoio matricial também oferecem a possibilidade de romper com certas resistências e atitudes, ampliando as possibilidades de atuação das equipes e promovendo um trabalho de desconstrução de preconceitos e mitos em relação à loucura e à doença mental.

“O matriciamento tem o objetivo de desmistificar as questões de saúde mental. Existe muito mito e medo de lidar com isto”. (Gestor)

A partir do desenvolvimento regular de ações de matriciamento as equipes de saúde da família foram qualificadas e sabem que primeiro precisam acolher o usuário, contextualizando a demanda apresentada por ele. É importante, também, avaliar o que pode ser realizado na atenção primária, antes de encaminhar de forma precipitada para o CAPS ou outros dispositivos da rede de atenção. Trazer o caso para a reunião de equipe, discutir, chamar a família, conversar com o paciente, fazer uma visita domiciliar.

“O matriciamento é um processo educativo mesmo. A gente percebeu que muitas vezes a gente cuida das relações e a coisa melhora. Um quadro de diabetes fica mais fácil se a gente consegue trazer pelo menos alguém da família para encarar junto com o paciente. Um quadro de hipertensão melhora mais rápido, se a pessoa consegue centrar, respirar”. (profissional de SF)

As estratégias de aproximação das equipes são importantes, mas, segundo um profissional de saúde mental, as mudanças são potencializadas pelas situações emergentes.

“Estudamos, lemos muitos textos e realizamos muitas conversas até que apareceu uma paciente psicótica com retardo mental que engravidou. Ela conseguiu quebrar todos os mitos. Sua família era totalmente desestruturada, a mãe cardiopata grave, hipertensa. A gente precisou trabalhar muito junto nessa história. Logo de cara eles começaram a perceber que era uma gestante, era doida, mas era uma gestante. A médica nunca tinha entrado no

CAPS, chegava aqui e fazia a consulta aqui, porque a paciente estava muito desorganizada. E isso mudou o perfil dessa equipe totalmente. Porque ela foi um gatilho para a gente conseguir trabalhar percebendo que ninguém estava entrando no espaço de ninguém. A gente estava somando para aprimorar o cuidado”. (profissional de SM)

O apoio matricial pode contribuir para o aumento da capacidade de cuidado das equipes vinculadas, compartilhando com elas a resolução de problemas e o manejo de certas situações, através da transferência de saberes e práticas, de forma cooperativa e horizontal. O apoio oferecido pelo matriciador progressivamente produz mais autonomia para as equipes.

Muitas vezes o profissional de SF não reconhece inicialmente a complexidade das intervenções que realiza na atenção primária e o quanto esta experiência de trabalho enriquece sua formação profissional

“A gente começou a trabalhar e atender junto muitos casos. Um dia ele chega e conta a história de um plantão que ele estava fazendo em outro lugar e ele era sempre chamado para dar a notícia de morte, porque ele sabia lidar com isso e ele sabia que estava aprendendo isso aqui. Então ele passou a lidar com o trabalho aqui de outra forma. Ele mudou não é mais aquele médico impessoal.” (profissional de SM)

Uma outra questão importante é o aprender fazendo junto. A utilização dos atendimentos conjuntos, promovendo o compartilhamento de saberes e práticas, podem ser espaços potentes de ensino/aprendizagem. O trabalho realizado em conjunto pode ainda ser enriquecido por uma reflexão e discussão de caso logo após o atendimento, permitindo utilizar aquele momento ainda aquecido pelas impressões produzidas pelo encontro.

Os dispositivos para as práticas de educação permanente são variados. Segundo Lima, Albuquerque e Wenceslau (2014), o apoio matricial, a discussão de casos, o projeto terapêutico singular e a consulta compartilhada são ferramentas tecnológicas da atenção primária que também se constituem como dispositivos da Educação Permanente em Saúde. Esses dispositivos de trabalho ampliam os espaços educativos para fora das salas de aula e dentro das organizações, reconhecendo o potencial educativo da situação de trabalho e valorizando a reflexão e a construção de um trabalho compartilhado a partir do levantamento dos problemas e necessidades encontradas no cotidiano de trabalho, melhorando, conseqüentemente, a qualidade do cuidado em saúde.

O apoio matricial tem um papel importante no desenvolvimento de ações de educação permanente ao organizar e realizar suas ações de apoio às equipes de Saúde da Família. Por intermédio de encontros regulares e partindo das demandas e necessidades das equipes de SF, podem desenvolver ações compartilhadas com alto potencial pedagógico e também podem propor e organizar outras atividades de educação permanente como oficinas, cursos e capacitações sobre temas importantes para o desenvolvimento do trabalho das equipes,

contribuindo para o aumento da capacidade de análise e intervenção sobre problemas e necessidades de saúde. Talvez fosse necessário, nas duas propostas de apoio matricial pesquisadas, desenvolver outros espaços de trabalho para criação de oficinas teóricas e para leitura e estudo de temas de saúde mental que atravessam a prática cotidiana, construindo espaços coletivos permanentes de construção de propostas de trabalho.

Nesse sentido, podemos entender o trabalho do profissional de saúde mental, que atua no apoio matricial, do ponto de vista de uma estratégia de qualificação em serviço que articula saberes e práticas para a produção de cuidado integral em saúde, através do trabalho compartilhado, centrado no aprendizado e na prática cotidiana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não há saber mais ou saber menos:

há saberes diferentes.

(Paulo Freire)

A carga de transtornos mentais na população mundial é muito grande e muitas pessoas não têm acesso a serviços de saúde. A integração de serviços de saúde mental nos cuidados primários é vista como uma necessidade para o enfrentamento desse problema. A inserção das ações de saúde mental na Estratégia de Saúde da Família é um desafio importante para a melhoria das condições de saúde da população, apontando para a necessidade de construção de ações integrais que levem em consideração a complexidade dos problemas de saúde. Nesse contexto, o apoio matricial surge como uma proposta que visa à transformação da lógica tradicional de organização dos sistemas de atenção à saúde e contribui também para a qualificação dos atendimentos em saúde.

Nesta dissertação foi realizado um estudo de caso na AP 3.1 no município do Rio de Janeiro, no qual foram entrevistados gestores e profissionais de clínicas da família, NASF e CAPS localizados nessa área. As entrevistas foram analisadas a partir de três categorias: organização e desenvolvimento das ações de matriciamento; abordagem do sofrimento psíquico na atenção primária e a integração do cuidado e formação e qualificação profissional.

As duas propostas de organização de ações de apoio matricial na APS, desenvolvidas pelo CAPS e NASF pesquisados, apresentam aspectos positivos que qualificam o trabalho das equipes de saúde da família, integrando ações de saúde mental na atenção primária e aumentando a capacidade de oferecer respostas para os problemas de saúde mental que as equipes encontram no seu dia a dia de trabalho.

O apoio matricial vem sendo desenvolvido, nas duas experiências pesquisadas, há mais de três anos e isso é um fator positivo, pois os profissionais criaram um ambiente personalizado favorável ao desenvolvimento das atividades de matriciamento e fortaleceram com o tempo o vínculo com as equipes. O apoio matricial possibilitou a troca de conhecimentos e práticas da área de saúde mental com os profissionais das equipes de SF, oferecendo suporte para compreender, intervir e acolher melhor as pessoas em sofrimento, incluindo na prática a dimensão subjetiva e social.

Os obstáculos para o desenvolvimento das ações de apoio matricial foram: a sobrecarga dos profissionais; a alta vulnerabilidade da população e número de famílias

acompanhadas; a carência e alta rotatividade dos profissionais; falta de perfil profissional; cobrança por produtividade; dificuldade de integração com a rede.

A formação acadêmica dos profissionais de SF, principalmente moldada no modelo biomédico de cuidados, parece ter sido determinante para que houvesse um entendimento limitado sobre como abordar o sofrimento psíquico. Nesse cenário, a medicação na maior parte das vezes é tomada como única possibilidade para o sofrimento. Por outro lado, a formação dos profissionais de saúde mental, também pode se mostrar falha, pois muitas vezes possui forte influência da clínica tradicional individualista e elitizada, com pouca ênfase nas questões sociais e de promoção da saúde. É importante que o matriciador possua uma compreensão integral da rede de saúde e conheça a complexidade dos transtornos mentais.

A integração da rede de cuidados é precária e essa fragmentação gera dificuldade de encaminhamentos de pacientes entre os diferentes níveis de atenção. No cuidado em saúde mental, mesmo que o apoio matricial exista e funcione de forma satisfatória poderá haver necessidade de encaminhamento para serviços de atenção secundária. O matriciamento feito pelo NASF e pelo CAPS tem um papel fundamental no compartilhamento de ações e no encaminhamento para outros níveis de atenção na área. Alguns problemas relacionados ao sofrimento psíquico são abordados pelas equipes de SF usando as ferramentas de trabalho da própria APS, como o acolhimento, o vínculo, os grupos e o trabalho no território. Algumas equipes de saúde da família ainda apresentam dificuldades para entender que os serviços e ações devem ser articulados e a atenção ao paciente deve ser feita de maneira compartilhada. Alguns profissionais não se sentem preparados para serem médicos de referência de pacientes com transtornos mentais graves e demandam a participação do especialista.

Nos dois modos de organização do matriciamento (por NASF ou CAPS) são realizadas interconsultas, visitas domiciliares e discussão de casos que contribuem para a qualificação das equipes, principalmente quando essas ações possuem uma regularidade e são construídas levando em consideração o estabelecimento de um bom vínculo de trabalho.

Através das falas dos profissionais foi possível perceber características dos modelos asilar e psicossocial nas práticas de cuidado das equipes de SF. Em relação ao modelo psicossocial, foi relatada a importância do vínculo entre profissionais e pacientes, a importância da escuta, das trocas entre os usuários e das práticas que contemplem a compreensão do contexto em que as pessoas estão inseridas. O modelo asilar está presente nas práticas que incentivam a hospitalização e a internação, a medicalização, a dependência do saber médico e as relações verticalizadas e hierarquizadas. Dessa forma, é importante que os

profissionais de saúde mental invistam no fortalecimento da clínica psicossocial, rompendo com atitudes ainda voltadas ao modo asilar.

Foram discutidas as diferenças entre dois modos de funcionamento do apoio matricial em saúde mental junto às equipes de Saúde da Família - no primeiro, profissionais de Saúde Mental do NASF apoiam os profissionais da Clínica da família e no segundo, o trabalho de apoio matricial na clínica da família é realizado pela equipe do CAPS.

A diferença entre o matriciamento realizado pelo NASF e pelo CAPS está mais relacionada à organização interna (tipos e frequência das atividades e participação dos profissionais das equipes).

Os profissionais do CAPS participam com maior frequência da discussão de caso nas reuniões de equipe e os do NASF realizam um número maior de consultas conjuntas com os médicos de saúde da família. As equipes de saúde da família acompanhadas pelo CAPS identificam a necessidade de realizarem encontros mais frequentes com a saúde mental, pois a complexidade e variedade dos casos acompanhados pelas equipes é muito grande. Os profissionais do CAPS também identificam a necessidade de maior investimento de tempo para as ações de apoio matricial.

Os profissionais do CAPS apresentam uma melhor integração com as equipes de saúde da família como um todo, o que ajuda na construção de uma proposta de trabalho em equipe e com maior potencial de abordagem integral dos problemas. A proximidade física dos serviços (SF /CAPS) e o tempo que eles vêm desenvolvendo essa parceria de ações conjuntas facilitam a identificação de casos no território, e possibilitam a ampliação do cuidado clínico dos pacientes nas clínicas da família. Aqui o destaque é do trabalho com os ACS que tem maior inserção na comunidade e conhecem os problemas do território e, desta forma, contribuem para ampliação do entendimento dos aspectos envolvidos no caso.

Os profissionais de saúde mental do CAPS também contribuem de maneira muito positiva em relação à abordagem dos preconceitos vinculados à loucura e à figura do doente mental, contribuindo para a construção de outro olhar sobre as questões do sofrimento psíquico e sobre os portadores de transtorno mental.

O CAPS também busca ampliar a visão das equipes sobre as várias possibilidades de intervenções terapêuticas, como oficina, grupos, cultura, valorização dos espaços comunitários e a história da comunidade.

O CAPS acompanha em conjunto com as equipes de saúde da família os casos mais graves e urgentes e discute outras questões menos graves durante as reuniões de equipe,

colaborando na construção de propostas terapêuticas, mas só mantém contato direto com os pacientes acompanhados pelo CAPS.

Os profissionais do CAPS identificam o potencial pedagógico das ações, mas não apresentam uma proposta estruturada e com objetivos claros de qualificação do trabalho das equipes de saúde da família, apesar de ficarem evidentes os resultados em termos de qualificação das ações de saúde mental após o início das atividades compartilhadas.

O NASF Manguinhos apresenta uma proposta de trabalho mais estruturada, acompanhando de forma mais regular e próxima às atividades diárias na clínica da família. Participar do dia a dia e acompanhar todo o processo de trabalho das equipes é fundamental para a identificação das potencialidades que o modelo de atenção do SF pode desenvolver. O trabalho no território, o acompanhamento de todos os ciclos de vida, os grupos de educação em saúde, a abordagem familiar, a longitudinalidade, a abordagem integral dos problemas de saúde, o trabalho em equipe, o intersetorialidade, o vínculo, são aspectos potentes e valorizados pelo modelo da Estratégia de Saúde da Família que podem ser potencializados pelo matriciamento. Talvez esse seja o aspecto principal do trabalho de apoio matricial realizado pelo NASF, ou seja, a participação e a inserção no dia a dia de trabalho das equipes de SF e a possibilidade de potencializar o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família.

O apoio matricial da equipe do NASF Manguinhos está direcionado aos médicos residentes. A disponibilidade dos residentes que estão no serviço em processo de formação cria um espaço facilitador da aprendizagem, o que não acontece quando os profissionais possuem uma formação sólida ou não querem abrir mão das certezas oferecidas pela sua profissão. O apoio matricial em saúde mental, realizado diretamente com os médicos residentes, procura oferecer sustentação e apoio através de muita discussão e ações compartilhadas, que podem realmente contribuir para mudanças de atitude e ampliação da abordagem dos problemas de saúde, não se limitando à abordagem das pessoas com sofrimento psíquico, mas criando espaços de valorização das questões subjetivas e ampliação da capacidade resolutiva dos profissionais envolvidos nas ações de matriciamento.

Os profissionais do NASF também relatam dificuldades iniciais na estruturação do trabalho de matriciamento junto aos residentes. É preciso um movimento proativo, pois a tendência inicial é a de delegar ao especialista a condução dos casos de saúde mental e a pressão por atendimentos individuais é muito grande. Os profissionais do NASF realizam turnos semanais destinados à interconsulta, discutindo questões interpessoais e de manejo dos casos pelos médicos residentes. Os casos mais graves são acompanhados também pelos

profissionais de saúde mental nos espaços e turnos semanais criados para esse tipo de atendimento. Estes espaços de atendimento são tencionados pela dificuldade de acesso à rede secundária de atendimento (ambulatórios e CAPS) e essa integração com os outros níveis de assistência é apontada como um grande problema para o desenvolvimento das ações de matriciamento. Não tendo para onde encaminhar os casos mais graves que necessitam de atendimento especializado nos CAPS ou ambulatórios de SM, os profissionais absorvem uma demanda grande de atendimento individual, reduzindo o tempo de investimento no trabalho direto com os profissionais.

Apesar do lado positivo de formação de profissionais qualificados para o trabalho na Estratégia de Saúde da Família, outra questão apontada, pelos profissionais que trabalham na Clínica da Família Victor Valla, é o tempo dos residentes no serviço e o reiniciar o trabalho com as turmas novas de dois em dois anos. Isso também prejudica a integração e a continuidade do trabalho das equipes junto à população atendida.

As ações de apoio matricial também não são realizadas de forma regular com os outros profissionais das equipes de saúde da família. A formação em saúde mental dos médicos residentes poderia ser potencializada pela integração de outros profissionais nas ações de apoio matricial. Por outro lado, o trabalho de matriciamento também poderia se revelar como uma potente ferramenta de integração da equipe contribuindo para a abordagem integral dos problemas de saúde pela equipe como um todo.

A organização do processo de trabalho do NASF através de agendas de trabalho semanais estruturadas apresenta várias questões importantes para o bom desenvolvimento das ações de matriciamento e contemplam as amplas possibilidades de ações que podem ser realizadas pelas equipes de apoio matricial, como os atendimentos individuais (específicos e compartilhados), reuniões entre profissionais do NASF, organização de grupos e atividades coletivas compartilhadas, ações no território, planejamento e avaliação das ações.

Verificou-se que o apoio matricial já está instituído nas unidades pesquisadas e que as diferenças entre o matriciamento feito por CAPS ou por NASF estão relacionadas principalmente à regularidade e sistematização das ações e à forma de inserção, dos profissionais do CAPS e do NASF, nas equipes de saúde da família, havendo vantagens e desvantagens em cada modo de funcionamento. Os relatos dos profissionais revelam que as equipes de saúde da família estão bem qualificadas para a abordagem dos problemas de saúde mental. No desenvolvimento e inserção das ações de saúde mental nas unidades de saúde da família pesquisadas, o apoio matricial vem se apresentando como uma potente ferramenta de

educação permanente, pois funciona como um dispositivo de mudança, produzindo cuidado e qualificando ao mesmo tempo os profissionais.

A integração da saúde mental na APS vem oferecendo a possibilidade de identificação e tratamento de inúmeros problemas de saúde mental. Nesse sentido, a saúde mental precisa estar inserida na saúde geral, contribuindo para a redução das ações fragmentadas, superando as visões limitadas sobre sujeito e cuidado.

Segundo Bezerra (2007), as ações de saúde mental possuem como desafio fazer da loucura e do sofrimento mental uma questão humana que vai além das fronteiras do discurso técnico ou do saber psiquiátrico. No modelo psicossocial, adotado pela Reforma Psiquiátrica e pelo campo da saúde mental, a participação e implicação do sujeito no seu tratamento são valorizados, levando em consideração os múltiplos fatores envolvidos nos processos de adoecimento ou sofrimento psíquico.

Os territórios cobertos pelas equipes apresentam muitos desafios e necessitam do desenvolvimento de ações integrais, com a articulação de variados campos de saberes e práticas, para integrar outros dispositivos da rede de saúde e intersetoriais. A vulnerabilidade social e sanitária é muito grande e requer intervenções mais efetivas para que realmente se possa oferecer a possibilidade de melhoria nas condições de vida da população

Para que o apoio matricial promova mudanças estruturais mais amplas nos modelos de atenção à saúde é necessário também que as propostas estejam inseridas em estratégias que contemplem vários aspectos como o planejamento das ações, a integração com outras políticas públicas, a estruturação das ações de forma compartilhada entre trabalhadores, gestores e usuários.

Estas propostas precisam estar comprometidas com a construção de um saber coletivo, a partir da reflexão sobre a prática, utilizando o referencial teórico e os princípios e diretrizes que estão na base das propostas de construção e organização do Sistema Único de Saúde (SUS), como a integralidade da assistência, a universalização do acesso e a regionalização e hierarquização, sem deixar de lado o conhecimento nuclear de cada categoria profissional envolvida nas ações de matriciamento.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- ANDRADE, F. B. et al. **Saúde Mental na Atenção Básica: um estudo epidemiológico no enfoque de risco**. Brasília: Rev. Brasileira de Enfermagem, V. 62, n. 5, p. 675-80. set-out. 2009.
- AYRES, J.R.C. **A Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas**. Rev. Saúde e Sociedade, v. 18, supl. 2, 2009.
- BEZERRA J.R.B. **Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rev. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.243-250, 2007.
- BONFIM, I.G. et al. **Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental**. Interface (Botucatu), v. 17, n.45, p. 287-300, abr/jun. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de saúde da Comunidade. Secretaria de assistência à saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica: O vínculo e o diálogo necessários. Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica**. Circular Conjunta n. 01/03 de 13/11/2003.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 335, de 25 de novembro de 2003**. Aprova a Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde e a estratégia dos Pólos ou Rodas de Educação Permanente em saúde como instâncias locais regionais e interinstitucionais de gestão da educação permanente. Brasília, DF: CNS, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 198 de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a Formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Gabinete do Ministro, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A Educação Permanente entra na roda: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégias em Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reformas dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Equipe ampliada, equipe de referência, e projeto terapêutico singular**. 2 ed. Brasília, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 1996, 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008. Dispõe sobre a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília, 2009. (Cadernos de Atenção Básica, n.27)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.4.279 de 30 de dezembro**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.488. **Política Nacional da Atenção Básica**, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3088/2011. **Rede de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no Sus: novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília, 2012a.

Brasil. Ministério da Saúde. Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. (Série B. Textos básicos de saúde

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica Cadernos de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília, 2014.

BOGDAN, R. & BIKLEN, S., **Investigação qualitativa em educação**. Porto: Porto Editora Ltda., 1994.

BONFIM, et al. **Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental**. Interface (Botucatu), v.17, n.45, p.287-300, abr/jun.2013.

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

CAMPOS, G. W. S. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas**. Sociedade e Cultura, Goiânia, v.3, n.1/2, p. 51-74, jan/dez. 2000.

CAMPOS, G. W. S. **Um Método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo:Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Editora Hucitec, 2005.

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

CAMPOS, G. W. S; GUERRERO, A. V. P. (orgs). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

CAMPOS, G.W.S.; CUNHA, T.; FIGUEIREDO, M.D. **Práxis e Formação Paideia: apoio e co-gestão em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

CECCIM, R. B. e FEURWERKER, L. C. M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. Physis-Revista de Saúde Coletiva, n.14, v.1, p. 41-66, 2004.

CECCIM, R. B. **Educação Permanente em saúde: um desafio ambicioso e necessário**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.16, p.161-8, 2005.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. **Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v,4, n.10, p. 975-986, 2005

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. **Educação Permanente em Saúde**. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.). Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009.

CECCIM, R. B. **A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersectorialidades**. Revista Ciência e Saúde, Porto Alegre, v. 1, n.1, p. 9-23, jan/jun. 2008.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. **Educação e Saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras**. Trab. Educação e Saúde, v.6 n. 3, p. 443-456, nov2008/fev.2009.

CHIAVERINI, D. H. et. al. **Guia de matriciamento em Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva, 2011.

COSTA-ROSA, A. **O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar**. In: Amarante, P. (org.) Ensaio: subjetividades, saúde mental e sociedade. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2000.

COUTO, P.B., IMANISHI, R. A Gramática da Moradia no Complexo do Alemão: história, documento e narrativas. Pesquisa realizada pelas pesquisadoras Patrícia Brandão Couto e Rute Imanishi (Ipea) Versão preliminar, outubro de 2013. Disponível em:
http://ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/131003_favelas_rio_gramaticadamoradia.pdf

CUNHA, T. G.; CAMPOS, G.W.S. **Apoio Matricial e Atenção Primária à Saúde**. São Paulo: Saúde e Sociedade, v. 20, n4, p.961-970, 2001.

FAUSTO, M.C.R.; MATTA, G.C. **Atenção Primária à Saúde : histórico e Perspectivas**. In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.A. (org.). Modelos de Atenção e a Saúde da Família. EPSJV/FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2007.

FERNANDES, T.M. E COSTA R.G. **As comunidades de Manguinhos na história das favelas do Rio de Janeiro**. Revista tempo, vol. 19, n.34, p. 117-133.

FLEURY, M.; Mercier, C. **Integrated local networks as a model for organizing mental health services. Administration and policy in mental Helth**, v. 30, n. 1, september 2002.

FORTES, S. **Transtornos mentais comuns na atenção primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades de Saúde da Família do município de Petrópolis, Rio de Janeiro, Brasil**. 2004. 165 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – IMS UERJ, Rio de Janeiro, 2004.

FRANCO, T. B.; MERHY, E.E. **Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo técnico-assistencial**. In: MERHY, E.E. et al. O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo, Hucitec, 2004.

FRANCO, T. B. **Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil**. Interface – Comunicação, Saúde, educação, v. 11, n.23, p.427-38, set/dez 2007.

GAMA, C.A.P.; CAMPOS, O.C. **Saúde Mental na Atenção Básica – Uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007)**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, v. 1, n.2, p.112-131, out/dez 2009.

GONÇALVES, D. M.; KAPCZINSKI, F. **Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa de Saúde da Família**. Rio de Janeiro, Cad. Saúde pública, V.24, n.7, p. 1641-1650, jul, 2008.

GUIMARÃES, Nadya de Araújo. Qualificação como relação social. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (org.). Rio de Janeiro:EPSJV/Fiocruz, 2009.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. **Integralidade da Atenção e Integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”**. Cadernos de Saúde Pública, V. 20, sup. 2, 2004.

HECKERT, A. L. NEVES, C. A. **Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo**. In: Pinheiro, R. et al (org.). Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CAPESC – ABRASCO, 2007.

HIRDES, A. **A Perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental**. Ciência & Saúde coletiva, v.20, n.2, p.371-382, 2015

KRUG, E.G. et al. (org.). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002.

LANCETTI, A. (Ed.). **Saúde Loucura 7: Saúde Mental e Saúde da Família**. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

LIMA, S. A.V., ALBUQUERQUE, P.C., WENCESLAU, L.D. **Educação Permanente em saúde segundo os profissionais da gestão de Recife, Pernambuco**. Rio de Janeiro EPSJV/Fiocruz – Ver. Trabalho, Educação e Saúde, v. 12, n.2, p. 425-441, 2014.

MAIA, R.C.M, FERNANDES, A.B. **O movimento antimanicomial como agente discursivo na esfera pública política**. Rev. Bras.Ci. Soc.. v.17, n.48, p.157-171, fev. 2002.

MARAGNO, L. et al. **Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa de Saúde da Família (Qualis) no município de São Paulo**. Cadernos de Saúde Pública, vol. 22, n.8, p. 1639-48, 2006.

MATTOS, R. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: Pinheiro, R e Mattos, R. (orgs). Os Sentidos da Integralidade na Atenção e cuidado em saúde. 4 ed. Rio de Janeiro: CEPESC, 2001.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2ª. Ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MENDES, E. V. **Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde pública do Ceará, 2002.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011.

MERHY, E.E. & FRANCO, T.B. **Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional**. In Saúde em Debate, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.

MERHY, E. **Enfrentar a lógica do processo de trabalho em saúde: um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo em ato, no cuidado**. In: Resende, C.; Barros, M. E.; Ferigato, S.. Conexões: Saúde coletiva e políticas da subjetividade. São Paulo: Editora Hucitec, 2009.

MERHY, E.M.; FRANCO, T.B. **Trabalho em saúde**. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F (orgs.). Dicionário da Educação Profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

MINAYO, M. C. S. **Impactos da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da saúde, 2005.

MINAYO, M. C. S.. **O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12 ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

NUNES, M.O. et al. **O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 8, n.6, p.1639-1646, nov./dez. 2002.

NUNES, M.; JUCÁ, V.J.; VALENTIM, C.P.B. **Ações de saúde mental no Programa de Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária**. Cadernos de Saúde Pública, n.23, v.10, p. 2375-84, out, 2007.

OLIVEIRA, E.X.G.; CARVALHO, M.S.; TRAVASSOS, C. **Territórios do Sistema Único de Saúde – mapeamento das redes de atenção hospitalar**. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, v. 20, mar-abr, 2004.

OLIVEIRA, I. SERRAZINA, L. **A Reflexão e o professor como investigador**. In: GTI – Grupo de Trabalho de Investigação (org.). Refletir e investigar sobre a prática profissional. Portugal: APM, 2002.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial de Saúde: Cuidados de Saúde Primários agora mais que nunca**. Relatório Mundial de Saúde. Organização Mundial de Saúde; 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE e ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA (WONCA). **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global**. Lisboa: OMS, WONCA, 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. WHO, 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – avaliação dos três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultado das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro**. Porto Alegre, RS: OPAS, 2013

PAIM, J.S. **Políticas de Saúde no Brasil**. In: Rouquayrol, MZ & Almeida Filho, N. Epidemiologia e Saúde. 6a. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, p.587-603.

PEDUZZI, M. et al. **Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v.13, n.30, p. 121-34, jul/set., 2009.

PEREIRA, I. B. e LIMA, J. C. (org.) **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PEREIRA, I. B. e LIMA, J. C. (org.). **Formação profissional em saúde**. In: Dicionário de Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro:EPSJV, 2008.

SMS. Coordenação de Área Programática 3.1. **Relatório de Gestão da CAP 3.1**. Rio de Janeiro, 2013.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco Brasil/Ministério da Saúde, 2004.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Superintendência de Atenção Primária. **Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde**. Rio de Janeiro, 2011.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Coordenação de Saúde Mental. **Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços: Centro de Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro.

Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de saúde mental. Sobre **A Implantação do matriciamento do CAPS III João Ferreira Junto às equipes da Estratégia de Saúde da família na AP 3.1**. In: o Início do matriciamento em saúde mental na Cidade do Rio de Janeiro: Reflexões, relatos e Recomendações. Rio de Janeiro, 2012.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Coordenação de Área Programática AP 3.1. **Relatório de gestão 2014 da CAP 3.1**, 2014.

SILVA, F.V.S. **A qualificação profissional das práticas da estratégia saúde da família para o trabalho no território: um estudo com as equipes de saúde da família da AP 3.1 no município do Rio de Janeiro**. Dissertação de mestrado profissional em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio EPSJV/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2013

SILVA, S.F. **Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil)**. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.16, n.6, p. 2753-2762, 2011.

SOUZA, M. L. T. e TÓFOLI, L. F. **Apoio Matricial na Estratégia de Saúde da Família: Atenção e cuidado psicossociais em Saúde Mental**. *Pesquisa e Práticas Psicossociais*. São João Del-Rei, p. 223-234, jul./dez, 2012.

STROSCHEIN, K. M.; ZOCHE D. A. A. **Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil**. *Trab. Educ. Saúde*. Rio de Janeiro, v. 9 n.3, p. 505-519, nov. 2011/fev.2012.

TENÓRIO, F. **A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito**. *História, Ciências, saúde*. Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.25-59, jan.-abr. 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health context: Mental health policy and service guidance package**. Geneva:WHO, 2003.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Tese de doutorado da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2006.

ANEXO I – Roteiro de entrevistas para profissionais

ROTEIRO DE ENTREVISTA – PROFISSIONAL DE EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Data: ___/___/___ Horário: início: _____ término: _____

A) IDENTIFICAÇÃO

Local de trabalho: Clínica da Família _____

Cargo:

Formação profissional: _____ ano de conclusão: _____

Pós-graduação: _____ ano de conclusão: _____

Experiência profissional anterior:

Tempo que trabalha na Estratégia de Saúde da Família:

Tempo que participa das ações de matriciamento em saúde mental nesta unidade:

Participou de cursos ou algum tipo de capacitação/treinamento para atuar na APS?

Como você define Apoio Matricial?

B) IMPLANTAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES

- 1- Há quanto tempo são realizadas ações de saúde mental na sua unidade e há quanto tempo você participa delas?
- 2- Como estão organizadas as ações de Apoio Matricial em saúde mental?
- 3- Como está a participação da sua equipe nas ações de Apoio Matricial em saúde mental?
- 4- Quais são as ações desenvolvidas pela equipe em conjunto com o matriciador?

C) QUESTÕES E PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL

- 5- Quais são as principais questões relacionadas ao sofrimento psíquico/saúde mental que são levados para o apoio do profissional de saúde mental/matriciador?
- 6- Dentre os problemas de saúde mental destacados, quais você acha que podem ser acompanhados pela sua equipe e quais devem ser encaminhados para atendimento especializado?

D) AVALIAÇÃO DAS AÇÕES

- 7- Quais as mudanças observadas na sua equipe em relação à identificação e acompanhamento dos problemas de saúde mental após o início do matriciamento?
- 8- Quais os pontos negativos e positivos identificados no desenvolvimento das ações de matriciamento em saúde mental na sua unidade?
- 9- Qual o maior desafio do trabalho do Apoio Matricial em saúde mental?
- 10- Relate um caso acompanhado em conjunto com o profissional de saúde mental/matriciador.

ROTEIRO DE ENTREVISTA – APOIADOR MATRICIAL DE SAÚDE MENTAL

Data: ___/___/___ Horário: início: _____ término: _____

E) IDENTIFICAÇÃO

Local de trabalho: () NASF () CAPS Cargo: _____

Equipe matriciada: _____

Formação profissional: _____ ano de conclusão: _____

Pós-graduação: _____ ano de conclusão: _____

Tempo que trabalha como matriciador junto à equipe de Saúde da Família:

Experiência profissional anterior:

Participação em cursos/treinamentos na área de saúde mental.

Participou de cursos ou algum tipo de capacitação/treinamento para atuar na Estratégia de Saúde da Família?

Como você define Apoio Matricial?

F) IMPLANTAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES

- 11- Descreva a história da implantação do Apoio Matricial junto à unidade de Saúde da Família onde atua como matriciador.
- 12- Como estão organizadas as ações de Apoio Matricial?
- 13- Como está a participação das equipes de Saúde da Família nas ações de Apoio Matricial?
- 14- Quais são as ações desenvolvidas em conjunto pelo matriciador/equipe de saúde da família?

G) QUESTÕES E PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL

- 15- Quais são as principais questões relacionadas ao sofrimento psíquico/saúde mental que são trazidos para a discussão pelos profissionais das equipes de Saúde da Família?
- 16- Dentre os problemas de saúde mental destacados, quais você acha que podem ser acompanhados pelo profissional da Estratégia de Saúde da Família e quais devem ser encaminhados para atendimento especializado?

H) AVALIAÇÃO DAS AÇÕES

- 17- Quais as mudanças observadas na equipe de Saúde da Família em relação à identificação e acompanhamento dos problemas de saúde mental após o início das ações de matriciamento?
- 18- Quais são os pontos negativos e positivos identificados no desenvolvimento do seu trabalho de matriciamento em saúde mental?
- 19- Qual o maior desafio do trabalho do Apoio Matricial em saúde mental?
- 20- Relate um caso acompanhado em conjunto com a equipe de Saúde da Família.

ROTEIRO DE ENTREVISTA – GESTOR

Data: ____/____/____ Horário: início _____ término _____

A) IDENTIFICAÇÃO

Cargo:

Formação profissional: _____ ano de conclusão: _____

Pós-graduação: _____ ano de conclusão: _____

Experiência profissional anterior:

Tempo de experiência na Atenção Primária à Saúde:

Tempo que acompanha as ações de matriciamento em saúde mental:

Participou de cursos ou algum tipo de capacitação/treinamento em saúde mental.

Como você define Apoio Matricial?

B) IMPLANTAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES

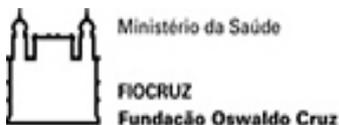
- 21- Histórico da implantação do Apoio Matricial na área (AP 3.1).
- 22- Como estão organizadas as ações de matriciamento na área (AP 3.1)?
- 23- Como se dá a participação das equipes nas ações de matriciamento em saúde mental?
- 24- Existem diferenças entre as ações de matriciamento desenvolvidas pelo CAPS e pelo NASF?

C) QUESTÕES E PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL

- 25- Quais são as principais questões relacionadas ao sofrimento psíquico/saúde mental trazidos pelas equipes?
- 26- Quais são os indicadores de saúde mental utilizados para o levantamento desses problemas?
- 27- Dentre os problemas de saúde mental destacados, quais você acha que podem ser acompanhados pelo profissional da equipe de Saúde da Família e quais devem ser encaminhados para atendimento especializado?

D) AVALIAÇÃO DAS AÇÕES

- 28- Quais as mudanças observadas na equipe de Saúde da Família em relação à identificação e acompanhamento dos problemas de saúde mental após a implantação do apoio matricial?
- 29- Quais os pontos negativos e positivos identificados no desenvolvimento das ações de matriciamento em saúde mental?
- 30- Quais são as propostas para superar as dificuldades encontradas?
- 31- Quais são os aspectos relevantes da sua atuação enquanto gestor no acompanhamento das ações de matriciamento em saúde mental?
- 32- Qual o maior desafio do trabalho de Apoio Matricial em saúde mental?

ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa intitulado *O Apoio Matricial em Saúde Mental e a Qualificação das Equipes de Saúde da Família*. Este projeto tem por objetivo investigar a organização e o desenvolvimento das ações de matriciamento em saúde mental junto às equipes de Saúde da Família na AP 3.1. Você será submetido à aplicação de um questionário por um entrevistador. O tempo previsto para a aplicação da entrevista é de uma (1) horas e a mesma será gravada em áudio para ser avaliada a partir de sua transcrição.

Embora não haja nenhuma garantia de que o(a) Sr(a) terá benefícios com este estudo, as informações fornecidas poderão ser úteis para aprimorar o trabalho compartilhado realizado pelas equipes de Saúde da Família e de matriciamento em saúde mental, podendo beneficiar outros indivíduos. O(a) Sr(a) não terá qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos neste estudo. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação.

Assinando o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o(a) senhor(a) não desiste de nenhum dos seus direitos. Além disso, o(a) senhor(a) não libera os investigadores de suas responsabilidades legais e profissionais no caso de alguma situação que lhe prejudique. A sua participação é inteiramente voluntária. Uma vez aceitando participar desta pesquisa, o (a) senhor(a) deverá sentir livre para abandonar o estudo a qualquer momento do curso deste, sem que isto afete o seu trabalho ou relacionamento futuro com esta instituição. O investigador deste estudo também poderá retirá-lo(a) do estudo a qualquer momento, se ele julgar necessário para o seu bem estar.

Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, o (a) Sr.(a) deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob comando permanente, ou contactando o Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição (21)38659710. Não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação. É assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos.

Diante do exposto eu, firmado abaixo, concordo em participar do estudo intitulado *O Apoio Matricial em Saúde Mental e a Qualificação das equipes de Saúde da Família*.

Eu fui completamente informado e orientado pela pesquisadora Luciana Pinto Barros de Oliveira que está realizando o estudo, de acordo com sua natureza, propósitos e duração. Eu pude questioná-la sobre todos os aspectos do estudo. Além disso, ela me entregou uma cópia do presente documento, a qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha participação nesta pesquisa.

Depois de tal consideração, concordo em cooperar com este estudo e informar sobre qualquer anormalidade observada.

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

Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada do investigador.

Estou recebendo uma cópia assinada deste termo.

Data: __/__/__

Investigador: Luciana Pinto Barros de Oliveira

Assinatura: _____

Participante: Nome _____

Assinatura: _____

Contatos:

Luciana Pinto Barros de Oliveira - lucianapbo@ig.com.br tel. 988846412

Maria Cecília de Araújo Carvalho - ceciliacarvalho@fiocruz.br

CEP FIOCRUZ - cep@fiocruz.br

CEP Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro

Secretaria Municipal de Saúde - RJ

Rua: Evaristo da Veiga, 16 – sobreloja – Centro – RJ Tel. 2215 1485

CEP 20031 – 040

Email: cepsms@rio.rj.gov.br

Horário de funcionamento: de 09:00 às 16:00h, de segunda-feira à sexta-feira.