



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Aggeu Magalhães

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA – MODALIDADE
PROFISSIONAL

Roseane da Silva Farias

O Apoio Matricial em Saúde Mental no Município de Maceió: Construindo
Caminhos para o Território

Recife

2020

Roseane da Silva Farias

O Apoio Matricial em Saúde Mental no Município de Maceió: Construindo
Caminhos para o Território

Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Pública apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública – Modalidade profissional do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr^a Paulette Cavalcanti de Albuquerque

Coorientadora: Prof.^a Dr^a Telma Maria Albuquerque G. de Melo

Recife

2020

Título do trabalho em inglês: Matrix support in mental health in the city of Maceió: building paths for the territory.

F224a Farias, Roseane da Silva.
O apoio matricial em saúde mental no município de Maceió: construindo caminhos para o território / Roseane da Silva Farias. -- 2020.
115 p. : il.color.

Orientadora: Paulette Cavalcanti de Albuquerque.
Coorientadora: Telma Maria Albuquerque Gonçalves de Melo.
Dissertação (Mestrado Profissional em Programa de Pós-graduação em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães, Recife, 2020.
Bibliografia: f. 84-94.

1. Saúde mental. 2. Atenção primária à saúde. 3. Matriciamento em saúde mental. I. Título.

CDU 614

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Adagilson Batista Bispo da Silva - CRB-1239
Biblioteca Luciana Borges Abrantes dos Santos

Roseane da Silva Farias

**O Apoio Matricial em Saúde Mental no Município de Maceió: Construindo
Caminhos para o Território**

Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Pública apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública – Modalidade profissional do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Aprovado em: 18 de dezembro de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Dr^a Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Dr^a Marcela Adriana da Silva Lucena
Universidade Federal de Pernambuco/

Dr^o Sidney Feitoza Farias
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

A todos os militantes da luta Antimanicomial, em especial para Assistente Social Hozana França, que através de sua energia e luta tive a feliz oportunidade de conhecer e me apaixonar pela saúde mental.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por ser meu abrigo nas horas mais difíceis.

À minha orientadora, professora **Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque** por sua infinita generosidade e paciência. Pelas trocas sempre ricas de sentido e afetos, lembrando que teoria e prática caminham de mãos dadas, sendo forjada nas relações existentes no cotidiano.

À minha co-orientadora, professora **Dra. Telma Maria Albuquerque G. de Melo**, por trazer serenamente a possibilidade de refletir, compartilhar e produzir novos saberes nesse processo.

Ao meu esposo e filhos, **Sérgio Farias, Milena Farias, Sérgio Farias Júnior e Victor Farias**, pelo apoio, motivação e confiança, mesmo quando as tensões e dúvidas permearam esse estudo.

À minha amiga **Juliana Vieira**, pelo incentivo e companhia durante toda essa caminhada durante essa jornada, compartilhando sua experiência e doando seu tempo para estar junto comigo, transformando um sonho tão distante em realidade.

Ao meu terapeuta, **Rogério Carnáuba**, pelo apoio e compromisso profissional, pela escuta sensível e provocações motivadoras que me apresentaram um novo mundo, cercado de poesias e belos jardins.

A todos os colegas da **Gerência de Atenção Psicossocial de Maceió**, pessoas mais que especiais que compartilharam momentos de crises e alegrias, em especial a **Ana Luisa de Mendonça Tenório**, pela participação ativa nesse estudo através da realização das entrevistas e a gerente **Izolda Dias**, pelo apoio e confiança na execução deste trabalho.

Aos **professores do curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública (2018 – 2020)**, pelo conhecimento compartilhado e construído, e aos **funcionários** do Instituto Aggeu Magalhães, pela atenção e compromisso.

À **turma 2018 – 2020**, que tornaram essa jornada mais alegre e dinâmica, e mesmo quando estávamos distantes nos sentíamos acolhidos e abraçados pela generosidade de cada. Em especial, **minha gratidão e carinho às amigas Simone de Jesus e Vanessa Alves**, pela possibilidade de compartilhar meus dias, tornando essa caminhada mais leve e cercada de muitas histórias.

Um agradecimento especial a **todos(as) os(as) profissionais** que colaboraram aceitando participar do estudo e compartilhando suas experiências, sentimentos, opiniões, em prol da construção deste conhecimento.

A todos os **usuários e familiares/cuidadores** que trazem vida às ações e nos mobiliza para nunca perder de vista a Luta Antimanicomial, com quem aprendemos e dividimos tantas histórias. Pela licença concedida para que através de suas trajetórias possamos ver e desvendar um pouco da realidade que nos cerca.

RESUMO

FARIAS, Roseane da Silva. O apoio matricial em saúde mental no município de Maceió: Construindo caminhos para o território. 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) — Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

O objetivo do estudo foi compreender o desenvolvimento das ações de suporte matricial em saúde mental nas Unidades Básicas do V Distrito Sanitário de Maceió e como elas têm ajudado no desenvolvimento do cuidado em rede no território. A partir de referências teóricas que guiam as ações da Atenção Básica e da Saúde mental, tendo como metodologia o apoio matricial em saúde mental. Trata-se de um estudo de caráter exploratório, de abordagem qualitativa e tem como lócus o município de Maceió para apontar as potencialidades e fragilidades das ações de apoio matricial que vêm sendo desenvolvidas e as repercussões para o cuidado em rede no território. O presente estudo analisou o período de 2017 a 2019, que corresponde ao início da implementação do matriciamento em saúde mental por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió junto às equipes de Atenção Básica. Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais envolvidos no processo de matriciamento, tanto os que atuam nas equipes de Estratégia de Saúde da Família — ESF (Equipe de Referência), quanto os que são responsáveis pela prestação de suporte técnico-assistencial e pedagógico das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) (Equipes de Apoio Matricial). A técnica de coleta de dados selecionada foi a entrevista semi-estruturada que ocorreu em setembro e para tratamento dos dados, utilizamos a análise de conteúdo. Os profissionais perceberam que o Apoio Matricial torna as ações da ESF mais eficientes e ajuda a resolver os problemas da Atenção Básica. Dificuldades iniciais, como o desconhecimento das competências dos apoiadores e profissionais das equipes de referência, foram apontadas. Destaca-se a aproximação entre Unidades Básicas de Saúde, NASF e as mudanças reais na forma de lidar com as pessoas em sofrimento psíquico, a construção de espaços que favorecem uma troca produtiva de saberes e práticas. A circulação das equipes no território proporciona a ampliação do olhar para a vulnerabilidade social e seus rebatimentos na saúde mental da população, a identificação da rede intersetorial através dos dispositivos, as lacunas existentes na rede, revisitando a responsabilidade dos profissionais quanto à mobilização e participação social. Espera-se contribuir com o processo de trabalho do apoio matricial das equipes de saúde do V Distrito Sanitário e das Unidades Básicas de Saúde.

Palavras chaves: saúde mental; atenção básica; modelos de assistência à saúde.

ABSTRACT

FARIAS, Roseane da Silva. Matrix support in mental health in the city of Maceió: building paths for the territory. 2020. Dissertation (Professional Master's Degree in Public Health) — Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

The objective of the study was to understand the development of matrix support actions in mental health in the Basic Units of the V Sanitary District of Maceió and how they have helped in the development of care network in the territory. Based on theoretical references that guide Primary Care and Mental Health actions, using matrix support in mental health as a methodology. This is an exploratory study, with a qualitative approach and has the city of Maceió as its locus to point out the strengths and weaknesses of the matrix support actions that have been developed and the repercussions for network care in the territory. The present study analyzed the period from 2017 to 2019, which corresponds to the beginning of the implementation of matrix support in mental health by the Municipal Health Department of Maceió with the Primary Care teams. The research subjects were the professionals involved in the matrix support process, both those who work in the Family Health Strategy teams - ESF (Reference Team), and those who are responsible for providing technical-assistance and pedagogical support to the teams of the Family Health Support Center (NASF) and Psychosocial Care Center (CAPS) (Matrix Support Teams). The selected data collection technique was the semi-structured interview that took place in September and for data treatment, we used content analysis. Professionals realized that Matrix Support makes ESF actions more efficient and helps solve Primary Care problems. Initial difficulties, such as lack of knowledge of the skills of supporters and professionals from the reference teams, were pointed out. We highlight the rapprochement between Basic Health Units, NASF and the real changes in the way of dealing with people in psychological distress, the construction of spaces that favor a productive exchange of knowledge and practices. The circulation of the teams in the territory provides the expansion of the look at social vulnerability and its impact on the mental health of the population, the identification of the intersectoral network through the devices, the existing gaps in the network, revisiting the responsibility of professionals regarding mobilization and social participation . It is expected to contribute to the work process of the matrix support of the health teams of the V Sanitary District and the Basic Health Units.

Key-words: mental health; basic attention; healthcare models.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Marcos Normativos da Atenção Básica	31
Figura 2 - Rede de Atenção Psicossocial (2011)	38
Figura 3 - Ilustração do modelo de apoio matricial.....	45
Figura 4 - Mapa dos Distritos Sanitário de Maceió - Alagoas.....	53
Figura 5 - Mapa dos serviços do SUS no V Distrito Sanitário	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorizações de Internações Hospitalares
AM	Apoio Matricial
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
BPA C	Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CF	Constituição Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
ECT	Eletroconvulsoterapia
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GAP	Gerência de Atenção Psicossocial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
PNH	Política Nacional de Humanização
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares — Psiquiatria
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial

SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SM	Saúde Mental
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFAL	Universidade Federal de Alagoas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	22
2.1	OBJETIVO GERAL	22
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
2.3	OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE INTERVENÇÃO	22
3	CAMINHOS CONCEITUAIS	23
3.1	REFORMA SANITÁRIA E O PAPEL ESTRATÉGICO DA ATENÇÃO BÁSICA NA CONSOLIDAÇÃO DO CUIDADO NO SUS	24
3.2	PROCESSO HISTÓRICO E MARCO NORMATIVO DA ATENÇÃO BÁSICA E DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL	29
3.3	REFORMA PSIQUIÁTRICA: UMA REVOLUCIONÁRIA TRANSIÇÃO NA BUSCA POR POLÍTICAS ANTIMANICOMIAIS	35
3.4	SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: O TERRITÓRIO COMO LÓCUS DO CUIDADO	41
3.5	O APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL NA CONSTRUÇÃO DE PONTES PARA O CUIDADO EM REDE	44
4	METODOLOGIA	51
4.1	TIPO DE ESTUDO	51
4.2	PERÍODO E LOCAL DE ESTUDO	51
4.3	SUJEITOS DA PESQUISA	54
4.4	COLETA DE DADOS	55
4.5	ANÁLISE DE DADOS	57
4.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	58
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
5.1	MATRICIAMENTO EM NÚMEROS: SITUAÇÃO ATUAL EM MACEIÓ	59
5.2	CENÁRIO ENCONTRADO NO TRABALHO DE CAMPO EM TEMPOS DA COVID-19	62

5.3	TRABALHANDO CONCEITO DE MATRICIAMENTO ENTRE EQUIPES DOS DISPOSITIVOS	63
5.4	PRINCIPAIS PAUTAS COMPARTILHADAS NO MATRICIAMENTO	66
5.5	PERCEPÇÃO DAS EQUIPES SOBRE INTER-RELAÇÃO ENTRE VULNERABILIDADE SOCIAL E SOFRIMENTO PSÍQUICO	73
5.6	FRAGILIDADES E POTENCIALIDADES DO MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NO V DISTRITO SANITÁRIO	76
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
	REFERÊNCIAS	84
	APÊNDICE A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	96
	ANEXO A - ROTEIRO DE ENTREVISTAS PARA PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	97
	ANEXO B - ROTEIRO DE ENTREVISTAS PARA PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE MENTAL	99
	ANEXO C – RELATÓRIO TÉCNICO	101

1 INTRODUÇÃO

A longa trajetória da humanidade na lida com os “sujeitos loucos” foi marcada pela violência e segregação. As pessoas que não obedeciam às convenções sociais do seu tempo sempre foram vistas como delinquentes e, por isso, acabavam sendo alvos de intervenção. Intervenções que ocorriam através da segregação das pessoas que eram enviadas em navios sem destino durante a Idade Média, ou pelo abandono em grandes instituições, onde as pessoas com problemas mentais perdiam a sua identidade. Os métodos excludentes e violentos, usados com os supostos loucos, permaneceram, até mesmo depois do surgimento da psiquiatria, cujo objetivo foi analisar essas pessoas de outra forma.

No século XVIII, de acordo com Foucault, a prática médica estava predominantemente voltada para a restauração da saúde após o adoecimento, em vez de se concentrar na promoção e prevenção da saúde na sociedade da época. Um marco importante desse período, observado por ele, foi a transformação na percepção da loucura. Até então, a loucura não era considerada uma doença mental, sendo vista como uma manifestação à margem da medicina (FOUCAULT, 1977, p. 39).

No entanto, o enfoque predominante na medicina moderna, conforme discutido por Foucault, ainda se concentra no tratamento de doenças depois que elas surgem, em vez de adotar uma abordagem proativa de promoção e prevenção da saúde. A psiquiatria, ao adotar o conceito de doença mental, estabeleceu ao isolamento social como modelo de cuidado, levantando questões sobre as implicações éticas e práticas desse enfoque (CAMPOS; SOARES, 2003).

Só depois da Segunda Guerra Mundial esse paradigma de isolamento começou a ser questionado, com experiências iniciais que foram surgindo, como na Itália, com Franco Basaglia (1924 – 1980), um psiquiatra que, devido aos seus estudos na Itália, em 1961, deixou a Universidade de Pádua para administrar o Hospital Psiquiátrico de Gorizia. A partir da experiência da Comunidade Terapêutica criada por Maxwell Jones na Escócia, introduziu uma série de mudanças naquela instituição e no Hospital Psiquiátrico Regional de Trieste, para onde se mudou em 1971. Eliminou as medidas de repressão institucionais, permitiu que médicos e pacientes se reunissem e devolveu ao 'doente mental' a dignidade do cidadão (BASAGLIA, 1985).

A modificação do conceito trazido por Basaglia (1985) promoveu a inversão do até então utilizado. Trouxe o homem e as consequências de sua internação para o

foco, não ignorando a doença, mas deixando-a em um plano secundário. Amarante (1994) argumenta que, ao colocar entre parênteses a doença mental, não se está negando que ela produza dor, sofrimento ou mal-estar, mas sim recusando-se à aceitação da completa capacidade do saber psiquiátrico em explicar e compreender o fenômeno loucura/sofrimento psíquico, assim reduzido ao conceito de doença.

Dessa forma, com a intensificação dessas novas discussões e, sobretudo, com a divulgação do trabalho de Franco Basaglia no Brasil, vemos gradualmente a atuação de trabalhadores, familiares e professores cobrando a mudança do modelo assistencial adotado pelo Estado brasileiro no atendimento às pessoas em sofrimento mental.

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil e da Luta Antimanicomial é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário” nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (DELGADO; ZAIDEN, 2014).

A mudança do modelo tradicional de assistência à saúde permitiu a criação de um novo paradigma que torna a atenção primária como ponto-chave da rede de cuidados, visando reorganizar todo o sistema de saúde. A Reforma Psiquiátrica, como é conhecida, tem como um dos seus objetivos a retirada dos pacientes psiquiátricos dos hospitais, processo de desinstitucionalização, o fim do foco no modelo asilar e o maior estímulo para o cuidado desses indivíduos no contexto da atenção básica (SOUZA, 2015).

A concretização desse processo de alteração foi a aprovação, em 6 de abril de 2001, da Lei 10.216, que regulamenta a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial de saúde mental. Estabeleceu novas orientações para as políticas de saúde mental, ao prever a substituição gradativa dos manicômios pelo país por uma rede complexa de serviços que contempla o cuidado em liberdade como elemento terapêutico primordial. Esses documentos também sustentavam que os hospitais psiquiátricos deveriam ser, gradualmente, extintos e substituídos por serviços de base territorial e comunitária (BRASIL, 2011).

Dessa forma, estabeleceu-se, entre outras garantias, que a pessoa com transtorno mental, “sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo,

orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno (...)", deve ser "tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade [art. 2º, § II]" (BRASIL, 2001).

Desde então, o Ministério da Saúde tem apontado para a necessidade de uma articulação entre a saúde mental e a atenção básica, através da publicação de orientações sobre o apoio matricial de saúde mental, desenvolvidos pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) junto às equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), de modo a aumentar a competência técnica para solucionar casos no próprio território (BRASIL, 2003).

Em 2003, foi divulgada diretrizes para a organização das ações de saúde mental na atenção básica. Uma das diretrizes seria a implementação do apoio matricial dos CAPS junto às equipes de saúde da família. Em 2004, o Ministério da Saúde divulgou o documento "SAÚDE MENTAL NO SUS: OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL", onde o apoio matricial é apresentado como uma das atribuições do CAPS junto às equipes de Saúde da Família. Em 2008, com a divulgação da portaria do Núcleo de Apoio a Estratégia de Saúde da Família (NASF), a questão da saúde mental voltou a ser abordada na política de atenção básica.

Outra importante conquista para robustecer o arcabouço legal pela efetivação da Reforma Psiquiátrica no Brasil foi a publicação da Portaria n. 3.088/2011 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que estabelece os critérios de organização e implementação em todo o país, integrando a saúde mental em todos os níveis e pontos de atenção no SUS.

A publicação do Caderno de Atenção Básica n.º 34, que trouxe como foco principal a saúde mental na atenção básica, veiculado através da Secretaria de Atenção à Saúde para a inclusão do tema junto às equipes da atenção básica, representou um marco para o processo de educação permanente, em especial para os profissionais que relatavam dificuldades no estabelecimento de ações voltadas para essa demanda (PINHEIRO, 2019).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia que visa transformar o ambiente de trabalho em um espaço de ação crítica e reflexiva. Para compreender plenamente o potencial da EPS, é essencial reconhecer que a produção de conhecimento não é um processo isolado, mas sim algo que se concretiza no

cotidiano dos serviços de saúde, tornando-se uma produção de vida. Em outras palavras, a EPS não apenas promove a formação de profissionais de saúde, mas também integra o conhecimento e a aprendizagem de forma contínua e prática no ambiente de trabalho, contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência e a promoção da saúde da população (VERONA, 2015).

A maioria das publicações, normas e orientações enfatiza a necessidade de uma maior cooperação entre as equipes, o apoio matricial como estratégia de suporte oferecido pelas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), constituindo-se em retaguarda especializada para as equipes de ESF. Esta cooperação entre as equipes é entendida como uma responsabilidade compartilhada, e se desenvolve através de discussões de caso clínico, consultas conjuntas, elaboração de planos terapêuticos individuais, intervenções com as famílias e as comunidades, realização de grupos, entre outras atividades (BRASIL, 2013b).

Nos últimos trinta e um anos, o Movimento da Reforma Psiquiátrica tem trazido de volta à discussão pública a questão da abolição dos hospitais psiquiátricos como forma de tratamento para pessoas que sofrem de transtornos mentais ou usam álcool e outras drogas, pois é baseado em um modelo segregacionista que viola direitos (SOUSA; JORGE, 2019).

A proposta de retorno dos hospitais psiquiátricos como parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) sempre esteve presente, no entanto por muitos anos manteve-se firme o processo de luta antimanicomial, inclusive ancorado nas normativas que fortalecem essa direção assistencial junto ao Ministério da Saúde, no entanto, no governo atual vê-se um forte ataque a essa direção político e prática.

A ideia de retomar os hospitais psiquiátricos como parte da RAPS sempre existiu, mas, por vários anos, houve uma forte batalha contra isso, inclusive com normas que reforçam essa assistência vindas do Ministério da Saúde. No entanto, o atual governo representa uma grande ameaça aos ideais da Reforma Psiquiátrica.

A publicação da Nota Técnica n.º 11/2019-(CGMAD/DAPES/SAS/MS) com o intuito de lutar diretamente contra os objetivos, princípios e diretrizes da ideologia construída a partir do Movimento de Reforma Psiquiátrica, apresenta a seguinte descrição:

Todos os Serviços, que compõem a RAPS, são igualmente importantes e devem ser incentivados, ampliados e fortalecidos. O Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando

mais fechamento de unidades de qualquer natureza. A Rede deve ser harmônica e complementar. Assim, não há mais por que se falar em “rede substitutiva”, já que nenhum Serviço substitui outro. O país necessita de mais e diversificados tipos de Serviços para a oferta de tratamento adequado aos pacientes e seus familiares (BRASIL, 2019).

A proposta de retorno dos hospitais psiquiátricos como integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) traz de volta ao cenário o fortalecimento do mercado privado, reafirmando o modelo que a gestão atual propõe para o cuidado às pessoas em situação de sofrimento mental grave e reafirma uma modalidade de cuidado centrada na internação, que vinham há anos sendo combatidas para sua superação. A história mostra claramente o impacto deste modelo, que tirava das pessoas o direito de serem cidadãos e, muitas vezes, a própria vida (AMARANTE, 2019a).

O documento ainda omite importantes temas como a redução de danos, considerado uma estratégia altamente exitosa de cuidado às pessoas em situação de uso e abuso de álcool e traz novamente o privado, fortalecendo o papel das Comunidades Terapêuticas, reafirmando o modelo de cuidado centrado na privação de liberdade.

Em meio a essas mudanças e retrocessos, cabe ainda mais aos usuários, trabalhadores, gestores, famílias e a comunidade acadêmica serem protagonistas na mobilização social, a fim de gerar tensão e possibilidades para o desenvolvimento de estratégias que visem à produção de cuidado nos espaços em que acreditamos serem os mais adequados para a construção de processos de saúde e vida saudáveis.

Em termos de saúde mental, esses desafios são ainda maiores, pois, em alguns estados, como Alagoas, a Reforma Psiquiátrica progrediu a passos muito lentos. O processo de desinstitucionalização começou realmente em 2014, com o anúncio do fechamento do primeiro hospital psiquiátrico, porém, só nos últimos meses de 2017 e início de 2018, foram implantados os primeiros Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), para a realocação de 70 pessoas que se encontravam em situação de longa internação neste hospital.

Apesar de ter sido a primeira cidade a implantar serviços substitutivos, como os CAPS e os serviços residenciais terapêuticos em Alagoas, Maceió apresenta diversas fragilidades na história do cuidado em saúde mental nos territórios. Os primeiros serviços de saúde mental de caráter substitutivo foram implantados no município na década de 1990. Eles são: CAPS CEAAD e CAPS Casa Verde, que

surgiram vinculados ao Hospital Escola Portugal Ramalho (HEPR), o hospital psiquiátrico da UNCISAL. Essas duas instituições ainda existem, mas, por estarem atreladas ao Hospital Psiquiátrico, nunca tiveram a formalização necessária para serem financiadas pelo Ministério da Saúde.

De acordo com Ribeiro (2014), a implantação dos primeiros serviços de atenção em saúde mental nos moldes do processo da Reforma Psiquiátrica ocorreu com a implantação dos CAPS Enfermeira Noraci Pedrosa, primeiro CAPS do estado de Alagoas em 1997, seguidos do CAPS Sadi Feitosa de Carvalho e CAPS Infantojuvenil Luiz da Rocha Cerqueira em 1998.

A autora atribui a mudança do cuidado em saúde mental em Alagoas à coragem e perseverança dos trabalhadores que se arriscaram a enfrentar as práticas e discursos vigentes, apostando na necessidade de criar uma política de saúde mental diferente daquela que dominava o Estado. Isso permitiu que as mudanças reais no processo de cuidado fossem possíveis (RIBEIRO, 2014).

No que diz respeito às ações de saúde mental em atenção básica, a Secretaria Municipal de Saúde, através da Gerência de Atenção Psicossocial (GAP), apenas recentemente começou a investir esforços para criar espaços de discussão, organização de fluxo e apoio aos profissionais da gerência, a fim de proporcionar o cuidado em saúde mental nos territórios. Até aquele momento, essa era uma pauta ignorada pelos outros setores da secretaria, o que causava direcionamentos equivocados e sobrecarregam os serviços de média e alta complexidade (Unidades de Referências, CAPS e os hospitais psiquiátricos).

Uma das estratégias para minimizar a distância entre os CAPS e a Atenção Básica foi a implantação de ações de matriciamento em saúde mental nos territórios. Embora seja uma técnica bastante descrita na literatura, era pouco utilizada pelas equipes que atuam no Sistema Único de Saúde no município de Maceió.

As primeiras experiências foram alavancadas através da parceria entre Secretaria Municipal de Saúde de Maceió e a Universidade Federal de Alagoas (UFAL) no Projeto de Extensão Matriciamento em Saúde Mental em 2015.

Dessa maneira, concluímos que as ações de apoio matricial em saúde mental, implantadas recentemente junto às equipes de atenção básica em Maceió, têm apresentado grandes desafios para as equipes que participam do processo. A participação no Projeto de Extensão Matriciamento em Saúde Mental, visando apoiar as demandas de saúde mental nas unidades de saúde, tendo como projeto-piloto,

inicialmente, os 6º e 8º distritos sanitários em 2015, pode ser sinalizada como a primeira iniciativa institucional para implantação e consolidação da proposta de apoio matricial junto às equipes de atenção básica com protagonismo dos CAPS e NASF dos territórios no papel de apoiadores.

A partir da implementação pelo Ministério da Saúde do indicador: Matriciamento dos CAPS na atenção básica, como indicador de saúde para Rede de Atenção Psicossocial — RAPS (2016) e a realização do apoio técnico da Gerência de Atenção Psicossocial às equipes dos CAPS para fortalecer as ações de apoio matricial realizadas a partir do ano de 2017, faz-se necessário à realização de um processo de análise junto aos profissionais das equipes da atenção básica e NASF e CAPS, no sentido identificar as repercussões das ações de apoio nos aspectos da organização, execução do serviço, da participação dos profissionais e do acesso do usuário em sofrimento mental ao cuidado em rede nos territórios.

Pretendendo realizar uma análise sobre este tema e considerando que as ações de apoio matricial são uma estratégia importante para universalizar o acesso integral à saúde mental nos distritos sanitários de Maceió, sendo também um instrumento para diminuir os preconceitos e estigmas, contribuindo para o desenvolvimento do cuidado em rede no território e superando a permanência da centralidade do modelo manicomial, biomédico e da lógica da transferência do “caso” para atenção especializada. Constituímos as seguintes questões: como vêm sendo desenvolvidas as ações de apoio matricial em saúde mental nas unidades básicas do V Distrito Sanitário de Maceió? As ações de apoio matricial junto a AB favorecem a transformação de práticas e contribuem para o desenvolvimento do cuidado em rede no território?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o desenvolvimento das ações de apoio matricial em saúde mental nas Unidades Básicas do V Distrito Sanitário de Maceió, com vistas ao cuidado em rede no território.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever o desenvolvimento das ações de apoio matricial produzidas no cotidiano das equipes;
- b) Identificar a concepção de matriciamento em saúde mental dos profissionais do CAPS e da Atenção Básica;
- c) Analisar as potencialidades e fragilidades do processo de apoio matricial e suas implicações para o cuidado em rede no território;

2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE INTERVENÇÃO¹

A presente dissertação, apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Pública, tem por objetivo de intervenção, no contexto de atuação profissional da autora, a elaboração de um protocolo de cuidado em saúde mental na atenção básica no município de Maceió.

¹ Exigência do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães.

3 CAMINHOS CONCEITUAIS

Planejamos criar uma rota mais sólida que contemple o estudo das temáticas complexas e multifacetadas. Para isso, focaremos na leitura de vários autores que se dedicaram ao estudo e à pesquisa da saúde pública.

Trataremos do caminho para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que surge da luta revolucionária de trabalhadores, pesquisadores e usuários por uma ideia democrática e universal de saúde para a população brasileira. O percurso iniciado foi sendo paulatinamente desenhado, revisitado e modificado por muitas vezes, consolidado através da institucionalização do sistema pelas portarias e normativas (inter)nacionais.

O processo de redemocratização do país foi o cenário e o impulsionador desse processo de luta social, movimento de reformulação de como assistência à saúde era ofertada para população, até então o acesso era exclusivo aos trabalhadores formais e pessoas que podiam pagar por assistência à saúde.

Os reformadores (LARA; GUARESCHI; BERNARDES, 2016), visto que o contexto de luta pela redemocratização brasileira nos deu apenas a possibilidade de reformar internamente o país/sistemas, como podemos chamar os militantes ativos da luta pelas Reformas Sanitária e Psiquiátrica, desbravaram os caminhos das primeiras iniciativas que nos levaram a consolidação da política da Atenção Básica.

Estudos, levantamento de dados, projetos de mudança, artigos, livros, profissionais, professores, estudantes e a população numa troca intensa de ideias e ações que fizeram parte desse período da história da saúde pública brasileira foram responsáveis por retirar a assistência à saúde do contexto dos grandes hospitais privados e transferir a assistência para as periferias do país, numa proposta de sistema público, universal e gratuito.

No âmbito da reforma Psiquiátrica, do grupo de reformadores surge uma categoria mais radical, os transformadores, que não querem manter ou apenas reformar o sistema de saúde mental brasileiro, eles tinham a bravura e a convicção necessárias para abrir os hospitais psiquiátricos e trazer os doentes mentais, os transgressores e os alienados, como ficaram conhecidos, para ruas das cidades, praças, casas, escolas e de volta as famílias. Abrir as portas dos grandes hospitais psiquiátricos (manicômios) para encerrar a oferta do modelo assistencial que prezava pelo encarceramento de corpos e vidas, significava a transição para uma nova forma

de cuidar em liberdade, a assistência às pessoas em situação de sofrimento mental ofertada no território com direitos e dignidade.

A aliança entre os que promovem a reforma e os que defendem a transformação trouxe o tema da Saúde Mental para a Atenção Básica, mas o caminho não tem sido simples. A seguir, discutiremos os obstáculos e as dificuldades que cercam esse desejo de união, ainda tão distante.

Por fim, apresentaremos uma das propostas/estratégias elaboradas para diminuir a distância entre os serviços de Saúde Mental e os da Atenção Básica. A partir de questionamentos, de estranhamentos, de aproximações e de experiências construídas no dia a dia, traremos o conceito/ação do apoio matricial em saúde mental junto às equipes de Atenção Básica para o contexto dessa discussão.

3.1 REFORMA SANITÁRIA E O PAPEL ESTRATÉGICO DA ATENÇÃO BÁSICA NA CONSOLIDAÇÃO DO CUIDADO NO SUS

A promulgação da nova Constituição em 1988 marcou um momento de transformação na saúde pública brasileira. Essa Carta Magna, que trouxe de volta a democracia, transformou a saúde em um direito individual e deu origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde. Essa mudança profunda na legislação teve um impacto significativo na organização da saúde pública no país (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Conforme observado por Behring (2000), os princípios fundamentais para a criação de um sistema de seguridade social pública no Brasil estão presentes no Artigo 194 da Constituição de 1988. Esse artigo estabelece a seguridade social como um conjunto de ações coordenadas pelos Poderes Públicos e pela sociedade, com o objetivo de garantir os direitos à saúde, previdência e assistência social.

A Reforma Sanitária brasileira é essencialmente um processo político. Seu progresso e implementação dependem da luta das classes subalternas por direitos, incluindo o direito à saúde. Os princípios estabelecidos no texto constitucional, tais como universalidade, uniformidade, seletividade, irredutibilidade, equidade, diversidade, gestão participativa, democracia e descentralização da administração, servem como bases fundamentais na construção de um sistema de saúde inclusivo e equitativo.

Esses princípios também destacam o papel estratégico da atenção básica na consolidação do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS). A atenção básica desempenha um papel crucial na promoção da saúde, na prevenção de doenças e na garantia de cuidados acessíveis e de qualidade a todos os cidadãos.

A saúde está prevista como um direito de todos e dever do Estado, garantida por meio de políticas sociais e econômicas que visem à diminuição do risco de doença e de outros problemas, além do acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, conforme estabelecido no artigo 196 da Constituição Federal.

De acordo com Paim (2008a), surgiram no Brasil, por volta dos anos 70 movimentos sociais que reivindicavam a democratização da saúde surgiram no Brasil na década de 1970, justamente numa época em que novos atores sociais emergiram nas lutas contra a ditadura militar. Esses movimentos foram fundamentais para a construção da reforma sanitária brasileira, que promoveu a democratização do sistema de saúde.

A inserção do direito à saúde na carta constitucional foi fruto do que podemos chamar de um movimento revolucionário iniciado a partir dos anos 70, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado assegurou, por meio de emenda popular, na Constituição, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado (AROUCA, 1998).

Segundo Arouca (2003) e Souto e Oliveira (2016), o movimento demonstrou o descontentamento da população face às humilhantes desigualdades, à mercantilização da saúde e, foi uma ação política focada em um projeto de sociedade civilizada inclusiva e solidária, com a saúde como direito universal de todos os cidadãos.

A reforma sanitária abre espaço para construção do campo da saúde coletiva, invenção genuinamente brasileira, que de acordo com Arouca (2003 *apud* SOUTO; OLIVEIRA, 2016) tem origem a partir da crítica realizada à medicina preventiva em sua tese de doutorado 'O dilema preventivista'.

A capacidade de criar, de arriscar, de testar, de estabelecer espaços públicos de participação ativa e profundamente democrática/republicana, permitiu explorar novas ideias e caminhos políticos que sustentaram a criação de algo inovador, o projeto da Reforma Sanitária Brasileira (SOUTO; OLIVEIRA 2016).

É justamente nessa busca de algo novo que surgem as iniciativas da construção do papel estratégico da atenção básica na consolidação do cuidado no SUS. A Constituição Federal brasileira de 1988, inspirada na Declaração de Alma Ata, reconhece a conexão do desenvolvimento econômico e social e das condições ambientais na determinação do processo saúde-doença e na promoção da saúde. A Constituição Federal de 1988 estabelece a “saúde como direito de todos e dever do Estado”, com a criação de um sistema público universal de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado nos princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação social (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2018).

A primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela OMS e UNICEF, aconteceu em Alma-Ata, capital do Kazaquistão, em setembro de 1978. A Declaração da Conferência confirmou a saúde como um direito humano fundamental e uma das metas sociais mais importantes do mundo. A declaração mostra o desafio dos países para redirecionamento dos cuidados de saúde, de forma a contribuir para a diminuição das disparidades no crescimento econômico e social entre os países.

Para Mendes, I. (2004) de acordo com a Declaração de Alma-Ata:

As ações dos diferentes atores internacionais no sentido de diminuir as diferenças no desenvolvimento econômico e social dos países deveriam ser estimuladas para que se atingisse a meta de saúde para todos no ano 2000, reduzindo-se a lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e desenvolvidos. Naquela ocasião, chegou-se ao consenso de que a promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e, conseqüentemente, condição única para a melhoria da qualidade de vida dos homens e para a paz mundial (MENDES, I., 2004).

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde solicita à comunidade mundial que invista em ações voltadas aos cuidados primários de saúde, de modo que sejam desenvolvidas e implementadas iniciativas em todo o mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento.

Em termos de experiências no Brasil, a atenção primária à saúde é o núcleo do sistema universal de saúde. O modelo de atendimento da Estratégia Saúde da

Família, com 41 mil equipes multiprofissionais, assiste hoje 130 milhões de brasileiros. Sistemas públicos universais, como o SUS, que se concentram na Atenção Básica, reúnem cuidados individuais e ações coletivas de promoção e prevenção, cura e reabilitação, para assegurar a continuidade da atenção coordenada pela Atenção Básica, proporcionando o acesso à atenção especializada e hospitalar nos níveis secundário e terciário, conforme as necessidades. A fim de atender às necessidades da população, é necessária a implantação de políticas públicas que envolvam vários setores para lidar com os fatores sociais e ambientais que afetam a saúde (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2018).

Segundo Paim (2012), a partir da década de 1970, iniciou-se a criação de alguns centros de saúde vinculados a programas experimentais de saúde comunitária de universidades em articulação com os serviços de saúde, como a experiência de Montes Claros (formato focal), desdobrando-se posteriormente nos Programas de Extensão de Cobertura (formato ampliado), a exemplo do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), implementado a partir de 1976 e do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), formulado em 1980, mas não implantado em virtude da oposição dos empresários, bem como de dirigentes e burocratas do então Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

De acordo com Paim (2012), mesmo com a criação na década de 1970 de alguns centros de saúde vinculados a programas experimentais de saúde comunitária de universidades em articulação com os serviços de saúde, como a experiência de Montes Claros (formato focal), desdobrando-se posteriormente nos Programas de Extensão de Cobertura (formato ampliado), a exemplo do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), implementado a partir de 1976 e do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), formulado em 1980, mas não implantado em virtude da oposição dos empresários, bem como de dirigentes e burocratas do então Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) não houve avanços significativos na construção da proposta brasileira sobre AB. Mesmo após as discussões da 7ª Conferência Nacional de Saúde — CNS (1980) e da 8ª CNS (1986) a política de saúde empreendida privilegiou o Programa das Ações Integradas de Saúde (1983), enquanto estratégia-ponte para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) (PAIM, 2012).

Sendo assim, a Política Nacional de Atenção Básica à Saúde teve um longo caminho até a normatização de sua proposta. Formulada em 2006 (BRASIL, 2011a) foi revista e flexibilizada em outubro de 2011 e lançado o Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011 – 2022 (BRASIL, 2011b). O CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) trouxe o debate sobre AB para discussão e, em abril de 2012, realizou um seminário internacional a respeito (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2012).

Conforme a publicação *Atenção primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental* veiculada pela FIOCRUZ (2018) já existem robustas evidências empíricas e analíticas de que os sistemas universais são superiores em termos de qualidade, eficiência e de equidade em saúde quando possuem, como pilares estruturantes: a organização de uma AB integral, o financiamento e a prestação predominantemente públicos e uma efetiva regulação do Estado para a garantia do acesso universal, subordinando as lógicas fragmentadas de mercado à visão da saúde como um bem público (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2018).

O modelo de atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro sustenta-se no modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família, com equipe multiprofissional de base territorial, abordagem de cuidado individual e coletivo, primeiro ponto de contato com o sistema de saúde, início de um processo contínuo de atenção em uma rede integral regionalizada de serviços. Os progressos da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde para o acesso universal são inquestionáveis, com aumento da oferta, simplificação do acesso, maior disponibilidade de serviço de procura regular (fonte usual do cuidado), expressos na atuação de mais de 41 mil equipes de Saúde da Família, presentes em 5.400 municípios, com população atendida estimada de mais de 130 milhões de pessoas. A Estratégia de Saúde da Família, sendo o alicerce do sistema universal, teve um impacto benéfico sobre a saúde da população, conforme mostram as evidências robustas de redução da mortalidade (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2018).

Dessa forma, pode-se afirmar o papel crucial da atenção primária na consolidação do cuidado pelo SUS, os quais, segundo Starfield (2002), são norteados pelos seguintes princípios:

1. A longitudinalidade — relação pessoal entre paciente e profissionais da atenção primária ao longo do tempo;
2. A Integralidade- garantia, pelo sistema de saúde, de todos os cuidados de saúde que o usuário necessitar;
3. O primeiro contato — lugar a ser buscado primeiramente pelos usuários;
4. Orientação Familiar — Além do problema de saúde do indivíduo, a equipe tem que conhecer a dinâmica familiar, para definir suas necessidades particulares e garantir a assistência integral, entendendo a família como sujeito da ação;
5. Orientação Comunitária — Reconhecer os recursos que a comunidade dispõe para potencializar o cuidado ao indivíduo (STARFIELD, 2002).

A equipe é responsável pelos cuidados necessários ao usuário, sejam eles prestados na Unidade Básica ou em qualquer outro ponto de atenção. Esses princípios devem permitir que as pessoas nos territórios sejam atendidas e, dessa forma, a Atenção Básica seja implementada e consolide seu papel de ordenadora do cuidado e coordenadora das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

A Organização Mundial da Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008), em sua proposta de reorganização dos sistemas nacionais de saúde, aponta que a AB deve ser pensada como ordenadora, coordenadora e gestora do cuidado de saúde, pela posição de centralidade que deve ter na constituição das redes de cuidado (JUNIOR; PINTO, 2014).

Um sistema alicerçado na atenção primária deve conseguir gerir, com eficiência, o HIV/Aids, o diabetes e a depressão, ou seja, entre os desafios das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) está a necessidade de lidar com as demandas de assistência à saúde mental na atenção primária à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Sendo assim, discutiremos as ligações existentes entre a Atenção Básica e a Saúde Mental, mostrando as interseções e as relações que permeiam o trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família e o diálogo com as equipes de saúde mental na organização do cuidado em saúde mental nos territórios.

3.2 PROCESSO HISTÓRICO E MARCO NORMATIVO DA ATENÇÃO BÁSICA E DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Para analisarmos essas duas políticas, precisamos rever os marcos constitucionais, os processos de lutas e, especialmente, os pontos de intersecção

entre saúde mental e atenção básica sob a perspectiva do apoio matricial e do cuidado em rede.

A Atenção Básica caracteriza-se como porta de entrada preferencial do SUS, formando um conjunto de ações de Saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, conforme estabelecido na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2013, que define a atenção básica como uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (STARFIELD, 2002; PAIM, 2008b; BARROS, 2012; SOUSA, 2015; VIEIRA, 2015).

A PNAB estabelece a Atenção Básica como um modelo de atendimento que visa impactar positivamente na situação de saúde e autonomia das pessoas, bem como nos determinantes e condicionantes de saúde das comunidades. Esse modelo é amplamente difundido e próximo às pessoas, posicionando-se como o primeiro ponto de contato dos usuários com o sistema de saúde e como o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde.

Conforme salientam os princípios fundamentais da Atenção Básica, a saber: universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social. Estes princípios, como indicam os autores citados, refletem o compromisso de oferecer cuidados de saúde que considerem as necessidades individuais das pessoas, levando em conta sua singularidade e contexto sociocultural. O objetivo principal é promover uma atenção integral que contemple não apenas a resolução de problemas de saúde, mas também a promoção do bem-estar e da qualidade de vida.

Dessa forma, a Atenção Básica desempenha um papel estratégico na construção de um sistema de saúde inclusivo, equitativo e centrado nas necessidades das pessoas. Ela representa a base sólida sobre a qual o SUS é construído, contribuindo para a promoção da saúde, a prevenção de doenças e o fortalecimento da atenção à saúde no Brasil, conforme mencionado por alguns autores (STARFIELD, 2002; PAIM, 2008b; BARROS, 2012; SOUSA, 2015; VIEIRA, 2015).

De modo a chegar ao modelo de atenção à saúde atualmente em uso no Brasil, registremos alguns elementos normativos dessa trajetória, exibidos na Figura 1:

Figura 1 - Marcos Normativos da Atenção Básica



Fonte: A autora, 2019.

O Programa de Saúde da Família — PSF — foi implantado pelo Ministério da Saúde em 1994, visando reorganizar a prática assistencial seguindo novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, voltado para o tratamento de doenças nos hospitais. A iniciativa de avaliar o progresso de experiências que aprofundam o olhar sobre as famílias e os territórios que já vinham sendo desenvolvidas em países como modelos de assistência à família no Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra que serviram de referência para a formulação do programa no Brasil.

Para Morosini, Fonseca e Lima (2018):

A criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 permitiu a ampliação da cobertura em saúde, em um movimento inicialmente voltado apenas para a parte da população brasileira em situação social mais vulnerável. Configurou-se um modo de compor a equipe e de organizar o processo de trabalho, com base territorial e responsabilidade sanitária,

referências sustentadas pelas sucessivas políticas. Com a Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB/96), o PSF assumiu a condição de estratégia de reorientação da AB, em substituição às modalidades tradicionais. Desde então como podemos observar no quadro acima foram transcorridas diversas mudanças a partir da publicação de diversas portarias, alterando objetivos, atribuições, composição de profissionais, atividades e investimentos. A NOB/96 instituiu os componentes fixo e variável do Piso da Atenção Básica (PAB) e estabeleceu incentivos financeiros aos municípios que adotassem o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e o PSF, tornando automática e regular a transferência de recursos federais para o financiamento desses programas (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Numa pesquisa realizada por Domingos *et. al* (2016), visando identificar as normas jurídicas que instituem as políticas de saúde na atenção básica, foram encontrados 224 documentos. Dentre eles, 28 (12,5%) faziam referência às normas que instituem, estabelecem, dispõem, atualizam ou redefinem objetivos, princípios e diretrizes sobre as políticas de saúde. A maioria dos documentos se apresentava via portarias que instituem ações, programas e estratégias voltadas para a atenção básica.

Morosini, Fonseca e Lima (2018) apontam que a orientação da gestão era a modificação da destinação dos recursos do fundo público, limitando as políticas sociais, promovendo a redução da dimensão pública do Estado e ampliando a participação do setor privado. Da mesma forma, lança-se uma ofensiva contra a classe trabalhadora, atingindo conquistas fundamentais, como os direitos trabalhistas e previdenciários. São uma série de reformas que tiram direitos sociais, numa represália sem medidas ainda, do capital contra o trabalho.

Contudo, vale ressaltar a publicação, relativamente recente, da Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprovou a “nova” Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A publicação da nova portaria trouxe mudanças que tornam o contexto do processo de consolidação do SUS ainda mais frágil, uma vez que segue na busca pelo fortalecimento do patamar ideológico que aponta o setor privado como alternativa viável para solucionar os problemas e necessidades de saúde da população brasileira.

Dessa forma, o terreno está propício para continuar a desconstrução do SUS, cujo financiamento nunca atingiu um nível de suficiência e estabilidade, enquanto as empresas privadas de planos de saúde sempre foram objeto de fortalecimento, por meio da destinação de incentivos financeiros contínuos (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Em meio a este cenário, os dados epidemiológicos demonstram, via estudos, que milhões de pessoas sofrem de alguma doença mental no mundo e esse número tem aumentado de forma gradual, sobretudo nos países em desenvolvimento.

Muitas pessoas apresentam sintomas de ansiedade, depressão ou somatoformes, embora não atendam a todos os critérios diagnósticos para doença mental, sendo bastante comum na população adulta, mas a população jovem vem trazendo grande preocupação para os sistemas de saúde mundial. Um recente estudo da OMS (2018) apresentou alguns dados preocupantes sobre a adolescência na faixa etária de 10 a 19 anos:

- a) As condições de saúde mental são responsáveis por 16% da carga global de doenças e lesões em pessoas com idade entre 10 e 19 anos;
- b) Metade de todas as condições de saúde mental começa aos 14 anos, mas a maioria dos casos não é detectada nem tratada;
- c) Em todo o mundo, a depressão é uma das principais causas de doença e incapacidade entre adolescentes;
- d) O suicídio é a terceira principal causa de morte entre adolescentes de 15 a 19 anos;
- e) As consequências de não abordar as condições de saúde mental dos adolescentes se estendem à idade adulta, prejudicando a saúde física e mental e limitando futuras oportunidades;
- f) A promoção da saúde mental e a prevenção de transtornos são fundamentais para ajudar adolescentes a prosperar (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2019).

Em 2013, a OMS já havia apresentado, no segundo relatório, "Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação", que os transtornos mentais demandam acompanhamento e gerenciamento de longo prazo. As incapacidades decorrentes da depressão são uma preocupação, pois, até 2020, ela será superada apenas pelas doenças cardíacas. Dessa forma, os danos pessoais, sociais e financeiros provocados pela depressão serão relevantes. Há também uma indicação de que os transtornos mentais representavam 9% das enfermidades crônicas nos países em desenvolvimento, como o Brasil, e uma estimativa de aumento para 14%, em 2020 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Segundo a OMS (2019), os problemas mentais, neurológicos e o uso de substâncias são comuns em todos os continentes, atingindo todas as comunidades e grupos etários em todos os países. Embora 14% da carga global da doença seja atribuída a esses transtornos, a maioria das pessoas afetadas - 75% em muitos países de baixa renda - não tem acesso ao cuidado de que precisam.

No entanto, podemos afirmar que apenas uma pequena parcela dessas pessoas é identificada, diagnosticada e tratada, aumentando o sofrimento individual e com implicações socioeconômicas significativas, pois tais sintomas constituem causa importante de dias perdidos de trabalho, além de elevarem a demanda nos serviços de saúde (MARAGNO *et. al*, 2006).

Uma pesquisa realizada por Maragno *et. al* (2006) no Brasil revelou que o número de investigações epidemiológicas de base populacional ainda é reduzido, sobretudo na área da saúde mental. Entretanto, nas últimas décadas, isto vem se modificando, em Porto Alegre e São Paulo, cerca de 50% dos pacientes que procuram os serviços primários de saúde são considerados portadores de distúrbios mentais não-psicóticos. Em Pelotas, a prevalência de transtornos psiquiátricos menores foi de 22,7%, sendo 17,9% entre os homens e 26,5% entre as mulheres. Em 1995, cerca de um terço dos pacientes de um ambulatório geral universitário no Rio de Janeiro apresentavam esses sintomas. Uma pesquisa de base populacional realizada em Recife identificou uma prevalência total de transtornos mentais comuns de, aproximadamente, 35% da população analisada.

Em Maceió, identificamos apenas um estudo epidemiológico sobre os transtornos mentais e o uso de substâncias no bairro do Benedito Bentes. Trata-se de um estudo de corte transversal, quantitativo e de natureza descritiva. O bairro do Benedito Bentes, no município de Maceió, foi o escolhido para o início dessa investigação, pois é um dos mais populosos da capital e uma das áreas de prioridade no plano "Crack é possível vencer". Segundo o censo do Instituto Brasileira de Geografia e Estatística de 2010, o bairro atingiu um universo populacional de 88.084 habitantes. O objetivo da pesquisa foi identificar os transtornos mentais e o consumo de crack, álcool e outras drogas psicoativas no bairro do Benedito Bentes, bem como os fatores que estão relacionados, no entanto, não tivemos acesso aos dados, pois ainda não foram publicizados (RODRIGUES, 2017).

Conforme os dados apresentados, podemos observar a elevada incidência de pessoas que têm buscado na atenção básica alívio para suas "dores psíquicas"

demonstrando a urgente necessidade de colocar mais uma vez em pauta as questões de saúde mental e do cuidado às pessoas em situação de sofrimento psíquico.

Desse modo, faremos um pequeno resgate do processo que o Brasil vem construindo para garantir o cuidado a essas pessoas. Faremos o recorte temporal a partir da Reforma Psiquiátrica e avançaremos priorizando a identificação de estratégias de cuidado em liberdade que apontem para a interlocução com as equipes da Atenção Básica.

3.3 REFORMA PSIQUIÁTRICA: UMA REVOLUCIONÁRIA TRANSIÇÃO NA BUSCA POR POLÍTICAS ANTIMANICOMIAIS

A Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporânea à eclosão do “movimento sanitário” nos anos 70, que teve como objetivo a mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, a defesa da saúde coletiva, a equidade na oferta dos serviços, e o protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (DELGADO; ZAIDEN, 2014).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira foi inspirada na Reforma Italiana, que aconteceu na década de 1980. Nessa época, havia um importante processo de movimentação popular, com um cenário político de críticas e de implantação do SUS, Reforma Sanitária e luta antimanicomial. Desejava-se uma quebra do modelo de atendimento às pessoas em sofrimento psíquico no Brasil até aquele momento, criticando-se as práticas que excluía, segregavam e colocavam o foco no manicômio. Em vez disso, priorizou-se intervenções mais complexas, voltadas para a territorialidade (DIMENSTEIN *et al.*, 2009).

Deslocando a prática do cuidado em saúde mental para os territórios, ancorando novos saberes e práticas numa perspectiva integral dos sujeitos, que passam a ser vistos como cidadãos de direitos, com a possibilidade de participação no próprio tratamento.

Para Dimenstein *et al.* (2009):

Reforma Psiquiátrica aponta para a superação do modelo hospitalocêntrico no atendimento do transtorno mental, tendo em vista um cuidado que não afaste o portador do seu espaço social. Desse modo, a atenção básica, no campo da saúde pública brasileira, constitui-se em um espaço privilegiado de intervenção, mostrando-se como uma estratégia significativa para traçar

ações focadas no eixo territorial. O Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994, destaca-se nesse contexto (DIMENSTEIN *et al.*, 2009).

Dessa forma, a saúde, ao ser percebida como um recurso para a produção de vida diária dos usuários, exige-se que sejam adotados novos modos de tratar e acolher o sujeito em sofrimento, especialmente o portador de transtorno mental, em sua vida cotidiana e em seu espaço comunitário.

A reorientação do modelo de atenção em saúde tradicional permitiu a criação de um novo paradigma que considera a atenção básica como parte essencial da rede de cuidados e da reorganização do sistema de saúde. Alinhando com os princípios da Reforma Psiquiátrica que prevê a desinstitucionalização do sujeito em sofrimento psíquico, a superação da centralidade no modelo asilar e o maior estímulo do cuidado desses indivíduos no contexto da atenção básica (SOUZA, 2015).

De acordo com Amarante (1994), a Reforma Psiquiátrica surge como um catalisador para outra forma de pensar a assistência psiquiátrica, a partir da criação de dispositivos e estratégias de cuidado, comprometida com a saúde enquanto responsabilidade do Estado, com ênfase na implementação de mecanismos de reinserção social e ressocialização dos usuários.

A proposta de desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica Brasileira, previa a gradativa retirada das pessoas com longo histórico de internação dos espaços dos hospitais psiquiátricos. A ampliação, aperfeiçoamento e a padronização da rede de atenção à saúde mental, particularmente nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), foram os principais objetivos das ações e normatizações do Ministério da Saúde. São serviços fundamentais para a estruturação da rede de cuidados com a saúde mental em um território. Sua ampliação teve grande relevância para modificar o cenário de atenção à saúde mental no Brasil. A utilização desses serviços e unidades de saúde como substitutos, e não como complementos ao hospital psiquiátrico, possibilitou a ampliação do cuidado em saúde mental para as pessoas oriundas de longas internações, mas também para a população em geral. Possibilitando com isso, a assistência nos processos de crises, a realização de diagnóstico precoce e um espaço de sociabilidade e cidadania.

A Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. São consideradas significativas modificações do modelo da assistência psiquiátrica, regulamentando e responsabilizando o poder público com o

cuidado às pessoas em situação de longa internação e sem referências familiares, normatizando e estabelecendo possibilidade de punição para a internação involuntária arbitrária ou desnecessária (BRASIL, 2001).

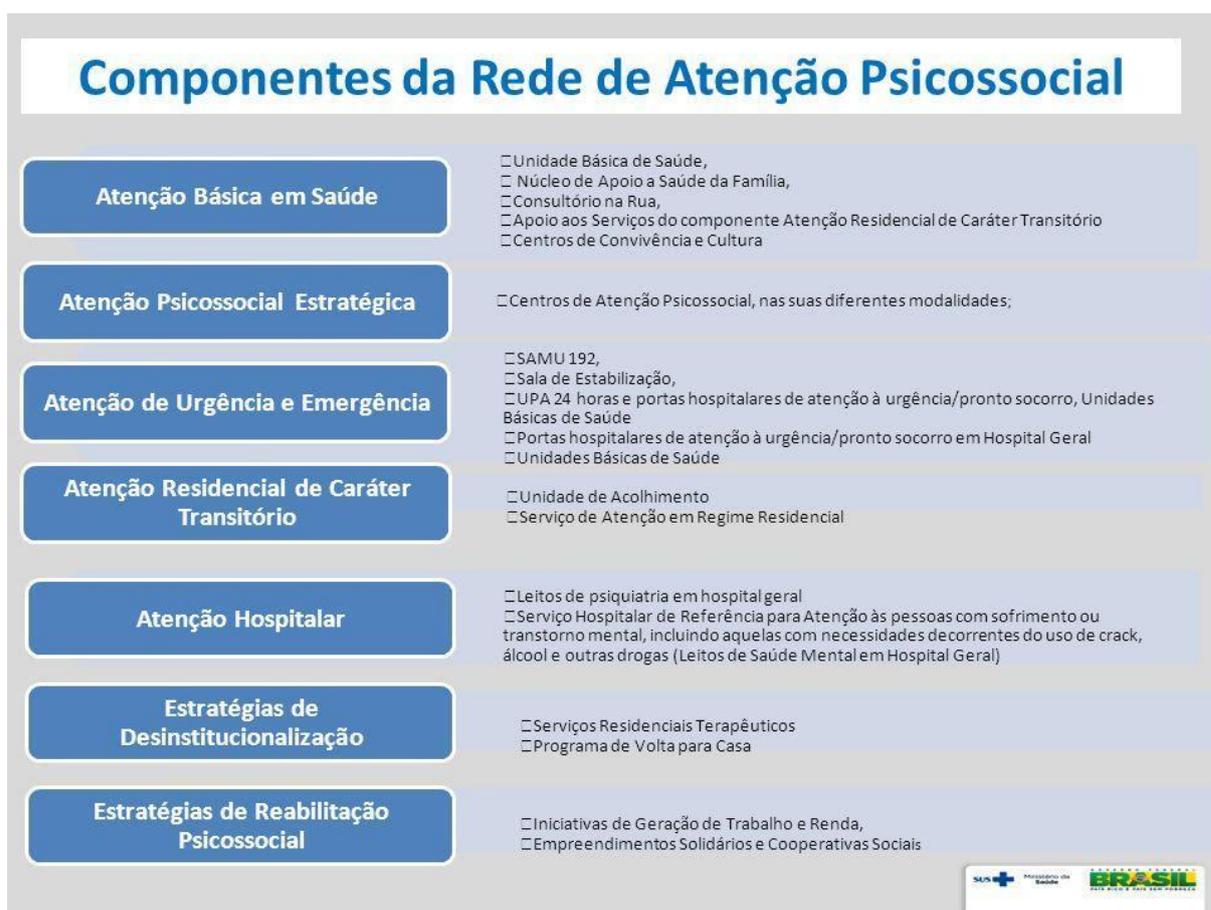
A proposta de desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica Brasileira se processa através da criação de uma série de equipamentos que substituem, e não complementam, o hospital psiquiátrico. Os principais dispositivos apontados pelo Ministério da Saúde são os CAPS, considerados pela política de saúde mental como dispositivos estratégicos (BRASIL, 2003a, 2003b).

O processo de normatização para criação desses dispositivos ocorreu de forma gradual, apenas em 2011 foi instituída a Portaria nº 3.088 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011c).

A portaria trouxe uma descrição dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que incluiu a atenção básica como um dos pontos de atenção através das Unidades Básicas de Saúde, NASF e as Equipes de Consultório na Rua, entre outras.

Apresentamos na Figura 2 abaixo a composição da RAPS a partir da Portaria n.º 3.088/2011:

Figura 2 - Rede de Atenção Psicossocial (2011)



Fonte: Brasil, (2011b)

A presente portaria visa concretizar a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e os princípios da Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária, com serviços de base territorial e comunitária, substituindo, portanto, o modelo hospitalocêntrico e manicomial. A portaria nº 3.088/2011 reforça a necessidade de deslocar o cuidado em saúde mental para os diversos dispositivos da rede de atenção à saúde, tendo o território como *lôcus* da atuação dos profissionais. (BRASIL, 2011c)

Santos (2006) apresenta o território a partir de dois grandes referenciais teóricos: o materialismo e o idealismo, englobando o vínculo sociedade-natureza e as dimensões sociais privilegiadas; e a historicidade do conceito. O autor salienta que vivenciamos um movimento de alargamento das fronteiras das teóricas, o que permite compreender o território a partir de diversos pontos de vista. Para ele, o conceito de espaço é inseparável dos seres humanos que o habitam e o modificam diariamente, por meio da tecnologia. A concepção do espaço é, simultaneamente, forma (como as estruturas de uma imagem de satélite de uma cidade) e função (o processo de ações humanas que constroem a paisagem).

O contexto de acumulação de situações históricas, ambientais e sociais que se promovem condições particulares para a produção de saúde – doenças. O reconhecimento deste espaço é fundamental para podermos compreender, intervir e contribuir para melhorar as condições de saúde da população. A questão do território é crucial para a saúde, pois não se trata apenas de uma área geográfica, mas sim de um espaço onde se desenvolvem relações sociais, afetivas e histórico-culturais.

A Política Nacional de Saúde Mental visa principal consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária, cuja proposta é garantir a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade. Desse modo, a publicação da portaria além de apresentar os componentes, traz as diretrizes para o funcionamento da RAPS, a fim de atender seus objetivos, as ações da RAPS se ancoram em doze diretrizes: respeito aos direitos humanos; garantia de autonomia e liberdade das pessoas; promoção da equidade; reconhecimento dos determinantes sociais de saúde; atuação no combate a estigmas e preconceito; acesso e qualidade aos serviços; oferta de cuidado integral, multiprofissional e interdisciplinar; educação Permanente (EP) a todos os profissionais; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; diversidade de estratégias de cuidado e de Redução de Danos (RD) que favoreçam a inclusão social e autonomia do usuário (BRASIL, 2011b).

A articulação de profissionais do SUS dever acontecer através de uma rede, de modo a promover a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento. A rede, no entanto, não se limita ao conjunto de serviços de saúde mental do município, deve ser formada à medida que vão ocorrendo articulações com pessoas de outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades, para garantir o direito à cidadania e o cuidado em liberdade (SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, 2016).

A rede de atenção à saúde, compreendida como um grupo de organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade –

com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população (MENDES, 2010).

O acolhimento dessas das pessoas em situação de sofrimento mental por transtorno ou uso/abuso de álcool de outras drogas e seus familiares é uma estratégia importante para a identificação das necessidades assistenciais, alívio do sofrimento e planejamento de intervenções medicamentosas e terapêuticas, se, e quando necessárias, conforme cada caso. Os indivíduos em crises podem ser atendidos em qualquer serviço da Rede de Atenção Psicossocial, formada por várias unidades com finalidades distintas, de forma integral e gratuita, pela rede pública de saúde (BRASIL, 2019).

A Atenção Básica tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Neste ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de Saúde a oportunidade de conhecer a história de vida das pessoas, seus vínculos com a comunidade/território onde moram, bem como outros elementos dos seus contextos de vida (BRASIL, 2013a).

Os dados do Ministério da Saúde mostram que o acesso à atenção em Saúde Mental no Brasil tem aumentado, estima-se em mais de 60% de cobertura, com forte participação da Atenção Básica e de ações intersetoriais, como inclusão social pelo trabalho, assistência social e promoção de direitos. Aproximadamente 16.000 leitos de baixa qualidade assistencial foram fechados de forma programada e as pessoas com longo histórico de internação foram desinstitucionalizadas, e os recursos empregados nas ações extra-hospitalares ultrapassaram o investimento nas ações hospitalares (BRASIL, 2011b).

A nova configuração de práticas assistenciais baseou-se na manutenção do indivíduo em seu ambiente social, em estruturas abertas que contribuíssem para a desmistificação do sofrimento psíquico, inclusão social e conseqüente aumento do seu poder de contratualidade social (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006; KINOSHITA, 1996).

É possível afirmar que o cuidado com a saúde mental na Atenção Básica é bastante estratégico, pois as equipes têm facilidade de acesso aos usuários e vice-versa. Dado que os profissionais de Saúde se deparam constantemente com pacientes sob sofrimento psíquico, isso é característico. No entanto, apesar de sua

importância, a realização de práticas em saúde mental na Atenção Básica ainda suscita muitas dúvidas, curiosidades e receios dos profissionais de Saúde (BRASIL, 2013b).

Identificamos uma importante conexão com base nos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde – SUS e da Reforma Psiquiátrica, que possibilita a realização de um trabalho com a lógica da desinstitucionalização, com a maior ênfase no vínculo, e está engajada no cotidiano da comunidade, incorporada com as ações de promoção e educação para a saúde na perspectiva da melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Durante a discussão, abordaremos pontos importantes levantados pelas equipes de Atenção Básica (ESF e NASF) e de CAPS sobre o cuidado com a saúde mental e, especialmente, sobre o processo de apoio e orientação desenvolvidos pelas equipes para buscar soluções para as dúvidas quanto ao manejo, tratamento e condução da assistência às pessoas em sofrimento, a partir da inserção dos conteúdos da saúde mental na Atenção Básica.

3.4 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: O TERRITÓRIO COMO LÓCUS DO CUIDADO

O conceito de Saúde Mental é complexo e envolve diversos aspectos, inclusive a questão do imaginário social sobre as questões da loucura e do uso de álcool e outras drogas. Então, percebemos que há uma produção de vários preconceitos que afastam as pessoas do tema, induzindo a construção de uma imagem negativa e improdutiva desses indivíduos, o que acaba gerando cada vez mais afastamento dos profissionais de saúde que atuam na atenção básica, mas que não tiveram a oportunidade de apropriar-se desses conteúdos em seus processos de formação.

Para contextualizar a essa reflexão, nos apoiamos no conceito trazido por Paulo Amarante (2007), que afirma:

[...] Saúde mental é um campo bastante polissêmico e plural na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades que, do mesmo modo, são condições altamente complexas. Qualquer espécie de categorização é acompanhada do risco de um reducionismo e de um achatamento das possibilidades da existência humana e social (AMARANTE, 2007, p.19).

Lima (2016) e Amarante (2019b) apresentam importantes discussões sobre a concepção da loucura, e sinalizam que não será apenas o fechamento dos manicômios e a abertura de serviços substitutivos como, os CAPS, que darão conta do processo de transformação do lugar social que a loucura ocupa até então na sociedade.

A Atenção Básica é um local importante para o desenvolvimento do processo de desconstrução, tanto entre os profissionais quanto nas pessoas da comunidade. Isto acontece porque, muitas vezes, este é o espaço para onde convergem as demandas de saúde mental do território. A Atenção Básica é a principal porta de entrada da assistência à saúde. Desde 2001, o Ministério da Saúde tem lançado mão de algumas publicações que apontam para a necessária articulação entre a saúde mental e a atenção básica, com orientações sobre o apoio matricial de saúde mental, desenvolvidos pelos CAPS às equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), aumentando a competência para solucionar casos no próprio território (BRASIL, 2003a, 2013c).

A partir dos dados apresentados ao longo deste texto, pode-se concluir que, no cotidiano das equipes de Atenção Básica, especialmente as equipes de Estratégia de Saúde da Família - ESF, os profissionais lidam com problemas de saúde mental. Dessa forma, torna-se necessária a realização de algum tipo de intervenção por esses profissionais no gerenciamento e na assistência a esses usuários.

Yasui, Luzio e Amarante (2018) apontam a existência de uma crítica ao modelo biomédico, entre outros, por sua centralidade na doença e nas atividades curativas, em detrimento das ações de promoção e prevenção. Ações que passaram, especialmente com a Política da Atenção Básica, a serem objeto de uma maior atenção da política pública de saúde.

Os autores trazem importantes reflexões sobre psiquiatria, caracterizando como poderoso dispositivo de articulação de práticas disciplinares, que investem na normalização dos corpos e de práticas de controle que se reproduzem nos territórios dos espaços urbanos. Prática historicamente de produção de corpos e modos de vida: do corpo dócil ao corpo útil, cúmplice, aparentemente participativo, ajustado, consumidor (YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2018).

A atenção básica assume uma posição ainda mais relevante, uma vez que os dispositivos estão nas áreas onde se produzem, entre outras coisas, saúde e doença (SANTOS, 2006).

Para Deleuze (1992) o território é o lugar por excelência do controle, mas também pode ser o lugar possível emersão de formas e processos de resistência, engendrando novas territorialidades.

A Atenção Básica pode ser vista como um espaço poderoso para a criação de novas formas de produção de saúde que ultrapassem a mera ação de cuidar e controlar os corpos, mas atuem na direção de uma ação transformadora, onde profissionais e usuários sejam protagonistas do seu cotidiano e dos processos de cuidado em rede.

A Atenção Básica é descentralizada e disseminada, ocorrendo perto das pessoas, a partir do contato preferencial dos usuários, sendo a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde.

É justamente no território onde as tensões e a opressão decorrentes das desigualdades sociais se expressam, bem como os processos subjetivos individuais são produtores de doenças e sofrimento psíquico. A procura da população por atendimento em saúde mental básico torna-se cada dia mais frequente, grande parte desse contingente pode e deve ser cuidado nas unidades de saúde através das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Segundo o Ministério de Saúde (BRASIL, 2005), os principais desafios da Reforma Psiquiátrica é que 3% da população necessita de cuidados contínuos em saúde mental, em função de transtornos severos e persistentes, exigindo uma rede de assistência densa, diversificada e efetiva. Somado a isso, aproximadamente de 10% a 12% da população não sofre transtornos severos, mas precisam de cuidados em saúde mental, na forma de consulta médico-psicológica, aconselhamento, grupos de orientação e outras formas de abordagem (DIMENSTEIN *et. al*, 2009).

Entretanto, historicamente as equipes sinalizam as dificuldades nos manejos, desconhecimento do fluxo da RAPS, e principalmente despreparo e os preconceitos ainda presentes no imaginário dos profissionais de saúde.

Para potencializar a estratégia de integração entre as equipes da Atenção Básica e de saúde mental, de modo a possibilitar suporte técnico assistencial e apoio pedagógico entre as equipes para reorganizar os processos de cuidado em saúde mental e superar as problemáticas apresentadas, surgiu através da proposta de apoio matricial formulada por Campos (1999a, 1999b), que visava a superação da lógica tradicional dos encaminhamentos, referência e contrarreferências, protocolos etc. Ações que burocratizavam o atendimento e não dinamizavam a atuação em rede.

A seguir, um breve resumo da proposta formulada por Campos (1999a), que inclui o conceito, a operacionalização prática e as prováveis repercussões para a atuação das equipes nos territórios, a partir da aplicação de uma metodologia para a gestão da assistência à saúde.

3.5 O APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL NA CONSTRUÇÃO DE PONTES PARA O CUIDADO EM REDE

De acordo com Campos e Domitti (2007a, 2007b) o apoio matricial consiste em oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico e pedagógico às equipes matriciadas, visando promover a clínica ampliada e o compartilhamento dos casos, ou seja, partilhar situações do território, promovendo a corresponsabilização pelos casos atendidos e intervenção conjunta, aumentando a resolutividade das ações. As equipes devem construir de forma conjunta e compartilhada as diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes da equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial, de modo a prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais (CAMPOS e DOMITTI, 2007a). Segundo Campos e Amaral M. A. (2007),

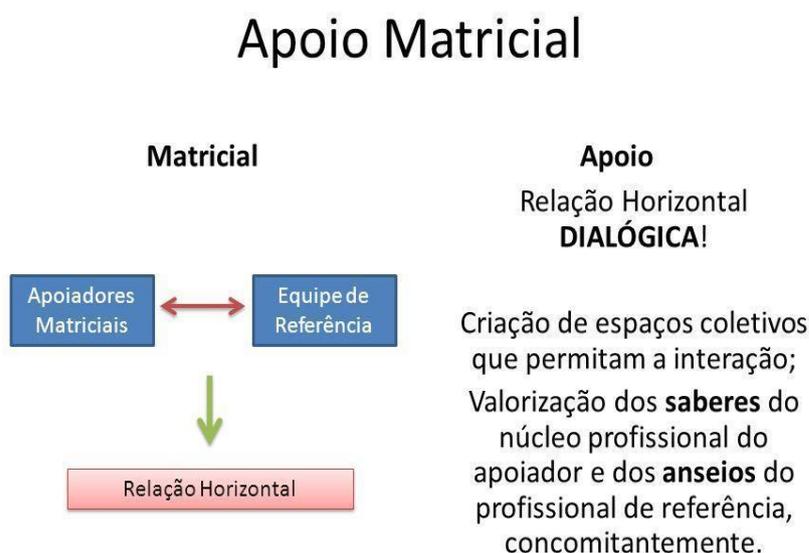
A clínica ampliada baseia-se na construção de responsabilidade singular e de vínculo estável entre equipe de saúde e paciente. Ações esporádicas e isoladas de profissionais diferentes, sem a devida coordenação para cada caso, causam inúmeras dificuldades e comprometem a eficácia e eficiência dos processos terapêuticos. Ter um profissional de referência é um instrumento importante para a reconstrução dessa clínica ampliada (CAMPOS; AMARAL M. A., 2007).

Os autores apontam dois elementos essenciais para condução do matriciamento: a equipe ou profissional de referência que são aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário (ESF) e a equipe de apoio matricial, que pode ser composta por um especialista com um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, mas que pode agregar recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso. O objetivo do Matricial é criar e ativar espaços para que

profissionais de referência e apoiadores possam se comunicar e compartilhar os seus conhecimentos (CAMPOS; DOMITTI, 2007b).

Apoio matricial e equipe de referência são, simultaneamente, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões (CAMPOS; DOMITTI, 2007b). Apresentamos na Figura 3 um esquema do modelo de apoio matricial:

Figura 3 - Esquema do modelo de apoio matricial



Fonte: Campos e Domitti (2007b)

O apoio matricial possui duas dimensões: a assistencial e a técnico-pedagógica, ou seja, uma é voltada para produção de ações clínicas diretas com os usuários e outra é voltada para a ação técnico-pedagógica de produção de apoio educativo com e para as equipes. A gestão clínica é compreendida como uma metodologia que possibilita a discussão dialógica entre as equipes, facilitando a educação permanente, a troca de saberes e afetos entre profissionais de diferentes áreas ou setores, visando aumentar a cooperação e responsabilização pelas ações desencadeadas, num processo de produção da integralidade da atenção em todo o sistema de saúde (BERTUSSI, 2010).

Para Bezerra e Dimenstein (2007):

O Apoio Matricial permite fazer saúde de uma forma ampliada e integrada, através desse saber mais generalista e interdisciplinar. E, por outro lado, amplia o olhar dos profissionais da saúde mental, através do conhecimento das equipes nas unidades básicas de saúde, sobre os usuários, as famílias, o território; propondo que os casos sejam de responsabilidade compartilhada; o Apoio Matricial é um regulador de fluxo, que permite entender e diferenciar os casos que realmente precisam ser atendidos pela saúde mental, e os casos que podem ser acompanhados pelo PSF, ou pelo menos ser acolhidos momentaneamente por estes profissionais (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2007).

Para Tófoli e Fortes (2007) a proposta de apoio para ESF constitui-se de equipes especializadas de apoio que interagem com as equipes de saúde da família. As ações que as equipes de apoio matricial podem realizar incluem consultorias técnico-pedagógicas, atendimentos conjuntos e ações assistenciais específicas, que devem ser sempre dialogadas com a equipe de referência e, em geral, são ações coletivas.

O conceito que utilizaremos está pautado na concepção teórica Paidéia (Método da Roda) criada por Campos (2000). A função 'paidéia' é entendida como uma dimensão da gestão, no sentido de produzir sujeitos e coletivos organizados e de reforçar o compromisso com os valores de uso nas atividades profissionais de trabalhadores da saúde. O método Paidéia usa um conceito mais abrangente de Gestão: função gerencial, política, pedagógica e terapêutica. O método trabalha com grupos em processo de organização. Todas as metodologias sugeridas, portanto, dependem do trabalho em grupo, apostando na construção de espaços coletivos e em um sistema de cogestão (CAMPOS, 2013).

A partir dessa compreensão, o apoio matricial é discutido como um método de cogestão (contribui para formulação e execução) e concomitante a uma postura ético-política (contribui para o processo de autonomia dos sujeitos) (CAMPOS; MINAYO; ARAUJO, 2017).

Para Campos *et al.* (2014):

O Método Paideia (ou método da roda, como também é conhecido) realiza uma adaptação dessa tríade. Busca-se o efeito Paideia: que é o trabalho realizado para ampliar a capacidade das pessoas para lidar com informações, interpretá-las, compreender a si mesmas, aos outros e ao contexto. Em consequência, pretende contribuir para o desenvolvimento da capacidade de tomar decisões, lidar com conflitos, estabelecer compromissos e contratos; ampliando, enfim, a possibilidade de ação dessas pessoas sobre todas essas relações (CAMPOS, *et al.*, 2014).

O método Paideia, segundo Campos *et al.*, (2014), visa promover a cogestão de relações interprofissionais (Apoio Matricial) e na relação clínica (clínica

compartilhada entre equipe e usuários) e, finalmente, tem sido empregada em projetos de educação em saúde, comunitários ou de saúde pública.

O apoio matricial tem uma dimensão de suporte técnico-pedagógico, ou seja, pressupõe apoio educativo para a equipe de referência e ações realizadas conjuntamente com ela. Ao lidar com casos reais, as equipes de atenção básica solicitam que os apoiadores matriciais contribuam com as demandas complexas que surgem no dia a dia. O que ocorre a partir das discussões clínicas e intervenções conjuntas das equipes de referência com os apoiadores matriciais podem contribuir para o aumento da capacidade resolutiva das equipes, qualificando-as para uma atenção ampliada que contemple a complexidade da vida dos sujeitos (CAMPOS *et al.*, 2014).

A estratégia do apoio matricial se baseia na criação de espaços coletivos que permitem a realização de momentos de encontro entre as equipes. É a partir dos espaços dialógicos que se discutem os casos concretos, definindo as estratégias. Num movimento horizontal onde não haverá hierarquização de saberes. Todos são partícipes e contribuem na discussão.

Lima E. (2016) na sua investigação caracteriza o matriciamento a partir do desenvolvimento de cuidados que estabelecem a interrelações não só entre usuários, família, profissionais da saúde da família e de saúde mental, como também, entre profissionais e serviços do território onde é oferecida a assistência à pessoa com transtorno mental. Para esse autor o matriciamento opera-se por meio de um processo de interligações (conexões) entre uma diversidade de atores sociais (profissionais, usuários, família, comunidade etc.) que interagem para obter um mesmo objetivo: a produção de cuidado em saúde.

Para Campos e Domitti (2007b) há duas maneiras básicas para o estabelecimento desse contato entre referências e apoiadores. Primeiro, mediante a combinação de encontros periódicos e regulares – a cada semana, quinzena ou mais espaçados – entre equipe de referência e apoiador matricial. Nesses encontros, objetiva-se discutir casos ou problemas de saúde selecionados pela equipe de referência e procura-se elaborar projetos terapêuticos e acordar linhas de intervenção para os vários profissionais envolvidos.

A implicação dos profissionais no processo de matriciamento visa a construção de uma proposta de cuidado conjunta que deve ser operacionalizada a partir da construção do projeto terapêutico singular. Para Campos e Domitti (2007b) essa

articulação entre equipe de referência e apoiadores pode desenvolver-se em três planos fundamentais:

- a) atendimentos e intervenções conjuntas entre o especialista matricial e alguns profissionais da equipe de referência;
- b) em situações que exijam atenção específica ao núcleo de saber do apoiador, este pode programar para si mesmo uma série de atendimentos ou de intervenções especializadas, mantendo contato com a equipe de referência, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo apoiador diretamente ao paciente, à família ou à comunidade;
- c) é possível ainda que o apoio se restrinja à troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador; diálogo sobre alterações na avaliação do caso e mesmo reorientação de condutas antes adotadas, permanecendo, contudo, o caso sob cuidado da equipe de referência (CAMPOS; DOMITTI, 2007b).

Os autores ainda esclarecem a caracterização dos termos utilizados: apoio matricial. Para eles, o emprego do termo – matricial – sugere que profissionais de referência e especialistas mantenham uma relação horizontal, e não apenas vertical, como recomenda a tradição dos sistemas de saúde. Trata-se de uma tentativa de atenuar a rigidez dos sistemas de saúde quando planejados de maneira muito estrita segundo as diretrizes clássicas de hierarquização e regionalização. Já o termo – apoio – sugere uma maneira para operar-se essa relação horizontal mediante a construção de várias linhas de transversalidade, ou seja, sugere uma metodologia para ordenar essa relação entre referência e especialista não mais com base na autoridade, mas com base em procedimentos dialógicos (CAMPOS; DOMITTI, 2007b).

O termo foi retirado do método Paidéia, que cria a figura do apoiador institucional e sugere que tanto na gestão do trabalho em equipe quanto na clínica, na saúde pública ou nos processos pedagógicos, a relação entre sujeitos com saberes, valores e papéis distintos pode ocorrer de maneira dialógica. O apoiador busca a construção compartilhada de projetos de intervenção em articulação com outros interlocutores, vale-se da experiência desenvolvida pelo seu núcleo de conhecimento e sua visão de mundo em uma relação de troca, incorporando demandas trazidas pelo outro também em função de seu conhecimento, desejo, interesses e visão de mundo. Tem como premissa a criação de espaços coletivos protegidos que permitam a discussão, análise e interpretação sintética das demandas ou necessidades das equipes, bem como a definição de linhas de intervenções e atribuições, distribuição de tarefas entre os vários sujeitos envolvidos no processo (CAMPOS; DOMITTI, 2007b).

O matriciamento é um tema bastante abordado na literatura da saúde, os autores destacam necessidade de integração da saúde mental ao cotidiano das práticas da Atenção Básica para a efetivação da integralidade do cuidado em saúde (LANCETTI, 2001; SOUZA, Â. 2004; SOUZA M. 2004; TANAKA, 2006; ONOCKO *et al*, 2011a, 2011b).

O matriciamento vem se afirmando como recurso para proposição de novas práticas em saúde mental junto às comunidades, nos territórios vividos (Santos, 2002). A partir da promoção de encontros sistemáticos e de uma abordagem dialógica produtora de interação entre as equipes de Atenção Básica e de Saúde Mental (IGLESIAS; AVELLAR, 2017).

A efetivação do matriciamento como metodologia para gestão da assistência em saúde (Campos, 2007b) enfrenta importantes desafios: mudanças nas relações de trabalho – historicamente hierarquizadas; mudança no modo fragmentado de se operar o cuidado em saúde; mudança na formação em saúde – centrada na perspectiva biomédica; mudança no modo de praticar saúde – que transcende o setor saúde (IGLESIAS; AVELLAR, 2017).

Ainda para Iglesias e Avellar (2017) a concretização do matriciamento em saúde mental em toda sua potencialidade depende do empenho, disponibilidade e mudanças por parte de todos os envolvidos. Sugere uma interlocução permanente entre os diversos saberes, a construção de diretrizes sanitárias e estratégias de cuidado conforme as demandas dos territórios em que ocorrem as ações. Ainda é necessária a construção de uma parceria entre os usuários, os gestores dos serviços, as equipes de referência (responsáveis pelo cuidado longitudinal dos usuários em saúde) e as equipes matriciais (que se agregam às equipes de referência, disponibilizando sua prática e conhecimento específico em uma determinada área), para a composição de um cuidado integral em saúde.

A proposta é baseada na ideia de que a reforma das práticas em saúde depende, sobretudo, da reconstrução dos padrões de relação nos serviços de saúde, com o objetivo de aumentar os coeficientes de vínculo entre usuários e equipes de saúde e entre as equipes de serviços diferentes.

Para Saraiva e Zepeda (2012):

As melhores evidências sobre cuidados colaborativos são na saúde mental, com resultados positivos no processo de cuidado, na adesão e satisfação dos usuários e em alguns desfechos de saúde, e impactos contraditórios em qualidade de vida e utilização do sistema. Para a implantação de mudanças efetivas e duradouras na interface entre atenção primária e especializada, é

necessário reforma simultânea dos aspectos clínicos, estruturais e financeiros da atenção, por meio de suporte institucional, envolvimento de médicos de família e especialistas na implantação das intervenções, atividades colaborativas e comunicação facilitada entre os profissionais (SARAIVA; ZEPEDA, 2012).

Dado que o matriciamento é um conceito em constante evolução, é provável que ainda haja muito a ser explorado. Isto é compreensível, uma vez que, de acordo com Campos (2000), o matriciamento nos permite relacionar conceitos à realidade de forma dinâmica, o que nos possibilita construir e reconstruir hipóteses num processo contínuo (Método Paideia).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Para Minayo (2013a) o método qualitativo de pesquisa é aqui entendido como aquele que se ocupa do nível subjetivo e relacional da realidade social, tratado por meio da história, do universo, dos significados, dos motivos, das crenças, dos valores e das atitudes dos atores sociais. A metodologia pode ser considerada o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Neste sentido, a metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias e está sempre referida a elas (MINAYO, 2001; 2013b).

Coadunando com essa perspectiva, para Pope e Mays (2009), interpretar os fenômenos sociais a partir do sentido que as pessoas atribuem a eles caracteriza a pesquisa qualitativa enquanto investigação da vida social em seu ambiente natural. A pesquisa qualitativa em saúde investiga comportamentos humanos, tomadas de decisão por profissionais, organizações de serviços, programas e sistemas, através de diálogos, discursos e palavras.

4.2 PERÍODO E LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município de Maceió visando analisar o desenvolvimento das ações de apoio matricial em saúde mental nas Unidades Básicas do V Distrito Sanitário de Maceió, com vistas ao cuidado em rede no território.

O município de Maceió está situado em Alagoas, com uma densidade populacional de 1.989,57 hab/km², de acordo com o IBGE (2016). Estima-se que menos de 0,01% ainda resida na zona rural deste município. Integra-se com outros doze municípios alagoanos, a região metropolitana de Maceió, o mais populoso de Alagoas. Aproximadamente 29,94% da população do Estado de Alagoas reside na cidade, com uma área territorial total de 509,552 km², dividida em 51 bairros. Esses bairros estão subdivididos em 08 (oito) Distritos Sanitários (DS), de acordo com a organização espacial desenhada pelo SUS para a oferta das ações e serviços à população (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017).

Em 2016, o IBGE estimou que a população de Maceió era de 1.021.709 habitantes, sendo que, aproximadamente, 53,4% eram mulheres e 46,6%, homens (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017).

Conforme o Plano Municipal de Saúde, o Sistema Único de Saúde de Maceió está organizado de uma forma que visa uma atenção à saúde universal, equânime e integral à população, na perspectiva de garantir a saúde como um direito. Tomando como referência a diretriz da regionalização do SUS, no âmbito do Estado de Alagoas, Maceió é sede da 1ª macrorregião de saúde e integra, com outros onze municípios, a 1ª Região de Saúde (MACEIÓ, 2018).

São 75 serviços de saúde para atendimento à atenção primária e especializada de média complexidade no sistema de saúde de Maceió. São 36 Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF), 16 Unidades Básicas de Saúde – Modelo Tradicional/Demanda Espontânea, 06 Unidades Básicas de Saúde Mistas (ESF e Modelo Tradicional), 02 Unidades de Pronto Atendimento – UPA, 05 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, 07 Unidades Especializadas, 02 Centro de Especialidade Odontológica – CEO e 01 Centro de Especialidades (PAM Salgadinho) (MACEIÓ, 2018),

A rede de saúde de Maceió, que possui 23 dispositivos para o desenvolvimento de ações de atenção à saúde, nos níveis primário e secundário, está dividida nas seguintes equipes: Equipes de Consultório na Rua (06) Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF (08) Equipes de Serviço de Atenção Domiciliar – SAD (06) Equipe de Academia da Saúde (03) Núcleo de Cultura e Reabilitação Psicossocial (01) (MACEIÓ, 2018).

O recorte temporal do presente estudo abrange os anos de 2017 a 2019, representando o momento em que a Secretaria Municipal de Saúde de Maceió inicia a implementação do matriciamento em saúde mental junto às equipes de Atenção Básica, bem como o destaque para a implementação do indicador do Ministério da Saúde: Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica.

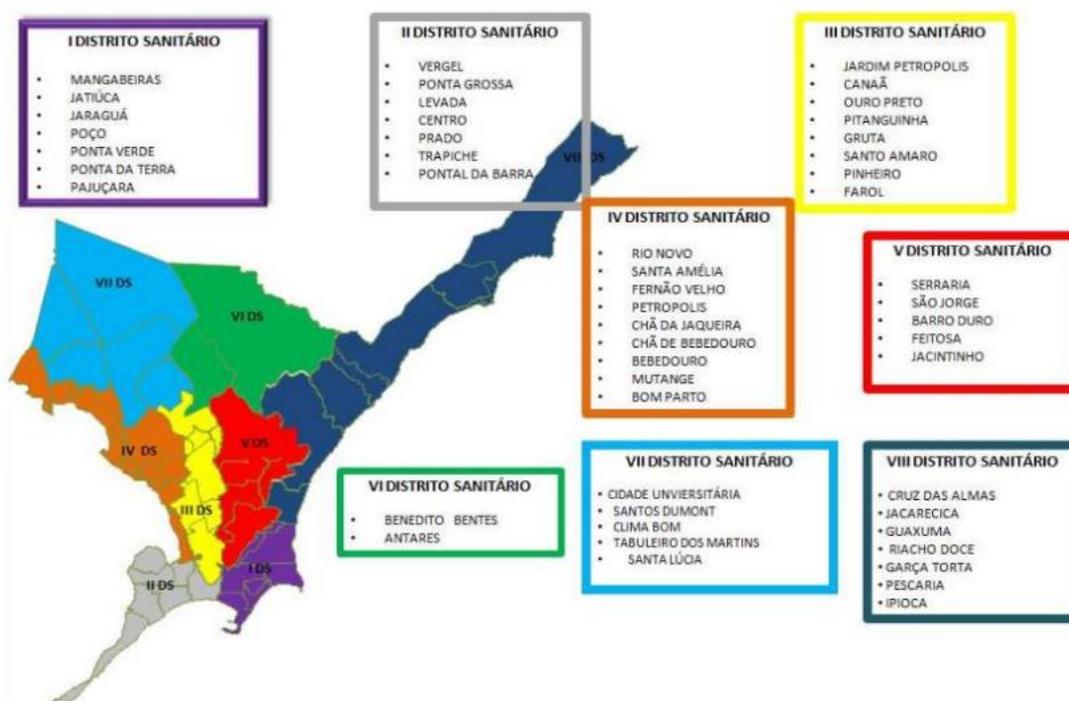
No tocante às ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica, definimos que a análise se dará no V Distrito Sanitário, visto que em consulta prévia ao sistema de informação do Ministério da Saúde - Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C) e a Gerência de Atenção

Psicossocial (GAP) foi identificado que desde a implementação do indicador este é o distrito com maior quantidade de registros de realização este procedimento.

De acordo com a equipe da Gerência de Atenção Psicossocial (GAP) desde 2016, o município tem procurado organizar e monitorar as ações de matriciamento em saúde mental junto às equipes de atenção básica nos distritos sanitários. Dos distritos existentes, o V Distrito tem se sobressaído por ser aquele com o maior número de registros de ações de Matriciamento aprovadas no sistema.

Na Figura 4 é possível visualizar os 08 Distritos Sanitários do município de Maceió (MACEIÓ, 2018). Os distritos estão agrupados por bairros, contabilizando 50 bairros ao total. Podemos observar que os distritos se diferenciam por sua extensão territorial e o quantitativo de bairros.

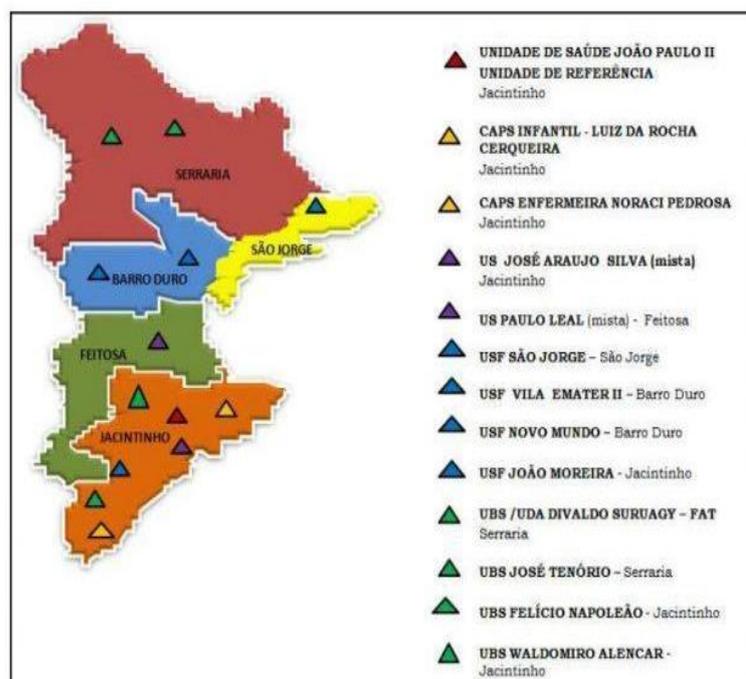
Figura 4 - Mapa dos Distritos Sanitário de Maceió - Alagoas



Fonte: Plano Municipal de saúde de Maceió (2018)

A Figura 5 apresenta um mapa dos serviços do SUS no V Distrito Sanitário, indicando as unidades de atendimento da população da cidade de Maceió no âmbito da atenção básica e especializada. Observamos a predominância de unidades de atendimento no bairro do Jacintinho, local de maior densidade populacional e vulnerabilidade social desse distrito.

Figura 5 - Mapa dos serviços do SUS no V Distrito Sanitário



Fonte: Plano Municipal de saúde de Maceió (2018)

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa serão os profissionais envolvidos no processo de matriciamento, tanto os que atuam nas equipes de Estratégia de Saúde da Família – ESF (Equipe de Referência), quanto os que são responsáveis pela prestação de suporte técnico- assistencial e pedagógico das equipes do NASF e CAPS (Equipes de Apoio Matricial) pertencentes ao V Distrito Sanitário.

Os atores entrevistados foram escolhidos pelo seu envolvimento no processo de matriciamento e pela disponibilidade de cada um para contribuir com o estudo. Não foram descritos os cargos ocupados pelos entrevistados, devido ao compromisso ético de preservar o anonimato.

Realizamos entrevistas semiestruturadas com 15 participantes, entre os quais 05 profissionais de equipes de referência das Unidades de Saúde da Família do V Distrito sanitário, 05 profissionais de equipes matriciais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e 05 profissionais de equipes matriciais dos Núcleos Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASFs).

As entrevistas foram realizadas na instituição a que os entrevistados pertenciam, durante os meses de setembro e outubro de 2020. A pesquisa estava

devidamente aprovada pelo comitê de ética sendo realizada com assinatura para autorização da gravação das entrevistas.

4.4 COLETA DE DADOS

Este estudo utilizou como instrumento para a coleta de dados a pesquisa documental, observação participante, diário de campo e entrevistas semiestruturadas.

Para identificação da concepção de matriciamento em saúde mental dos profissionais da Atenção Básica (ESF e NASF) e do CAPS, para descrição do desenvolvimento das ações de apoio matricial produzidas no cotidiano das equipes e para analisar as potencialidades e fragilidades do processo de apoio matricial e suas implicações para do cuidado em rede no território serão realizadas entrevistas semiestruturadas nos meses de setembro e outubro de 2020. Os participantes concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e autorizaram a gravação de áudio pelos pesquisadores / entrevistadores.

Para Minayo (2001) entre as diversas formas de abordagem técnica do trabalho de campo, são a entrevista e a observação participante por se tratar de importantes componentes da realização da pesquisa qualitativa.

Para autora, a entrevista é uma técnica que se baseia na comunicação verbal para reforçar a importância da linguagem e do significado da fala. É também através desse diálogo que construímos um meio de coleta de informações sobre um determinado tema científico. Através desse procedimento, podemos obter dados objetivos e subjetivos. Os primeiros podem ser também obtidos via fontes secundárias, tais como censos, estatísticas e outras formas de registros. (MINAYO, 2001)

As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora com a contribuição de mais duas pesquisadoras. Como base, foi utilizado um guia de perguntas para a entrevista, previamente elaborado pela pesquisadora (Anexo I)

Tendo em vista a sua completude, a definição de observação participante adotada neste estudo será de MINAYO (2013a, p. 70):

A observação participante é um processo pelo qual um pesquisador se envolve como observador de uma situação social para fins de investigação científica. O observador, nesse caso, mantém uma relação direta com os entrevistados, participando, na medida do possível, da vida social deles, para compreender melhor o contexto da pesquisa. Logo, o observador está inserido no contexto que está sendo analisado e, sem dúvida, interfere nele, assim como é impactado pelo mesmo (MINAYO, 2013a, p. 70).

Segundo Denzin (1989, p. 157-158), a observação participante é uma estratégia de campo que combina, ao mesmo tempo, a análise de documentos, a entrevista de informantes, a participação, a observação direta e a introspecção.

Para contribuir com a investigação, também usamos a pesquisa documental, que, de acordo com Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009), é um processo que usa métodos e técnicas para capturar, compreender e analisar documentos de diversos tipos. Pode ser considerado o principal caminho para concretizar uma investigação ou um instrumento metodológico complementar.

Analizamos a partir desse conceito o conjunto de leis, normativas, documentos institucionais como: planejamento Anual, Relatório Anual de Gestão, Sistema de informação para identificação de dados complementares sobre a execução das ações de Matriciamento em Saúde Mental junto à Atenção Básica realizadas no V Distrito Sanitário, a fim de identificar as ações executadas durante o referido período, de modo a possibilitar a análise das potencialidades e fragilidades do processo de apoio matricial e suas implicações para do cuidado em rede no território.

Importa ressaltar que a implicação da pesquisadora com o tema, pois escolheu investigar um assunto ligado à Saúde Mental que diz respeito ao funcionamento de uma instituição pública onde trabalha como Assistente Social. Atualmente, além de funções de apoio técnico no ambiente da gestão na área de saúde mental com foco na desinstitucionalização, atua como apoiadora técnica do CAPS Noraci Pedrosa, que se constitui como referência para as unidades de saúde e população dos V e VI Distritos Sanitários.

A referida análise foi fruto da inquietação intelectual da pesquisadora, que ocorre quanto a um determinado sujeito implicado, em determinadas circunstâncias, consegui gerar conhecimento útil, relevante, a partir do encontro entre esse sujeito e sua práxis. A construção intelectual acontece ativamente, ao atuar ou participar, sem ser simplista ou panfletária, mas provavelmente é uma síntese do pensar-agir, atuar-investigar, conhecer-transformar.

Para Merhy (2004):

A situação do sujeito implicado com a ação protagônica não promete *a priori* a produção do conhecimento, mas antes de tudo a ação, a construção intencional que dê sentido para o agir em determinados campos da atividade humana, e como tal opera sem precedência epistêmica, como muitos sujeitos: sujeito político, pedagógico, epistêmico, dos afetos, técnico, entre outros. A mobilização para conhecer vem de certos incômodos que a ação protagônica pode gerar como acontecimento, mobilizando que as várias dimensões do sujeito interajam para conduzir a um saber militante,

igualmente válido e legítimo, permitindo-lhe compreender “mais” sobre a situação e a ação, para continuar agindo (MERHY, 2004).

O sujeito envolvido na construção do conhecimento militante carrega, inevitavelmente, mais do que uma teoria, uma caixa de ferramentas repleta de “conceitos” e “esquemas explicativos” que podem-lhe proporcionar diversas maneiras de significar e ressignificar a si mesmo como sujeito ativo, que fazem sentido ou não para ele (MERHY, 2004).

4.5 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos documentos foi feita com relação à sua relevância no que diz respeito ao arcabouço teórico e legal que orienta e define as ações de matriciamento junto à Atenção Básica e Saúde Mental na produção do cuidado em rede no território.

O estudo do corpus documental e das entrevistas seguiu as três etapas da análise de conteúdo, propostas por Bardin (2011). Segundo a autora, a análise de conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações” e tem como fases, a pré-análise, a análise propriamente dita e os resultados (BARDIN, 2011, p.37).

A princípio, houve uma pré-análise do material, que foi organizado e compôs o corpus da pesquisa. Seguido da escolha dos documentos, da formulação de hipóteses e da elaboração de indicadores que nortearam a interpretação final. Foi observado ainda algumas regras como: (i) exaustividade, sugere-se esgotar todo o assunto sem omissão de nenhuma parte; (ii) representatividade, preocupa-se com amostras que representem o universo; (iii) homogeneidade, nesse caso os dados devem referir-se ao mesmo tema, serem coletados por meio de técnicas iguais e indivíduos semelhantes; (iv) pertinência, é necessário que os documentos sejam adaptados aos objetivos da pesquisa; e (v) exclusividade, um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria (BARDIN, 2011).

Para Bardin (2011, p. 105), o tema é “a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”. A análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objeto analítico visado.

Após a organização dos dados encontrados, foi possível analisá-los de maneira aprofundada, extrair as categorias de análise e entender os significados e sentidos que conformam a produção relacionada ao tema de pesquisa. Foi necessário

comparar as diferentes produções e adaptar a técnica de análise de conteúdo, cujo objetivo é descobrir os núcleos de sentido regulares que podem significar alguma coisa para o objetivo analítico (BARDIN, 2011).

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo "O APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DA GESTÃO DO CUIDADO EM REDE NO MUNICÍPIO DE MACEIÓ: CONSTRUINDO CAMINHOS PARA O TERRITÓRIO" foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco. Em setembro de 2020, foi aprovado sob o parecer n.º 674.336 (CAAE: 24493419.9.0000.5190), atendendo os pressupostos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos e conforme a Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que descreve todos os elementos sobre a pesquisa e afirma que a participação no estudo é voluntária, sem recebimento de nenhuma gratificação ou pagamento, garantindo o direito de anonimato e sigilo das informações fornecidas pelos entrevistados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise e discussão dos temas serão apresentados no mesmo capítulo, visando facilitar a compreensão quanto à identificação do tema estudado e sua localização. Os resultados da pesquisa estão baseados na análise e interpretação dos discursos dos entrevistados e dos documentos da Gerência de Atenção Psicossocial, como os produzidos pelas equipes (CAPS).

Discorreremos sobre os dados numéricos trazidos a partir do sistema de informação do Ministério da saúde e faremos a sua inter-relação com o contexto a partir do início do registro desse indicador no município, seguida da análise qualitativa das respostas dos sujeitos entrevistados.

5.1 MATRICIAMENTO EM NÚMEROS: SITUAÇÃO ATUAL EM MACEIÓ

A análise documental dos registros coletados junto à Gerência de Atenção Psicossocial de Maceió/AL referente à produção através do Boletim de Atendimento Consolidado — BPA-C, dos anos de 2017, 2018 e 2019, mostrou um aumento exponencial. Conforme descrevemos na tabela abaixo:

Tabela 1 - Matriciamento do AB junto às equipes da Atenção Básica

Unidade	Produção 2017	Produção 2018	Produção 2019
CAPS Noraci Pedrosa	17	93	26
CAPS Rostan Silvestre	11	04	68
CAPS Sadi de Carvalho	12	35	49
CAPS AD III Everaldo Moreira	18	67	22
CAPSi Luiz da Rocha Cerqueira	16	18	15

Fonte: Autoria da pesquisadora (2020)

O sistema de produção demonstra a consolidação dessa estratégia, que foi incorporada à rotina dos CAPS. Todavia, isso representou mais um desafio para garantir, tanto as ações nos territórios, quanto a necessidade de Registro no Atendimento Consolidado — BPA-C. O matriciamento da saúde mental junto a atenção Básica passou a ser o principal indicador do CAPS junto ao Ministério da saúde. Esse indicador é Consolidado através do Registro no Atendimento

Consolidado — BPA-C. Em caso do não cumprimento da meta, de no mínimo 12 ações de matriciamento por CAPS, o município poderia enfrentar sanções por parte do Ministério da Saúde. Entretanto, essas repercussões, até então, não foram estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Morais (2017 *apud* MORENO 2015) afirma que um indicador é importante porque é resultado da junção de variáveis criadas para atingir um objetivo, os quais estão ligados a outros dados num banco de informações. Os dados que compõem os sistemas de informação, sejam eles na área da saúde ou não, são um dos elementos que podem direcionar a pesquisa. Os indicadores não devem ser vistos como determinantes ou inequívocos, pois as bases de dados se constituem como a junção de informações, previamente construídas a partir de uma combinação de variáveis, criadas para uma determinada finalidade.

É preciso ter cuidado ao usar uma base de dados. Para isso, devemos considerar não só os dados, mas também o contexto, o campo, o referencial teórico, a finalidade e a utilidade para os quais elas foram criadas. Poderemos recorrer à forma mais adequada e convergir a partir de novas interpretações para a questão da pesquisa (MORENO, 2015, p. 424). Os dados mostraram que as equipes começaram a executar a ação de matriciamento em saúde mental junto às equipes de atenção básica, o que fez com que houvesse uma maior concordância entre o dado registrado e a ação executada.

Anteriormente, este tipo de registro não existia, nem em termos de produção, nem de ação desenvolvida junto às equipes de CAPS, NASF e Atenção Básica.

A descrição das atividades apontadas pelo CAPS, que estão registadas e acompanhadas por meio de frequência, pauta de discussão, observações, planilha de monitoramento dos casos matriciados e relatórios elaborados pelas equipes, bem como nos catálogos fotográficos dos encontros.

Ressaltamos que os números representam o quantitativo de ações executadas, não a quantidade de casos acompanhados conjuntamente. O início do registro trouxe muitas dúvidas para as equipes, demonstrando a dificuldade de compreender o que deveria ser registrado.

Foi realizado um processo de apresentação do matriciamento para tirar dúvidas das equipes de Atenção Básica que se aproximavam dessa ação naquele momento.

O CAPS Noraci Pedrosa (equipe de apoio matricial) elaborou um importante conjunto de informações que permitiu a avaliação da construção do processo de apoio

matricial junto às equipes de Estratégia de Saúde da Família do V Distrito Sanitário. Os registros trazem inicialmente apenas a participação do CAPS como equipe de apoio, mas, com a implantação da equipe NASF no ano de 2018, passamos a ver a participação dessa equipe como apoio junto ao CAPS.

As primeiras ações datam do ano de 2017, realizadas a partir do projeto de extensão Cuidadosamente da Universidade Federal de Alagoas - UFAL, que atuava junto às equipes, possibilitando um espaço de supervisão e apoio institucional para os profissionais.

As primeiras visitas às unidades de saúde tiveram como finalidade a apresentação do trabalho de matriciamento, a partir desse momento passaram a ser realizados outros encontros já com a solicitação de apoio das equipes da ESF. A análise é baseada nos documentos impressos da equipe do CAPS que foram acessados para a pesquisa documental.

A sistematização das informações permitiu a identificação da realização das seguintes ações:

- a) Realização de reuniões de matriciamento;
- b) Discussão e revisão dos casos acompanhados;
- c) Repasse das informações coletadas pelo CAPS e das receitas de psicotrópicos;
- d) Construção e discussão dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS);
- e) Articulação para reorganização das atividades propostas;
- f) Agendamento de visita domiciliar conjunta;
- g) Discussão das competências de casa serviço no processo de matriciamento em Saúde Mental;
- h) Articulação com outros dispositivos de saúde e a rede Intersetorial;
- i) Encaminhamento para consulta com psiquiatra no CAPS;
- j) Ações compartilhadas no território: participação do CAPS/NASF nas ações propostas pela ESF.

Registos das equipes são importantes para o acesso de pesquisadores aos dados, um arquivo vivo da transformação do cuidado no território, a passagem do conhecimento teórico para o prático junto às equipes de atenção e população.

Para a nova ação nos serviços, foi necessária a elaboração de instrumentos para auxiliar as equipes a registarem dados qualitativos, além dos números. Neste contexto, o projeto de extensão MatriciaMENTE, elaborado pela Universidade Federal

de Alagoas e Residência de Enfermagem em Psiquiatria e Saúde Mental, da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, ganha destaque, pois a partir do processo de apoio e supervisão das equipes de CAPS e NASF, foi desenvolvido e divulgado em ambiente virtual, o Guia Matriciamento em Saúde Mental para profissionais da rede do Município de Maceió. O guia foi construído como produto das oficinas e rodas de discussões realizadas junto às equipes dos CAPS e NASF-AB. Os encontros tiveram por objetivo fortalecer a compreensão dos profissionais sobre o que é matriciamento, reiterando as formas de apoio, o compartilhamento dos casos com a finalidade de garantir a co-responsabilização do cuidado.

5.2 CENÁRIO ENCONTRADO NO TRABALHO DE CAMPO EM TEMPOS DA COVID-19

Durante o trabalho de campo, nos deparamos com as consequências da COVID-19. As primeiras dificuldades foram à organização para o agendamento das entrevistas, pois alguns profissionais estavam afastados ou receosos de se aproximar. A demanda adicional da COVID-19 se mostra nas unidades de saúde, que antes eram de livre acesso e agora têm barreiras sanitárias com álcool, gel, máscaras, protetor facial, bata e distanciamento mínimo. Itens fundamentais para realização da triagem e identificação de sintomas e complicações referente a COVID-19. Segundo Daumas *et al.* (2020),

O trabalho comunitário [da Atenção Básica visa reduzir a] [...] disseminação da infecção, acompanhar os casos leves em isolamento domiciliar, apoiar as comunidades durante o distanciamento social, identificar e conduzir situações de vulnerabilidade individual ou coletiva e, principalmente, garantir o acesso a cuidados de saúde e o necessário encaminhamento nas fases mais críticas da epidemia (DAUMAS, *et al.*, 2020).

Entretanto, encontramos profissionais abertos à discussão e receptivos a fazer as entrevistas, todas as entrevistas foram realizadas nas próprias unidades de saúde ou CAPS, considerando as orientações sanitárias e os cuidados redobrados com a segurança dos profissionais e dos pesquisadores.

A pauta da pandemia apareceu nas entrelinhas das entrevistas, um saudosismo quanto à impossibilidade de executar as ações presenciais apareceu em algumas falas. Observamos a suspensão total das ações de matriciamento no V Distrito Sanitário. Foram mantidas apenas as comunicações remotas, para relatar os

casos mais graves com necessidade de intervenção do CAPS através da consulta de urgência.

5.3 TRABALHANDO CONCEITO DE MATRICIAMENTO ENTRE EQUIPES DOS DISPOSITIVOS

Diferenças importantes na construção do conceito de apoio matricial pelas equipes da Atenção Básica e as equipes matrificadoras (CAPS /NASF) foram encontradas nas entrevistas.

Segundo Campos e Domitti (2007b, p. 400), o apoio matricial e a equipe de referência são, simultaneamente, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, visando ampliar as possibilidades de se realizar uma clínica ampliada e uma integração dialógica entre especialidades e profissões.

É possível notar um certo abismo entre a teoria e a prática cotidiana entre os profissionais da atenção básica.

“(...) o pessoal do CAPS, o Noraci Pedrosa né, foi quem entrou em contato comigo, eles estavam visitando algumas unidades, procurando pacientes que tivessem problemas psiquiátricos, problemas de saúde mental e vieram aqui na unidade né pra verificar se na equipe do PSF né, haviam micro áreas com pacientes com esses distúrbios.” Profissional da Atenção Básica 2

“Pelo que observo aqui o atendimento né, que a gente tem paciente que acompanha pelo CAPS, aí esse atendimento vejo que eles vão né, na residência, avalia o paciente, esse paciente vai até o CAPS, recebe uma medicação, recebe as orientações, tem uma equipe de apoio, aí vejo esse atendimento como esse vínculo né .Entre a família, paciente e esse apoio que eles dão. Eles têm né, esse apoio do médico e da equipe do CAPS, psicólogo, tudo, serviço social.” Profissional da Atenção Básica 3

“Vai pelo comportamento do usuário, se o comportamento dele [...] Aí eu sempre chamo a [...] assistente social da unidade que faz parte do NASF, aí ela junto comigo direcionamos para o matriciamento para poder encaminhar para o CAB.” Profissional da Atenção Básica 4

Segundo os registros, as principais solicitações de apoio feitas pelas equipes dizem respeito a dificuldade em conduzir e ofertar cuidado aos casos de maior complexidade (clínica e social), bem como as dúvidas em relação à prescrição e acompanhamento do uso da medicação psicotrópica, mas principalmente situações para encaminhamento de consulta com o psiquiatra no CAPS.

Segundo Pinto, Silva e Santos (2012), a consulta médica ainda é a ação comumente solicitada no apoio matricial, revelando, a permanência do foco, no modelo biomédico. É uma prática requisitada na gestão das demandas, como única

resolução, não apenas na visão dos usuários e familiares, mas ainda muito recorrente no discurso dos profissionais de saúde que vê basicamente o atendimento médico como único para o cuidado e melhoria da condição de saúde das pessoas com transtorno mental. Prática que raramente envolve atendimento integral, e muitas vezes tem como conduta apenas a prescrição medicamentosa (JORGE; SOUZA; FRANCO, 2013).

As colocações dos profissionais revelam uma importante ênfase nas medidas prescritivas, procedimentos de controle e intervenções pautadas no processo saúde-doença, tais práticas incorporam ainda uma resistência para o atendimento de pessoas com sofrimentos psíquicos (PINTO; SILVA; SANTOS, 2012). Condutas bem afastadas da própria constituição da ESF que tem como ideário do Programa Saúde da Família, calcado nos princípios da Reforma Sanitarista, assumindo como foco a reorganização da Atenção Básica, garantindo a oferta de serviços à população adstrita e o fortalecimento dos princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade e equidade do SUS, Sistema Único de Saúde.

De acordo com Cavalcante (2011), ao se considerar apenas o encaminhamento ao CAPS como uma estratégia de cuidado ou uma ação de saúde realizada isoladamente, desconsidera-se a responsabilidade e a resolutividade da ESF em resolver os problemas de saúde da população. A atenção básica de saúde, segundo a estratégia da Saúde da Família, deve ser o ponto de partida do sistema local de saúde, mas a mudança no modelo tradicional requer a integração entre os vários níveis de atenção.

Para os profissionais do NASF e CAPS o conceito de apoio matricial já se aproxima mais do conceito adotado nesta pesquisa.

Bom, é, no meu ponto de vista é uma troca de saberes, uma troca de conhecimentos, uma troca de cuidados “pra” com aquele paciente né. Sabendo sempre que ele pertence a atenção primária, mas a gente tá trocando saberes. Profissional do NASF 3

[...] então quando a gente fala em apoio matricial é dar um apoio de forma diferenciada a essas equipes para a resolução dos problemas encontrados no território. De uma compreensão do que é apoio matricial e aí a gente trás eles como forma de capacitação das equipes como também a questão de assistência. Profissional do NASF 02

[...] é um novo modo de fazer saúde, você vê o paciente integralmente né. (NASF)

A superação do modelo centrado nas chamadas tecnologias duras, vem sendo paulatinamente incorporada à prática das equipes e o matriciamento em saúde mental vem contribuindo para mudança de conduta de alguns profissionais que já trazem no

seu discurso a evidente implicação e corresponsabilização com o processo e principalmente com o gerenciamento do cuidado no território.

[...] é como se fosse uma integração entre as equipes do CAPS com as unidades que são matriciais e que tem programa de saúde da família e NASF. Profissional do CAPS 1

Apoio matricial é uma interligação entre o CAPS e as unidades de saúde que tem PSF e as unidades que não tem PSF, ela tem o NASF que pode dar esse apoio é uma troca entre os pacientes, um apoio mesmo que nós damos as unidades de saúde e também queremos receber o apoio deles também. Profissional do CAPS 2

Eu entendo o apoio matricial como uma forma de dar suporte às equipes de saúde da família né, ou até as unidades básicas mesmo né, a gente é uma equipe como saúde mental, é uma equipe que tem um conhecimento em saúde mental e que vai dar esse suporte a essa equipe de estratégia de saúde da família e de atenção básica. Profissional do CAPS 3

Segundo Bertussi (2010), o matriciamento se refere a essa criação de espaços de encontros favoráveis ao diálogo e à pactuação; no caso da saúde mental, principalmente com vistas à ampliação das possibilidades de fomento de um cuidado integral à pessoa em sofrimento psíquico, por meio do envolvimento de vários serviços, setores e atores na empreitada da desinstitucionalização e promoção à saúde.

Uma análise inicial nos mostra que há um abismo que deve ser superado, uma vez que a compreensão conceitual das equipes de referência e das equipes líderes são muito diferentes. Isto dificulta bastante a organização do cuidado ampliado e integral aos usuários e famílias que necessitam serem atendidos por esta ação.

A estratégia de apoio matricial dos CAPS e NASF junto às equipes da Atenção Básica é relativamente recente, quando pensamos que esse conceito foi difundido a partir de 1998 através da tese de Campos (2009).

As entrevistas nos mostram os primeiros passos da implantação do Apoio Matricial junto à unidade de Saúde da Família, trazendo as nuances e diferenças do tempo e do início desse processo junto às equipes.

“Assim o matriciamento em si de ser posto em prática e eu participar, eu acredito que um ano, mas que eles foram inseridos já tá com mais tempo, eu não sei com precisão [...]” Profissional da Atenção Básica 1

“Bom, eu entrei em contato com esse processo né de matriciamento a pouco tempo tava com aproximadamente um ano e meio mais ou menos.” Profissional da Atenção Básica 2

“Somente um ano com o CAPS” Profissional da Atenção Básica 3

“Eu acredito que há três anos já e trouxeram bons resultados.” Profissional da Atenção Básica 4

As diferenças quanto ao tempo e execução das ações de apoio trazidas nas falas dos profissionais da atenção básica demonstram que o processo foi sendo

construído em momento e com intensidades diferentes. Vários fatores atravessaram o estabelecimento dessa estratégia para a sua incorporação nos processos de trabalho da atenção básica.

A implantação das equipes dos NASF a partir de 2017, o contato dos CAPS com as unidades através do projeto Cuidadosamente entre 2018 e 2019. E a própria adesão dos profissionais quanto ao entendimento de que a ação não se caracteriza como mais um trabalho, e sim como apoio e suporte para as equipes.

Porque na verdade a gente começou visitando as UBS que a gente ia ficar conhecendo o território, a gente na época a gente pensou em fazer mapeamento do território, quais são os serviços que tem no território no quinto distrito que a gente pode utilizar. Profissional do NASF 1
 [...] a medida que a gente foi se apresentando, chegamos nas unidades, mostramos nosso trabalho, mostramos nosso trabalho proposto [...] aí foram chegando os casos, a gente foi na verdade construindo esse fluxo [...] mas a gente se consolidou como um serviço meio [...] o NASF ficou como um serviço especializado para fazer essa ponte, entre o saúde da família e o CAPS porque muitas vezes pela própria demanda que é muito grande usuário ele não consegue acessar o CAPS [...] Profissional do NASF 1
 [...] a gente começou fazendo as visitas nas unidades de referência de estratégia de saúde da família né, e aí nessas visitas a gente apresentava um pouco o que era o apoio matricial, o que é o apoio matricial em saúde mental, e conversava com eles à respeito, se eles tinham alguns casos de saúde mental [...] Profissional do CAPS 3

Estes recortes apresentam os obstáculos que o processo de implantação impôs às equipes na construção do caminho para a realização do cuidado de forma compartilhada e colaborativa.

5.4 PRINCIPAIS PAUTAS COMPARTILHADAS NO MATRICIAMENTO

Bertussi (2005) citado na tese de Galvão (2012) “considera que o modelo de atenção é produzido no cotidiano das relações entre trabalhadores e entre gestão e trabalhadores”. Para o autor o encontro de saberes entre diferentes profissionais se constitui como um dos elementos necessários para a qualificação e continuidade do cuidado.

A visão trazida pelo referido autor foi observada na descrição da forma como vem sendo desenvolvido, a partir dos encontros e as ações de apoio matricial entre as equipes de referência e as equipes matriciadoras.

“No caso o ACS identifica ou eu mesma no caso que eu participei o ACS e eu também juntamente a gente identificou esse caso e o NASF faz a articulação com CAPS [...] tentam se integrar porque tipo era para o agente de saúde tá participando também porque de preferência, alguns membros da

equipe que tiveram convívio com aquele caso, mas aí Sempre tinha alguma coisa, e tinha essa pessoa tinha problemas aí não participava, mas enfim, acho que foi muito bom [...]” Profissional da Atenção Básica 1

“[...] E aí assim foi feito né, a gente identificou os casos, e a partir dali a gente agendou algumas visitas, eles vieram depois é, fizeram visitas [...] Não aprofundaram muito de início não, depois a partir das outras visitas, é que eles foram vendo a necessidade de cada um deles e foram aprofundando. Foram feitas acho que umas, três ou quatro visitas, é com a minha presença” Profissional da Atenção Básica 2

“A gente identifica a situação passa para equipe, (...) do NASF, passamos para ela e no caso ela faz a convocação ao CAPS, através dela, mas primeiro passa pela equipe depois passa para ela (...) E levo ela em loco lá em visita, aí ela faz uma análise dela também junto comigo e encaminha(...) Aí chama o CAPS né? (...) É feito uma visita, quando o CAPS vem para cá junto com a equipe, tudo junto e faz a visita, principalmente agente de saúde que acompanha também.” Profissional da Atenção Básica 4

Observa-se que algumas unidades realizam o compartilhamento dos casos de forma bastante articulada entre equipe de referência e as equipes matriciadoras (NASF e CAPS), conforme a complexidade das demandas. No entanto, a identificação e a sinalização dos casos são de responsabilidade das equipes das ESF, onde o ACS (Agente Comunitário de Saúde) se destaca como um grande parceiro nessa tarefa. Nos documentos analisados, é possível identificar que, em praticamente 90% dos casos, o ACS e o enfermeiro participam de forma ativa das discussões e intervenções conjuntas.

O papel do ACS e da enfermeira é primordial porque se eles conhecerem o território e se eles tiverem uma clareza do que é saúde mental e como deve ser feito... se eles não trouxerem a demanda, a gente não sabe [...] Profissional do NASF 1

Isso, em algumas unidades é o agente de saúde. Em outras é o enfermeiro. Profissional do NASF 1

Fica bastante claro nas entrevistas com as equipes matriciadoras que esses profissionais têm um papel estratégico.

Só que assim existem dois movimentos principais geralmente é o agente de saúde, o ACS, que traz o caso para o NASF, pedindo a intervenção do psicólogo, assistente social, no caso a gente vai lá fazer a visita dependendo do que seja encaminha-se para atendimento especializado [...] Profissional do NASF 1

Mas também acontece o contrário de um paciente do território que já é do CAPS, por algum motivo deixou de ir ao tratamento, não está a contento, aconteceu algum problema, não está tomando a medicação eles também fazem esse movimento acionam o NASF [...] geralmente a gente faz a visita domiciliar e dá a devolutiva para o CAPS então basicamente acontece esses dois movimentos. [...] Profissional do NASF 1

[...] o NASF fazia a primeira visita para ver se realmente com o NASF dava para fazer esse apoio ou precisava realmente do o apoio da saúde mental também, e aí detectado que seria necessário o apoio da saúde mental também, a gente realizava uma visita em conjunto (agente comunitário, Nasf e CAPS) e aí nessa visita a gente conhecia o caso e depois sentava e discutia

esse caso as 03 equipes né, e via o que era necessário então pra gente resolver esse caso. Profissional do CAPS 3

Apesar das dificuldades de compreensão, por parte das equipes da AB, na organização do processo de trabalho, os casos têm sido solicitados pelas equipes de referência ou, em algumas situações, pelo próprio CAPS.

É importante salientar, que não foram ouvidos representantes de todas as unidades de saúde que possuem ESF no V Distrito Sanitário, algumas dessas unidades nunca solicitaram apoio matricial, até mesmo rejeitam a presença do NASF ou de CAPS na unidade. Desse modo, ressaltamos que o universo pesquisado representa uma amostra a partir dos lugares onde esta ação vem sendo executada.

Nesse aspecto da participação das equipes de Saúde da Família (ESF) nas ações de Apoio Matricial, constatamos alguns dos desafios que as equipes enfrentam.

Tem uns que demandam mais. Normalmente, aqueles que têm mais em compreendendo esse universo né, alguns têm mais resistência. Então não só profissional, mas equipes também, algumas demandam mais. Profissional do NASF 02

Estão participando um pouco viu não tem muito assim eu não vejo muito interação não quer dizer, as unidades que a gente trabalha o pessoal recebe a gente muito bem, a gente reuniu o pessoal, orientou, explicou o que era dentro do nosso conhecimento, a gente explicou que era e assim os médicos eles ficam um pouco resistentes para tratar desse cliente, desse usuário, mas uma unidade apresenta mais resistência e a outra unidade a gente teve mais contato com direção do que com o próprio médico, mas não tá muito atuante não. Profissional do CAPS 2

Depende muito da equipe, a gente tem equipes que aderiram melhor, equipes que por uma necessidade maior buscam a gente, mas não colaboram como a gente espera, buscam porque sabem que precisa, que aquela paciente precisa, mas na hora de a gente ter o retorno do território, a contrapartida, eles não conseguem dar essa contra partida pra gente, então temos muita dificuldade com a parte de prescrição do medicamento, tem muita dificuldade em chegar perto do clínico, geralmente eles não conseguem participar, são poucas equipes que tem essa participação do médico, que ele é essencial pra dar esse tratamento né, porque se não, sobrecarrega os psiquiatras dos CAPS, que já é uma demanda enorme que a gente tem e ainda fica mais. Profissional do CAPS 3

A gente vê que saúde mental ainda é muito estigmatizada nas unidades [...]. Profissional do CAPS 3

Há uma importante diferença de percepção entre as equipes que prestam apoio matricial: a maior proximidade favorece a interlocução entre ESF e NASF. No entanto, quando o CAPS atua como matriciador, os desafios desse contato se tornam maiores. Mantém-se claramente o distanciamento entre as duas equipes (equipe da Atenção Básica e equipe do CAPS).

Mesmo após a publicação do Guia de Matriciamento em Saúde Mental, documento visando fortalecer o cuidado em saúde mental na rede de Atenção à Saúde

em Maceió e fornecer orientações sobre roteiro, fluxo e registro dos usuários na rede, a forma de comunicação entre as equipes, continua sendo realizada com traços importantes de informalidade e pessoalidade. A principal ferramenta de comunicação é o WhatsApp e o telefone pessoal dos profissionais. Os primeiros contatos com os demais profissionais para repasse dos casos e pedidos de apoio são feitos através desses dispositivos.

Esse registro da forma como as equipes estabelecem a suas comunicações, não foi identificada nas falas dos profissionais, nem da Atenção Básica, e nem dos CAPS. Mas ficou nitidamente identificada a partir da observação participante realizada através da presença da pesquisadora na reunião de equipe do CAPS. Já houve várias discussões a respeito da necessidade de formalidade desse processo, especialmente porque essa comunicação às vezes ultrapassa os dias e horários de trabalho da equipe.

[...] ligo para as meninas, chamo as meninas. As meninas: " manda o relatório". Aí eu mando o relatório. No início eu ia até lá, falava, elas vinham aqui, a gente fazia a reunião e continua dessa forma. Profissional do NASF 05

Outra constatação trazida de forma muito recorrente no discurso dos profissionais de todos os serviços foi a condição de vulnerabilidade social à qual estão expostos os usuários e familiares nos territórios. Fato que normalmente traz maior agravamento da condição de saúde das pessoas, bem como desafios para condução do cuidado, visto que muitas vezes se faz necessário a realização de pactuações que envolvem a família e outros dispositivos do território.

"Eu acho que é mais a questão da, não sei se eu posso dizer, a negligência familiar é muito na questão do Meio familiar, eu acho." Profissional da Atenção Básica 1

"Muita depressão, essa questão do suicídio, eu acho que tá ligado né a depressão. É, ansiedade, é abandono do idoso, que deixa os pacientes com a saúde mental, a família, que às vezes chega aqui e briga por causa da questão de salário do idoso, mas o idoso na verdade fica para trás. É isso que eu vejo. Essa questão mesmo de estrutural da família e a família não tem né." Profissional da Atenção Básica 3

[...] a gente já pegou o caso de pessoas acumuladoras, de pessoas que criam muitos animais em casa, enfim de tudo tipo de coisa que a gente possa imaginar, é muito heterogêneo, caso de esquizofrenia, caso de pacientes que estão trancafiados [...]. Profissional do NASF 1.

Isolamento, agressividade, a gente não vivenciou muitos problemas com drogas não, mas é mais isolamento, tristeza profunda [...]. Profissional do CAPS 2

De acordo com Gama, Dalgalarrodo e Andrade (2014), as relações entre saúde/doença mental e vulnerabilidade social são complexas e requerem muitas

reflexões e contextualizações para serem compreendidas de forma a não reforçar uma lógica simplista que associa "loucura" e "pobreza", estigmatizando e prejudicando a população menos favorecida.

Os profissionais entrevistados perceberam a necessidade de problematizar esta questão, de modo a indicar direções para o desenvolvimento de estratégias e de boas práticas na área de saúde mental junto à atenção básica.

A clínica ampliada (CAMPOS; SOARES, 2003), que prevê uma prática clínica mais complexa e acompanhamento ao longo do tempo, está alinhada com o estabelecimento dessa relação, não de forma direta, mas a partir das falas trazidas pelos profissionais, é possível afirmar que a saúde mental da população está atrelada às condições sociais impostas. Mesmo assim, as equipes têm se dedicado para criar canais de comunicação entre setores e formar redes de apoio que integrem a área da saúde com as outras políticas públicas e instituições nos territórios.

“E como, quando o NASF chegou foi que ajudou mesmo. Graças a Deus, porque eu tinha uma dificuldade de solucionar ou de saber o que fazer como direcionar, não sabia. E assim, por exemplo, nesse processo né, do que vocês vêm fazendo, de apoio NASF, CAPS e Estratégia.” Profissional da Atenção Básica 3

Tudo com violação de direitos então sempre a gente já percebe ali que é um caso que nós enquanto NASF não tem como resolver. Então nesse momento a gente aciona o CAPS, ou o CREA ou o CRAS a depender do caso a gente identifica. Profissional do NASF 02

Então, no momento a gente faz a visita domiciliar, identifica que é um caso que precisa ser trabalhado junto ao CAPS, ao CREAS, ao CRAS e aí a gente transforma isso em PTS, começa a fazer esse "matriciamento". Profissional do NASF 02

[...] discutiu se precisava de alguns outros instrumentos na rede para ter o cuidado nesse caso, tipo CRAS, CREAS, enfim [...]. Profissional do CAPS 3

[...] quando tem matriciamento, chama o NASF, chama a Estratégia da família, dependendo ... muitas vezes chama o CREAS, chama o CRAS, chama o conselho tutelar e a família [...] mas quanto maior o envolvimento da Estratégia maior a chance de dar certo porque eles estão muito perto [...] Profissional do NASF 1

De acordo com Pinto, Silva e Santos (2012), o atendimento à saúde mental, amparado pelos ideais da Reforma Psiquiátrica, favorece o cuidado coletivo no território, com a perspectiva de trabalho intersetorial e inclusão social. Embora fique claro nas discussões dos profissionais a necessidade de um melhor entrosamento, ainda não se percebe uma execução prática e eficiente desse objetivo. Apesar de existirem alguns exemplos de boas práticas, ainda não é comum entre todas as equipes.

A falta de equipamentos socioassistenciais que garantam o atendimento nos territórios mais vulneráveis da região do V Distrito Sanitário, foi outro fator observado,

e que tem trazido ainda mais dificuldades para a construção do cuidado compartilhado. Isto porque, muitas demandas ultrapassam a capacidade e competência técnica das equipes de saúde, o que tem gerado angústia nos profissionais que executam o cuidado nos territórios. Muitas situações necessitam de suporte das demais políticas públicas, como a Assistência social e Educação, porém, devido à falta de cobertura assistencial ou à limitação de recursos, elas não conseguem alcançar todas as pessoas que necessitam.

[...], aí eu faço um relatório técnico né, faço um relatório técnico e esse relatório técnico então eu articulo com aquela REDE que vai ser chamada “pra” acolher o caso e direcionar. (Profissional do NASF 05)
Então assim, é a diferença, encontrei uma equipe de CRAS infelizmente aqui no Novo Mundo nós não temos nenhum CRAS de referência. [...] então ela fez o papel de CRAS, fez o papel de CREAS, muito comprometido [...].
Profissional do NASF 01

Muitas vezes as articulações são feitas de forma pessoal, através da rede de amizades, partido de demandas institucionais para acessar uma rede informal que possibilita a construção compartilhada do cuidado em rede.

[...] foi quando eu comecei mesmo a fazer o matriciamento, então eu peguei os casos a gente já fui articulando em REDE. Profissional do NASF 01
“[...], chamei a REDE de política de assistência social né que é o CRAS. Chamei o CREAS também porque a gente tinha os direitos de duas crianças, duas menores. Profissional do NASF 01
[...] então, você tem que fazer articulação em REDE você tem que fazer reuniões você tem que fazer relatório técnico, você tem que encaminhar, você tem que fazer a discussão do caso né. Então assim, desdobra pra você uma série de outras atividades. Profissional do NASF 01
Então, no momento a gente faz a visita domiciliar, identifica que é um caso que precisa ser trabalhado junto ao CAPS, ao CREAS, ao CRAS e aí a gente transforma isso em PTS, começa a fazer esse “matriciamento”. Profissional do NASF 02

No âmbito do cuidado em saúde, as redes podem ser consideradas decisivas, seja pela organização do sistema de saúde, que implica ações coordenadas de diversos serviços e setores, seja pela constatação empírica de que o cotidiano e a manutenção da vida parecem apoiados em conexões diversas: de familiares, vizinhança, trabalho, amizade etc. Sendo assim, o conhecimento de quais seriam as redes de sustentação e cuidado que incluem, mas não se reduzem a rede da atenção primária, secundária e terciária, interessa a todo o sistema de saúde e contribui para o fortalecimento de princípios fundantes do SUS como a integralidade e a equidade (MENDES, 2011).

Segundo Merhy *et al.* (2014), a rede institucionalizada do sistema de saúde é semelhante a um gatilho que pode ser ativado, mas será atravessado por diversas outras redes, de natureza não semelhante, como as hipertextuais e existenciais, sem que seja possível ter um controle total sobre elas. As redes informais têm diversos formatos, são compostas por vários "sinais" e, apesar de não terem sido projetadas para isso, também participam dos processos de saúde-doença-cuidado.

Para o contexto dessa pesquisa, de acordo com Mangini, Kocourek e Morsch (2019) a compreensão de intersectorialidade é entendida como estratégia para a concretização das diretrizes e objetivos da política de saúde mental, a superação da lógica setorializada e fragmentada, tendo como meio a articulação com outras políticas públicas e da criação de uma relação de proximidade com a sociedade, de modo a possibilitar a ampliação ou a complementaridade dos recursos disponíveis. No trabalho das autoras, a intersectorialidade foi trazida como um princípio que subsidia o diálogo entre interlocutores de várias políticas públicas, que compartilham de um objetivo comum, contribuindo para a formação de uma rede mais ampla.

A produção de cuidado em saúde mental é constantemente atravessada pelas conexões que ligam essas redes, sejam formais ou informais, essa construção é diversa e multifatorial, pois cada equipe, cada território traz diferentes possibilidades de atuação e produção do cuidado.

A discussão do território é crucial para a efetivação do cuidado, assim, para os objetivos desta pesquisa, optou-se pela construção da seguinte tríade: **pessoas/sofrimento mental, território e rede** (grifo da autora).

Segundo Santos (2006) o território consiste em lugar com limites definidos onde as pessoas vivem, trabalham, circulam e se divertem. O espaço é dividido entre lugares construídos e espaços naturais, sendo, portanto, um local de relações de poder, trocas sociais e de informações. A noção de território como simples divisão político-administrativa, estática e limitada, deve ser superada para compreendermos a dinâmica interna, os processos da vida, os processos sociais e as interferências que influenciam a saúde das pessoas no cotidiano.

Para Sposati (2006) a categoria território, pensada como local onde os usuários habitam, combinada com a intersectorialidade e o trabalho em equipe, pode ser potencializadora de diversas ações. A concepção trazida, considera que é importante situá-lo na perspectiva da totalidade, evitando análises fragmentadas, e sem perder

de vista as particularidades do território. Nesse sentido, reconhece-se que o território detém recursos valiosos que podem ser disponibilizados e arranjados para compor projetos terapêuticos efetivos.

Segundo Campos (1999a), e Campos e Sorares (2003), a expressão das necessidades em saúde possui um forte diferencial nas regiões, cidades e dos territórios, a depender das condições gerais de vida da população e do acesso a serviços de saúde. Esses diferenciais geram fluxos de pacientes em busca de recursos, que devem ser avaliados e considerados no processo de alocação de serviços.

É na Atenção Básica que a interação entre território, população e rede pode e deve acontecer efetivamente, às pessoas em situação de sofrimento mental circulam ou são identificadas pelas equipes, seja em seus enclausuramentos domiciliares ou nas ruas dos territórios adstritos, fato que muitas vezes revisita as nuances da estigmatizada concepção coletiva de sofrimento mental.

5.5 PERCEPÇÃO DAS EQUIPES SOBRE INTER-RELAÇÃO ENTRE VULNERABILIDADE SOCIAL E SOFRIMENTO PSÍQUICO

Observamos na fala dos profissionais a visão empírica da relação existente entre vulnerabilidade social e sofrimento psíquico, para eles, as condições precárias de vida e o baixo acesso às políticas públicas, revisitam a vivência de processos e sofrimento psíquico significativos, demonstrando não apenas os aspectos individuais, mas as dimensões coletivas e principalmente sociais dos processos de adoecimento, evidenciando a forte relação existente entre essas duas categorias.

E aí assim, como é eu já tinha esse olhar ampliado né das políticas públicas e aí assim, o que que a gente encontrou como eu estava dizendo da miserabilidade né, que quando o PSF foi implantado em Maceió, ele foi implantado inicialmente com o foco na população pobre mesmo. Profissional do NASF 01

Naquela população, então assim, foi implantado nos territórios nos lugares mais próximos da pobreza. E aí a gente viu assim, vários casos de saúde mental e a gente foi percebendo como eu fui vendo como a população está adoecida nas suas emoções. Como a pobreza ela conduz sim, ao adoecimento psíquico. Profissional de NASF 01

Em 2004, quando foi instituída, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) explicitou em seu texto que a vulnerabilidade social, expressa por diferentes situações que podem acometer os sujeitos em seus contextos de vida, é o campo de

atuação de suas ações. A concepção de vulnerabilidade denota a multideterminação de sua gênese não estritamente condicionada à ausência ou precariedade no acesso à renda, mas atrelada também às fragilidades de vínculos afetivo-relacionais e desigualdade de acesso a bens e serviços públicos

Para Política Nacional de Assistência Social (PNAS), as expressões vulnerabilidade e risco figuram quase sempre juntas, e nessa ordem, referindo-se à exposição dos indivíduos e famílias a tais situações. Parece haver complementaridade entre ambas, embora falte um enunciado para cada uma.

Alguns autores, ao se concentrarem na atenção social às famílias, assumem a vulnerabilidade como um conceito complexo e multifacetado, que está ligado à exposição das pessoas às questões próprias do ciclo geracional, das relações sociais, da dinâmica dos territórios, da qualidade do acesso a trabalho, renda e serviços.

O enfoque da vulnerabilidade está intimamente relacionado aos fatores de risco e de proteção, trazidos diversas vezes na fala dos profissionais quando mencionam a necessidade de articulação com as demais políticas públicas ou quando relatam a dificuldade de acesso das famílias à rede.

Um estudo com famílias realizado por Cecconello (2003) aponta a necessidade de observar detalhadamente para identificar se o sujeito está sendo resiliente ou vulnerável diante de uma situação estressante em determinado momento de sua vida, considerando seus fatores de risco e proteção em interação. Cada situação (contexto) trará o desafio para as equipes avaliarem as condições de vulnerabilidade e do risco de cada caso, observando cuidadosamente a resiliência das famílias e os fatores de proteção associados.

É importante lembrar que apenas a condição de pobreza não deverá ser o fator determinante para essa avaliação, da mesma forma podemos trazer a questão do sofrimento psíquico que não deve ter apenas no diagnóstico das psicopatologias a sua oferta de cuidado.

Os entrevistados demonstram ter a compreensão de vulnerabilidade relacionada à privação de recursos financeiros, de acesso à informação e a vivência destas situações associadas às questões de sofrimento psíquico conduzem à maximização dos agravos da Saúde Mental, mesmo se tratando de uma percepção pautada na observação da realidade encontrada nos territórios.

É importante reconhecer a relação existente entre a sociedade capitalista contemporânea e a Saúde Mental, para Bisneto (2011) essa articulação é

fundamental, pois os rebatimentos dessa relação articulam: alienação social, loucura, sofrimento mental, apropriação social pelas instituições, modos de subjetivação social, institucionalização dos sujeitos. A compreensão de que os problemas sociais podem ser desencadeadores de sofrimentos mentais, no contexto da macro política atual para esse autor:

As várias formas de exclusão social têm uma capacidade patogênica na subjetividade dos indivíduos. E, atualmente, os excluídos vêm de diversos segmentos sociais, não só dos tradicionalmente pobres. No atual momento de crise social, há um aumento da expressão de várias formas de mal-estar e sofrimento mentais, de aumento da violência cotidiana (BISNETO, 2011).

Essa exclusão social se materializa na precarização das relações de trabalho, na informalidade, na insegurança de renda e moradia, na fragilização das relações sociais de trabalho ou de vínculos afetivos, a violência urbana, os ciclos geracionais e a perda de autonomia. Para Bisneto (2011) a subjetividade é ligada à realidade social, a produção dela é fruto da relação dialética entre indivíduo e sociedade, através das mediações de práticas sociais desde a infância.

[...] a quantidade que eu consigo acompanhar são idosos muito sofridos mentalmente, eles sofrem muito porque vivem em uma condição de dependência e às vezes em condições muito ruins financeiramente e a questão familiar daquela coisa da pessoa mais nova tá controlando esse tipo de coisa que você sabe [...] Profissional da Atenção Básica 1

Considerando a discussão teórica trazida por Guareschi *et al.* (2006), a vulnerabilidade se desenvolve quando existe um aumento na carência, tanto de informações quanto uma despreocupação com as pessoas expostas ao perigo, sem contar a inacessibilidade aos serviços básicos e a falta de confiança na sustentação de estratégias de saúde.

Portanto, a vulnerabilidade social abrange os diferentes segmentos da sociedade com precárias condições objetivas para exercer sua autonomia devido às questões de organização política, etnia, orientação sexual, dentre outras.

Como é possível observar, o sofrimento psíquico pode ser socialmente criado pelas condições de miséria, seja pela pobreza ou pelo acesso precário aos bens públicos, e sem alternativas políticas as pessoas acabam adoecendo. É nesse contexto que as equipes transitam, discutem e produzem possibilidades de cuidado. São cotidianamente atingidas pela condição de agudização da pobreza estrutural (entendida amplamente) nos territórios e as repercussões desta nas condições de

saúde da população, tendo na crescente apresentação do sofrimento psíquico uma das nuances dessa desigualdade social.

5.6 FRAGILIDADES E POTENCIALIDADES DO MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NO V DISTRITO SANITÁRIO

Para o Ministério da Saúde (2011) o apoio matricial (AM) ou matriciamento em saúde mental, destaca-se como importante estratégia de articulação entre saúde mental e AB, ou seja, pode ser entendido como um recurso de suporte especializado às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) na AB no atendimento às pessoas em sofrimento psíquico ou transtornos mentais.

No entanto, diversos relatos trazidos pelos profissionais, essa compreensão não é unanimidade, apesar de ser sempre destacada como importante. Na pesquisa em tela os questionamentos dispararam algumas reflexões sobre a articulação da saúde mental com a atenção básica (AB) sendo elencados algumas dificuldades e desafios para efetivação dessa prática.

Entre as dificuldades foram destacadas:

Eu acho que tem a questão das dificuldades mesmo dessa questão de acesso da participação mesmo dos profissionais, porque eu acho que tinha que ter a presença do médico da equipe entendeu e de outras pessoas, a gente queria tipo envolver ginecologista mas nem sempre é possível porque nem sempre as pessoas estão sensíveis a isso, ou não sei se é por compreensão ou porque acha que não está inserido na estratégia, mas outras pessoas já tem um olhar mais [...] Profissional da Atenção Básica 1

A investigação trouxe entre diferentes posições quanto às dificuldades apresentadas na consolidação do matriciamento em saúde mental na AB, para as equipes matriciadoras (CAPS e NASF) a adesão, a participação ativa da equipe de saúde da família, e o preconceito com a saúde mental ainda são identificados nas falas.

Eu acho que a Adesão das equipes de saúde da família, tem algumas equipes que realmente são fechadas para o trabalho, aí a gente fica naquela conquista né? Profissional do NASF 01
A gente vê que saúde mental ainda é muito estigmatizada nas unidades [...] Profissional do NASF 03
[...] o ponto negativo é que as unidades de saúde elas, nas minhas visões, elas não querem aceitar o matriciamento. Profissional do CAPS 01
A falta de entendimento, o medo, o estigma mesmo que traz, então eu acho que são os pontos negativos. Profissional do CAPS 03

A falta de compreensão do real objetivo do matriciamento pode ser um fator importante para essa constatação. A transformação da atenção depende da mudança de postura dos próprios profissionais, que não se percebem como agentes sociais com possibilidades de atuação na realidade social e impactam significativamente os processos de vida das pessoas e comunidade.

Essa postura de fechada e de transferência de responsabilidade para as equipes especializadas dizem muito sobre a concepção limitada de saúde mental e dos princípios da Reforma Psiquiátrica.

A inclusão de ações de saúde mental na AB constitui-se subsídio elementar para a adoção, por completo, dos pressupostos da reforma psiquiátrica. Tem como locus de atuação os territórios de vida das pessoas e o processo de desinstitucionalização, são parte constituinte da saúde coletiva e, por isso, deve oferecer atenção em todos os níveis de saúde, acolhendo o usuário e suas demandas como todos os outros que necessitam dos serviços de saúde nas demais especialidades, como sujeito ativo, participativo e de direito (JORGE *et al.* 2014).

Quando o cuidado precisa ser construído de forma intersetorial ou entre os serviços do SUS os obstáculos se mostram ainda maiores, mesmo com entendendo a necessidade de cuidar de todos os aspectos da vida das pessoas que são alvo das ações de matriciamento junto à Atenção Básica, as equipes encontram muitas dificuldades, conforme demonstrado na fala dos profissionais entrevistados.

[...] o negativo infelizmente é a nossa própria rede mesmo porque às vezes a gente não tem para onde correr e empaca [...] Profissional do NASF 04
Mas o negativo é justamente a falta de uma rede de apoio, né? Profissional do NASF 03
[...] negativos são as barreiras que a gente encontra né, que é normal, porque a nossa REDE tem alguma precariedade [...]. Profissional do NASF 03

A maior proximidade com o território traz como importante desafio para o NASF ser esse agente articulador da rede local, na proposição das estratégias de cuidado as equipes de NASF têm encontrado obstáculos que muitas vezes impedem a concretização dos avanços no cuidado em saúde mental.

Isso impõe às equipes a construção de estratégias muitas vezes assistencialistas e clientelistas, abrindo uma perigosa associação entre acesso a direitos e benesses.

No que diz respeito aos pontos positivos, as equipes sinalizam uma mudança de postura quanto ao olhar ampliado sobre as demandas de saúde mental, que até

então não eram viabilizadas ou trazidas para discussão das equipes. O reflexo na transformação do cuidado produzido pelos profissionais com os usuários também aparece de forma recorrente nas falas.

Mesmo sem a real acepção do conceito teórico do Apoio matricial, observamos que, na prática, as ações se aproximam da afirmação de Campos (1999) sobre o AM como dispositivo potente para alterar a lógica de cuidado individualizada e centrada na doença para um olhar mais amplo. Sendo assim, o apoio matricial assume um caráter interdisciplinar e pedagógico quando afirma a corresponsabilização do cuidado entre as equipes e em forma de rede.

Bom, é, no meu ponto de vista é uma troca de saberes, uma troca de conhecimentos, uma troca de cuidados “pra” com aquele paciente né. Sabendo sempre que ele pertence a atenção primária, mas a gente tá trocando saberes. Profissional do NASF 3

[...] e eu ainda tenho entendimento que não é todo mundo que tem essa real importância do que é trabalhar interdisciplinarmente, o que é você trabalhar dividido em papéis a favor de um determinado contexto [...] Profissional do Atenção Básica 01

[...] a gente vê assim na prática mesmo uma mudança extrema na vida daquelas pessoas que a gente consegue [...] Profissional do NASF 4

Como podemos observar, essa característica aparece nos discursos dos profissionais tanto do CAPS quanto das Equipes de Saúde da Família, que o percebem como estratégia que possibilita o diálogo e a troca de saberes entre as várias categorias.

O matriciamento busca ultrapassar as ações isoladas e verticalizadas dos profissionais nos serviços de saúde, amparadas pelo modelo biomédico, já considerado limitado para atender às necessidades dos usuários quando lhes pretendia garantir um real cuidado conduzido pela concepção de clínica ampliada (CAMPOS, 1999a).

Sim e até assim porque a presença do matriciamento do NASF faz com que você pelo menos eu enquanto enfermeira e a equipe também tenha um olhar direcionado, mas nessa questão você fica mais atenta, mas essas questões [...] Profissional da Atenção Básica 1

“Eu acredito que houve uma mudança assim pra melhor, é a família se sentiu mais acolhida, né, porque viu que haviam mais profissionais envolvidos né, procurando o bem estar deles, [...] quando chega alguém pra ajudar, quando chega alguém pra marcar uma consulta pra dar uma receita, pra sabe, pra pegar na mão dela, aí ela se sente melhor.” Profissional da Atenção Básica 2

Sabendo que ele tá num ambiente dele, que ele vai ter realmente a saúde dele dentro do território, que é a proposta da estratégia de saúde da família. Profissional do CAB 3

Em estudo realizado por Campos e Amaral M. S. (2007), foi sinalizada a necessidade de reconstrução da utilização de um certo traço artesanal do trabalho clínico, considerando a complexidade das organizações contemporâneas, com toda sua complexidade, portanto, com importante grau de divisão do processo de trabalho e integrado em redes de serviços sem que exista uma hierarquia gerencial entre elas.

Mas evidenciam a existência do processo de padronização – protocolos, fluxograma, cadeias de cuidado e acreditação – imposto pelas organizações e tentam transportar para os serviços e sistemas de saúde a lógica da linha de produção (CAMPOS; AMARAL M. S., 2007).

Para os autores a superação desse modelo de gestão de cuidado, centrado no processo de trabalho e não nas pessoas, necessitaria de uma nova estratégia, que para eles estaria de forma muito potente na utilização da Clínica ampliada:

[...] para a clínica ampliada, haveria necessidade de se ampliar esse objeto, agregando a ele, além das doenças, também problemas de saúde (situações que ampliam o risco ou vulnerabilidade das pessoas). A ampliação mais importante, contudo, seria a consideração de que, em concreto, não há problema de saúde ou doença sem que estejam encarnadas em sujeitos, em pessoas. Clínica do sujeito: essa é a principal ampliação sugerida (CAMPOS; AMARAL M. S., 2007).

Paulatinamente os profissionais vêm observando a potencialidade das ações de apoio matricial, suas repercussões a partir da mudança de postura profissional diante do sofrimento mental, bem como na condução do cuidado compartilhado e em rede. Um destaque para a percepção trazida em algumas falas quanto ao impacto dessas ações na vida das pessoas.

Sim e até assim porque a presença do matriciamento do NASF faz com que você pelo menos eu enquanto enfermeira e a equipe também tenham um olhar direcionado, mas nessa questão você fica mais atenta, mas essas questões [...]. Profissional da Atenção Básica 1
Eu acredito que houve uma mudança assim pra melhor, é a família se sentiu mais acolhida, né, porque viu que haviam mais profissionais envolvidos né, procurando o bem estar deles, [...] quando chega alguém pra ajudar, quando chega alguém pra marcar uma consulta pra dar uma receita, pra sabe, pra pegar na mão dela, aí ela se sente melhor. Profissional da Atenção Básica 2

Vemos que a clínica pode contribuir para a ampliação do nível de autonomia dos usuários. A ampliação das possibilidades das pessoas em lidar com sua própria vida, independente dos problemas de saúde ou nível de dependência. Dessa forma, o trabalho dos profissionais deverá estar pautado na construção de projetos terapêuticos ampliados.

As equipes trouxeram relatos de alguns casos que vem acompanhando e concretamente puderam verificar mudanças significativas. Passos muitas vezes pequenos como: sair de casa, andar de ônibus, tomar sua medicação de forma regular, voltar a trabalhar, levar os filhos para escola, entre outras atividades.

Entretanto, observamos que as equipes de Atenção Básica têm uma ansiedade quanto à resolutividade dos casos. Desejo que trazem para as equipes matriciadores o desafio de construir juntos as equipes de ESF projetos terapêuticos possíveis e não um projeto idealizado apenas pelos profissionais desejosos de ver uma transformação de vida que possui rebatimentos diretos com a questão social macro, desse modo aplacar parte dessa ansiedade sem causar desmotivação das equipes é fundamental para manutenção das ações.

“O ponto positivo é o que a gente consegue no final ter uma resposta. E outros anseios é que a gente não consegue resolver. Ou não consegue identificar e que não conseguir resolver efetuado como esse senhor né. Que cometeu suicídio.” Profissional da Atenção Básica 3

Porque você consegue dar resolutividade, mesmo que você não consiga resolver 100% porque não tem nenhum sistema vai conseguir resolver 100% porque você tem o fator humano no meio, você tem a questão da família, você tem toda dificuldade do trabalho com o paciente psiquiátrico, você tem toda dificuldade de você tá trabalhando com famílias de extrema pobreza, de extrema vulnerabilidade social, mas assim, essa família e outras que a gente vem acompanhando elas conseguiram encontrar um tanto de dignidade. Profissional do NASF 1

No relato de alguns casos trazidos como exemplos observamos o quanto alguns profissionais estão implicados com o acompanhamento, a ponto de emocionarem-se ao falar dos avanços e perdas no processo, ou seja, quanto maior a proximidade, longitudinalidade do cuidado, maiores as possibilidades de avanços e implicação das equipes.

Encontramos um campo fértil junto às equipes de Atenção Básica, principalmente nas unidades que receberam o NASF como apoiador, através do qual o diálogo com o CAPS torna-se mais fluido. Restam as equipes matriciadores a tarefa de contribuir com a mobiliz(Ação) para maior adesão e implicação de grande parte dos profissionais de toda rede de atenção no acolhimento e cuidado em Saúde Mental; desconstruir o ‘muro simbólico’ que distância os trabalhadores da atenção básica dos trabalhadores da Saúde Mental e penetrar nas extensões de maior capilaridade do Sistema de Saúde são alguns dos desafios contemporâneos em pauta para Saúde Mental (JUNIOR; PINTO, 2014).

Além dos desafios citados, outro que apareceu com bastante força foi a questão da participação das famílias no processo de cuidado:

[...] eu acho que assim promover essa mudança ao nível familiar entendeu? Porque às vezes a gente entende que aquela pessoa precisa disso, a gente percebe ela ali naquele grupo familiar, mas a família não entende ou acha que a gente tá querendo se meter, que a gente tá querendo tirar renda ou que a gente tá esmiuçando demais aquela família, às vezes a gente tem alguns entraves dessa situação, eu acho que essa mudança de uma família inteira, entendeu? Profissional do NASF 04

[...] e a família não quer fazer a adesão, não consegue, acha que é besteira, enfim é bem complicado, mas quanto maior o envolvimento da Estratégia maior a chance de dar certo porque eles estão muito perto **Profissional do NASF**

Eu acho que a participação da família, porque a participação da família é extremamente importante, porque quando só tá você e o paciente e mesmo que esteja toda essa estrutura que temos hoje, de acolhimento e você não ter a base em casa, a preocupação familiar para aquele outro é complicado. **Profissional da Atenção Básica 4**

Outro ponto nevrálgico diz respeito à crescente demanda que busca por assistência e a capacidade instalada dos serviços, sejam eles na Atenção Básica ou na Atenção Especializada.

É que nem sempre você tem uma demanda muito maior do que a capacidade de instalada dos serviços né verdade? E não tem outro CAPS, é quinto e sexto, é tantos distritos pra você dar conta, com equipe tão pequena. E tão carente também de investimento em infraestrutura, investimento em mais profissional, investimento em mais carro. Profissional do NASF 01

Juntando a baixa capacidade instalada, as cobranças quanto a produção de metas e indicadores, e em muitos casos a permanência do modelo centrado na consulta com o especialista, como o psiquiatra, contribuem para burocratizar ainda mais o atendimento e nem sempre correspondem à qualidade dos serviços (JORGE *et al.*, 2014).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a proposta do estudo de analisar o desenvolvimento das ações de apoio matricial em saúde mental nas Unidades Básicas do V Distrito Sanitário de Maceió, com vistas ao cuidado em rede no território, foram identificados por meio do corpus documental e da análise das entrevistas, desenhados através do sistema de linguagem trazendo à tona às nuances do Processo de implantação do matriciamento e adesão das equipes, conceito de matriciamento entre equipes dos dispositivos distintos, principais pautas compartilhadas no matriciamento e Conceitos de vulnerabilidade e sofrimento psíquico.

Destaca-se a aproximação entre Unidades Básicas de Saúde, NASF e as mudanças reais na forma de lidar com as pessoas em sofrimento psíquico, a construção de espaços que favorecem uma troca produtiva de saberes e práticas.

Os encontros matriciais como espaços pedagógicos, são fundamentais para o processo de desinstitucionalização das pessoas e das práticas aprisionadas pelos muros das instituições e dos preconceitos. Mas que não devem ser realizados de forma esporádica, mas com a frequência e organização imposta pelas necessidades de assistência e cuidados às pessoas em situação de sofrimento.

A circulação das equipes no território proporciona a ampliação do olhar para a vulnerabilidade social e seus rebatimentos na saúde mental da população, a identificação dos dispositivos e as lacunas existentes na rede, revisitando a responsabilidade dos profissionais quanto à mobilização social.

As vozes silenciadas das pessoas em situação de sofrimento mental, encasuladas nas casas, rua ou instituições podem ganhar um novo significado a partir das ações de matricialmente junto às equipes da atenção básica. Paulatinamente escutamos através das falas dos profissionais da ESF o eco do processo pedagógico oriundo das ações das equipes matriciadoras (CAPS/ NASF) repudiando a institucionalização dos sujeitos em espaços manicomiais.

Entretanto, são vozes ainda miúdas num Estado manicomial, há resistência e desconfiança por parte de muitos profissionais, contudo os profissionais que resolveram comprometer-se com a proposta têm encontrado apoio e suporte das equipes. Ação que fortalece, auxilia, contribui para minimizar a solidão que muitas vezes acometem os profissionais da Atenção Básica frente a tantas demandas e

cobranças existentes. Da mesma forma, para as equipes matriciadoras, a manutenção do cuidado no território, a construção da autonomia dos sujeitos antes isolados e sem acesso à assistência, também fortalece e valoriza o processo no qual estão envolvidos.

Sabemos que ainda tem muito a ser trilhado nesse caminho, a amostra trazida nesta pesquisa já demonstra o tamanho do desafio, partindo a gestão central na garantia de investimentos em recursos estruturais e em pessoal, as equipes que desenvolvem as ações nos territórios, que precisam ir quebrando a resistência de muitos profissionais, principalmente os médicos, que em nenhuma das unidades de saúde foco da pesquisa foi sinalizado como participante ativo desse processo.

Superar a intervenção profissional exclusivamente sobre a doença, em detrimento do estudo de caso e da elaboração conjunta de estratégias que envolvam diferentes atores e recursos no território também é um dos desafios apontados pela pesquisa.

O estudo apontou que se faz necessário um aprimoramento nas práticas do apoio matricial para superar as lacunas ou divergências apresentadas pelas equipes, principalmente no que se refere ao entendimento do que é o processo de apoio matricial. Investimento que necessitará da junção de esforços entre a gestão da Atenção Básica e Saúde Mental no nível central, na busca por estratégias de capacitação e valorização dessa prática.

REFERÊNCIAS

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 299-316, 2006.

AMARANTE, P. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 73-74.

_____, P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

_____, P. **Considerações sobre o ontem e o hoje da Saúde Mental brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

_____, P. Saúde mental e cidadania: desafios e perspectivas para a Reforma Psiquiátrica brasileira. **Psicologia & Sociedade**, Recife, v. 31, n. 3, p. 1-12, 2019.

AROUCA, A. S. **O desafio da mudança na saúde**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 1998. 240 p.

_____. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Fiocruz, 2003.

BARDIN, L. **Análise do Conteúdo**. 6. ed. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARROS, S. **A atenção básica no Sistema Único de Saúde**: histórico, avanços e desafios. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2000.

BERTUSSI, D. M. **A produção do modelo assistencial na saúde mental**: um estudo de caso em um município do interior do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2005.

BERTUSSI, D. C. **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos e na gestão municipal em saúde**. 2010. Tese (Doutorado em Clínica Médica) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BEZERRA, D. F.; DIMENSTEIN, M. Apoio matricial em saúde mental: uma proposta para a reorganização do modelo assistencial. *In*: DIMENSTEIN, M. (org.), **Saúde mental e atenção primária: construindo redes**. São Paulo: Hucitec, 2007.

BISNETO, J. A. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 10 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental na atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. 48 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília: DF, Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm Acesso em: 10 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

_____. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

_____. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Apoio matricial em saúde mental no SUS: orientações para a gestão e para a prática no território.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 136 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental.** n. 34, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.

_____. Ministério da Saúde. Coordenadoria-Geral de Monitoramento da Atenção Básica e da Divisão de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. **Nota Técnica n.º 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

CAMPOS, G. W. S. O apoio matricial e a equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 52, p. 299-312, 1999.

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

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos.** 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, C. M. S.; SOARES, C. B. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 621-628, 2003.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CAMPOS, G. W. S., AMARAL, M. S. B. **A clínica ampliada e compartilhada: reorientação do trabalho em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, ago. 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400007>. Acesso em 25 nov. 2020.

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

CAMPOS, G. W. S. **Reforma psiquiátrica e atenção psicossocial**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2009.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia: cartografias do trabalho vivo em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

CAMPOS, G. W. S. *et al.* A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 983-995, 2014.

CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; ARAUJO, A. C. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 21, n. 59, p. 681-694, 2017.

CAVALCANTE, J. L. A atenção primária à saúde e a saúde mental: desafios para a mudança de paradigma. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 5, p. 812-817, 2011.

CECCONELLO, A. M. **Resiliência e vulnerabilidade em famílias em situação de risco**. Tese (Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2003).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Seminário Internacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: CONASS, 2012.

DAUMAS, R. P. *et al.* O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 1-19, jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104120>. Acesso em: 1 ago. 2020.

DELGADO, P. G. G.; Zaiden, A. Políticas de saúde mental e direitos humanos. *In*: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas, da Coerção à Coesão**. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública - UFSC, 2014. 95 p.

DELEUZE, G. **Conversações: 1972-1990**. 1. ed. São Paulo: Editora 34, 1992.

DENZIN, N. K. **The research act: a theoretical introduction to sociological methods**. 3. ed. New York: McGraw-Hill, 1989.

DIMENSTEIN, M. *et al.* O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 63-74, mar. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000100007>. Acesso em: 10 abr. 2019.

DIMENSTEIN, M.; GALVÃO, V.M.; SEVERO, A.K.S. O Apoio Matricial na perspectiva de coordenadoras de Equipes de Saúde da Família. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v.4, n.1, p.37-48, dez. 2009.

DOMINGOS, C. M. *et al.* A legislação da atenção básica do Sistema Único de Saúde: uma análise documental. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 1-13, mar. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00181314>. Acesso em: 10 abr. 2019.

FOUCAULT, P. M. **O nascimento da clínica**. 1. ed. Rio de Janeiro: Forence-universitária, 1977. Tradução de Roberto Machado.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Atenção primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental, **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 434-451, set. 2018. <https://scielosp.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe1/434-451/pt>. Acesso em: 10 abr. 2019.

GALVÃO, M. P. **O apoio matricial como estratégia de cuidado em saúde mental: uma análise a partir da percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família**. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

GAMA, C. S.; DALGALARRONDO, P.; ANDRADE, L. H. S. Vulnerabilidade social e saúde mental: revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.17, n. 3, p. 621-634, 2014.

GUARESCHI N. *et al.* A Vulnerabilidade social e o programa Hospital-dia: uma discussão sobre as políticas públicas em Saúde Mental. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, n.40, p.299-316, out. 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros**. Brasília, DF: IBGE, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/panorama>. Acesso em: 09 mar. 2019.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 24, n.4, p. 1247-1254, abr. 2017. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/matriciamento-em-saude-mental-praticas-e-concepcoes-trazidas-por-equipes-de-referencia-matriciadores-e-gestores/16354?id=16354>. Acesso em: 10 abr. 2019.

JORGE, M. S. B. *et al.* Possibilidades e desafios do apoio matricial na atenção básica: percepções dos profissionais. **Psicologia: teoria e prática [online]**, São Paulo, v.16, n.2, p. 63-74, ago. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872014000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 nov. 2020.

JORGE, M. H.; SOUZA, M. T.; FRANCO, M. H. P. O apoio matricial em saúde mental no contexto da Estratégia Saúde da Família: percepções dos profissionais da atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1801-1809, jun. 2013.

JUNIOR, M.; PINTO, H. A. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? **Divulgação saúde em debate**. Rio de Janeiro, n. 51, p. 14-29, out. 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2019.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. *In*: PITTA, A. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 55-59.

LANCETTI, A. (Org.). **Saúdeloucura 7: saúde mental e saúde da família**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

LANCETTI, A. **Saúde mental e atenção primária**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

LARA, L.; GUARESCHI, N. M. F.; BERNARDES, A. G. Reforma Sanitária e a privatização da saúde em um contexto biopolítico de garantia de direitos. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 2, n. 28, p. 360-368, maio/ago. 2016.

LIMA, E. D. **Imaginário social sobre a loucura**: Cultura e práticas de cuidado em saúde mental. 1. ed. Curitiba: APPRIS, 2016.

LIMA, E. S. **O matriciamento em saúde mental**: uma estratégia de produção de cuidado. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde/Coordenação Geral de Planejamento. **Plano Municipal de Saúde (PMS) 2018-2021**. Maceió, AL: SMS/DGPS/CGP, 2018.

MANGINI, F. N. da R.; KOCOUREK, S.; MORSCH, C. A construção de uma rede intersetorial de cuidados em saúde mental. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 19, n. 2, p. 1–14, 2019.

MARAGNO, L. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p.1639-1648, ago. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2006.v22n8/1639-1648/>. Acesso em: 14 abr. 2019.

MENDES. I. A. C. Desenvolvimento e Saúde: a Declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 447- 448, maio/jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a01.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2019.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.

_____, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MERHY, E. E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. *In*: Túlio Batista Franco; Marco Aurélio de Anselmo Peres. (Org.). **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. 1 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004, v. 1, p. 21-45.

MERHY, E. E. *et al.* Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua: implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 153-164, out. 2014.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 33. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

MORENO, C. A. A. A construção de indicadores de saúde: desafios e perspectivas. *In*: ASSIS, S. G.; MERHY, E. E. (org.). **Avaliação em saúde: um panorama da produção brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2015. p. 201-222.

MORAIS, C. M. M. A. **O uso de indicadores de saúde para a gestão do Sistema Único de Saúde: uma revisão integrativa**. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811601>. Acesso em: 10 abr. 2019.

ONOCKO CAMPOS, R. *et al.* Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.12, p.4643-4652, dez. 2011.

ONOCKO CAMPOS, R. T. *et al.* O matriciamento como dispositivo de reorientação do trabalho em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 91, p. 236-248, out/dez. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: OMS, 1978. 3 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 01 mar. 2019.

_____. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília, DF: Organização Mundial da Saúde, 2003. 105 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidados_inovadores.pdf. Acesso em 01 abr. 2019.

_____. **Relatório Mundial da Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários - Agora mais que nunca**. Genebra: OMS, 2008. Disponível em: https://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf. Acesso em: 01 abr. 2019.

_____. **Depression and other common mental disorders: global health estimates** [online]. Geneva: WHO; 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2019.

_____. **Relatório sobre a Saúde Mental Mundial 2019: Cuidando da Saúde Mental para Todos**. Genebra: OMS, 2019.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p.

PAIM, J. S. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 343-347, jul/set., 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JYWNGPwpd8wnc97Zdz8H65N/#>. Acesso em: 07 abr. 2019.

PAIM, J. S. A reforma sanitária como objeto de reflexão teórico-conceitual. *In*: PAIM, J. S. (org.). **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 19-42.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-35, jan/mar. 2014.

PINHEIRO M.C.C.; HYPÓLITO A.L.M.; KANTORSKI L.P. Educação permanente no processo de trabalho em saúde mental. **J. Nurs. Health**. Pelotas, vol. 9, n. 2, p. 1-15, maio 2019.

PINTO, M. M.; SILVA, M. P.; SANTOS, N. C. A consulta médica no apoio matricial em saúde mental: uma análise a partir da percepção dos profissionais de saúde da atenção básica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n.93, p.61-72, 2012.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

RIBEIRO, M. C. **Saúde mental em Alagoas: trajetória da construção de um novo cuidado**. Maceió: Grafpel, 2014.

RODRIGUES, L. C. S. **Prevalência de transtornos mentais e uso de substâncias psicoativas no bairro do Benedito Bentes, Maceió, Alagoas**. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2017.

SANTOS, M. *et al.* **Território, territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial**. 2 ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. O Território na Promoção e Vigilância em Saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 177-224.

SARAIVA, S; ZEPEDA, J. Princípios do Apoio Matricial. *In*: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. (org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. 2. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2012. cap. 43.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira De História & Ciências Sociais**, Rio Grande, v. 1. n. 1. jan/jun. 2009. Recuperado de <https://www.rbhcs.com/rbhcs/article/view/10351>. Disponível em: <https://anpuh.org.br/index.php/2015-01-20-00-01-55/publicacoes/lancamentos/item/2142-revista-brasileira-de-historia-amp-ciencias-sociais>. Acesso em: 01 abr. 2019.

SPOSATI, Aldaíza. Gestão pública intersetorial: sim ou não? Comentários de experiência. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 85, p. 133-141, mar. 2006.

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS (Brasil). **Guia de Rede de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF: SENAD, 2016.

SOUZA, Â. C. de. **Em tempos de PSF...Novos rumos para atenção em saúde mental?** 2004. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

SOUSA, F. S. P.; JORGE, M. S. B. O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00172>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000100501&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 out. 2019.

SOUSA, M. F. Avaliação da atenção primária à saúde no Brasil: revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 20, p. 227-238, jan. 2015.

SOUTO, L. R. F; OLIVEIRA. M. H. B. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde em debate** [online], Rio de Janeiro, vol.40, n.108, p.204-218,

jan/mar. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104-20161080017>. Acesso em 01 abr. 2019.

SOUZA, M. J. M. Saúde mental e atenção primária: uma revisão de literatura. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 716-725, 2004.

SOUZA, M. C. M. A reorientação do modelo de atenção em saúde tradicional e a atenção básica no contexto da Reforma Psiquiátrica. **Revista Brasileira de Saúde Mental**, v. 7, n. 1, p. 11-19, 2015.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2019.

TANAKA O.Y.; LAURIDSEN-RIBEIRO E. Desafio para a Atenção Básica: incorporação da assistência em saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, p. 1845-1853, set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n9/08.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2019.

TANAKA, O. Y. **Atenção à saúde mental na atenção básica**: a experiência da rede de atenção psicossocial do município de São Paulo. São Paulo: Hucitec, 2006.

TÓFOLI, L. F.; FORTES, S. **Apoio matricial e saúde da família**: a construção de uma nova prática. São Paulo: Hucitec, 2007.

VERONA H. Pequeno ensaio sobre educação na saúde: o encontro com o usuário como acontecimento de aprendizagem ou aprendizagem baseada no encontro com o usuário. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE MINAS GERAIS (CRP/MG), 2015, Belo Horizonte, MG. **Contribuições do Seminário Mineiro Psicologia na Saúde Pública**. Belo Horizonte, MG. 2015, p. 33-37.

VIEIRA, A. P. S. Atenção primária à saúde: desafios e perspectivas para o Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, p. 604-612, abr. 2015.

YASUI, S.; LUZIO, C. A.; AMARANTE, P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, RS, v. 8, n. 1, p. 173-190, fev. 2018. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/80426/47195>. Acesso em: 26 nov. 2020.

APÊNDICE A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



INSTITUTO AGGEU
MAGALHÃES (IAM)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DA GESTÃO DO CUIDADO EM REDE NO MUNICÍPIO DE MACEIÓ: CONSTRUINDO CAMINHOS PARA O TERRITÓRIO

Pesquisador: ROSEANE DA SILVA FARIAS

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 24493419.9.0000.5190

Instituição Proponente: FIOCRUZ - Instituto Aggeu Magalhães (IAM)

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.260.142

Apresentação do Projeto:

O projeto trata-se de um projeto de pesquisa de mestrado profissional que tem como intenção buscar compreender como vem se desenvolvendo as ações de apoio matricial em saúde mental nas Unidades Básicas do V Distrito Sanitário de Maceió e como as ações de apoio matricial tem contribuído para o desenvolvimento do cuidado em rede no território. Trata-se de um estudo qualitativo de caráter exploratório e tem como lócus o município de Maceió, a referida pesquisa pretende apontar as potencialidades e fragilidades das ações de apoio matricial que vem sendo desenvolvidas no V Distrito Sanitário e as repercussões para o cuidado em rede no território. O recorte temporal do presente estudo abrange o período de 2017 a 2019, representando o momento em que a Secretaria Municipal de Saúde de Maceió inicia a implementação do matriciamento em saúde mental junto as equipes de Atenção Básica. Tem como Hipótese que as ações de apoio matricial realizadas constituem-se numa estratégia importante para universalizar o acesso de forma integral à saúde mental nos distritos sanitários de Maceió, e se constitui como um instrumento de diminuição dos preconceitos, estigmas, contribuindo para o desenvolvimento do cuidado em rede no território e a superação da permanência da centralidade do modelo manicomial, biomédico e da lógica da transferência do "caso" para atenção especializada.

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº

Recife - Cidade Universitária

CEP - 50.670-120



INSTITUTO AGGEU
MAGALHÃES (IAM)



Continuação do Parecer: 4.260.142

instrumento para a coleta de dados e pesquisa documental, observação participante, diário de Campo e entrevistas semiestruturadas. As entrevistas serão realizadas pela pesquisadora do presente estudo com a contribuição de outros pesquisadores (estudantes e Residentes) envolvidos no Projeto de Extensão MatriciaMENTE da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) e da UNCISAL, e terá como base para o roteiro de entrevista previamente elaborado pela pesquisadora.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Sem pendências.

Recomendações:

Entregas de relatórios parciais e final devem ser feitas via notificação. Os relatórios parciais devem ser apresentados, pelo menos, semestralmente. Qualquer alteração no protocolo no decorrer da pesquisa, como também mudança de equipe, devem ser informados via emenda. Todas as ações deve ser realizadas via Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisadora informa em carta resposta que as coletas de dados ainda não ocorreram, que serão realizadas após aprovação por essa CEP.

Conclusão: O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas sociais envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, de 07 de abril de 2016 e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Vale ressaltar que, em relação ao protocolo de pesquisa, é previsto na Resolução 466/2012 no item XI - DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL, que o pesquisador deve apresentar ao CEP relatórios parciais e finais (subitem: d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final). Pede-se que o pesquisador entregue os relatórios como previsto no texto da resolução. Informamos que a entrega dos relatórios parciais precisam ser feitas a cada semestre, conforme cronograma de execução da pesquisa, via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.570-420

ANEXO A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS PARA PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

ROTEIRO DE ENTREVISTA – PROFISSIONAL DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Data: ___/___/___

Horário: início: _____ término: _____

IDENTIFICAÇÃO

Local de trabalho: _____

Cargo: _____

Formação profissional: _____ Ano de conclusão: _____

Pós-graduação: _____ Ano de conclusão: _____

Possui experiência profissional anterior com ações de saúde mental:

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 AB?

IMPLANTAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES

1. Como você define o Apoio Matricial (matriciamento) ?
2. Há quanto tempo a unidade vem realizando ações de saúde mental e há quanto tempo você participa delas?
3. Como estão organizadas as ações de Apoio Matricial em saúde mental?

4. Como está a participação da sua equipe nas ações de Apoio Matricial em saúde mental?
5. Quais são as ações desenvolvidas pela equipe em conjunto com o matriciador?

QUESTÕES E PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL

- 1- Quais são as principais questões relacionadas ao sofrimento psíquico/saúde mental que são levados para o apoio do profissional de saúde mental/matriciador?
- 2- 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?

AVALIAÇÃO DAS AÇÕES

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

ANEXO B – ROTEIRO DE ENTREVISTAS PARA PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE MENTAL

ROTEIRO DE ENTREVISTA – APOIADOR MATRICIAL DE SAÚDE MENTAL

Data: ___/___/___

Horário: início: _____ término: _____

A) IDENTIFICAÇÃO

Local de trabalho: _____

Cargo: _____

Formação profissional: _____ ano de conclusão: _____

Pós-graduação: _____ ano de conclusão: _____

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

Já participou de algum curso/treinamento na área de saúde mental.

Participou de cursos ou algum tipo de capacitação/treinamento para atuar como apoiador matricial junto as equipes da Estratégia de Saúde da Família?

IMPLANTAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES

1. Como você define Apoio Matricial?
2. Descreva a história da implantação do Apoio Matricial junto à unidade de Saúde da Família onde atua como matriciador.
3. Como a sua equipe vem organizando as ações de Apoio Matricial junto a AB?

4. 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?

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?

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

ANEXO C – RELATÓRIO TÉCNICO

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**

ROSEANE DA SILVA FARIAS

RELATÓRIO TÉCNICO

Orientadora: Prof^a Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Telma Maria Albuquerque G. de Melo

RECIFE

2020

INTRODUÇÃO

Durante os 21 anos o movimento da Reforma Psiquiátrica (RP) brasileira tem trazido para pauta da sociedade a luta pela abolição dos hospitais psiquiátricos como local de tratamento das pessoas em situação de sofrimento mental, seja por transtornos mentais ou uso de álcool e outras drogas, por ser alicerçado em um modelo manicomial baseado na segregação e violação de direitos (SOUSA; JORGE, 2019).

Lima (2016) e Amarante (2012) trazem importantes discussão sobre a concepção da loucura, e sinalizam que não será apenas o fechamento dos manicômios e a abertura de serviços substitutivos como, os CAB, que darão conta do processo que de transformação do lugar social que a loucura ocupa até então na sociedade.

Diante disso identificamos na Atenção Básica um importante espaço para que esse processo de desconstrução seja desenvolvido, tanto entre os profissionais quanto na própria comunidade, pois muitas vezes é neste espaço para onde convergem muitas das demandas de saúde mental do território, visto que ela se constitui como a principal porta de entrada da assistência à saúde. O Ministério da Saúde (MS), a partir de 2001, tem lançado mão de algumas publicações que apontam para necessária articulação da saúde mental e a atenção básica, com orientações sobre o apoio matricial de saúde mental, desenvolvidos pelos CAB às equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), aumentando a competência para solucionar casos no próprio território (BRASIL, 2003; BRASIL, 2013b).

A partir dos dados apontados no decorrer desse texto podemos afirmar que no cotidiano das equipes de Atenção Básica, em especial, as equipes de Estratégia de Saúde da Família – ESF, os profissionais se deparam com problemas de “Saúde Mental”, com isso faz-se necessário a realização de algum tipo de intervenção por parte desses profissionais no manejo e assistência a esses usuários.

Os autores Yasui *et al* (2018) destacam a existência de uma crítica ao modelo biomédico, entre outros aspectos, por sua centralidade na doença e nas atividades curativas, em detrimento das ações de promoção e prevenção. Exatamente essas ações que passaram, especialmente com a Política da Atenção Básica a serem objeto de uma maior atenção da política pública de saúde.

Os autores trazem importantes reflexões sobre psiquiatria caracterizando como poderoso dispositivo de articulação de práticas disciplinares, que investem na normalização dos corpos e de práticas de controle que se capilarizam nos territórios dos espaços urbanos. Produção de corpos e modos de vida: do corpo dócil ao corpo útil, cúmplice, aparentemente participativo, ajustado, consumidor (YASUI *et al*, 2018).

Essa tessitura coloca a atenção básica num status ainda mais importante, pois os seus dispositivos estão nos territórios de vividos onde se estão a produção, dentre outras coisas, de saúde e doenças (Santos, 2002).

Desse modo, podemos identificar a Atenção Básica como espaço potente para construção de novos modos de produção de saúde que ultrapassem a simples ação de cuidar e controlar os corpos, para uma ação transformadora, onde profissionais e usuários sejam protagonistas do seu cotidiano e dos processos de cuidado em rede.

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012, p. 09).

Sabemos que é justamente no território onde as tensões e a opressão das desigualdades oriundas da sociedade capitalista se expressam, bem como os processos subjetivos individuais são produtores de doenças e sofrimento psíquico. Com isso a cada dia é mais recorrente a busca da população pela atenção básica para realização de cuidados em saúde mental. Grande parte desse contingente pode e deve ser cuidado nas unidades de saúde através das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Segundo o Ministério de Saúde (Brasil, 2005), os principais desafios da Reforma Psiquiátrica é que 3% da população necessita de cuidados contínuos em saúde mental, em função de transtornos severos e persistentes, o que exige uma rede de assistência densa, diversificada e efetiva. Somado a isso, aproximadamente de 10% a 12% da população não sofre transtornos severos, mas precisam de cuidados em saúde mental, na forma de consulta médico-psicológica, aconselhamento, grupos de orientação e outras formas de abordagem (DIMENSTEIN *et al*, 2009).

Entretanto historicamente as equipes sinalizam as dificuldades nos manejos, desconhecimento do fluxo da RAB, e principalmente despreparo e o preconceitos ainda presentes no imaginário dos profissionais de saúde.

Para potencializar a estratégia de integração entre as equipes da Atenção Básica e de saúde mental, de modo a possibilitar suporte técnico assistencial e apoio pedagógico entre as equipes de forma a reorganiza os processos de cuidado em saúde mental e superar as problemáticas apresentadas surgiu através da proposta de apoio matricial formulada por Gastão Wagner (1999), que visava a superação da lógica tradicional dos encaminhamentos, referência e contrarreferências, protocolos etc. Ações que burocratizavam o atendimento e não dinamizavam a atuação em rede.

A saúde Mental em Alagoas traz desafios ainda maiores, o processo de Reforma Psiquiátrica caminhou a passos muito lentos. O estado iniciou o processo de desinstitucionalização no ano de 2014, com o fechamento do primeiro hospital Psiquiátrico apenas no final de 2017 e início de 2018 quando foram implantados os primeiros serviços residenciais terapêuticos retirando 70 (setenta) pessoas em situação de longa internação para os 07 (sete) Serviços Residenciais Terapêutico implantados em Maceió.

O município de Maceió, apesar de pioneiro na implantação dos primeiros serviços residenciais terapêuticos em Alagoas, não possui uma história consistente em relação ao cuidado em saúde mental centrada nos territórios. Segundo Ribeiro (2014) *“é possível constatar-se que os primeiros CAB de Alagoas padecem de improvisos e falta de apoio, o que só pode ser reordenado a partir de 2002”*. Para autora a transformação do cuidado em saúde mental em Alagoas de-se graças ao esforço e a coragem de trabalhadores que ousaram enfrentar o discurso e práticas vigentes, apostaram na necessidade de construir, dentro do campo de ação, uma política voltada para saúde mental diferente da que dominava o Estado, arriscando ações e recursos para possibilitar as mudanças reais no processo de cuidado (Ribeiro, 2014).

Para Ribeiro (2014) não podemos afirmar que o corpo de trabalhadores dos CAB – **estendendo para todos os trabalhadores da rede (grifo da autora)** - em Alagoas é Antimanicomial. Percebe-se diversas concepções sobre cuidado e objetivos aplicados nos serviços. Apenas o conhecimento e o fortalecimento das

diretrizes da Reforma Psiquiátrica abririam a possibilidade para ampliação do olhar desses trabalhadores e isso perpassa pelo investimento na capacitação contínua, de modo a proporcionar a identificação entre suas práticas e o modelo de atenção psicossocial de base comunitária.

No bojo dessa história seguimos sediando os 03 (três) dos 04 (quatro) hospitais psiquiátricos do estado, como isso a cultura da internação nesses espaços ainda está arraigada na sociedade e se vê refletida nos serviços substitutivos que ainda consideram este espaço nos seus encaminhamentos, principalmente para emergência psiquiátrica.

No que diz respeito as ações junto a atenção básica, apenas recentemente a Secretaria Municipal de Saúde através da Gerência de Atenção Psicossocial (GAP) passou a empreender esforços para possibilitar a criação de espaços de discussões, organização de fluxo e apoio aos profissionais da para que pudessem ser viabilizados o cuidado em saúde mental nos territórios. Até então essa era uma pauta praticamente invisível para os outros setores da secretaria. O que resultava em encaminhamentos equivocados e desnecessários que lotavam os serviços de média e alta complexidade (Unidades de Referências, CAB e os próprios hospitais psiquiátricos).

Uma das estratégias lançadas para minimizar essa distância entre as equipes de CAB e Atenção Básica foi a implantação das ações de matriciamento em saúde mental nos territórios. Apesar de ser uma estratégia já conhecida na literatura, mas sempre foi pouco empregada junto as equipes que operam o SUS no município de Maceió.

As primeiras experiências foram alavancadas através da parceria entre Secretaria Municipal de Saúde de Maceió e a Universidade Federal de Alagoas (UFAL) a partir do Projeto de Extensão Matriciamento em Saúde Mental no ano de 2015.

Desse modo, podemos inferir que a inserção das ações de matriciamento em saúde mental junto às equipes de atenção básica em Maceió são relativamente recentes e tem apresentado questões desafiadoras para as equipes envolvidas no processo. A participação no Projeto de Extensão Matriciamento em Saúde Mental,

com o objetivo de apoiar às demandas provenientes da saúde mental nas unidades de saúde, tendo como projeto piloto, inicialmente o 6º e 8º distritos sanitários em 2015 podem ser sinalizadas como as primeiras iniciativas institucionais para implantação e consolidação da proposta de apoio matricial junto as equipes de atenção básica com protagonismo dos CAB e NASF dos territórios no papel de apoiadores.

A partir da implementação pelo Ministério da Saúde do indicador: Matriciamento dos CAB na atenção básica, como indicador de saúde para Rede de Atenção Psicossocial – RAB (2016) e a realização do apoio técnico da Gerência de Atenção Psicossocial as equipes dos CAB para fortalecer as ações de apoio matricial realizadas a partir do ano de 2017, faz-se necessário à realização de um processo de análise junto aos profissionais das equipes da atenção básica e NASF e CAB, no sentido identificar as repercussões das ações de apoio nos aspectos da organização, execução do serviço, da participação dos profissionais e do acesso do usuário em sofrimento mental ao cuidado em rede nos territórios.

Este projeto de intervenção surgiu a partir da pesquisa de mestrado profissional em saúde pública da servidora do município de Maceió atuando na Gerência de Atenção Psicossocial. O estudo realizado foi qualitativo de tipo exploratório com a finalidade de focar no processo de Matriciamento realizado pelos CAB/NASF junto as equipes de Atenção Básica em Maceió tendo as seguintes questões norteadoras: Como vem se desenvolvendo as ações de apoio matricial em saúde mental nas Unidades Básicas do V Distrito Sanitário de Maceió? As ações de apoio matricial junto a AB favorecem a transformação de práticas e contribuem para o desenvolvimento do cuidado em rede no território?

A pesquisa partiu do pressuposto que as ações de apoio matricial realizadas constituem-se numa estratégia importante para universalizar o acesso de forma integral à saúde mental nos distritos sanitários de Maceió, e se constitui como um instrumento de diminuição dos preconceitos, estigmas, contribuindo para o desenvolvimento do cuidado em rede no território e a superação da permanência da centralidade do modelo manicomial, biomédico e da lógica da transferência do “caso” para atenção especializada.

Sendo assim, no projeto de intervenção realizado foram envolvidas 13 entrevistas realizadas com os seguintes profissionais: 04 profissionais das Equipes de Estratégia de Saúde da Família, 05 profissionais do NASF e 04 profissionais do CAB, cujas categorias profissionais foram Agentes Comunitário de Saúde (ACS), Enfermeiros, Assistentes Sociais, Terapeuta Ocupacional, Nutricionista, Educador Físico.

A técnica de coleta de dados selecionada foi a entrevista semi-estruturada que ocorreu de setembro a e para tratamento dos dados, utilizamos a análise de conteúdo. Os profissionais foram entrevistados e nessa interação, entre entrevistador e entrevistado, tivemos a oportunidade de refletir sobre o processo de Apoio Matricial e suas possibilidades para potencializar as ações da ESF e contribuir para a resolutividade da Atenção Básica.

A discussão aconteceu a partir de perguntas disparadoras, os participantes compartilharam sua experiência e percepções frente ao tema, momento em que foi trazido à tona os desafios e implicações no processo de cuidado em saúde mental, possibilitando com isso a reflexão sobre suas próprias opiniões e como isso ocorre na relação com as equipes. Possibilitando ao pesquisador aprofundar sua compreensão acerca das respostas obtidas.

É na valorização da fala e da escuta que podem ser repensadas e transformadas as técnicas instrumentalizadoras e formuladoras do ato e do saber clínico, novas habilidades e atitudes dos profissionais de saúde (FAVORETO, 2008). Com objetivo de propor a realização de um plano de intervenção do dispositivo Apoio Matricial nas unidades de saúde da família, o autor participou das reuniões do CAB como apoiador, dos encontros e capacitações promovidas nesse período, acompanhou o registro do indicador nos sistemas de informação e da Gerência de Atenção Psicossocial.

Desta forma, a pesquisa justifica-se pelo reconhecimento do matriciamento, como ferramenta de transformação, do processo de cuidado em saúde mental, superando o olhar centrado na doença para uma visão centrada no sujeito e sua relação consigo e com o meio em que vive.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o desenvolvimento das ações de apoio matricial em saúde mental nas Unidades Básicas do V Distrito Sanitário de Maceió, com vistas ao cuidado em rede no território.

2.2 Objetivos específicos

Descrever o desenvolvimento das ações de apoio matricial produzidas no cotidiano das equipes;

Identificar a concepção de matriciamento em saúde mental dos profissionais do CAB e da Atenção Básica;

Analisar as potencialidades e fragilidades do processo de apoio matricial e suas implicações para o cuidado em rede no território;

Elaborar um protocolo de cuidado em saúde mental na atenção básica no município de Maceió.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Em 2013 a OMS já apresentava através do Segundo o relatório “Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação” que os distúrbios mentais demandariam monitoramento e gerenciamento de longo prazo. Em relação às incapacidades causadas, a depressão apresentava-se como preocupante porque se estimava que até 2020 ela só seja superada pelas doenças cardíacas. Nesse sentido, os impactos pessoais, sociais e econômicos causados pela depressão serão significativos. Há também uma indicação de que os transtornos mentais representavam 9% das enfermidades crônicas nos países em desenvolvimento, como o Brasil, e uma estimativa de aumento para 14%, em 2020 (OMS, 2003).

Para OMS (2019) os transtornos mentais, neurológicos e de uso de substâncias são comuns em todas as regiões do mundo, afetando todas as comunidades e faixas etárias em todos os países. Enquanto 14% da carga global da doença é atribuída a esses transtornos, a maioria das pessoas afetadas - 75% em muitos países de baixa renda - não tem acesso ao tratamento de que necessitam.

No entanto, podemos afirmar que apenas uma pequena parcela dessas pessoas é identificada, diagnosticada e tratada, aumentando o sofrimento individual e com implicações socioeconômicas significativas, pois tais sintomas constituem causa importante de dias perdidos de trabalho, além de elevarem a demanda nos serviços de saúde (MARAGNO *et al*, 2006).

Na pesquisa realizada por Maragno *et al* (2006) no Brasil, ainda é muito pequeno o número de investigações epidemiológicas de base populacional, especialmente na área de saúde mental. Entretanto, nas últimas décadas, isto vem se modificando. Em Porto Alegre e São Paulo, cerca de 50% dos pacientes que procuram os serviços primários de saúde são considerados portadores de distúrbios mentais não-psicóticos. Em Pelotas a prevalência de transtornos psiquiátricos menores foi de 22,7%, sendo 17,9% entre os homens e 26,5% entre as mulheres. No Rio de Janeiro, em 1995, observou-se a presença desses quadros em cerca de um terço dos pacientes de um ambulatório geral universitário. Em Recife, um estudo populacional identificou uma prevalência total de transtornos mentais comuns de, aproximadamente, 35% da população pesquisada.

A definição do conceito de Saúde Mental perpassa diversos aspectos, inclusive a questão do imaginário social sobre as questões da loucura e do uso de álcool outras drogas. Com isso a vislumbramos a produção de pré-conceitos que fomentam o afastamento das pessoas do tema e principalmente, a construção de uma imagem negativa e improdutiva desses indivíduos tornando cada vez mais distantes os profissionais de saúde que atuam na atenção básica e que não tiveram em seus processos formativos a apropriação desses conteúdos e a desmistificação dessas pré-concepções tão comumente disseminadas.

Para contextualizar a essa reflexão nos apoiamos no conceito trazido por Paulo Amarante, que afirma:

[...] Saúde mental é um campo bastante polissêmico e plural na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades que, do mesmo modo, são condições altamente complexas. Qualquer espécie de categorização é acompanhada do risco de um reducionismo e de um achatamento das possibilidades da existência humana e social (AMARANTE, 2007, p.19).

Lima (2016) e Amarante (2012) trazem importantes discussões sobre a concepção da loucura, e sinalizam que não será apenas o fechamento dos manicômios e a abertura de serviços substitutivos como, os CAB, que darão conta do processo de transformação do lugar social que a loucura ocupa até então na sociedade.

Diante disso identificamos na Atenção Básica um importante espaço para que esse processo de desconstrução seja desenvolvido, tanto entre os profissionais quanto na própria comunidade, pois muitas vezes é neste espaço para onde convergem muitas das demandas de saúde mental do território, visto que ela se constitui como a principal porta de entrada da assistência à saúde. O Ministério da Saúde (MS), a partir de 2001, tem lançado mão de algumas publicações que apontam para necessária articulação da saúde mental e a atenção básica, com orientações sobre o apoio matricial de saúde mental, desenvolvidos pelos CAB às equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), aumentando a competência para solucionar casos no próprio território (BRASIL, 2003; BRASIL, 2013b).

A partir dos dados apontados no decorrer desse texto podemos afirmar que no cotidiano das equipes de Atenção Básica, em especial, as equipes de Estratégia de Saúde da Família – ESF, os profissionais se deparam com problemas de “Saúde Mental”, com isso faz-se necessário a realização de algum tipo de intervenção por parte desses profissionais no manejo e assistência a esses usuários.

Os autores Yasui *et al* (2018) destacam a existência de uma crítica ao modelo biomédico, entre outros aspectos, por sua centralidade na doença e nas atividades curativas, em detrimento das ações de promoção e prevenção. Exatamente essas ações que passaram, especialmente com a Política da Atenção Básica a serem objeto de uma maior atenção da política pública de saúde.

Os autores trazem importantes reflexões sobre psiquiatria caracterizando como poderoso dispositivo de articulação de práticas disciplinares, que investem na normalização dos corpos e de práticas de controle que se capilarizam nos territórios dos espaços urbanos. Produção de corpos e modos de vida: do corpo dócil ao corpo útil, cúmplice, aparentemente participativo, ajustado, consumidor (YASUI *et al*, 2018).

Essa tessitura coloca a atenção básica num status ainda mais importante, pois os seus dispositivos estão nos territórios de vividos onde se estão a produção, dentre outras coisas, de saúde e doenças (SANTOS, 2002).

Para Deleuze (1992) o território é o lugar por excelência do controle também é o lugar possível de emergência de formas e processos de resistência, engendrando novas territorialidades.

Desse modo, podemos identificar a Atenção Básica como espaço potente para construção de novos modos de produção de saúde que ultrapassem a simples ação de cuidar e controlar os corpos, para uma ação transformadora, onde profissionais e usuários sejam protagonistas do seu cotidiano e dos processos de cuidado em rede.

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012, p. 09).

Sabemos que é justamente no território onde as tensões e a opressão das desigualdades oriundas da sociedade capitalista se expressam, bem como os processos subjetivos individuais são produtores de doenças e sofrimento psíquico. Com isso a cada dia é mais recorrente a busca da população pela atenção básica para realização de cuidados em saúde mental. Grande parte desse contingente pode e deve ser cuidado nas unidades de saúde através das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Segundo o Ministério de Saúde (BRASIL, 2005), os principais desafios da Reforma Psiquiátrica é que 3% da população necessita de cuidados contínuos em saúde mental, em função de transtornos severos e persistentes, o que exige uma rede de assistência densa, diversificada e efetiva. Somado a isso, aproximadamente de 10% a 12% da população não sofre transtornos severos, mas precisam de cuidados em saúde mental, na forma de consulta médico-psicológica, aconselhamento, grupos de orientação e outras formas de abordagem (DIMENSTEIN *et al*, 2009).

Entretanto, historicamente, as equipes sinalizam as dificuldades nos manejos, desconhecimento do fluxo da RAB, e principalmente despreparo e o preconceitos ainda presentes no imaginário dos profissionais de saúde.

Para potencializar a estratégia de integração entre as equipes da Atenção Básica e de saúde mental, de modo a possibilitar suporte técnico assistencial e apoio

pedagógico entre as equipes de forma a reorganiza os processos de cuidado em saúde mental e superar as problemáticas apresentadas surgiu através da proposta de apoio matricial formulada por Campos (1999), que visava a superação da lógica tradicional dos encaminhamentos, referência e contrarreferências, protocolos etc. Ações que burocratizavam o atendimento e não dinamizavam a atuação em rede.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 Local

A pesquisa teve como lócus o município de Maceió, especificamente o V Distrito sanitário. O recorte temporal do presente estudo abrange os dados referente aos anos de 2017 a 2019, representando o momento em que a Secretaria Municipal de Saúde de Maceió inicia a implementação do matriciamento em saúde mental junto as equipes de Atenção Básica, bem como o destaque para a implementação do indicador do Ministério da Saúde: Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAB com equipes de Atenção Básica.

4.2 Participantes

Os sujeitos da pesquisa serão os profissionais envolvidos no processo de matriciamento, tanto os que atuam nas equipes de Estratégia de Saúde da Família – ESF (Equipe de Referência), quanto os que são responsáveis pela prestação de suporte técnico- assistencial e pedagógico das equipes do NASF e CAB (Equipes de Apoio Matricial) pertencentes ao V Distrito Sanitário.

4.3 Estratégias utilizadas

O convite para participação dos profissionais foi feito através de contato telefônico buscando visando sensibilizá-los para participação nas entrevistas a partir da sua disponibilidade, sendo realizada no próprio local de trabalho como parte das ações que realizam.

As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora e por mais duas profissionais

4.3.2 Recursos utilizados

Foi utilizado gravador de voz, papel, caneta e os espaços disponíveis das unidades para realização das entrevistas de forma segura resguardando o sigilo e conforto dos participantes.

RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que as perguntas norteadoras despertem a reflexão e sensibilização dos participantes para construção de um olhar mais acolhedor para as situações de sofrimento mental nos territórios, despertando com isso o compromisso e corresponsabilização dos com as questões de saúde mental. Consideramos os encontros como espaços pedagógicos, pois a provocação que as perguntas disparam, possibilitam a escuta da sua própria voz, e ao se escutar, os profissionais têm a possibilidade de refletir e avaliar suas posições e ações no cotidiano.

AValiação

A avaliação será realizada a partir do retorno a pesquisa junto aos participantes.

A proposição do projeto de intervenção já está sendo construída a partir dos achados desse estudo, com uma primeira ação já em andamento que é a aplicação de um QUESTIONÁRIO SOBRE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA EM MACEIÓ por meu virtual, visando construir um levantamento na tentativa de identificar as principais demandas e dificuldades no cuidado em saúde mental na atenção básica. Com posterior desdobramentos em ações voltadas a educação permanente dos profissionais da rede.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 6 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.

AMADEI, J. R. P.; FERRAZ, V. C. F. **Guia para elaboração de referências: ABNT NBR 6023:2018**. Bauru, 2019. 54 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)

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. 2007; 23(2): 399-407, 2007.

CAMPOS, C. M. S.; Soares, C. B. **A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores**. Ciências Saúde Coletiva, 2003.

Deleuze, G. (1992). **Conversações, 1972-1990**. São Paulo, SP: Ed. 34.

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

. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000100007&lng=en&nrm=iso>.

accesson 10 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000100007>.

DIMENSTEIN, M.; GALVÃO, V.M.; SEVERO, A.K.S. **O Apoio Matricial na perspectiva de coordenadoras de Equipes de Saúde da Família**. *Pesqui. Prat. Psicossoc.*, v.4, n.1, p.37-48, 2009b.

FAVORETO, A. **Marxismo e educação no Brasil (1922-1935): O discurso do PCB e seus intelectuais**. 2008. 247 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Paraná – UFPR. Curitiba: PR.

MARAGNO *et al.* **Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil** / Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(8):1639-1648, ago, 2006.

<https://www.scielo.org/article/csp/2006.v22n8/1639-1648/>

RIBEIRO, Mara Cristina. **Saúde mental em Alagoas: trajetória da construção de um novo cuidado**. Grafpel. Ind. Gráfica LTDA, Maceió, 2014.

SANTOS, M. *et al*. Território, territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial. 2 ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

MONKEN, M. BARCELLOS, C. O Território na Promoção e Vigilância em Saúde in FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D'Andrea O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007

YASUI, Silvio; LUZIO, Cristina Amélia; AMARANTE, Paulo. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território / Psychosocial care and primary care: life as territory in the field. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, RS, v. 8, n. 1, p. 173-190, fev. 2018. ISSN 2238-152X. Disponível em: <<https://www.seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/80426/47195>>. Acesso em: 26 nov. 2020. doi:<https://doi.org/10.22456/2238-152X.80426>.