

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

BEATRIZ ANTUNES

**O APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA
FAMÍLIA: CONCEPÇÃO DA EQUIPE DE APOIADORES**

Porto Alegre

2015

BEATRIZ ANTUNES

**O APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA
FAMÍLIA: CONCEPÇÃO DA EQUIPE DE APOIADORES**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Políticas, avaliação e atenção em saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Saúde mental e enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Agnes Olschowsky

**Porto Alegre
2015**

CIP - Catalogação na Publicação

Antunes, Beatriz

O apoio matricial em saúde mental na Estratégia da Saúde da Família: concepção da equipe de apoiadores / Beatriz Antunes. -- 2015.

96 f.

Orientadora: Agnes Olschowsky.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Saúde mental. 2. Estratégia saúde da família. 3. Serviços de saúde. I. Olschowsky, Agnes, orient. II. Título.

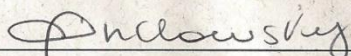
BEATRIZ ANTUNES

Ações do Apoio Matricial em Saúde Mental na Estratégia da Saúde da Família.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 27 de outubro de 2015.

BANCA EXAMINADORA

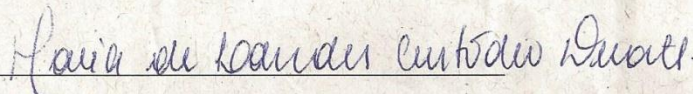


Prof. Dra. Agnes Olschowsky
Presidente da Banca – Orientadora
PPGENF/UFRGS



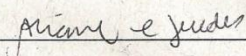
Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider

Membro da banca
PPGENF/UFRGS



Prof. Dra. Maria de Lourdes Custódio Duarte

Membro da banca
PPGENF/UFRGS



Prof. Dra. Ariane da Cruz Guedes

Membro da banca
UFFS

Aos profissionais da saúde, que são incansáveis na luta por um Sistema Único de Saúde humanizado e integral e pela consolidação da Reforma Psiquiátrica.

AGRADECIMENTOS

A Deus e meu Anjo da Guarda, que sempre me iluminaram e me guiaram durante toda a minha trajetória.

A meus pais, por estarem ao meu lado em todos os momentos, pelas lutas diárias que travam, permitindo que eu realize os meus sonhos.

Aos meus irmãos, pelo carinho, amor e companheirismo. Amo vocês!

Aos amigos, por serem mais, serem meus irmãos, muito obrigada por me acompanharem durante esses anos, por estar ao meu lado em todos os momentos, sejam eles tristes ou felizes. Os fardos ficam bem mais leves quando temos amigos para dividir.

Aos profissionais do NASF, pela oportunidade de realizar a pesquisa, foi importante na minha vida.

À professora e orientadora Agnes, agradeço pela dedicação, o incentivo, as trocas de experiências e os conselhos dispensados, por confiar em mim nas tarefas realizadas e por ter permitido ser sua orientanda. Obrigada por tudo!

Aos professores do mestrado, obrigada por terem me passado todo o conhecimento e experiência de vocês durante a minha trajetória!

A toda a minha turma, pelo companheirismo e por todos os momentos que passamos juntos.

A CAPES, pela bolsa para que eu pudesse realizar o mestrado e a pesquisa.

Àqueles que participaram de algum momento da minha vida contribuíram para essa vitória, muito obrigada!

Nosso grande medo não é o de que sejamos incapazes. Nosso maior medo é que sejamos poderosos além da medida.

É nossa luz, não nossa escuridão, que mais nos amedronta.

Nos perguntamos: “Quem sou eu para ser brilhante, atraente, talentoso e incrível?” Na verdade, quem é você para não ser tudo isso?... Bancar o pequeno não ajuda o mundo. Não há nada de brilhante em encolher-se para que as outras pessoas não se sintam inseguras em torno de você.

E à medida que deixamos nossa própria luz brilhar, inconscientemente damos às outras pessoas permissão para fazer o mesmo.

(Nelson Mandela)

RESUMO

ANTUNES, Beatriz. **O apoio matricial em saúde mental na estratégia da saúde da família:** concepção da equipe de apoiadores. 2015. 96 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

A Reforma Psiquiátrica apontou novos instrumentos de atenção à saúde mental; dentre eles, o apoio matricial, o qual oferece retaguarda especializada à Estratégia da Saúde da Família, consolidando o cuidado em saúde mental no território. A pesquisa tem como objetivo conhecer a concepção dos apoiadores de matriciamento quanto ao apoio matricial oferecido às equipes de Estratégia da Saúde da Família. Estudo qualitativo descritivo, exploratório, tipo estudo de caso. Foram informantes seis profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família que realizam apoio matricial em uma gerência distrital do município de Porto Alegre/RS. A coleta de dados deu-se por meio de entrevista semiestruturada. Para análise de dados foi utilizada análise de conteúdo de Bardin, no qual quatro eixos temáticos emergiram: conhecimento a respeito do apoio matricial; ações de apoiador matricial em saúde mental; facilidades para o trabalho do apoiador matricial; dificuldades no processo de trabalho de apoio matricial. A equipe de apoiadores realiza ações do apoio matricial em saúde mental no território dentro de uma perspectiva interdisciplinar, buscando uma prática em saúde mental integral e singular. O estigma, a grande demanda, exigência de especialidades, fragilidade da rede, ausência de formação para o trabalho como apoiador matricial foram algumas dificuldades apontadas. A equipe pontuou como facilidades para o trabalho o vínculo com as unidades, a valorização e o reconhecimento das equipes de saúde da família e da gerência distrital, o trabalho interdisciplinar entre os apoiadores, a relação horizontal entre os profissionais do apoio matricial e das equipes de ESF, o conhecimento do fluxo e da rede de atenção de profissionais. Este estudo permitiu reconhecer que o apoio matricial é um tipo de trabalho que qualifica as ações da saúde da família no território, consolidando a Reforma Psiquiátrica.

Palavras-chave: Saúde mental. Estratégia saúde da família. Serviços de saúde.

ABSTRACT

ANTUNES, Beatriz. **Matrix support in mental health in Family Health Strategy: staff supporters' conceptions.** 2015. 96 f. Dissertation (Master in Nursing) - School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

The Psychiatric reform evidenced new devices in mental health care; among them, matrix support is a tool which aims at working in conjunction with Family Health Strategy, consolidating care in the territory. The objectives of this study were the following: (1) getting to know actions of matrix support in mental health in Family Health Strategy; (2) identifying the potentialities in matrix support in mental health in conjunction with Family Health Strategy teams; and (3) identifying the challenges of matrix support in conjunction with Family Health Strategy teams. Descriptive qualitative exploratory study, case study. Six professionals from the support nucleus of the Family Health Program, which work with matrix support in a district management in the town of Porto Alegre/RS, were our informants. For data analysis was used Bardin content analysis. During data analysis, four theme axes emerged: knowledge about matrix support; actions of the matrix support helper in mental health; easiness for the matrix support helper's work; difficulties in the process of matrix support work. The team of helpers works in matrix support in mental health in the territory within an interdisciplinary perspective, seeking an integrative and singular practice in mental health. Apart from the difficulties which were met – a need for specialization in mental health, the stereotype attached to mental health, a great demand in mental health, lack of structure to make matrix support happen, the frailty of the attention network, the constant change of health professionals, lack of training to work as a matrix support helper – the team points out as being positive, the link between the units; valuing and recognizing the Family Health team and the district management, the interdisciplinary work among the helpers; the horizontal relationship between the matrix support teams and Family Health Strategy teams, knowing the flux and network of attention professionals. This study enabled the recognition of matrix support as a kind of work which qualifies the actions in family health in the territory, thus consolidating the psychiatric reform.

Keywords: Mental health. Family health strategy. Health services.

RESUMEN

ANTUNES, Beatriz. **Apoyo matrix en la salud mental en la Estrategia Salud de la Familia**: concepciones partidarios del personal. 2015. 96 f. Tesina (Maestría en Enfermería) - Escuela de Enfermería, Universidad Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

La Reforma Psiquiátrica nombrado instrumentos nueva atención a la salud mental; entre ellos, el apoyo de la matriz, que ofrece especializada de nuevo a la Estrategia Salud de la Familia mediante la consolidación de la atención de salud mental en el territorio. La investigación tiene como objetivo evaluar el diseño de los partidarios matriciales como el soporte de la matriz se ofreció a los equipos de la Estrategia Salud de la Familia. Estudio cualitativo descriptivo, exploratorio de tipo estudio de caso. Los informantes fueron de seis Unidad de Apoyo a la Salud de la familia profesional que realizan soporte de la matriz en una gestión del distrito de la ciudad de Porto Alegre / RS. La recolección de datos se llevó a cabo a través de entrevista semi-estructurada. Para el análisis de los datos se utilizó el análisis de contenido de Bardin, en la que cuatro temas surgieron: el conocimiento del soporte de la matriz; Matrix partidario de las acciones en materia de salud mental; instalaciones para el trabajo de aficionados matriz; dificultades en el proceso de trabajo de apoyo de matriz. El equipo de partidarios realiza acciones de apoyo a la matriz en la salud mental en el territorio dentro de una perspectiva interdisciplinaria, la búsqueda de una plena salud mental y singular práctica. El estigma, la gran demanda, la demanda de especialidades, la debilidad de la red, la falta de capacitación para el trabajo como partidario de la matriz fueron algunas dificultades señaladas. El equipo anotó como facilidades para trabajar el vínculo con las unidades, el aprecio y el reconocimiento de los equipos de salud de la familia y el distrito de la gestión, el trabajo interdisciplinario entre los partidarios, la relación horizontal entre profesionales del soporte de la matriz y los equipos de FSE, el flujo de conocimiento y la red de atención profesional. Este estudio permitió reconocer que el soporte de la matriz es un tipo de trabajo que califica las acciones de salud de la familia en el territorio, la consolidación de la reforma psiquiátrica.

Palabras clave: Salud mental. Estrategia de salud familiar. Servicios de salud.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Unidades de registro e eixos temáticos.....	39
--	----

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
CAP's	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
ESF	Estratégia da Saúde da Família
DAAN	Diretório Acadêmico Anna Nery
FEn	Faculdade de Enfermagem
GD	Gerência Distrital
IAPI	Instituto de Aposentadoria e Pensão
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PET	Programa de Educação pelo Trabalho
PSF	Programa Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
SF	Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	OBJETIVOS	18
3	CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	19
3.1	APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA	19
4	METODOLOGIA	34
4.1	TIPO DE ESTUDO	34
4.2	LOCAL DO ESTUDO	35
4.2.1	Caracterização do Município de Porto Alegre	35
4.3	SUJEITOS DO ESTUDO.....	37
4.4	COLETA DE DADOS	37
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	39
4.6	CONSIDERAÇÕES BIOÉTICAS.....	40
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
5.1	APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL.....	42
5.2	AÇÕES DE APOIADOR MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL.....	46
5.3	FACILIDADES PARA O TRABALHO DO APOIADOR MATRICIAL	54
5.4	DIFICULDADES NO PROCESSO DE TRABALHO DE APOIO MATRICIAL	62
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
	REFERÊNCIAS	78
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	88
	APÊNDICE B – Instrumento de pesquisa	89
	ANEXO A – Parecer consubstanciado de aprovação do comitê de ética em pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre	90
	ANEXO B – Parecer consubstanciado de aprovação do comitê de ética em pesquisa da Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de Porto Alegre	93

1 INTRODUÇÃO

O interesse pela área da saúde mental e pelo apoio matricial relacionam-se com minha trajetória na graduação na Faculdade de Enfermagem na Universidade Federal de Pelotas (UFPel), onde me inseri em grupos do movimento estudantil que permeavam discussões a respeito dos movimentos sociais. Dessa forma, a partir da minha inclusão no Diretório Acadêmico Anna Nery (DAAN), participei dos debates e diálogos a respeito desses movimentos que ocorreram em nosso país na década de 1970, os quais se consolidaram como Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica.

A Reforma Sanitária foi um amplo movimento social e ideológico, marcado pela luta na responsabilização do Estado pela saúde da população, a universalização do acesso à saúde e a qualidade dos serviços ofertados. Participaram desse movimento estudantes, trabalhadores de saúde, setores populares, professores e pesquisadores e todos possuíam um objetivo em comum: dar o direito à saúde a todo cidadão (PAIM, 2011).

Concomitante à Reforma Sanitária, ocorreu a Reforma Psiquiátrica, no âmbito da saúde mental que criticava o cuidado destinado às pessoas que sofriam com algum transtorno mental internadas nos manicômios, cuidado este baseado em maus tratos, ausência de vínculos sociais causados pela exclusão e enclausuramento. Esse movimento também se caracterizou como uma luta pelo resgate dos direitos de cidadania desses sujeitos (AMARANTE, 1995).

De acordo com Amarante (1995), a Reforma Psiquiátrica surge como um movimento de reprovação no tocante à maneira como o hospital psiquiátrico recebia e tratava dos doentes mentais, segregando-os e excluindo-os do convívio social e roubando seus direitos e seu poder sobre suas vidas.

A partir da aproximação com pessoas que militavam pelos movimentos da reforma Sanitária e Psiquiátrica, me inseri no grupo de pesquisa “Enfermagem, Saúde Mental e Saúde Coletiva” da Faculdade de Enfermagem (FEn) da UFPel; ao mesmo tempo, cursava a disciplina de Saúde Mental, sendo esses espaços importantes por abranger o conhecimento com reflexões sobre o tema e essenciais no transcorrer da minha trajetória como militante do movimento antimanicomial.

Amarante (2008) afirma que a Reforma Psiquiátrica Brasileira foi um processo social complexo com ocorrências, atores sociais, conceitos e princípios que se renovam constantemente. São processos de desconstrução e reconstrução de

conceitos, construção de espaços de produção de possibilidades de vida, organização dos serviços e iniciativas que contribuem para que a sociedade reflita e transforme a sua relação com a loucura e com as pessoas a ela identificadas.

Minha aproximação com o campo da saúde mental possibilitou-me realizar estágio voluntário nesses serviços através do Programa pela Educação pelo Trabalho para a Saúde/Saúde Mental/Crack, Álcool e outras Drogas (PET Saúde/Saúde Mental/Crack). Particpei de serviço localizado no território do sujeito, o que me possibilitou conhecer a realidade de vida, suas necessidades e apoios, trocando experiências com usuários, familiares e trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) expandindo meu conhecimento a partir do cotidiano ali vivido. Mostrou-me também outros serviços acessados pelos usuários para a continuidade do tratamento, como a Unidade Básica de Saúde (UBS), as associações comunitárias, as escolas, entre outros.

Com essa experiência, percebi que havia uma grande dificuldade na articulação entre os serviços territoriais, o CAPS e a Estratégia da Saúde da Família (ESF), principalmente em relação à responsabilização dos profissionais da ESF com o cuidado em saúde mental. Os profissionais visualizavam o cuidado em saúde mental como uma atividade especialista, visão que fragmenta a atenção à saúde, levando à descontinuidade no atendimento.

Estagiando em uma ESF localizada no meio rural, tive contato com pessoas que precisavam de cuidados de saúde mental e que seguiam acompanhadas pelos profissionais da atenção básica. Com essa experiência, percebi a potencialidade da ESF no cuidado integral da pessoa e da sua família, bem como a importância do diálogo entre os serviços de saúde mental e a atenção básica para desenvolver esse cuidado no território. Constatei que a ESF, pela proximidade com o território de ação, pode construir vínculos com usuários e profissionais, o que facilita a integralidade.

O trabalho na Estratégia da Saúde de Família tem o objetivo de expandir, qualificar e consolidar o cuidado em saúde. Por ser composta por uma equipe multiprofissional e trabalhando no território, o serviço é responsável pelo cuidado de saúde da população que vive naquele ambiente, englobando a saúde a uma atenção ampliada em físico, mental, social, econômico e político (BRASIL, 2011).

Lancetti e Amarante (2009) afirmam que uma das potencialidades da atenção básica é o vínculo estabelecido entre os profissionais e os usuários. Ressaltam que,

algumas vezes, os profissionais da atenção básica possuem mais vínculo com o paciente e seu familiar do que um especialista na área psiquiátrica. Referem ainda, que na saúde da família, já existem formas de trabalhar com a saúde mental, visto que os profissionais realizam acolhimento, desenvolvem a escuta terapêutica e trabalham ações coletivas como caminhadas, iniciativas culturais, educativas e de participação social.

Estar inserido no espaço de vida do sujeito facilita a interlocução entre os serviços e as pessoas da comunidade, possibilitando o acolhimento e a aproximação com a doença mental, a violência, o desemprego e as questões sociais que afetam a comunidade.

Alguns desafios da ESF são a sua integração à rede assistencial, o aumento de sua resolutividade e a capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado.

Prevendo a necessidade de uma ferramenta que auxilie os profissionais da ESF a fim de oferecer o cuidado em saúde mental junto à comunidade, o Ministério da saúde propôs a Oficina de Trabalho para a Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica, (BRASIL, 2003). Essa discussão pauta-se em dois aspectos: apoio matricial e formação de recursos humanos.

O apoio matricial é um arranjo organizacional de trabalho em saúde que objetiva assegurar a retaguarda especializada às equipes interdisciplinares responsáveis pela atenção em saúde. Esse dispositivo personaliza o sistema de referência e contra-referência e objetiva ampliar as possibilidades de realizar clínica ampliada e o diálogo entre as especialidades e as profissões. Para tanto, a eficácia dessa tecnologia depende da construção compartilhada entre equipes de referência e os apoiadores (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

De acordo com Mielke e Olschowsky (2010), o apoio matricial valoriza as ações realizadas em conjunto entre os profissionais de referência e os apoiadores especializados, permitindo o diálogo sobre as condutas e ações a serem realizadas. Os profissionais estabelecem interlocuções e a responsabilidade pelos casos é de todos – da equipe de referência, da equipe de apoio matricial, dos usuários e da família, cada um possuindo competência na tomada de decisão e na realização do cuidado integral.

Os apoiadores matriciais inserem-se no trabalho com a finalidade de auxiliar as equipes de referência, agregando recursos de saber, contribuindo nas intervenções de modo a facilitar e capacitar os profissionais da ESF no acompanhamento e na resolubilidade dos casos de saúde mental. O trabalho e as responsabilidades são compartilhados, ocorrendo diálogos e trocas de experiências entre todos.

Desse modo, o apoio matricial é uma proposta de reorganização dos serviços para que o acesso do usuário de saúde mental aos serviços de saúde seja facilitado de acordo com as suas necessidades. Faz também uma aproximação entre os profissionais da saúde mental, da ESF e os usuários, viabilizando a detecção de casos de transtornos mentais anteriormente negligenciados. Pode-se dizer que o apoio matricial produz sensibilidade para a saúde mental no território fortalecendo, assim, a continuidade do cuidado (MORAES; TANAKA, 2012; QUINDERÉ et al., 2013; COSSETIN; OLSCHOWSKY et al., 2011).

Na pesquisa *Avaliação da saúde mental na Estratégia da Saúde da Família (MENTAL-ESF)*, os profissionais da ESF identificaram que a equipe de matriciamento ampliou a construção do cuidado em saúde mental no território, pois os profissionais oferecem um suporte especializado que contribui com informação e esclarecimento, utilizando discussão de casos, consultas e visitas domiciliares conjuntas e educação permanente (OLSCHOWSKY et al., 2011)

Também ressaltaram o matriciamento como um dispositivo importante que auxilia facilitando o encaminhamento dos casos de saúde mental aos serviços especializados (OLSCHOWSKY et al., 2011). Isso me fez refletir a respeito do conhecimento que os apoiadores matriciais e as equipes de referência possuem sobre o objetivo desse processo de trabalho e como esse processo ocorre na prática.

Com o propósito de estudar o processo do apoio matricial em saúde mental na Estratégia da Saúde da Família, fiz a seleção para o mestrado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Acredito que essa temática contribuiu com meu crescimento pessoal e profissional, pois como pesquisadora, estudante e enfermeira da área da saúde mental, tenho o propósito de auxiliar na construção de um modo de trabalhar que qualifique esse cuidado no território.

Auxiliar na construção de novos olhares e perspectivas dos profissionais possibilita que se modifiquem ou acrescentem novos saberes no modo como organiza-se o trabalho em saúde mental, proporcionando aos profissionais trabalhar de forma mais produtiva na luta cotidiana pela igualdade dos direitos civis e sociais dos sujeitos que convivem com o transtorno mental.

Nessa perspectiva, tenho o pressuposto de que a Estratégia da Saúde da Família é uma importante aliada no processo de reabilitação social, auxiliando na prática de reinserção social e, através do apoio matricial, é possível melhorar o cuidado em saúde mental no território, qualificando o modo de se produzir saúde. Portanto, para que essa produção de saúde ocorra de maneira qualificada, todos precisam saber o seu papel no processo de trabalho, por isso é necessário que tanto o apoiador matricial quanto as equipes de referência tenham conhecimento sobre as suas práticas.

Na busca de contribuir para o conhecimento e para a organização e fortalecimento da rede de atenção em saúde mental do município de Porto Alegre, proponho-me a responder os seguintes questionamentos:

- Qual o entendimento dos apoiadores matriciais a respeito do seu processo de trabalho?
- Quais as potencialidades do apoio matricial em saúde mental na Estratégia da Saúde da Família?
- Quais os desafios que as equipes de apoio matricial em saúde mental encontram na sua atuação junto à Estratégia da Saúde da Família?

No que refere essa articulação, entre equipe de apoio matricial e de estratégia da saúde da família, tenho a seguinte questão norteadora: **Quais as ações de apoio matricial em saúde mental oferecidas às equipes de estratégia da saúde da família no município de Porto Alegre/RS?**

2 OBJETIVOS

Objetivo geral

Conhecer a concepção dos apoiadores de matriciamento quanto ao apoio matricial oferecido às equipes de Estratégia da Saúde da Família.

Objetivos específicos

Descrever as ações do apoio matricial em saúde mental desenvolvidas junto às equipes de Estratégia da Saúde da Família;

Identificar as potencialidades do apoio matricial em saúde mental junto às equipes de Estratégia da Saúde da Família;

Identificar os desafios do apoio matricial em saúde mental junto às equipes de Estratégia da Saúde da Família.

3 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

3.1 APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Para compreender a constituição do apoio matricial é importante conhecer o processo histórico de conformação do sistema de saúde brasileiro, as bases das políticas de saúde desde antes da criação do sistema único e universal em saúde até o atual momento das políticas de saúde no país.

Até 1920, as ações em saúde pública eram baseadas nas campanhas sanitárias contra as endemias urbanas e rurais, de uma forma autoritária. Na assistência individual, as ações eram basicamente privadas e aqueles não possuíam condições eram atendidos nas entidades de caridade, conhecidas como Santas Casas de Misericórdia (CARVALHO, MARTIN, CORDONI JUNIOR, 2001).

O marco inicial da previdência social no país ocorreu em 1923, com a Lei Eloy Chaves, em que foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's), garantindo aos trabalhadores urbanos, ferroviários o benefício de aposentadorias, pensões e assistência médica aos titulares e dependentes. A administração da CAP's era composto por representantes da empresa e empregados, o Estado não participava do custeio das Caixas (POLIGNANO, 2015).

Em 1930 ocorreram crises nacional e mundial, que levaram o Brasil a reorganizar o seu sistema previdenciário. Nesse ano também foram criados os Ministério da Educação, da Saúde e do Trabalho. Em 1933, as antigas CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensão (IAPs), uma nova estrutura na previdência social, que visualizava a diminuição nas despesas e aumento na receita (CARVALHO, MARTIN, CORDONI JUNIOR, 2001). Nesses institutos, os trabalhadores eram organizados por categorias profissionais e não pelas empresas e as IPAs eram administradas pelo Estado (POLIGNANO, 2015).

A partir da segunda metade da década de 50 que com o maior desenvolvimento industrial e a crescente aceleração da urbanização e o assalariamento de parcelas crescente da população que há uma pressão pela assistência médica via institutos, e assim, viabiliza o crescimento de um complexo médico hospitalar para atender aos previdenciários, em que se privilegiam as contratações de serviços terceirizados (POLIGNANO, 2015). Esse fato gerou uma

crise na previdência social, pois o aumento da receita não acompanhou a necessidade de benefícios para os trabalhadores (CARVALHO, MARTIN, CORDONI JUNIOR, 2001).

Assim, objetivando uniformizar os benefícios prestados pelos Institutos, foi criada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), passando a responsabilidade pela assistência médica a ser da Previdência Social, institucionalizando a privatização da saúde (COHN, 1999)

No Brasil, com o decorrer dos anos, a assistência em saúde sofreu modificações visto que até a década de 80 essa assistência não supria as necessidades da população brasileira, pois parte dessa população não tinha qualidade na sua saúde e na sua vida. A Reforma Sanitária surgiu em meio ao movimento de democratização do país, para garantir a saúde como um direito de todo cidadão e o Estado como um órgão que deve garantir esse direito.

No que tange ao sistema público de saúde, na época da ditadura militar (1964-1985) o país vivia sob a duplicidade de um sistema separado entre a medicina previdenciária e a saúde pública. O primeiro setor tinha ações dirigidas à saúde individual dos trabalhadores formais e voltava-se prioritariamente para as zonas urbanas. A saúde pública, sob o comando do Ministério da Saúde (MS), era direcionada principalmente às zonas rurais e aos setores mais pobres da população, e realizava, majoritariamente, atividades de caráter preventivo (PAIVA, TEIXEIRA, 2014).

Nesse contexto, as políticas de saúde dos governos militares buscaram incentivar a expansão do setor privado, objetivavam também a privatização de parte dos serviços médicos estatais, então considerados inadequados por não serem lucrativos (PAIVA, TEIXEIRA, 2014).

A partir do final da década de 1970, a crise econômica internacional proveniente do aumento do preço do petróleo, iniciado em 1974, atingiu fortemente o país e chegava ao fim o ciclo de forte crescimento econômico, aspecto que favoreceria o surgimento de diversas formas de mobilização popular por transformações políticas e mudanças nas condições sociais, que deu origem aos primeiros movimentos pelas reformas no campo da saúde.

No seu processo histórico, o SUS iniciou nos anos 1970, através dos movimentos sociais e políticos contra a ditadura que se ampliavam e fortaleciam na busca por uma sociedade solidária e um Estado democrático e com políticas

públicas voltadas aos direitos humanos básicos, universais e com qualidade. Na saúde, esse movimento se fortaleceu com a bandeira da Reforma Sanitária (SANTOS, 2013).

Estudantes e intelectuais entendiam e defendiam a saúde baseados nas condições da existência, das condições de vida – biológica, social e cultural – e das relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza. O perfil da saúde de uma coletividade depende das condições vinculadas à estrutura da sociedade, o que requer ações articuladas de um conjunto de políticas sociais relativas ao emprego, salário, educação, previdência, ambiente, alimentação, lazer, habitação, além de acesso aos serviços de saúde (PAIM, 2007).

Não se trata apenas de se discutir a universalização do acesso, mas também a necessidade na garantia da qualidade dos serviços para alcançar a efetividade do cuidado. Discutia-se, então, a importância de a saúde ser um direito de todos e um dever do Estado, a reorientação da atenção baseada nos princípios de equidade e universalidade, a necessidade de acesso aos bens sociais para a melhoria da qualidade de vida e a reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços de saúde (MERCADANTE, 2002; PORTO; GARRAFA, 2011).

A visão política e ideológica do movimento da Reforma Sanitária defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica que seria resolvida pelos serviços médicos, mas como uma questão social e política a ser abordada no espaço público. Nessa perspectiva, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, aprovou o conceito da saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do SUS, baseada no desenvolvimento de estratégias que permitiram a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais. Essas mudanças administrativas estabeleceram os alicerces para a construção do SUS (PAIM et al., 2011).

A promulgação da nova Constituição Federal em 1988 foi uma vitória do movimento da Reforma Sanitária, o qual sugeriu uma emenda popular com os termos do SUS, cujas diretrizes foram consolidadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Assim, o SUS iniciou sua implantação com responsabilidades públicas, abandonando um sistema que considerava a saúde pública como dever do Estado apenas no sentido de coibir ou evitar a propagação de doenças que colocavam em risco a saúde da coletividade, e assumindo o dever do Estado na garantia da saúde

e na formulação e execução de políticas públicas para além da prestação de serviços públicos de recuperação, promoção e prevenção (SANTOS; ANDRADE, 2009).

Do mesmo modo, na década de 1980, também se iniciou no campo da Saúde Mental um movimento contra a violência e a negligência dos hospitais psiquiátricos em relação às pessoas com transtorno psíquico, conhecido como Reforma Psiquiátrica. Esse movimento sofreu influências da reforma Italiana, especialmente o modelo adotado em Trieste, onde fecharam-se os hospitais psiquiátricos e o cuidado em saúde mental foi realizado em centros de saúde com base territorial que possuíam o objetivo de resgatar a cidadania e a vida dessas pessoas.

Amarante (2008) considera como um fator importante para a Reforma Psiquiátrica no Brasil o episódio que ficou conhecido como “Crise da Dinsam” (Divisão Nacional da Saúde Mental), no ano de 1978, em que profissionais médicos realizaram uma série de denúncias de maus tratos, violência e desrespeito com a dignidade e os direitos humanos destinados aos internatos nos hospitais psiquiátricos da Dinsam, órgão pertencente ao Ministério da Saúde (MS). Como resposta, o MS demitiu esses profissionais, provocando mais denúncias, manifestações e demissões.

Esses episódios levaram a uma intensa discussão sobre a assistência oferecida nos manicômios e, ainda em 1978, surge o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) como um movimento social em saúde mental que se expandiu rapidamente e conseguiu articular e participar de importantes eventos para debater a respeito do modelo assistencial psiquiátrico (AMARANTE, 2008).

Assim, um movimento importante para consolidar a Reforma Psiquiátrica foi a criação e a aprovação da Lei 10.216, que afirma os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde. Esse fator contribuiu para o início de um processo de desinstitucionalização e reabilitação das pessoas que sofreram internações psiquiátricas. De acordo com Mielke e Olschowsky (2010), a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial possibilitam a reinserção do louco no meio social, permitindo a convivência com as outras pessoas dentro dos espaços da cidade sem precisar afastá-lo desse meio.

A reabilitação psicossocial implica estratégias pelas quais a pessoa com doença mental pode recuperar as suas capacidades físicas, intelectuais e

autônomas, as quais não foram desenvolvidas nas suas experiências no sofrimento psíquico. Esse processo procura aumentar as habilidades da pessoa, diminuindo os danos do transtorno mental. Para tanto, é necessário que a pessoa esteja reinserida na comunidade, bem como é importante a participação de todos os atores que fazem parte do processo de saúde-doença, como familiares, usuários, profissionais, enfim, toda a comunidade (LUSSI; PEREIRA; PEREIRA JUNIOR, 2006).

A importância do tema dos direitos humanos adquirido a partir do combate à ditadura militar impulsionou o movimento da reforma psiquiátrica (BRASIL, 2013). Ampliaram-se os movimentos de luta pela cidadania, pelo respeito aos direitos da pessoa com transtorno psíquico, pela melhor qualidade de vida e pela reinserção social desses sujeitos.

Desse modo, nascidas com a redemocratização, a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica fazem parte de um país que optou por garantir o direito à saúde a todos os seus cidadãos. Não é por acaso que tanto no campo da Atenção Básica quanto no da Saúde Mental, saúde e cidadania são indissociáveis (BRASIL, 2013).

Ao longo da década de 1990, reflete-se o progresso do processo político de mobilização social, não só no campo da saúde, mas também na conjuntura da sociedade. As políticas de saúde foram instituindo-se com esse foco; saúde compreendida como um direito à cidadania e expressão de qualidade de vida (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013).

Em 1994, é criado o Programa Saúde da Família (PSF) que visa estabelecer vínculo e criar laços de compromisso e responsabilidade entre profissionais da área da saúde e a população, de modo que a qualidade de vida dessa população assistida melhore. A família passa a ser o objeto principal da atenção em saúde e a ser compreendida a partir do ambiente onde vive. O território é visto como o espaço onde constroem-se as relações intra e extrafamiliares e onde amplia-se a luta pela melhoria das condições de vida (BRASIL, 2013).

Esse programa era inicialmente voltado à extensão de sua cobertura, enfocando o trabalho nas áreas com maior vulnerabilidade social. Aos poucos o programa adquiriu centralidade na agenda do Governo e converteu-se em estratégia para estruturar os sistemas municipais de saúde e modelo da atenção primária. Através da Política Nacional da Atenção Básica, ampliou-se o escopo da atenção

básica e afirmou a Estratégia da Saúde da Família, como modelo substitutivo ao PSF (BRASIL, 2011).

A Estratégia da Saúde da Família é operacionalizada através da implantação de equipes multiprofissionais que trabalham sob a lógica da territorialidade e adstrição da população, pautada na construção do vínculo e corresponsabilização do cuidado. Para tanto, a qualificação da ESF e de outras estratégias de organização da atenção básica deverá seguir as diretrizes da atenção primária e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que analisa e compreende as especificidades das suas populações (BRASIL, 2012).

Dessa forma, a atenção ao usuário é desenvolvida através de práticas de cuidado e gestões democráticas e participativas sob forma de trabalho em equipe multiprofissional, dirigidas às populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações, atendendo ao sujeito na sua singularidade e inserção sociocultural de modo a praticar a integralidade na atenção. A saúde da família utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde, observando critérios de risco, vulnerabilidade e necessidade de saúde ou sofrimento (BRASIL, 2013).

Através dessas tecnologias é possível ampliar o cuidado e tornar esse cuidado humanizado, valorizando os diferentes sujeitos e saberes que estão implicados no processo de produção de saúde.

Por estar inserida no território do sujeito e ser responsável pela promoção da saúde da comunidade enxergando a pessoa na sua integralidade e singularidade, a ESF depara-se também com questões de saúde mental dessa população. Conforme Tanaka e Ribeiro (2009), a atenção básica possui potencial para detectar as queixas relativas ao sofrimento psíquico e prover uma escuta qualificada desse tipo de problemática.

Diariamente, os profissionais da saúde da família realizam atitudes que oferecem suporte emocional aos usuários em situação de sofrimento por meio de intervenções e ações próprias do processo de trabalho das equipes, tais como: atenção e tempo para escuta – é uma primeira ferramenta a ser utilizada pelo profissional para que o paciente possa contar e ouvir o seu sofrimento de outra perspectiva. Por vezes o usuário não se dá conta da relação de seus conflitos e seus sofrimentos com aquilo que ele fala, pensa ou faz e ter o profissional de saúde

da atenção básica como um interlocutor pode ser uma via para lidar com esses sofrimentos cotidianos, os quais muitas vezes são responsáveis por somatizações ou complicações clínicas. Outra intervenção realizada é o acolhimento, esse dispositivo promove a formação de vínculo e a prática de cuidado entre o profissional e o usuário. Esses encontros oferecem ao profissional a possibilidade de conhecer as demandas de saúde da população de seu território. Com esse conhecimento, a equipe tem subsídios para criar recursos coletivos e individuais de cuidado avaliados como necessários ao acompanhamento e ao suporte de seus usuários e de sua comunidade (BRASIL, 2013).

Lancetti e Amarante (2009) identificam que dentro da ESF já existem formas de trabalhar com a saúde mental, visto que realizam acolhimento, desenvolvendo a escuta terapêutica, trabalham ações coletivas, como caminhadas, iniciativas culturais, educativas e de participação social. Ressaltam também que o médico de família e o agente comunitário, algumas vezes, têm um maior vínculo estabelecido pelo convívio com o usuário e seus familiares que o psicólogo ou o psiquiatra.

Desse modo, a ESF possui um potencial de mudança nas intervenções em saúde mental, visto que essas equipes se deparam frequentemente com a problemática psicossocial, pois possuem maior inserção no território e maior proximidade e responsabilidade junto às comunidades. Devido à necessidade de interlocução entre essas áreas é que se faz importante a responsabilização compartilhada entre esses profissionais, de forma que contribua para a integralidade do cuidado aos usuários, familiares e comunidade, principalmente através da clínica ampliada, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde (LANCETTI; AMARANTE, 2009; GONÇALVEZ, 2013; BRASIL, 2013).

Assim, a articulação da saúde mental com a atenção básica, empregando recursos próprios da comunidade, acelera o processo de consolidação da reforma psiquiátrica, pois melhora a cobertura assistencial aos agravos mentais (WHO, 2008).

Tradicionalmente, os sistemas de saúde organizam-se de uma forma vertical (hierárquica) por meio de uma lógica de transferência de responsabilidade. Há uma carência na comunicação entre os níveis hierárquicos, ocorrendo geralmente mediante documentos de “referência e contra-referência”, ou outros formulários, que não oferecem resolubilidade devido à burocracia (GONÇALVEZ, 2013).

A responsabilização compartilhada busca excluir a lógica do encaminhamento, pois seu objetivo é aumentar a capacidade resolutiva dos problemas pela equipe da atenção básica. E, no desenvolvimento desta atividade, é estimulada a interdisciplinaridade e a prática da clínica ampliada (BRASIL, 2003).

A responsabilização compartilhada é efetivada nas discussões dos casos, nas intervenções e atendimentos em conjunto, na priorização de situações de risco e, principalmente, na assistência não manicomial, no território.

Objetivando um processo de trabalho que propicie uma maior interação de modo horizontal, surgem estratégias para aproximação dos níveis de atenção e dos equipamentos de saúde. Nesse contexto, surge a prática matricial no processo de trabalho das ESF. Trata-se da participação de profissionais de outras categorias especialistas no trabalho junto aos profissionais da ESF com o objetivo de auxiliar e de tornar o cuidado em saúde mental resolutivo, além de facilitar a articulação entre redes de saúde (GONÇALVEZ, 2013).

A proposta do apoio matricial ou matriciamento e equipe de referência surgiu com Gastão Campos (1999) como uma nova maneira de trabalhar a saúde. Trata-se de um dispositivo que busca reorganizar o processo de trabalho, uma nova ordem organizacional que estimula o compromisso das equipes com a produção de saúde. Um arranjo que estimula, cotidianamente, a produção de novos padrões de relação entre equipe e usuários, amplia o compromisso dos profissionais com a saúde e quebra os obstáculos organizacionais à comunicação.

Um método de gestão para a elaboração, implementação e execução de projetos e políticas públicas e que ao mesmo tempo apoia a construção de sujeitos, individuais e coletivos. Essa estratégia metodológica propõe ampliar a capacidade dos sujeitos de se governarem para aumentar suas capacidades de análise e de intervenção sobre a realidade (CAMPOS, 1999).

Para trabalhar com o apoio matricial em saúde mental, no ano de 2001, foi realizada a Oficina de Trabalho para Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica. Participaram desse evento nove secretarias municipais e uma secretaria estadual de saúde que foram escolhidas por já possuírem experiências em andamento da inclusão de ações de saúde mental na atenção básica através da Estratégia da Saúde da Família (BRASIL, 2001).

Nessa oficina, foram apresentadas ações de saúde mental a serem desenvolvidas na atenção básica, propostas pelo Plano Nacional. São elas:

- a) Atuação e sensibilização para a escuta e compreensão da dinâmica familiar e das relações sociais envolvidas;
- b) Sensibilização para a compreensão e identificação dos pontos de vulnerabilidade que possam provocar uma quebra ou uma má qualidade dos vínculos familiares e sociais;
- c) Incorporar a saúde mental nas ações voltadas para: hipertensão, diabete, saúde da mulher, criança e adolescente, idoso, alcoolismo e outras drogas, violência urbana entre outros;
- d) Acompanhamento de usuários egressos de internações psiquiátricas, egressos dos NAPS e de outros recursos ambulatoriais especializados;
- e) Construções de intervenções terapêuticas de forma individualizada, respeitando a realidade específica local e voltada para a inclusão social;
- f) Mobilização de recursos comunitários estabelecendo articulações com grupos de autoajuda, associações de bairros, conselho tutelar, entre outras organizações populares;
- g) Promoção de palestras, debates, atividades artísticas e de grupos de uma maneira geral com temáticas específicas de acordo com a realidade de cada comunidade;
- h) Buscar construir novos espaços de reabilitação psicossocial dentro da comunidade como oficinas comunitárias e outros que venham a ser criados pela mobilização social.
- i) Durante a realização da oficina, foram ainda acrescentadas outras duas ações:
- j) Ação promotora e preventiva para diminuir o comportamento violento, o abuso de álcool/consumo de drogas, o isolamento social/afetivo, o sentimento de baixa estima, a dedicação exclusiva e competitiva à atividade de trabalho, a violência intrafamiliar, a exclusão social e a prostituição infantil;
- k) Qualificar a referência e contra-referência.

Os resultados desse evento foram apresentados em relatório e posteriormente apresentados em um novo documento, lançado em 2003, sob o título “Saúde Mental na Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários” (BRASIL, 2003).

De acordo com Campos et al. (2014), o matriciamento é um conjunto de metodologias utilizadas para viabilizar a cogestão, a gestão participativa. O apoio é

diferente da educação permanente, a qual enfatiza a formação, a análise. Na cogestão também se aprende: parte-se do pressuposto de que é necessário agir sobre o mundo e para isso é preciso pensar e decidir em coletivo, em grupo, em equipes.

O termo apoio matricial é composto por dois conceitos operadores.

O primeiro termo, apoio, foi retirado do método Paidéia e sugere que a relação entre os diferentes saberes dos sujeitos com papéis e valores distintos pode ocorrer de forma dialógica. É uma maneira para trabalhar essa relação horizontal mediante a construção de várias linhas de transversalidade, ou seja, uma metodologia para ordenar a relação entre referência e especialista baseada em procedimentos dialógicos e não mais baseada na autoridade, pode ser empregada para empreender a cogestão de relações interprofissionais (CAMPOS; DOMITTI, 2007; OLIVEIRA; CAMPOS, 2015).

O segundo termo, matricial, supõe uma mudança da posição do especialista com relação ao profissional que demanda o seu apoio. No atual sistema de saúde, há uma hierarquização que estabelece uma diferença de autoridade entre quem encaminha o caso e quem o recebe. O nível primário encaminha ao secundário e assim sucessivamente, havendo ainda uma transferência de responsabilidade quando do encaminhamento. O termo matricial sugere a possibilidade de que profissionais de referência mantenham uma relação horizontal e não vertical, como indica a tradição dos serviços de saúde. É uma forma de diminuir a rigidez dos sistemas de saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Fundamentado em matrizes conceituais, provenientes da política, do planejamento, da análise institucional, da Pedagogia e da Psicanálise, o matriciamento foi construído como um método para análise e cogestão de coletivos. O método da roda, como uma maneira de aumentar a capacidade de as pessoas lidarem com o poder, com os afetos e com o saber, ao mesmo tempo em que realizam tarefas e trabalham. É um modo de construção da cidadania e de sociedade democrática (PEREIRA JUNIOR, 2014).

O método da roda realiza-se por meio de apoio utilizado na gestão buscando a cogestão de organizações e a democratização das relações nas instituições e sistemas sociais (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013).

Uma característica distintiva desse método de trabalho é seu compromisso com a construção de instituições e de relações de trabalho democráticas, o que

significa que objetiva também colaborar para a distribuição do poder entre os diferentes atores envolvidos (OLIVEIRA; CAMPOS, 2015).

Portanto, apoio matricial é um conjunto de metodologias desenvolvidas a fim de viabilizar a cogestão, a gestão participativa. Também é uma forma de construir combinações, combinados, contratos, uma ideia de radicalizar para o cotidiano essa metodologia de democracia. O que é mais forte no apoio é a forma de lidar com as relações de poder no cotidiano e na gestão, um conceito de política ampliado (CAMPOS et al., 2014).

Campos et al. (2014), afirma que seu método busca favorecer a democratização da gestão nas organizações, através da formação de coletivos organizados para a produção de serviços e incentiva a participação dos sujeitos na gestão da organização do seu processo de trabalho. Sugere a articulação de saberes e práticas dos campos da Saúde Coletiva, da Política, da Clínica, da Administração e Planejamento, da Análise Institucional, da Psicanálise e da Pedagogia para a construção de relações de cogestão no trabalho.

Nesse sentido, preconiza a reforma das instituições, baseada na cogestão, deliberando relações dialógicas com compartilhamento, troca de saber e poder. Como forma de preparar a cogestão e de construir relações horizontais nos serviços de saúde, Campos (1999) propõe o método da roda, que sugere substituir a dominação institucional e as formas de controle por relações de apoio entre agentes e usuários, através da construção de relações comunicativas entre os diferentes atores envolvidos na produção de saúde (OLIVEIRA; CAMPOS, 2015).

Dessa forma, o apoio matricial tem o objetivo de oferecer retaguarda especializada e suporte técnico pedagógico às equipes responsáveis pela atenção em saúde. Esse sistema pretende qualificar a forma de trabalhar, propondo uma maneira horizontal de relação entre os diferentes profissionais, pois trata-se de uma metodologia complementar àquelas de sistemas hierarquizados: referência e contra-referência, protocolos, encaminhamentos e centros de regulação, visto que esse modo de trabalho, centrado em procedimentos e não na produção de saúde, dilui o envolvimento das equipes de saúde com os usuários, causando descompromisso dos trabalhadores com a população sob sua responsabilidade (CAMPOS, 1999; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O apoio matricial é metodologia de trabalho. Um conjunto de conceitos sobre o “como fazer” o trabalho interprofissional, tanto em equipes quanto em redes de

atenção à saúde (exercício da função apoio), em cogestão, de maneira compartilhada (CAMPOS, 1999).

A ideia é que, a partir de um trabalho conjunto entre as duas equipes, mantenha-se o princípio da territorialidade para que a pessoa em sofrimento psíquico encontre na equipe de saúde local, com quem mantém vínculo, o auxílio que necessita, e o princípio da integralidade, na busca do atendimento ampliado ao indivíduo em suas diferentes necessidades (OLSCHOWSKY et al., 2011).

Através da operacionalização de uma relação horizontal entre os serviços, constroem-se linhas de transversalidade de conhecimentos e práticas baseadas no diálogo e na troca de conhecimento e experiências, permitindo que a cultura e o conhecimento de todos sejam respeitados, o que auxilia no crescimento de cada sujeito. Esse tipo de trabalho permite que cada profissional contribua com seu conhecimento e experiência, e que, em conjunto, construam ações efetivas no espaço social dos indivíduos (CAMPOS; DOMITTI, 2007; FIGUEIREDO; ONOCKO-CAMPOS, 2009; BRASIL, 2011).

Assim, as equipes se responsabilizam pelos usuários reconhecendo os limites do conhecimento e das tecnologias e preocupando-se com a produção da vida para além das questões biológicas (BRASIL, 2013).

A ampliação da clínica na equipe pressupõe que o profissional da saúde seja capaz de auxiliar o usuário não somente no combate às doenças, mas na transformação de seu cotidiano para que a doença não seja um empecilho em suas demais atividades (OLSCHOWSKY et al., 2011).

A proposta da clínica ampliada procura ser uma ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas e reconhece que, em um dado momento e situação singular, pode haver uma predominância, uma escolha, ou a necessidade de um enfoque ou de um tema, sem que isso signifique a negação de outros enfoques e possibilidades de ação (BRASIL, 2009).

Também existe a necessidade de compartilhar com os usuários os diagnósticos e condutas em saúde, tanto individual quanto coletivamente. Quanto maior a participação e adesão do sujeito no seu projeto terapêutico, maior o desafio de trabalhá-lo enquanto sujeito, estimulando sua participação e autonomia em seu próprio projeto terapêutico. Desse modo, ampliar a clínica é construir processos de saúde nas relações entre serviços e a comunidade de forma conjunta, participativa, negociada (BRASIL, 2009).

Essas ferramentas são essenciais no processo de trabalho das equipes, pois oferecem o suporte necessário para se apropriar do meio em que os sujeitos estão inseridos, conseguindo perceber os pontos de apoio social que podem ser ativados pelas equipes da ESF para auxiliar no tratamento.

Através da qualificação das ações em saúde e ampliação do campo de ação das equipes de referência é possível avaliar as situações individuais e sociais da vida cotidiana dos usuários dos serviços, possibilitando a intervenção das equipes nas demandas que necessitam de atenção especializada em saúde mental (FIGUEIREDO; ONOCKO-CAMPOS, 2009). Dessa maneira, é possível diminuir o risco de internações e medicação desnecessária, garantindo uma atenção integral aos usuários, familiares e comunidade.

O apoio matricial tem sido norteador de experiências implementadas em diversos municípios, estruturando um cuidado colaborativo entre atenção básica e saúde mental, reorganizando os serviços, ampliando o acesso ao atendimento das necessidades de saúde mental dos usuários, possibilitando também, a captação de usuários que, por algum motivo, não acessavam o serviço de saúde (BRASIL, 2011; MORAIS; TANAKA, 2012).

De acordo World Health Organization (2008), em diferentes regiões do país, por meio do apoio matricial, experiências exitosas vêm demonstrando a potência dos trabalhadores da atenção básica no que diz respeito à saúde mental. É o caso de Sobral/CE onde os profissionais da atenção básica realizam avaliações de saúde física e mental em todos os pacientes e que já recebeu prêmios nacionais pela sua abordagem em relação à integração de saúde mental nos cuidados primários.

Várias experiências de apoio em saúde mental na atenção básica estão acontecendo no país, tais como: em Recife/PE, com as chamadas equipes de retaguarda; em Aracaju/SE, com a existência de equipes itinerantes de profissionais dos CAPS junto com as equipes de referência ambulatorial nas UBS; em Betim/MG, por meio da parceria entre equipe de saúde mental e os Agentes Comunitários de Saúde; em João Pessoa/PB, que busca incluir a saúde mental no Sistema de Informações, entre tantas outras experiências (BRASIL, 2007).

Dessa forma, o matriciamento possibilita modificar o foco da orientação da assistência, que se desloca progressivamente entre os serviços, para se dar a partir das necessidades dos sujeitos, das famílias, do território e da rede de relações que nele acontecem. Esse novo modo de produzir saúde situa-se dentro da perspectiva

do pensamento construtivista, que trabalha com a hipótese de uma eterna reconstrução de pessoas e processos em virtude da interação dos sujeitos com o mundo e dos sujeitos entre si. Essa capacidade desenvolve-se pela elaboração reflexiva das experiências feitas dentro de um contexto interdisciplinar em que cada profissional pode contribuir com um olhar diferente, ampliando a compreensão e a capacidade de intervenção das equipes (FIGUEIREDO; ONOCKO-CAMPOS, 2009; BRASIL, 2011).

É necessário entender que não se trata de encaminhamento ao especialista, nem atendimento individual pelo profissional de saúde mental; o atendimento é realizado em conjunto e a responsabilidade é compartilhada entre os diversos atores – profissionais, usuários e família, sendo que cada um é responsável pela sua parte no tratamento. O termo responsabilidade pela coordenação e condução faz referência à tarefa de se encarregar da atenção ao longo do tempo de forma longitudinal, assim como preconizado às equipes de saúde da família na atenção básica (BRASIL, 2011; CUNHA; CAMPOS, 2011).

Através do apoio matricial, é possível diferenciar as situações individuais e sociais comuns à vida cotidiana que podem ser acolhidas pela equipe de referência e por outros recursos sociais da comunidade, daquelas demandas que necessitam de atenção especializada em Saúde Mental, que pode ser ofertada na própria unidade de ESF ou, de acordo com o risco e a gravidade, encaminhada ao CAPS da região de abrangência. Com isso é possível evitar práticas que acabam por levar a psiquiatrização e a medicalização do sofrimento, promovendo a equidade do acesso e garantindo o cuidado terapêutico de acordo com as necessidades, considerando a vulnerabilidade e a potencialidade do usuário. Essa forma de trabalho favorece a construção de novos dispositivos de atenção voltados às necessidades dos usuários promovendo a elaboração de projetos pensados através da singularidade de cada situação (FIGUEIREDO; ONOCKO CAMPOS, 2009).

O apoio matricial e a formação e capacitação dos profissionais aparecem como fundamentais para o desenvolvimento das ações de saúde mental na atenção básica, seguindo os princípios da Reforma Psiquiátrica, e voltando-se principalmente para questões como a autonomia do usuário e a participação da família (OLSCHOWSKY et al., 2011).

Entendo que os movimentos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica propuseram uma transformação e melhoria no modelo assistencial em saúde,

valorizando o cuidado no território considerando o espaço de vida e o meio em que as pessoas estabelecem suas relações. Penso que a parceria entre saúde mental e atenção básica auxilia para a consolidação do cuidado em saúde mental de acordo com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica e dos princípios do SUS, visto que o suporte das equipes de apoio matricial é ferramenta potente e importante para planejar e realizar as ações junto ao território produzindo compartilhamento na produção de saúde e de vida.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória do tipo estudo de caso.

Minayo (2012) refere que a metodologia qualitativa pode ser considerada como o produto das diversas interpretações feitas pelos humanos à maneira como constroem sua história de vida, suas relações, suas crenças, suas percepções e suas ideias. Dessa forma, permite aplicar processos sociais pouco conhecidos a grupos particulares, consentindo a construção de novas abordagens e a revisão e criação de novos conceitos durante o processo investigativo.

Para Cervo e Berviam (2002), o estudo descritivo observa, registra, analisa e correlaciona fatos sem manipulá-los. A pesquisa descritiva tem como principal objetivo descrever características de determinada população, fenômeno ou estabelecimento.

Já a fase exploratória compreende desde a construção do projeto de pesquisa até os procedimentos para a entrada no local da pesquisa. É o tempo dedicado à delimitação do objeto, desenvolvê-lo teórica e metodologicamente, à construção de pressupostos e do referencial teórico, à elaboração dos instrumentos para a coleta de dados e da exploração do campo. É a fase na qual processa-se o caminho para a elaboração científica a partir da aproximação de conhecimentos que se constroem por outros conhecimentos, nos quais se exercita a compreensão, a crítica, a dúvida do objeto de investigação (MINAYO, 2008).

Gil (2008) descreve que a pesquisa exploratória possui como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, formulando problemas ou hipóteses a serem pesquisados e estudados posteriormente, constitui a primeira etapa de uma investigação mais ampla.

O método do estudo de caso foi utilizado, pois possibilita uma investigação que preserva o entendimento dos fenômenos em sua totalidade (YIN, 2010). O estudo de caso possibilita mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções sobre determinada situação, gerando conhecimento a partir das características significativas dos eventos vividos. Objetiva compreender as

referências e a importância de um evento vivenciado por um grupo, permitir uma anamnese detalhada dos processos organizacionais, esclarecer os fatos que interferem nesses processos, mostrar formas de análise que podem ser utilizadas em situações parecidas e possibilitar comparações dos projetos no transcorrer do trabalho de campo e análises do pesquisador (MINAYO, 2008).

Diante disso, a presente pesquisa busca conhecer a concepção dos apoiadores de matriciamento quanto ao apoio matricial oferecido às equipes de Estratégia da Saúde da Família.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido com os profissionais do apoio matricial de uma gerência distrital do município de Porto Alegre/RS. Devido à solicitação dos participantes e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, o nome e a localização do local do estudo foi preservado conforme a resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012).

4.2.1 Caracterização do Município de Porto Alegre

Porto Alegre é município integrante da 10ª Região de Saúde, onde também se encontram os municípios de Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí e Viamão. É referência formal para o estado em diversas ofertas de atenção pactuadas, dada a concentração tecnológica. De acordo com o Censo Populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, a população de Porto Alegre é de 1.409.351 habitantes. Estima-se que a população de 2012 seja de 1.416.714 habitantes (PMPOA, 2014).

A cidade é dividida em oito gerências distritais, sendo elas: Partenon e Lomba do Pinheiro; Glória, Cruzeiro e Cristal; Norte e Eixo Baltazar; Leste e Nordeste; Centro; Noroeste, Humaitá, Navegantes, Ilhas; Restinga, Extremo Sul; Centro, Sul.

Em relação aos serviços de saúde, a cobertura populacional pelas Estratégias de Saúde da Família atingiu 46,5%, sendo contabilizadas todas as equipes da ESF atuantes no município, habilitadas ou não junto ao Ministério da Saúde. A secretaria municipal conta com sete Núcleos de Apoio à Saúde da Família, 96 Unidades de

Saúde da Família, sete centros de especialidades, oito equipes especializadas em saúde da criança e adolescente, seis Centros de Especialidades Odontológicas, quatro Serviços de Atendimento Especializado HIV/AIDS, um Serviço de Atendimento Especializado Hepatites, seis Centros de Referência à Tuberculose e três Centros de Testagem e Aconselhamento (PMPOA, 2013).

No que se refere aos serviços de saúde mental, Porto Alegre conta com 12 CAPS, sendo cinco para atendimento em álcool e outras drogas; três para infância e adolescência; quatro para adultos com transtornos mentais, quatro equipes de redução de danos, uma oficina de geração de renda e duas emergências psiquiátricas (PMPOA, 2013).

O distrito onde a pesquisa foi realizada possui uma população de 188.613 habitantes, possui Unidades Básicas de Saúde, vilas e bairros com diferentes níveis de urbanização e infraestrutura e cuja população apresenta-se em condição de pobreza (PMPOA, 2014).

Constata-se a necessidade de congregar esforços interdisciplinares e interinstitucionais para adequar possibilidades de enfrentamento das questões de saúde, pois essa região é vulnerável e isso se expressa nas formas de adoecer e morrer dessa população. (PMPOA, 2014).

No distrito, a falta escolas, de locais de lazer, a pobreza, a falta de acesso aos equipamentos públicos de cultura, a degradação ambiental, a desestruturação das famílias e o aumento do tráfico de entorpecentes são componentes que contribuem para que a região não seja adequada para crianças e jovens (PMPOA, 2014).

A ocupação desordenada e irregular nos morros e margens de arroios é vulnerável, especialmente no período chuvoso. A realidade atual é a quase inexistência de regularização fundiária, a prevalência de ocupações irregulares e desordenadas do solo, a expansão das cooperativas e condomínios habitacionais (PMPOA, 2014). Essa realidade impacta sobre o meio ambiente e sobre a vida e a saúde das pessoas.

No município de Porto Alegre, a partir do ano de 2012, as equipes de apoio matricial em saúde mental foram reconfiguradas e redirecionadas ao trabalho junto às equipes especializadas em saúde mental e seu atendimento ficou baseado nas interconsultas realizadas em conjunto com profissionais de saúde mental junto às Unidades Básicas de Saúde.

Nesse momento, as ações de apoio matricial em saúde mental junto às equipes da Estratégia da Saúde da Família são realizadas pelos profissionais do NASF dessa gerência distrital. No NASF, cada profissional possui suas atividades de acordo com a sua especialidade. Além disso, realizam atividades em conjunto, incluindo as ações de saúde mental, atividades tais como: visitas domiciliares, consultas conjuntas, discussão de casos e planejamento de ações em saúde mental com os profissionais da atenção primária dos serviços matriciados.

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos que fizeram parte desse estudo foram os profissionais que compõem uma equipe de Núcleo de Apoio a Saúde da Família e que realizam apoio matricial junto às equipes de Estratégia da Saúde da Família de uma gerência distrital do município de Porto Alegre.

A escolha da equipe deu-se de modo intencional, tendo como critério a organização da equipe para a realização do apoio matricial. Foi considerado como critério de inclusão estar trabalhando há mais de seis meses.

Foram realizadas entrevistas com seis profissionais que atuavam no serviço, sendo eles: um psiquiatra (dois anos de trabalho), um assistente social (um ano e quatro meses de trabalho), um terapeuta ocupacional (dois anos de trabalho), um psicólogo (dois anos de trabalho), um fisioterapeuta (dois anos de trabalho) e um nutricionista (dois anos de trabalho).

Os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), autorizando a coleta de dados. O termo foi utilizado em duas vias, uma para o entrevistado e outra para o pesquisador.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de dezembro de 2014 e janeiro de 2015.

Após a aprovação da pesquisa no Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, entrei em contato com a equipe de apoio matricial para marcar uma reunião no ambiente de

trabalho dos profissionais, com a finalidade de apresentar a pesquisa e convidá-los a participar.

Com a aceitação dos profissionais para participar da pesquisa, acompanhei os profissionais durante um período de oito turnos, totalizando 40 horas. O acompanhamento se deu em algumas atividades para compreender o seu processo de trabalho e iniciar um vínculo para posteriormente realizar a entrevista e que essa transcorresse de uma forma mais leve. Pensei que dessa forma os profissionais já estariam mais tranquilos com a minha presença e isso facilitaria a conversa durante a entrevista. Esse acompanhamento teve como objetivo estar próxima dos apoiadores e estabelecer um vínculo para realizar as entrevistas e coletar o maior número de informações para a pesquisa. A coleta de dados foi realizada a partir de entrevista semiestruturada.

A entrevista caracteriza-se como uma conversa a dois e objetiva construir informações pertinentes a respeito do objeto de pesquisa. A partir da entrevista é possível coletar informações construídas, a partir desse diálogo, que possibilitam o entrevistador refletir a respeito de suas práticas e a realidade que vivencia (MINAYO, 2012). E também conforme Minayo: “cada entrevista expressa de forma diferenciada a luz e a sombra da realidade, tanto no ato de realizá-la como nos dados que são aí produzidos” (MINAYO, 2012, p. 65).

A entrevista semiestruturada permite que o sujeito verbalize seus pensamentos, tendências e reflexões a respeito dos temas apresentados. O questionamento é mais profundo e subjetivo e leva o entrevistador e o entrevistado a estabelecerem um relacionamento recíproco, muitas vezes de confiabilidade (COUTO ROSA; ARNOLDI, 2006)

Todas as entrevistas foram individuais e agendadas previamente com o profissional, sendo o local, a data e o horário pré-estabelecidos pelos entrevistados e essas seguiram o roteiro apresentado no Apêndice B.

As falas foram gravadas com o auxílio de instrumento eletrônico procurando adquirir o maior número de informações possíveis, e garantir a fidedignidade dos dados obtidos. A partir disso, as entrevistas foram transcritas na íntegra.

As informações serão guardadas por um período de cinco (5) anos, conforme Lei dos Direitos Autorais 9610/98; passado esse período, as mesmas serão destruídas.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados utilizei a análise de conteúdo de Bardin (2010). As diferentes fases da análise de conteúdo organizam-se em torno de três etapas, as quais discorrem a seguir:

- a) **A pré-análise:** É a fase de organização propriamente dita. É um período de organização dos materiais e tem como objetivo tornar operacional e sistematizar as ideias iniciais, conduzindo a um esquema a respeito do desenvolvimento das operações seguintes. Essa fase possui três missões: a escolha das informações a serem analisadas, a formulação das hipóteses e a preparação de indicadores para fundamentar a interpretação final.
- b) **A exploração do material:** Essa fase consiste nas operações da codificação, decomposição e enumeração dos documentos organizados previamente. Nessa fase ocorre a efetivação das disposições tomadas na pré-análise. É o momento em que os dados brutos são organizados e agregados em unidades de registro, permitindo uma descrição das características pertinentes do conteúdo. Essas unidades de registro são agrupadas em eixos temáticos devido ao fato de terem características em comum.
- c) **Tratamento dos resultados obtidos e interpretação:** Nessa etapa os dados brutos da pesquisa são tratados para se tornarem significativos e válidos. Após, realiza-se a seleção dos resultados e a interpretação e a inferência dos dados utilizando a literatura para dar subsídios e contrapor com os achados.

Tabela 1 - Unidades de registro e eixos temáticos

EIXOS TEMÁTICOS	UNIDADES DE REGISTRO
Apoio matricial em saúde mental	<ul style="list-style-type: none"> • Potencializar as Estratégias de Saúde da Família • Resolutividade na Estratégia da Saúde da Família • Apoiar as equipes
Ações do apoiador matricial em saúde mental	<ul style="list-style-type: none"> • Discussão de casos • Atendimentos domiciliares • Grupos na comunidade • Reuniões intersetoriais • Educação Permanente • Acolhimento • Encaminhamento para a rede

EIXOS TEMÁTICOS	UNIDADES DE REGISTRO
Facilidades para o trabalho do apoiador matricial em saúde mental	<ul style="list-style-type: none"> • Vínculo com as unidades • Valorização e reconhecimento da gestão • Trabalho interdisciplinar entre os apoiadores • Relação horizontal entre os profissionais do apoio matricial e das equipes de ESF • Conhecimento do fluxo e da rede de atenção de alguns profissionais
Dificuldades no processo de trabalho do apoio matricial	<ul style="list-style-type: none"> • Exigência de especialidade para atenção em saúde mental • Estigma com a saúde mental • Grande demanda em saúde mental • Falta de estrutura para realizar o apoio matricial • Fragilidade na rede de atenção em saúde mental • Rotatividade dos profissionais • Ausência de formação para trabalhar como apoiador matricial

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

4.6 CONSIDERAÇÕES BIOÉTICAS

Os princípios éticos para a construção desta pesquisa foram assegurados conforme a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), regulamentando a pesquisa envolvendo seres humanos.

O projeto foi submetido à plataforma Brasil e posteriormente ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre sendo aprovado com o parecer número 901.476 (Apêndice C).

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em concordância com a resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

As informações coletadas foram gravadas em dispositivo digital com posterior transcrição na íntegra pelo próprio pesquisador após as entrevistas, sendo

obedecida fielmente a fala dos sujeitos conforme Lei dos Direitos Autorais 9610/98 (BRASIL, 1998).

Para garantir o sigilo e anonimato dos sujeitos, foram suprimidos seus nomes verdadeiros e atribuída a letra E, seguida da ordem sequencial da entrevista (E1, E2, E3, E4, E5, E6). Foi também atendida a solicitação de não informar o local do estudo da pesquisa.

Esta pesquisa não ofereceu riscos físicos aos participantes. Riscos psicológicos poderiam ocorrer caso o participante se sentisse constrangido no momento da entrevista, visto que ele é estimulado a refletir sobre suas práticas cotidianas. Dessa forma, o participante poderia conversar com o pesquisador a respeito do fato e, se desejasse, era permitido que ele interrompesse a entrevista a qualquer momento.

A pesquisa beneficiou o pesquisador, proporcionando ao mesmo um crescimento pessoal e profissional durante a realização dessa; os participantes, que foram estimulados a refletir a respeito de sua prática no serviço a partir dessa reflexão; a sociedade e os serviços de saúde, auxiliando na construção de novos olhares e perspectivas dos profissionais, possibilitando que se modifiquem ou acrescentem novos saberes no modo como se organizam e trabalham com a saúde mental.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL

Esse eixo temático refere-se à compreensão do profissional do NASF a respeito da concepção de apoio matricial.

O apoio matricial sugere uma forma de funcionamento para o trabalho em rede, valorizando uma percepção ampliada do processo saúde-doença, a interdisciplinaridade e o diálogo e a interação entre profissionais que trabalham em equipes ou em redes e sistemas de saúde. Trabalha com a lógica da cogestão e do apoio nas relações interprofissionais e busca pensar formas de cuidar de processos sociais, sanitários e pedagógicos de acordo com o trabalho interdisciplinar e interprofissional (CAMPOS et al., 2014).

Os sujeitos entrevistados avaliaram que o apoio matricial se constitui como um suporte especializado ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde e tem como finalidade ampliar o campo de atuação e qualificar as ações de cuidado desses profissionais junto aos seus usuários e familiares. Constitui-se como um novo modo de se produzir saúde para potencializar as ações realizadas na Estratégia da Saúde da Família:

Na prática é como tu conseguir potencializar as Estratégias da Saúde da Família. O apoio matricial vai muito além de simplesmente ir lá e acompanhar o caso, a gente analisa todo o contexto da pessoa e potencializa a estratégia para que ela consiga resolver sozinha os casos semelhantes, ou então, se não conseguir, podem pedir auxílio do apoio novamente (E1).

É poder potencializar, discutir, auxiliar os atendimentos dos casos nessas unidades que a gente realiza o apoio, pegar aquele caso que precisa de um apoio e uma discussão especializada e ver o que tu pode fazer para mudar. Tu pode discutir o caso, potencializar para que o usuário seja melhor atendido e para que o trabalho em equipe flua melhor, mais perto do ideal (E3).

O apoio matricial é uma forma de qualificar, ter um atendimento qualificado e mais humanizado. O NASF utiliza dessa estratégia de apoio à saúde da família, essa metodologia de trabalho que se constitui como um suporte de técnicos especialistas que não estão compostos dentro da equipe básica da estratégia da saúde da família. Então a gente vai dar esse suporte técnico, no sentido de dar uma maior possibilidade junto aos nossos colegas (E6).

A partir do compartilhamento de saberes entre equipe de apoio e a de referência, a equipe da saúde da família fortalece-se e empodera-se a respeito da saúde mental, possibilitando o atendimento a essa demanda de uma maneira segura e qualificada. Essa troca de conhecimentos e a responsabilização compartilhada dá segurança à equipe para atender a uma demanda em saúde mental em que os profissionais não se consideravam capazes de atender até então.

A proposta do matriciamento de articular atenção básica e saúde mental promove encontros de saberes que proporcionam uma atuação mais integral e menos fragmentada. O encontro entre apoiadores e equipe de referência é permeado por momentos relacionais nos quais ocorrem trocas de saberes entre os profissionais de diferentes serviços de atenção envolvidos com os usuários, visando garantir às unidades básicas de saúde a responsabilização pela condução das ações desencadeadas no processo de assistência (FIGUEIREDO, 2006),

A partir de discussões clínicas conjuntas com as equipes ou mesmo intervenções conjuntas concretas (consultas, visitas domiciliares, entre outras), os profissionais podem contribuir para o aumento da capacidade resolutiva das equipes, qualificando-as para uma atenção ampliada em saúde que contemple a totalidade da vida dos sujeitos (FIGUEIREDO; ONOCKO CAMPOS, 2009).

Discutir os casos, realizar consultas e ações em conjunto e responsabilizar-se com o usuário fortalece e potencializa o cuidado a partir do olhar humanizado, ampliando as ações em saúde mental para além da prática clínica e especialista. Dessa forma se constrói um projeto terapêutico considerando a singularidade de cada pessoa de acordo com o seu contexto e espaço de vida.

O cuidado em saúde realiza-se no cotidiano das práticas profissionais e de forma compartilhada, no contexto da clínica ampliada e da promoção. Existe um compromisso com a construção de relações de trabalho democráticas (OLIVEIRA; CAMPOS, 2015).

Eu vejo como a nossa equipe percorre as unidades de saúde e apoia aqueles casos que as pessoas não conseguem solucionar lá na base. Os profissionais possuem várias limitações, eles trabalham com uma equipe bem reduzida e tem coisas que eles não conseguem solucionar, então eles pedem o nosso apoio para acompanhar os casos. Aquele caso tu vai lá, matricia, olha com outro olhar que o pessoal que está envolvido no dia a dia e consegue, assim, tirar o foco aquele da rede básica e tentar ver com um olhar mais ampliado com os profissionais que tem na equipe (E4).

A gente vem trazendo um olhar do qual ali não dispõe e que talvez a gente possa contribuir para ampliar suas ações. O apoio tem essa dimensão assistencial, dimensão pedagógica. Todos aqueles aportes e diretrizes que compõem o trabalho: integralidade, acessibilidade, equidade, conhecimento do território. Nós vamos estar auxiliando os colegas e ordenar o trabalho (E6).

O processo de trabalho em saúde é sempre uma interação intersubjetiva e avaliada pela estrutura das organizações de saúde e das instituições sociais. Todo o trabalho em saúde proporciona o encontro entre sujeitos com desejos, interesses, saberes e coeficientes de poder com importantes diferenças. A articulação entre as diferenças possibilita efetivar a tão almejada clínica ampliada, cuja função, por excelência, seria acompanhar movimentos, metamorfoses subjetivas, paisagens que vão se processando cotidianamente na vida, proporcionando um meio criador para encontros e composições. Uma clínica como prática política que tem a ver com afeto e com a fabricação de modos de existência. Entretanto, muitas são as dificuldades para a efetivação dessa proposta (DIMENSTEIN et al., 2009).

Ampliar a clínica pressupõe desviar o foco de intervenção da doença para recolocá-lo no sujeito que, além de também possuir a doença, é portador de outras demandas e necessidades (CAMPOS et al., 2014).

A equipe de saúde da família possui o saber clínico e sanitário que algumas vezes é difícil abandonar quando se trabalha com a saúde mental. Portanto, os apoiadores matriciais chegam nesses espaços com uma visão de fora e um olhar ampliado à equipe e aos usuários, isso facilita o trabalho de uma maneira humanizada para além do curar e reabilitar. Trabalhar com as pessoas contemplando suas fragilidades subjetivas e suas redes sociais.

A clínica ampliada e compartilhada baseia-se na escuta, reconhece o saber, o desejo e o interesse das pessoas. Ela pressupõe a existência de espaços coletivos, nos quais os profissionais, em equipe, possam exercitar sua capacidade de analisar e intervir em conjunto, refletindo a respeito de suas práticas, na relação entre si e com os usuários, e deliberar coletivamente sobre isso. É uma prática menos prescritiva e mais negociada, sem desconsiderar os avanços tecnológicos e a importância da qualificação técnica (CAMPOS et al., 2014).

Desse modo, apoiar também é uma metodologia para realizar a mudança, não uma metodologia autoritária que vem somente de fora. É preciso valorizar a experiência, o conhecimento dos usuários, dos trabalhadores, todo o contexto. O apoio parte da ideia de que ninguém é dono da verdade, ninguém tem toda a

experiência do mundo, há muita coisa interessante fora da nossa experiência existencial, institucional (RIGHI, 2014).

O apoio matricial em saúde mental não vem apenas com a proposta de trabalhar com as Unidades de Saúde da Família para que essas ofereçam um cuidado aos usuários com transtorno psíquico e seus familiares. Os profissionais do NASF também oferecem um apoio e uma retaguarda às equipes quanto aos seus processos de trabalho e o sofrimento desses profissionais vivenciado no seu cotidiano:

É a maneira como a gente trabalha dentro das unidades, tendo esse apoio junto das equipes, qualquer assunto, qualquer coisa que as equipes trazem para nós, não precisa ser só matriciar o caso pode ser até uma coisa da estrutura da equipe que a gente faz esse apoio (E5).

O apoiador pode facilitar diálogos, mediar conflitos, ampliar as possibilidades de reflexões e trazer ofertas relevantes para o processo de trabalho. Ele não faz *pela* ou *para* as equipes, faz *com* as equipes, apoiando a análise, a elaboração e o planejamento de tarefas e projetos de intervenção. Assim, compromete-se com as equipes sem deixar de trazer diretrizes dos níveis superiores da gestão e analisar o contexto externo ao grupo (PEREIRA JUNIOR; CAMPOS, 2014).

O apoio realizado pelos matriciadores não se centra apenas na clínica, mas também na relação com as equipes. A prática perpassa o espaço de cuidado e vai para o campo das relações e do vínculo, trabalha com a ideia de ajudar o mais fraco, ajudar o que tem dificuldade.

Trata-se de trabalhar com pessoas e coletivos, considerando a capacidade de elaboração de interpretações e posicionamentos, a capacidade de estabelecer contratos e compromissos. Além de curar, reabilitar e prevenir danos, apoiar o desenvolvimento de autonomia e autocuidado dos sujeitos, sua capacidade de pensar, agir e criar novas formas de vida para si e novas formas de se posicionar diante do seu contexto. Construir relações a partir do diálogo, da negociação, do compartilhamento de saberes e poderes, do vínculo e da responsabilização (CAMPOS et al., 2014).

5.2 AÇÕES DE APOIADOR MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL

O eixo temático ações do apoio matricial em saúde mental na Estratégia da Saúde da Família apresenta as atividades desenvolvidas pelos profissionais do NASF referentes à atenção em saúde mental juntos às equipes de ESF que desenvolvem o seu trabalho.

No processo avaliativo, os profissionais utilizam diferentes tecnologias em saúde para realizar as ações em saúde mental.

O termo tecnologia era reduzido ao conjunto de instrumentos materiais de trabalho. A tecnologia como elemento de processo de trabalho em saúde foi discutido por Gonçalves (1994) e passa a ser entendida como “o conjunto de saberes e instrumentos que expressa, no processo de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social” (GONÇALVES, 1994, p. 32).

Merhy (2007) classifica três tipos de tecnologias utilizadas no trabalho em saúde: tecnologia leve, leve-dura, dura. A tecnologia leve envolve as relações: produção de vínculo, autonomização, acolhimento; leve-dura são os saberes estruturados que operam no processo de trabalho em saúde como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia; dura, a que abrange os equipamentos tecnológicos como máquinas, normas, estruturas organizacionais.

As ações de saúde mental realizadas pela equipe de apoio matricial são caracterizadas como tecnologias leve, leve-dura e dura, pois os profissionais trazem a interconsulta, a visita domiciliar, a discussão de casos, grupos terapêuticos e encaminhamentos aos serviços especializados como equipamento utilizados no cuidado à saúde mental.

A gente discute casos, discute ele com a equipe de referência, faz a consulta conjunta, oferece apoio à família, faz visita domiciliar, ajuda um pouco nas questões de organização, melhora a funcionalidade da pessoa (E2).

A gente vai na unidade, discute o caso (E3).

As minhas atividades são inerentes ao de apoiador matricial dar esse suporte, esse olhar na saúde mental [...] tanto nas questões que a gente atende junto aos colegas da estratégia como na vertente de prevenção e promoção. Desde a discussão de casos, é uma das ações (E6).

A discussão de casos permite que a clínica e os problemas trazidos sejam analisados de vários ângulos dentro da perspectiva interdisciplinar. Esse é um espaço de troca em que os profissionais envolvidos partilham as diferentes visões e entendimentos do caso.

A discussão conjunta das equipes possibilita a reflexão sobre a saúde e a doença mental assim como pensar estratégias e ações no cuidado em saúde mental das pessoas em sofrimento psíquico no território.

O momento da discussão e do compartilhamento dos casos provoca a corresponsabilização da equipe com seus usuários. Essa responsabilização compartilhada exclui a lógica do encaminhamento, pois tem o intuito de aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde mental pela equipe de referência. Dessa forma, gradativamente também se estimula a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica na equipe, garantindo a valorização de outras dimensões que não só a biológica e a dos sintomas na análise singular de cada caso (BRASIL, 2003).

Espaços para refletir sobre as intervenções são uma importante ação de saúde mental, pois é no coletivo que se produz no outro as possibilidades de viver com mais dignidade, permitindo que o trabalhador esteja aberto para modificar e ressignificar o seu processo de trabalho, aprendendo com o próprio fazer e com o outro, um fazer comprometido com a produção de relações vivas e que enxergam o outro sujeito como essencial (MERHY, 2007).

A consulta conjunta também foi citada como uma ação importante em saúde mental realizada pelos profissionais do NASF em conjunto com os da ESF. O momento da consulta é um dispositivo importante tanto para o profissional quanto para o usuário.

Na consulta conjunta a gente potencializa, ajuda aquele que, às vezes, não tem uma formação em saúde mental para que ele possa fazer o diagnóstico, para que ele possa ter ideias de como tratá-lo, o que fazer. Hoje temos o caso de médicos de várias nacionalidades, alguns com alguma formação em saúde mental e alguns sem nenhuma formação e hoje em algumas unidades a gente discute caso [...] É muito bom de ver que alguns profissionais que tinham dificuldade com a saúde mental, hoje têm uma visão melhor e uma postura de mais assistência com o usuário (E3).

A gente matricia, ouve o profissional, vê as dificuldades maiores do usuário. Se é um caso grave, que tenha que ter um profissional de psiquiatria para medicar, a gente orienta na unidade mesmo, marca com o psiquiatra, que visita a unidade para ver esse usuário (E4).

A função principal da interconsulta é proporcionar que os profissionais conversem sobre os casos e pensem a melhor forma de assistência. Nessas discussões, os profissionais de saúde mental orientam os profissionais da rede básica para tentar uma nova intervenção junto ao paciente.

A interconsulta é o principal instrumento de apoio matricial, sendo uma prática interdisciplinar para a construção do modelo integral do cuidado. Caracteriza-se por uma ação colaborativa entre profissionais de diferentes áreas. Esse encontro de saberes e visões permite que se construa uma compreensão integral do processo de saúde e doença, ampliando e estruturando a abordagem psicossocial. Um aspecto que caracteriza a interconsulta é a discussão de caso. Essa é uma das partes do processo e está sempre presente (DIMENSTEIN et al., 2009).

Às vezes, a consulta conjunta não dá conta de atender a todos os usuários que necessitem dessa tecnologia de cuidado; entretanto, quando realizada de maneira eficaz, pode desenvolver novas competências no profissional da ESF (DIMENSTEIN et al., 2009).

Durante o atendimento conjunto, há uma troca de saberes e experiências entre os profissionais. Essa troca potencializa e empodera o profissional de ESF para dar continuidade no cuidado, bem como a segurança para realizá-lo sozinho. Essa ação promove a autonomia desse profissional e a capacidade de gerir seu trabalho.

A consulta conjunta é uma técnica de aprendizagem em serviço voltada a dar respostas resolutivas a demandas da assistência à saúde que reúne, na mesma cena, profissionais de saúde de diferentes categorias, o usuário e, se necessário, a família deste. A ação faz-se a partir da solicitação de um dos profissionais para complementar e/ou elucidar aspectos da situação de cuidado em andamento para traçar um plano terapêutico (MELLO FILHO; SILVEIRA, 2005).

A consulta deve ser uma prática clínica, norteada pelo encontro e atenção à necessidade de saúde apresentada, constituindo-se como um dispositivo de cuidado. É importante salientar que a consulta médica é, hegemonicamente, um procedimento médico centrado que prescreve uma intervenção. Deve-se ter o cuidado de não reduzir essa consulta a uma prescrição de medicamento ou tratamento ou renovação da prescrição. O profissional deve investir e construir espaços de troca e produção de saúde, colocando a doença entre parênteses e

proporcionando um contato que rompa com a estrutura de diagnóstico e prescrição (MIELKE, 2009).

Além disso, no momento da consulta o usuário pode expor seus anseios e seus desejos e confiar no cuidado que está recebendo. O espaço de encontro entre trabalhador e usuário fortalece o vínculo na medida em que valoriza e permite a expressão do sofrimento, das necessidades, das dúvidas e dos afetos (MIELKE, 2009).

A visita domiciliar também se constitui como uma ação importante no apoio matricial em saúde mental. A partir da visita domiciliar, é possível ver a realidade do indivíduo e de sua família, auxiliando no ambiente familiar e oferecendo cuidado a todos os envolvidos, considerando todo o contexto de vida e os fatores sociais que envolvem os sujeitos. Esse recurso possibilita que o profissional crie vínculo e parceria com o usuário e com a família e, assim, desenvolva as potencialidades de cada indivíduo de acordo com a sua singularidade (ANTUNES et al., 2012).

Eu faço visitas domiciliares ou atendimento domiciliar, que hoje a gente chama de atendimento domiciliar (E6).

A visita domiciliar é uma tecnologia que permite criar espaços de intersubjetividade onde acontecem falas, escutas e interpretações. Esses são momentos de cumplicidade nos quais pode haver a responsabilização em torno dos problemas que serão enfrentados. Possibilita conhecer a realidade do portador de transtorno mental e sua família, favorecendo a compreensão dos aspectos psico-afetivo-sociais e biológicos, promovendo vínculos entre usuários, familiares e trabalhadores (LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008; CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

A visita domiciliar é um dispositivo importante para a consolidação do cuidado no trabalho da saúde da família, pois possibilita vivenciar *in loco* como as relações e o cuidado se estabelecem. É um espaço rico onde ocorrem as trocas, os diálogos, o acolhimento e o vínculo entre profissionais e usuários. Não é uma ação a ser realizada por um leigo; é necessário saber o que, para quê e para quem se faz e a presença do apoiador matricial nas visitas domiciliares é importante para dar um suporte especializado quando necessário, e garantir que o usuário está sendo atendido de acordo com as suas necessidades.

A visita domiciliar possui como finalidade obter dados a respeito da estrutura familiar, o ambiente e o comportamento nesse ambiente, bem como identificar barreiras e facilidades para a promoção da saúde. A casa é o nosso canto no mundo, o espaço de intimidade, da união de esforços, da satisfação da família. É um local onde ninguém pode penetrar sem o consentimento do seu morador. O cliente receberá o profissional no seu espaço de intimidade. Desse modo, é importante que o profissional se prepare para esse momento e respeite a sua ritualidade: a apresentação do profissional, o objetivo da visita, o tempo da visita, visto que esse profissional está “invadindo” este espaço (ARAÚJO; SILVA; LEITE, 2008).

Ao realizar a visita domiciliar, é preciso ter cuidado e respeito com a família e com o espaço que se entra. É preciso receber o direito de estar naquele ambiente para que as pessoas não se sintam expostas ao julgamento do profissional. Para tanto, é preciso ter sensibilidade ao abordar os moradores e suas condições de saúde, respeitar o espaço do outro e a sua privacidade.

É preciso estar atento aos cenários que se constroem em uma visita domiciliar. A presença de um profissional na casa pode ser um cenário de invasão de privacidade e a família pode resistir à intervenção do profissional, mesmo que essa demande assistência em saúde, assim como um cenário de imposição de conhecimento do profissional sobre a família, em que muitas vezes a sua crença e seus valores não são considerados pelos trabalhadores da saúde (SANTOS; KIRSCHBAUM, 2008).

Esse recurso faz parte do arsenal terapêutico dos serviços de saúde de base territorial. É um espaço construtor de acesso às políticas públicas através das relações que se estabelecem entre os diferentes sujeitos do processo. A visita domiciliar pode proporcionar momentos ricos onde as relações, o vínculo e o acolhimento podem ser estabelecidos e a escuta qualificada (LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008). Quando a visita domiciliar possui um propósito, realiza-se o contato com a família informando-a a respeito e a família abre as portas de sua casa e recebe os profissionais. É possível iniciar um vínculo e realizar importantes ações em saúde no contexto dessa família.

Outra questão trazida pelos profissionais foi a das ações comunitárias, grupos realizados com a comunidade e as escolas:

Faço grupos, participo de alguns grupos na comunidade, ações comunitárias. Trabalho junto com as escolas, também. Trabalho junto com algumas reuniões intersetoriais da comunidade (E6).

Nesse depoimento, o profissional refere-se as suas atividades no território, à realização de alguns grupos, a sua participação em outros, à aproximação com escolas e com a comunidade a partir da sua participação nas reuniões da comunidade. A partir desse depoimento podemos analisar a importância para o profissional de que haja realização de atividades na comunidade para a promoção da saúde.

De acordo com Cunha e Campos (2011), ações comuns nos territórios de sua responsabilidade, desenvolvidas de forma articulada com as equipes de Saúde da Família, como o desenvolvimento do projeto de saúde no território, planejamentos, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos, como escolas, creches, igrejas, pastorais são atividades potenciais realizadas pelo NASF.

A realização de atividades na comunidade representa um importante lócus de cuidado em saúde mental, uma atenção em saúde mais próxima de sua casa. Essas atividades não se esgotam nos muros do serviço e transcendem para a comunidade (OLSCHOWSKY et al., 2010).

As ações em saúde, quando vinculadas à atenção básica, podem tornar-se uma ótima maneira para tecer redes de apoio entre os atores implicados com a integralidade do cuidado, a desinstitucionalização e o incentivo à participação comunitária. Essas redes podem apontar para novos caminhos e novos laços para a reabilitação psicossocial. Nesse sentido, o usuário com transtorno mental deve ser estimulado a participar das diferentes atividades sociais e os trabalhadores devem continuar comprometidos com a construção dessas novas oportunidades (COSSETIN, 2010).

É importante destacar que o profissional do NASF pode auxiliar a criar e a desenvolver ações de saúde e oficinas na comunidade. Entretanto, os principais agentes responsáveis e ordenadores desses espaços são os profissionais da ESF. Pois, como refere Olschowsky et al. (2010), as oficinas ou atividades desempenhadas na comunidade, em parceria com a atenção básica, despontam como tecnologias de cuidado às pessoas, servindo de auxílio e possibilidade para o enfrentamento dos problemas cotidianos.

Para realizar essas atividades, a ESF deve articular com os diferentes setores e serviços da comunidade, como escolas, sedes e associações comunitárias, entre outros. Essa articulação pode garantir um trabalho intersetorial.

É preciso mobilizar esses “potenciais” parceiros, sejam eles institucionais OU pessoas. Esse parece ser o caminho para colocar em prática ações que venham ao encontro dos interesses de usuários e familiares. Ou seja, implementar um trabalho em que haja o envolvimento não só de diferentes profissionais, mas de diferentes sujeitos e instituições, caminhando assim para um trabalho genuinamente intersetorial (OLSHOWSKY et al., 2011).

O apoio matricial é um exercício de rede em que a ESF e o NASF constroem projetos terapêuticos incluindo qualquer ator da rede necessário para aquele indivíduo e sua família. Cada indivíduo e sua família têm seu projeto terapêutico, que depende de suas redes pessoais, sociais e dos recursos da comunidade, da rede de serviços de saúde e intersetoriais necessárias. (DIMENSTEIN, 2009).

As fronteiras do indivíduo não estão limitadas por sua pele, mas incluem tudo aquilo com que o sujeito interage – família, meio ambiente. Podemos acrescentar que as fronteiras do sistema significativo do indivíduo não se limitam à família nuclear ou extensa, mas incluem todo o conjunto de vínculos interpessoais do sujeito: família, amigos, relações de trabalho, de estudo, de inserção comunitária e de práticas sociais (SLUZKI, 1997).

Dessa forma, no matriciamento, devemos estar atentos à rede de apoio do usuário porque ela é importante para o diagnóstico situacional, pois sabemos que pacientes com rede de apoio forte têm mais saúde mental do que aqueles com uma fraca rede de apoio (PORTUGAL, 2005).

Pensando numa rede mais ampla, deparamo-nos com outras instituições que entram no projeto terapêutico do indivíduo pensando em um conceito mais amplo de saúde. Nesse sentido a equipe de matriciamento apoia, oferece um suporte e encaminha o usuário para tratamento em serviços especializados em saúde mental:

Com relação à saúde mental, eu faço o acolhimento do caso, então eu vou até a estratégia, alguém da equipe me passa o caso, a gente preenche a ficha matricial, eu faço a escuta. Algumas coisas que eu já tenho prática de outros casos que eu acompanhei, eu faço encaminhamento ou oriento as unidades. Aí todos os casos eu trago para a equipe do NASF e a gente discute e eu acabo passando o caso para alguém da psicologia, do serviço social ou da psiquiatria. Então, na verdade, eu faço o acolhimento e depois eu passo o caso, não chego a fazer um acompanhamento (E1).

A gente encaminha para o serviço especializado e acompanha depois o caso, no serviço especializado e na unidade (E2).

Se é um caso que precisa de um atendimento especializado, ele vai ser referenciado para um dos serviços especializados em saúde mental. Tem serviço especializado em saúde mental geral, que o laboratório Tobias Barreto, atendimento da criança e adolescência, CAPS (E3).

Se é um caso mais de psicoterapia a gente tenta encaminhar para algum serviço especializado como o Melanie Claine, algum ambulatório de saúde mental. Se é um caso grave, que precisa do CAPS, a gente encaminha para o CAPS (E4).

O matriciamento busca conexões e fluxos de cuidado, potencializando a rede sem deixar de dividir a responsabilidade dos casos com a ESF e o serviço especializado.

O apoiador acolhe o caso, realiza a escuta, discute com os outros profissionais a respeito e, quando necessário, encaminha e referencia o caso para a rede especializada, isso sem deixar de ser o responsável pelo usuário.

No acolhimento, o profissional reconhece o outro em suas necessidades, realiza estratégias para conduzir um cuidado mais justo e humanizado, inclui e dá uma resposta para a necessidade de acordo com uma relação dialógica. Dispara reflexões a respeito de como os saberes são utilizados ou não para qualificar as ações de acordo com a humanização do cuidado. O que também pode contribuir para a construção do vínculo e do compromisso dos profissionais com os usuários (TINTORI et al., 2014).

A partir do acolhimento é possível visualizar a necessidade do usuário e, conjuntamente com o usuário e equipe de saúde da família, definir o seguimento do atendimento na unidade de saúde da família ou a necessidade de uma atenção e cuidado especializado.

Entre os objetivos do apoio matricial está o de fortalecer junto à ESF a singularidade dos casos, pois o usuário sabe do seu sofrimento e sobre a sua vida e quer um apoio para melhorar o seu estado de saúde. Com o conhecimento clínico, o profissional avalia o que fazer diante desse pedido sem deixar de responsabilizar-se e de ser referência desse caso, mesmo que esse seja encaminhado a outro serviço.

Portanto, o matriciamento é uma forma de compartilhar as responsabilidades. Exige que os profissionais, em conjunto, compreendam o caso e as suas necessidades. Apenas então é possível encaminhar indiscriminadamente e definir o que é responsabilidade de cada profissional (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

A responsabilização compartilhada permite regular os fluxos de usuários nos serviços e possibilita distinguir as situações sociais e individuais, comuns no cotidiano, que podem ser acolhidas pelos profissionais de referência e por outros recursos sociais do território daquelas demandas que requerem atenção especializada em saúde mental, que pode ser oferecida no próprio serviço ou, conforme a gravidade e o risco, pelo CAPS da região de abrangência. Através disso, é possível evitar ações que levam à medicalização e psiquiatrização do sofrimento, e, ainda, promover o acesso e a equidade, assegurando coeficientes terapêuticos de acordo com as potencialidades e desafios de cada usuário (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

5.3 FACILIDADES PARA O TRABALHO DO APOIADOR MATRICIAL

O apoio matricial é realizado na unidade de saúde da família onde os profissionais do local já estão esperando com os casos separados para a discussão. Através do vínculo estabelecido entre os profissionais do NASF com as equipes de referência, o trabalho é realizado de uma forma mais tranquila e a boa relação entre as equipes colabora na atenção integral ao usuário e familiares:

A gente chega na unidade e os trabalhadores te recebem bem, estão te esperando para discutir, já preparou o material. A gente fez uma boa relação e então o trabalho está melhor, melhorou muito. Eu chego e eles sempre têm casos para discutir e isso criou um bom vínculo com a unidade. Existe equipe que se organiza e eu também tenho uma organização que está melhor (E1).

Ao mesmo tempo em que alguns profissionais têm resistência, eu acho que a gente é muito bem acolhido em algumas unidades. Os profissionais esperam a gente. Eles têm uma carência de resolver os problemas dos usuários, então nos acolhem bem e no momento que tu é bem recebido, facilita o trabalho (E4).

A organização e a responsabilização das equipes de ESF com o espaço do apoio matricial fortaleceu a relação com os matriciadores. A partir da relação de confiança e troca entre os profissionais, formou-se um vínculo entre os mesmos, o qual os profissionais do NASF consideram importante para a continuidade do trabalho de apoio. Esse vínculo e essa confiança também repercutem no cuidado e na responsabilidade dos profissionais com os usuários.

De acordo com Hirdes (2015), a relação entre o profissional da ESF e o do NASF, através do vínculo estabelecido, enriquece as intervenções terapêuticas, sobretudo se o vínculo é baseado na relação de confiança, respeito e comprometimento. A relação entre os profissionais sustenta-se fortemente nesse valor e potencializa as intervenções. Essa relação demanda a construção conjunta, o querer fazer e o respeito aos estilos de trabalho. Do mesmo modo, isso ocorre quando especialistas e generalistas empenham-se na construção e na solidificação de relações ancoradas na corresponsabilização.

O trabalho em equipe é fundamental para a viabilização do trabalho na ESF, uma vez que há compromisso em prestar atenção pautada no atendimento integral, contínuo, com equidade e resolutividade das necessidades de saúde, por meio de práticas humanizadas, éticas e responsáveis. .

O reconhecimento e a valorização do profissional também foram citados como um facilitador do processo de trabalho:

Também a valorização, a equipe, eu acho que é bem valorizada pelos profissionais das unidades, pela gerência, nos serviços especializados. Essa valorização a gente está conquistando enquanto equipe (E4).

A valorização profissional possibilita um estreitamento das relações e um vínculo. Dessa forma os profissionais do NASF reconhecem os seus parceiros no trabalho, o que estimula a continuidade e a qualidade de suas ações.

De acordo com Ferreira (2009), trabalhar é mais do que colocar o corpo a serviço das tarefas de uma empresa. Não bastam braços, pernas, gestos, posturas dos trabalhadores. Trabalhar requer um investimento psicológico significativo que funde razão e afeto. O trabalho é a maneira de deixar o registro pessoal naquilo que se faz com zelo, arte e afeto. Esse investimento psicológico individual no ambiente de trabalho só faz sentido se ele vem acompanhado de um reconhecimento profissional. É nesse reconhecimento que está uma das motivações para o trabalho.

O reconhecimento possibilita que o sofrimento no trabalho seja transformado em prazer e realização. O sujeito espera uma retribuição simbólica como reconhecimento pelo seu trabalho. Essa retribuição, no ponto de vista de Castro e Merlo (2011), pode ser pensada em duas dimensões: no sentido de constatação ou no sentido de gratidão. A primeira está relacionada à contribuição individual para com a organização do trabalho, espera-se que as chefias compreendam que as atividades são executadas apenas porque existe um trabalhador disposto a executar

o seu trabalho. A segunda diz respeito à gratidão designada aos trabalhadores frente a sua contribuição para a organização, sendo que essa retribuição simbólica reflete na realização de si mesmo.

O reconhecimento do seu trabalho pela gestão é um fator importante de avaliação e validação da equipe de apoio matricial. Conhecer e reconhecer os parceiros no trabalho enquanto equipe de NASF também é importante para ampliar as ações, construir conjuntamente uma forma de trabalhar, trocar e compartilhar saberes, conhecer, empoderar-se e consolidar o seu espaço enquanto trabalhadores do NASF:

Se tu escutar os NASF de outras regiões, o funcionamento é diferente. A gente até fez visitas entre nós assim, fazer experiência junto, mas ainda, a gente está trabalhando em seu casulo. Então estamos começando a abrir uma brecha. Recentemente a gente conversa. Isso é muito recente, de nos organizar e termos um espaço. Então, estando definido para onde vamos e o que queremos, a gente tem a possibilidade de dialogar melhor e ter o reconhecimento junto à gestão, dentro da Secretaria (E6).

A organização entre os NASF de outras gerências distritais funciona de forma diferente. Assim, a aproximação desses serviços auxilia no processo de construção de um modo de produção e cuidado integral e em consonância com a Reforma Psiquiátrica. Os encontros dos diferentes serviços são importantes para dar continuidade no trabalho, definir o caminho a seguir e as demandas necessárias para percorrer esse caminho, trocar ideias, construir em conjunto formas de trabalhar, maneiras de dialogar entre si e com a gestão do município.

Outro aspecto apresentado foi o trabalho com apoiadores que já conhecem a rede e os fluxos de atenção em saúde mental e que auxiliam no processo de aprendizagem da equipe, assim como no seu trabalho:

Poder ter alguém, algumas pessoas que já trabalham na saúde mental há muito tempo, que conhecem os fluxos, alguns encaminhamentos, isso facilita bastante o nosso trabalho. Aqui a gente tem a L que trabalha há muito tempo e que já conhece muito a rede (E1).

Conhecer a rede, que território é esse e quais são as parcerias e os vínculos que podem ser feitos com os pontos dessa rede é importante para oferecer ao usuário uma atenção integral e real de acordo com o seu contexto de vida. Também é importante reconhecer que a rede não se limita apenas aos serviços de saúde, mas amplia-se para a rede social do usuário e sua família, estendendo-se à comunidade.

Rede social refere-se ao conjunto de sujeitos em uma população e suas conexões. Cada indivíduo possui ligações com outros indivíduos, cada um dos quais, por sua vez, está ligado a muitos ou alguns outros e assim por diante. Uma rede pode ser definida como um conjunto de nós conectados, os quais podem ser pessoas ou grupos, ou outras unidades, e essas ligações podem ser simétricas ou assimétricas. Também são estruturas capazes de ampliar de forma ilimitada, integrando novos nós que consigam comunicar-se dentro da rede, isto é, desde que compartilhem códigos semelhantes de comunicação. Uma estrutura social baseada em redes é, pois, um sistema aberto, extremamente dinâmico apto à inovação sem ameaças ao seu equilíbrio (BARBOSA; BYINGTON; STRUCHINER, 2000; CASTELLS, 1999).

Portanto, há um tipo de rede que se constitui sem modelo. Não parte de uma estrutura, sendo constituída no ato, através do trabalho vivo de cada trabalhador e da equipe, mediante fluxos de conexões entre si, na busca do cuidado em saúde. Tal rede é realizada por meio de encaminhamentos, procedimentos partilhados, projetos terapêuticos que procuram consistência no trabalho multiprofissional. A integração de ações coletivas pode ser realizada através da troca entre as categorias profissionais, isso facilita a viabilização do fluxo de informações, juntamente às intervenções sociais passíveis de maior sucesso (QUINDERÉ; BESSA JORGE; FRANCO, 2014; NEVES, 2009).

Dessa forma, o cuidado com a saúde mental não se restringe apenas aos serviços de saúde mental e profissionais da área da saúde. Também são inseridos na rede e no fluxo de cuidado dos usuários outros atores como família, amigos, vizinhos, associações comunitárias. Esses também participam da sociabilidade dos indivíduos e é importante reconhecê-los para trabalhar de forma abrangente e integral.

Para oferecer um cuidado integral é necessário reconhecer que a amplitude dessa prática exige que os sistemas sejam organizados, que reconheçam a variedade das necessidades de saúde e que disponibilize os recursos para abordá-las. Para tanto, é necessário ampliar o conceito constitucional e buscar outras possibilidades como modo de organizar as práticas em saúde e como elemento da construção de políticas especiais (BRASIL, 2009).

As redes sociais e os laços de sociabilidade dos usuários de saúde mental são um dispositivo essencial para a sua reabilitação psicossocial, pois o exercício de

cidadania, em suas diferentes vertentes e relações, ocorre a partir da estrutura de rede (NEVES, 2009).

A integração de ações coletivas pode ser realizada através da troca interdisciplinar entre os profissionais do NASF. O trabalho interdisciplinar facilita a viabilização do fluxo de informações junto às intervenções sociais que são possíveis acessar para ampliar a rede de cuidado.

Nas ações realizadas pelo apoio matricial, surgiram a integralidade e a equidade como ações realizadas de acordo com os princípios de diretrizes do SUS e que orientam o trabalho de apoio matricial em saúde mental. A interdisciplinaridade surge como um facilitador do processo de trabalho do matriciador.

É possível formar níveis diferentes de interdisciplinaridade de acordo com o grau de integração das disciplinas reagrupadas em um determinado momento. O conceito de disciplina é uma forma de organizar e delimitar um território de trabalho, de concentrar a pesquisa e as experiências em meio a um determinado campo de visão (VILELA; MENDES, 2003)

A interdisciplinaridade envolve relações de interação dinâmica entre saberes. No projeto interdisciplinar não se ensina, nem se aprende: vive-se, exerce-se. Ela deve ser entendida também como uma atitude de permeabilidade aos diferentes conhecimentos que podem auxiliar o processo de trabalho e a efetividade do cuidado num determinado momento e espaço (JAPIASSU, 2011), como percebe-se na fala, em que a interdisciplinaridade amplia a atenção em saúde:

Como nós somos uma equipe de profissionais de áreas diferentes, então temos olhares diferentes e esses olhares completam muito a intervenção junto à estratégia. Isso completa e agrega muito e é muito positivo. Surge um terceiro conhecimento quando a gente interage discutindo os casos com os demais profissionais (E2).

A interdisciplinaridade permite a troca de experiências e conhecimentos e é relevante para o trabalho de apoio matricial, pois nesse momento de troca o saber de cada profissional é valorizado. Cada um possui um conhecimento e pode compartilhá-lo, possibilitando a formação de um novo saber, mais ampliado e produtivo para o processo de trabalho.

De acordo com Japiassu (2011), a interdisciplinaridade caracteriza-se pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas no interior de um mesmo projeto de pesquisa.

O apoio matricial trabalha na lógica interdisciplinar e dialógica, onde valorizam-se os diferentes olhares, saberes e práticas. Essas vivências são compartilhadas, conectam-se, somam-se e completam-se, formando um novo olhar, um novo conhecimento e uma nova forma de trabalhar.

Segundo Meireles e Erdman (1999), a interdisciplinaridade é considerada uma inter-relação e interação das disciplinas com a finalidade de atingir um objetivo comum. Nesse caso, ocorre uma união conceitual dos métodos e estruturas em que as potencialidades das disciplinas são exploradas e ampliadas. Estabelece-se uma interdependência entre as disciplinas, busca-se o diálogo com outras formas de conhecimento e com outras metodologias com o objetivo de construir um novo conhecimento.

Além disso, é entendida, também, como um diálogo que possibilita o enriquecimento das disciplinas em nível de método e perspectiva; é uma proposta de interligar o conhecimento científico e a complexidade do mundo vivido, visando a superação da dicotomia entre teoria e prática. É uma das chaves para a compreensão do mundo, uma vez que esse não é feito de coisas isoladas, mas versa em várias dimensões complementares (VILELA; MENDES, 2003).

Na interdisciplinaridade há uma relação de reciprocidade, de interação que pode ajudar no diálogo entre diferentes conteúdos, desde que haja uma intersubjetividade presente nos sujeitos. Surge como uma nova pedagogia capaz de identificar o vivido e o estudado, capaz de construir conhecimento a partir da relação de múltiplas e variadas experiências. Assim, é possível criar um novo perfil de profissional, capaz de ter abertura para os novos campos de conhecimento (FAZENDA, 2006).

Esse novo modo de produzir saúde estabelece-se na perspectiva do pensamento construtivista que trabalha com a hipótese de uma eterna reconstrução de pessoas e processos em virtude da interação dos sujeitos com o mundo e dos sujeitos entre si. Essa capacidade desenvolve-se no matriciamento através da elaboração reflexiva das experiências feitas dentro de um contexto interdisciplinar em que cada profissional pode contribuir com um olhar diferente e amplia a compreensão e a capacidade de intervenção das equipes (DIMENSTEIN et al., 2009).

Além da interdisciplinaridade, que constitui o processo de trabalho do NASF, também foram citados o conhecimento e o cuidado que vai além do campo e do núcleo de saber especialista:

Nós temos uma equipe de matriciadores e não com uma lógica de núcleo. Nós temos um núcleo no qual estamos inseridos, mas a gente também se perde nesse núcleo, isso é um ganho. A gente pensa assim no NASF, não pensa que só a psiquiatria vai atender (E6).

O núcleo representa a face mais estruturada do conhecimento que restringe as disciplinas e ajuda a construir a identidade e a especificidade das profissões. É constituído pelo conjunto de conhecimentos e atribuições específico de cada profissão e parte da necessidade de construir identidades sociais para as profissões e os campos de saber. Ele valoriza a democratização das instituições e ressalta sua dimensão socialmente construída, sugerindo que a escolha de seus caminhos trabalhe com uma possibilidade e não como uma ocorrência automática (CAMPOS, 2000).

Por sua vez, o campo indica um conjunto eventual de conhecimentos e tarefas do qual uma profissão ou especialidade deverá apropriar-se para mostrar eficácia em determinados contextos. Representa a possibilidade da identidade construída pelo núcleo de abrir-se ao mundo da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade (CAMPOS, 2000; CAMPOS, 2003).

Os conceitos núcleo e campo não somente criticam o corporativismo e o fechamento disciplinar, mas também a tendência pós-moderna de dissolver os saberes, inviabilizando a construção de identidade profissional para os indivíduos e, portanto, dificultando que se constituam currículos e papéis de cada profissão no cotidiano (CAMPOS, 2000; CAMPOS, 2007).

Tanto o núcleo quanto o campo seriam mutantes e se interinfluenciariam, não sendo possível detectar limites precisos entre um e outro. Contudo, no núcleo, existe uma aglutinação de saberes e práticas, compondo certa identidade profissional e disciplinar. Metaforicamente, os núcleos funcionariam em analogia aos círculos que se formam quando atira-se um objeto em água parada. O campo seria a água e o seu contexto (CAMPOS, 2000).

Pensando na lógica interdisciplinar, na valorização da relação e do trabalho horizontal entre as equipes e na responsabilização compartilhada, o apoio matricial em saúde mental procura não se limitar ao saber especialista psiquiátrico. O

trabalho percorre todos os núcleos e campos de saber, juntando todas as áreas de saber para o cuidado de um indivíduo.

Dimenstein et al. (2009) refere que o processo de saúde-enfermidade-intervenção não é ferramenta exclusiva de uma especialidade, pertence, antes, a todo o campo da saúde. Isso torna o apoio matricial um processo de trabalho interdisciplinar por natureza, com práticas que envolvem trocas e construção do conhecimento:

Eles nos veem ainda como especialistas, talvez em uma hierarquia. A gente não trabalha em uma questão hierárquica, a gente trabalha na horizontalidade. É um desafio para nós, nos desacomodarmos dessa possibilidade de poder, de conhecimento. Isso se desmancha (E6).

Um dos problemas de ordem gerencial do matriciamento é a valorização organizacional que se distingue entre os saberes profissionais. A força simbólica de alguns profissionais das equipes dificulta o reconhecimento da importância da complementaridade do trabalho em equipe com toda a sua pluralidade (OLIVEIRA; CAMPOS, 2014).

Salienta-se, então, a necessidade de construírem-se formas para valorizar os profissionais de saúde, tornando equipe de ESF e apoiadores do NASF parceiros em seu processo de trabalho:

Hoje a gente tem um reconhecimento, isso é uma facilidade. As pessoas reconhecem que estamos ali no nosso território, quem é o NASF, o fato de a gente ir até o serviço. ‘ –Vocês vão até lá, vão lá discutir com a gente, fazer VD? – Sim. –Vocês vão caminhar na comunidade? –Sim, vou contigo. Nós vamos juntos, nós vamos nos envolver, vamos nos corresponsabilizar, o paciente é nosso’ (E6).

O NASF foi criado para estabelecer parceria e auxiliar a saúde da família a trabalhar com as diferentes pessoas e situações que se encontram no território dos serviços de saúde da família.

Assim, a organização dos processos de trabalho dos NASF tem sempre como foco o território sob sua responsabilidade, devendo a organização ser estruturada de forma que priorize o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas (BRASIL, 2009).

A responsabilização pelo usuário é compartilhada entre os profissionais, sendo que a equipe de referência é a principal responsável pelo andamento do cuidado oferecido. Ou seja, a Atenção Primária assumirá responsabilidade global e

intransferível pelo usuário (intransferível, porém compartilhável), reduzindo a fragmentação da atenção (CAMPOS; CUNHA, 2011).

A responsabilidade sobre os usuários é de todos: profissionais de saúde da família, profissionais do NASF, família e o próprio usuário. A relação horizontal que o apoio matricial possibilita estabelece uma parceria mais real entre equipes, o vínculo é mais estreito. Isso resulta na confiança da equipe de saúde da família nos profissionais do NASF, reconhecendo-os como parceiros no trabalho em saúde desenvolvido no território de sua abrangência. Assim, o vínculo, a parceria e a confiança no trabalho compartilhado refletem nas ações e no cuidado em saúde mental oferecidas ao usuário e sua família, ações que estão de acordo com a atenção psicossocial, olhando o sujeito como um todo e na sua singularidade.

5.4 DIFICULDADES NO PROCESSO DE TRABALHO DE APOIO MATRICIAL

Aqui serão abordadas as dificuldades que os profissionais do NASF encontram no cotidiano do seu trabalho para realizar o apoio matricial nas unidades de saúde da família.

Perceberam-se alguns desafios para trabalhar com essa ferramenta e arranjo de saúde mental nos serviços de saúde. O preconceito e o estigma do usuário de saúde mental têm influenciado o acesso dessas pessoas à rede de atenção à saúde.

Ainda se convive com o modelo biomédico de atenção à saúde, centrado nas doenças e na fragmentação do cuidado, em que persiste o estigma da pessoa com transtorno mental; ou seja, é marcado pela ideia de periculosidade e incapacidade, sendo isolado e também infantilizado, na qual o tratamento deve se dar somente através de um saber especialista:

O que a gente acaba vendo é que a grande maioria dos profissionais das unidades desconhecem a saúde mental. Eles têm uma certa...não sei se aversão, mas eles tentam encaminhar para não ficar com os casos de saúde mental. Tentam encaminhar para algum serviço especializado porque eles não conseguem lidar, não conseguem nem acolher esses casos. Então, eles tentam encaminhar de alguma forma (E1).

Por vezes, a gente tem que falar de saúde mental separado do contexto de saúde porque a gente precisa pensar em separado [...] está muito melhor, as equipes têm assumido o seu papel junto ao sujeito com sofrimento psíquico. Mas quando aparece a ideia de que ele está com sofrimento

maior, está em uma crise ou com alguma doença, aí aparece a coisa 'esse não é pra mim'. Mas ele é da tua área, ou deveria (E6).

A loucura na sociedade sempre sofreu segregação e exclusão. De acordo com Amarante (1994), a exclusão inicialmente ocorreu quando os loucos foram enclausurados junto com ladrões, mendigos, leprosos, entre outras pessoas que não eram desejadas no convívio em sociedade. Portanto, o estigma de que o louco é perigoso e danoso foi construído culturalmente e é uma visão distorcida a respeito da realidade de vida dessas pessoas.

Os sujeitos deste estudo pontuam essa questão ao se referirem à dificuldade da ESF em lidar com a saúde mental.

Seja por brechas na formação, o que causa insegurança no profissional em trabalhar com a saúde mental, seja na superação de alguns paradigmas, como o paradigma psiquiátrico que ainda persiste no imaginário social, considerando que a pessoa com transtorno mental seja transgressora da norma social, considerada uma desordem. Sendo assim, não é tolerada e, portanto, segregada. Isso acarreta sentimentos como medo e o estigma em relação à pessoa com transtorno mental (VASCONCELOS et al., 2012; SPADINI; MELO E SOUZA, 2006).

O estigma evidencia algo que extrapola uma atitude de prejulgamento, como sinal infamante, indigno e desonroso, mancha infamante na reputação de alguém que pressupõe a contaminação, o contágio, a transmissão, tornando urgente e necessário o isolamento do agente contaminador (SCHILLING; MIYASHIRO, 2008).

Goffman (1988) afirma que enquanto o estranho está à nossa frente, podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram em uma categoria em que pudesse ser incluído, sendo, até, de uma espécie menos desejável. Assim deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Essa característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande.

O que se percebe é que ainda predomina o olhar centrado e fragmentado para a saúde mental. Ela é separada da saúde como um todo, como se a mente fosse separada do corpo. Ainda há dificuldade em ver conjuntamente corpo e mente. No cotidiano, os profissionais trabalham com a saúde mental sem perceber: ao aferir uma pressão, ao realizar um curativo, ao escutar o usuário no acolhimento, pois possibilitam que também falem e tragam seus sentimentos, vivências que os angustiam e produzem sofrimento, dúvida. Acolher é saúde mental.

A superação dessa visão preconceituosa se dá por meio das práticas cotidianas. O apoiador matricial tem o papel fundamental nesse processo, investindo na educação permanente dos profissionais da SF, dialogando e trocando informações.

É necessário que o NASF realize um trabalho em conjunto com os profissionais da saúde da família para desconstruir essa visão preconceituosa da saúde mental, pois há momentos de crise e intenso sofrimento. É necessário, então, acolher, desmistificar, entender, trabalhar, cuidar, potencializando apoios no território, e os apoiadores colaboram e são fundamentais nesse modo de atenção.

É a partir do movimento de reflexão das práticas, por meio da participação interdisciplinar ou multiprofissional, que o apoio matricial busca corresponder às necessidades de saúde da população e produzir o cuidado integral.

Algumas unidades deixam claro que não querem saber de saúde mental. Não querem aprender. Não querem se envolver muito com isso e acabam demandando bastante até do psiquiatra. Acabam ficando muito vinculados à medicação, ao tratamento com o psiquiatra e as unidades tem um pouco de dificuldade de ver os outros profissionais, aproveitar as potencialidades desses outros profissionais que atendem esses casos também (...) as unidades acabam selecionando para quem eles vão direcionar os casos, mas muitas vezes eles julgam que é só da psiquiatria. Mas os outros profissionais poderiam contribuir no caso (E1).

Essa manutenção dos aspectos biomédicos à saúde por parte de alguns trabalhadores de saúde fragiliza as tecnologias relacionais em saúde e, conseqüentemente, desfavorece o cuidado integral. Consoante, percebe-se, por meio dos discursos que profissionais e usuários/familiares guardam no imaginário, um modelo biomédico e curativista de produção do cuidado (JORGE et al., 2012).

Com isso, o comprometimento de algumas equipes com os usuários de saúde mental do seu território fragiliza as ações em saúde, podendo aumentar o índice de medicalização desse cuidado, uma vez que medicar parece ser mais fácil do que estabelecer um relacionamento.

É do médico a maior responsabilidade terapêutica e de diagnose. O núcleo de competência do médico é mais amplo do que o de outros profissionais de saúde. No entanto, a escuta, a avaliação de risco/vulnerabilidade, a orientação, a resolução de problemas e o cuidado fazem parte do campo de competência de todos os profissionais. Se a atividade profissional se utiliza desses núcleos de competência para justificar a burocratização, se há acordos que alimentam o não cuidado, se não

há espírito de equipe e de trabalho multiprofissional, a medicalização tende a avançar e se difundir (TESSER; NETO; CAMPOS, 2010).

Se não há um entendimento ou há uma falta de vontade de trabalhar com a saúde mental, é difícil trabalhar com uma equipe alguma prática integral para os usuários. Primeiro, é preciso que a equipe de saúde da família reconheça a importância do cuidado em saúde mental no território, perceber que naquele espaço estão todas as potencialidades para o cuidado, valorizar o vínculo e a escuta como dispositivos para agir e valorizar os profissionais matriciadores, aproximando e reconhecendo o saber de cada um para além da clínica psiquiátrica, pois a supervalorização do cuidado médico centrado pode levar a uma desresponsabilização da saúde da família com o usuário e a medicalização do cuidado.

A psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença. Entretanto, a doença é que deveria ser colocada entre parênteses para que pudéssemos nos ocupar do sujeito em sua experiência. Colocar a doença entre parênteses não significa a sua negação; a negação de que exista algo que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar. Significa a recusa à explicação psiquiátrica; à capacidade de a psiquiatria dar conta do fenômeno com a simples nomeação abstrata de doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social e política da exclusão, e a ruptura epistemológica com o saber naturalístico da psiquiatria (AMARANTE, 2009).

Portanto, é urgente que se olhe para a pessoa em sofrimento psíquico que está na frente do profissional, colocando a sua doença entre parênteses. Não é necessário negar que existe uma doença, mas a crise ocorreu por algum fato sofrido pela pessoa. É importante conhecer esse fato e trabalhar com a escuta, valorizando o sujeito, seu sofrimento e sua vida. O usuário tem um conhecimento privilegiado sobre seu sofrimento e sobre sua própria vida e o seu interesse é obter algum tipo de apoio para melhorar seu estado de saúde ou da coletividade.

A realidade do município de Porto Alegre é frágil, pois o número de CAPS na rede de atenção psicossocial é reduzida, hoje no município temos quatro CAPS II, três CAPS ad III, dois CAPS ad II, dois CAPSi, sete equipes de infância e adolescência, quatro equipes de saúde mental, um ambulatório de saúde mental, um plantão de emergência em saúde mental, um serviço residencial terapêutico, uma

geração de renda – oficina de saúde e trabalho, um programa de redução de danos e duas comunidades terapêuticas (PMPOA, 2014).

As Gerências Distritais seguem com dificuldade para a efetivação do trabalho na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) devido à ausência de CAPS II, I e Ad nos territórios. A distância ou a inexistência de cobertura, como no caso das GDs Restinga/Extremo Sul, Partenon/Lomba do Pinheiro, Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas, Centro e Sul/Centro Sul, desafiam as equipes na elaboração de alternativas para a assistência em saúde mental (PMPOA, 2014)

A redução de serviços especializados interfere no cuidado aos usuários, o que acarreta na superlotação desses serviços. Isso leva a pessoa a ser encaminhada para internações psiquiátricas, indo contra os preceitos da Reforma Psiquiátrica:

Também os problemas com a rede. A gente tem alguns serviços de referência em saúde mental, mas eles estão superlotados. Então, a gente tem uma demanda gigante em todas as unidades. Não tem uma unidade que a gente atende, das sete, que não tenha uma demanda grande em saúde mental e muitas vezes não temos para onde encaminhar. Então, os casos às vezes ficam meses esperando para serem resolvidos [...] aí na estratégia, muitas vezes, a gente não consegue ficar manejando até o caso ser encaminhado e muitas vezes é preciso internar para estabilizar porque ficou muito tempo esperando o serviço especializado para fazer acompanhamento (E1).

A demanda é muito grande. A gente realmente precisa pensar em outras soluções junto com a rede. A rede precisa pensar ações coletivas (E3).

Em relação à rede de atenção aos usuários de saúde mental, os profissionais referem que na gerência distrital essa rede está reduzida, apresentando falta de serviços especializados para o cuidado continuado:

Nós não temos um CAPS II aqui, e ele é bem importante para nós. Não temos um CAPSi, nossa referência é o Clínicas. Aí o acesso é muito longe para os usuários (E2).

O usuário não conhece o fluxo de rede do território e, quando é encaminhado para um serviço distante de seu domicílio e espaço em que vive, existe a chance de não continuar o seu acompanhamento no CAPS devido à distância que deve ser percorrida para chegar ao serviço e a dificuldade que alguns possuem para se locomover de um território para outro.

A falta de um CAPS na região prejudica o cuidado em saúde mental no território espaço. É necessária a reorganização da rede do município e é muito

importante a implantação de serviços especializados regionalizados para atender à grande demanda de saúde mental do município. Além disso, a reorganização dessa rede diminuiria o número de encaminhamentos para internações em hospitais psiquiátricos.

De acordo com Teixeira Junior (2010), a estruturação da rede de saúde mental no município de Porto Alegre interfere nos fluxos de acesso evidenciando descaminhos e fragilidades nos dispositivos de articulação. Portanto, uma maior oferta de CAPS no município, respeitando-se as divisões geográficas por meio de uma distribuição territorializada, pode reduzir as barreiras de acesso a esses serviços.

Ainda, os trajetos assistenciais sofrem influência da localização dos serviços do território adstrito. As distâncias percorridas podem ser condicionantes no acesso aos serviços de saúde. A cobertura de CAPS no município de Porto Alegre interfere na atenção em saúde mental, uma vez que esses serviços não estão regionalizados. Ou seja, seria facilitador para os trajetos dos usuários se cada gerência distrital possuísse pelo menos um CAPS de referência (UNGLERT, 1995; TEIXEIRA JUNIOR, 2010).

No processo de trabalho humano sempre se lança mão de instrumentos e formas de trabalho de acordo com o objetivo a ser alcançado. Desse modo, para realizar o seu trabalho, os profissionais do NASF precisam de infraestrutura, materiais e equipamentos para que o seu trabalho seja realizado. Foi mencionada como uma grande dificuldade para o processo de trabalho dos apoiadores nas unidades de saúde da família a falta de estrutura, como, por exemplo, a falta de carro para locomoção:

Dificuldade mesmo é a questão do acesso e da locomoção. A gente não tem carro para o deslocamento (E1).

A falta de transporte. As unidades são longe e não temos carro. Eu vou com meu carro particular [...] então as gurias que vão de carro, às vezes têm que desmarcar o apoio em cima da hora. Tem unidade que eu não consigo ir de carro e eu peguei lotação, podia ter chegado antes [...] aí as unidades começam a ficar chateadas porque não tem dia certo, ou o resto da equipe não ia e não tinha como avisar (E3).

Nós não temos condução para ir, não temos carro próprio. Então temos que nos organizar dentro não da necessidade do território, daquela comunidade, daquela unidade, mas sim dentro da possibilidade de nos cederem [...]. Tem um carro que a gerência distribui para todos os serviços, para fazer visita domiciliar, inclusive o NASF. Isso nos causa grande dificuldade porque não podemos nos locomover todos os turnos, todos os dias como a gente

gostaria, para todas as unidades [...]. Deixa a gente trabalhar, me dê carro para trabalhar (E6).

Cada gerência distrital do município possui apenas um carro para locomoção dos profissionais dos serviços de toda a gerência. O carro é disponibilizado apenas alguns turnos durante a semana. Portanto, para que ocorra apoio matricial nos outros turnos, os profissionais precisam ir com o seu carro próprio, o que dificulta a continuidade do trabalho e fragiliza o vínculo com as unidades de saúde, visto que algumas vezes, por não conseguirem o transporte, os profissionais do NASF precisam desmarcar os compromissos com a equipe.

Bezerra, Tavares e Cavalcante (2009) assinalam que para compreender a falta de recursos materiais e financeiros, além da estrutura física inadequada, devem-se reportar aos reflexos do processo de reforma do estado. Há uma minimização referente aos gastos sociais por parte do Governo do Estado, o que vem interferir no repasse dos recursos necessários para o desempenho das atividades profissionais no setor público.

Entretanto, vale ressaltar que o setor da Saúde não está à margem das transformações do mundo do trabalho e que esse contexto de precarização influencia diretamente os processos de trabalho dos profissionais de Saúde e, por consequência, o produto do seu trabalho (REISA; VIEIRA, 2013).

Os profissionais poderiam realizar mais atendimentos e ações se tivessem um carro para o NASF e que esse estivesse disponível em todos os turnos. A falta de estrutura compromete o trabalho com a saúde da população e compromete o princípio de equidade do SUS em que se atende o usuário de acordo com sua necessidade. O carro é disponível de acordo com a necessidade da gerência e não de acordo com a das equipes e dos usuários.

Os profissionais matriciadores também têm a opção de ir de ônibus ou lotação. No entanto, esses meios de transporte são demorados e exigem uma organização de horários para esse deslocamento. Assim como a paciência da equipe de saúde da família em caso de atraso pois os horários dos ônibus e lotações não são certos. Logo, um trabalho que poderia ter um turno todo para ser realizado tem seu tempo diminuído devido ao deslocamento.

Percebe-se dessa forma que as condições de trabalho limitam as possibilidades de responder de modo qualificado às demandas da população atendida.

Não somente a dificuldade de locomoção é referenciada, visto que os profissionais também citam as dificuldades estruturais e financeiras para realizar o seu trabalho junto às equipes de saúde da família e a comunidade, prejudicando, assim, a continuidade do processo de educação permanente:

Dificuldades que até a própria questão financeira nos impõe. A gente quer fazer algumas atividades e não pode fazer de prevenção, de promoção. Estar lá na comunidade que é grande chão [...]. Às vezes a gente não pode ir em um sábado fazer atividade porque não somos autorizados a fazer hora extra e nem se pagar banco de horas. Isso tem que ser muito bem elaborado. Ultimamente, isso tem acontecido, com todas as restrições financeiras e de gestão [...] até pouco tempo, não tínhamos recebido, porque não estávamos cadastrados, materiais de educação permanente, materiais para conseguirmos trabalhar (E6).

A falta de recursos financeiros é uma realidade em vários locais, não só no NASF, mas a ESF também sofre esse entrave. Weirich e colaboradores (2009) apontam que a deficiência de recursos de materiais é o ponto de estrangulamento mais presente no cotidiano do trabalho gerencial, tornando o atendimento inadequado e gerando insatisfação no usuário do serviço e sobrecarga na equipe de saúde, exigindo ações imediatas na captação desses recursos.

Outra questão é a rotatividade dos profissionais das unidades de saúde da família:

A rotatividade dos nossos colegas da Estratégia impossibilita quando começa um trabalho. Inicia um trabalho e muda o fulano, o cicrano. Isso é um entrave bem importante, essa rotatividade. A questão das diferentes formas de contratação, as coisas todas da gestão, que influenciam no trabalho dos colegas (E6).

Conforme Reisa e Vieira (2013), a forma de contratação fragiliza cada vez mais o trabalho em saúde, principalmente a atuação na saúde da família. O aumento da rotatividade entre os profissionais, por conta da instabilidade, compromete o vínculo entre profissional e usuário e, no caso do NASF, apoiador e apoiado. Além disso, estabelece uma divisão entre os trabalhadores estáveis e os instáveis, o que dificulta o vínculo entre os profissionais.

Há diferentes formas de contratação dos profissionais da saúde da família. Além disso, quando muda o governo, muitas vezes mudam-se os profissionais e essa rotatividade prejudica o vínculo entre as equipes e o vínculo com a comunidade e com os usuários. Pela fala do profissional não é possível ter continuidade no trabalho quando esse vínculo é frágil e é necessário um retrabalho toda vez que

mudam os profissionais das ESF e isso não fortalece mas prejudica o cuidado, uma vez que é necessário vínculo para que ações sejam realizadas de maneira eficaz.

O fato da gestão da ESF ser de responsabilidade municipal faz com que cada gestor decida sobre a forma de implantação, a modalidade de contratação, o salário e outros benefícios. Diante da estratégia adotada, o município poderá, ou não, atrair e fixar os profissionais mais bem preparados e com perfil de formação mais adequado. Por outro lado, uma contratação que configure um vínculo precário, associado à baixa remuneração, pode constituir um motivo de descontentamento dos profissionais, dificultando a fixação e resultando numa alta rotatividade dos mesmos; isto é, optam por outros serviços que oferecem melhores condições de trabalho (LIMA, 2012).

Essa rotatividade interfere no trabalho entre equipe de apoio e equipe de referência, bem como o vínculo com os usuários das ESF. Pois, de acordo com Lima (2012), o trabalho na estratégia exige um maior comprometimento do trabalhador e um acompanhamento contínuo das condições de vida das famílias atendidas. Esse vínculo entre o serviço e a população é realizado por uma relação de confiança entre profissionais e usuários, que é somente alcançada após um tempo de continuidade do trabalho. A constante mudança de profissionais nas equipes de saúde da família causa a interrupção desse processo ou não o sustenta, inviabilizando essa relação e, conseqüentemente, a desejada continuidade e longitudinalidade do cuidado.

Diante desse cenário, os trabalhadores perdem de vista o caráter coletivo do seu papel e passam a realizar negociações e reivindicações de forma localizada e até mesmo individualizada, provocando assim a fragmentação e a desmobilização dos trabalhadores (REISA; VIEIRA, 2013).

A falta de capacitação e formação profissional para o trabalho também foi uma outra dificuldade apontada pelos trabalhadores, configurando-se como um obstáculo no processo de trabalho condizente com a proposta do NASF:

A gente não teve formação, alguns profissionais tiveram. Nós tivemos a oportunidade de participar do curso de formadores de apoiadores quando teve a questão da implantação em Porto Alegre. Muitos profissionais participaram da capacitação, mas muitos dos profissionais que fizeram essa capacitação que compõem o NASF e as estratégias, não estão mais trabalhando (E6).

Quando eu entrei no NASF, eu comecei a estudar porque eu não conhecia o que era e como se fazia. Eu acabei percebendo que muita coisa da teoria a gente acaba adaptando depois na prática (E1).

A gente tem muito que trabalhar, muito que estudar. A gente ouve, estuda. A gente se questiona [...] Então, a gente está estudando enquanto equipe de NASF, como ele se coloca, se cada metodologia de cada profissional cumpre com a equipe, como a gente trabalha, como são as nossas trocas. Nós fizemos assim porque acreditamos dessa forma (E6).

Estamos aprendendo, especialistas aprendendo a trabalhar no território não é qualquer coisa, sair dos muros do seu trabalho, da sua sala. A gente está lá. Como a gente se enxerga enquanto psicólogo, como é ver o paciente nos dando bom dia, boa tarde e depois escutá-lo; enfim, como está a relação dentro da reforma antimanicomial (E6).

Todo investimento em treinamento e qualificação de pessoal, quando bem planejado e desenvolvido, é capaz de produzir mudanças positivas no desempenho das pessoas. Segundo Guanaes e Mattos (2008), reflexões sobre a formação do profissional da saúde enfatizam a necessidade de se adequar o seu perfil com as necessidades dos setores onde irão atuar, sobretudo considerando-se os princípios do SUS. Discute-se principalmente a importância de uma formação generalista, crítica e reflexiva que envolva os conhecimentos teóricos e práticos com o desenvolvimento concomitante de habilidades pessoais e de relacionamento humano, favoráveis às práticas de comunicação, liderança, trabalho em equipe e interação com a comunidade. Essas ações baseiam-se, especialmente, no atual cenário da saúde, onde a atenção básica reorganiza o modelo assistencial vigente.

Campos e Belisário (2001) abordam diferentes problemas desde a época da implantação do Programa de Saúde da Família, sendo considerado por eles como o mais grave a carência de profissionais, quantitativa e qualitativamente, para atender às necessidades desse programa. Contudo, todos esses elementos apenas aprofundaram o desafio de discutir-se o processo de formação e educação continuada desses profissionais organizados em equipe. Batista e Gonçalves (2011) apontam que a educação continuada pode e deve contemplar metodologias de ensino e aprendizagem orientadas para mudanças nas práticas pedagógicas tradicionais, objetivando transformar a prática de saúde nos serviços. Nesse sentido, penso que para se ampliar a implantação de NASF e ESF no município é necessário planejar ações quantitativas e qualitativas, melhorar os processos de trabalho das equipes já existentes, dar condições para essas equipes trabalharem e cuidarem dos usuários de forma integral e em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS. Penso que somente após fortalecer a rede de

atenção ao usuário de saúde mental existente no município é que se pode pensar em ampliar essa rede.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os movimentos da reforma sanitária e psiquiátrica nasceram em um momento de redemocratização do país. Caracterizam-se por lutarem pela cidadania do sujeito, seja como um cidadão que tem o direito à saúde ou como uma pessoa em sofrimento psíquico que necessita de um cuidado em saúde mental em seu espaço social e de vida, fortalecendo os laços com a comunidade para assim, ter saúde.

A reforma psiquiátrica está em constantes avanços e retrocessos e é marcada pela reabilitação psicossocial do sujeito. Ou seja, permite que a pessoa desenvolva as suas capacidades intelectuais, físicas, autônomas e seja cuidada vivendo em seu ambiente e em sua comunidade, sem precisar afastá-la do espaço em que se constroem e se fortalecem a sua rede social e suas relações.

Para isso, o trabalho dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família é estratégico, visto que ele se desenvolve no espaço territorial das pessoas, atendendo-as considerando a sua singularidade e a inserção sociocultural de modo que se trabalhe com o sujeito em sua integralidade.

Os profissionais da saúde da família realizam diariamente intervenções e ações de saúde mental, tais como escuta e acolhimento. Esses encontros e trocas entre os profissionais e usuários possibilitam a formação de um vínculo, através da escuta: o profissional ouve o sofrimento da pessoa, que muitas vezes não se dá conta dos seus conflitos e tem no profissional alguém com quem pode contar, podendo lhe ajudar a lidar com os sofrimentos da vida cotidiana. Essas ferramentas oferecem ao profissional subsídios para trabalhar as necessidades dos usuários e da comunidade.

Devido à proximidade e à responsabilidade junto às comunidades, a saúde da família possui um potencial de mudança nas suas intervenções e o cuidado em saúde mental ocorre de maneira mais natural. Por isso, faz-se necessária a interlocução da saúde mental com a saúde da família e o compartilhamento das responsabilidades desses usuários.

Nesse sentido, o encontro entre a saúde da família e a saúde mental mostra-se como positivo no território, pois fortalece o processo de desinstitucionalização e de reinserção social do sujeito, sendo reconhecido no seu espaço de vida e dentro da sua comunidade como um ser integrante da mesma.

O apoio matricial em saúde mental surge como uma forma de se trabalhar a saúde como modo de reorganizar os processos de trabalho e estimular o compromisso das equipes com a saúde, produzindo novas formas de relação entre equipes e usuários. Esse método trabalha com a lógica de responsabilização compartilhada onde todos são responsáveis pelo cuidado, inclusive o usuário, o familiar e a comunidade. Esse trabalho vai além da referência e contra-referência e além dos encaminhamentos aos serviços, onde ninguém é responsável por ninguém.

Dessa forma, o matriciamento mostra-se positivo como retaguarda especializada e suporte técnico pedagógico as suas equipes de referência. Através dessa relação horizontal constroem-se linhas de transversalidade e práticas baseadas na troca de diálogo, conhecimento e experiências possibilitando que o conhecimento de cada pessoa seja respeitado e valorizado.

Esta pesquisa teve como objetivo conhecer a concepção que os profissionais possuem a respeito do apoio matricial (as ações, as facilidades e as dificuldades desse trabalho) oferecido às equipes de Estratégia da Saúde da Família.

No município de Porto Alegre, o apoio matricial em saúde mental é realizado pelas equipes dos Núcleos de Saúde da Família, que oferecem esse suporte técnico pedagógico às equipes de saúde da família.

A pesquisa evidenciou que o apoio matricial se constitui como um suporte especializado que é oferecido a uma equipe interdisciplinar e que tem como finalidade ampliar o campo de atuação e qualificar as ações de cuidado desses profissionais junto aos seus usuários. Além disso, auxiliam nos processos de trabalho das equipes de saúde da família e no sofrimento cotidiano vivenciado por essas equipes.

Caracterizam-se como ações de apoio matricial a interconsulta, a discussão de casos, a visita domiciliar, alguns grupos terapêuticos e encaminhamentos a serviços especializados.

A interconsulta e a discussão de casos são os principais instrumentos de apoio matricial, sendo práticas interdisciplinares para a construção do modelo integral do cuidado. No momento da consulta, o usuário expõe seus anseios e seus desejos, confiando no cuidado que está recebendo e na certeza de que está sendo ouvido e atendido. Já a discussão de casos permite que a clínica e os problemas trazidos sejam analisados de vários ângulos dentro da perspectiva interdisciplinar.

A partir da visita domiciliar, é possível ver a realidade do indivíduo e de sua família, auxiliando no ambiente familiar e oferecendo cuidado a todos os envolvidos, considerando todo o contexto de vida e os fatores sociais que envolvem os sujeitos.

As tecnologias leves de cuidado devem ser valorizadas no processo de trabalho do NASF e equipes de apoio matricial por caracterizarem-se como ótimas formas de manter o vínculo e de oferecer uma atenção singular e integral ao usuário.

Outra questão trazida pelos profissionais foi a das ações intersetoriais realizadas na comunidade. Vejo essas ações como potentes, visto que são realizadas no espaço territorial onde as pessoas realizam as trocas sociais cotidianas.

Como tecnologia leve-dura, destaca-se o encaminhamento de casos para tratamento nos serviços especializados como CAPS, ambulatórios e equipes de saúde mental.

Como facilitadores do processo de apoio matricial, os entrevistados trouxeram a boa relação com as equipes e o vínculo estabelecido entre os profissionais do NASF e as equipes de saúde da família. A relação horizontal entre esses profissionais possibilita que o trabalho seja realizado de uma forma tranquila e confiável, valorizando o saber de cada um e agregando saberes para um novo conhecimento a ser construído em conjunto, permitindo que cada trabalhador seja enxergado na sua singularidade.

O reconhecimento e a valorização profissional também foram citados como facilitadores do processo de trabalho, assim como a aproximação do NASF com outros NASF das gerências distritais. A valorização profissional é fundamental para que o trabalho seja efetivo. Acredito que trabalhadores cansados e não valorizados diminuem a capacidade de ver um sentido nas suas ações e isso repercute na quebra ou diminuição do vínculo e no trabalho realizado com as equipes de saúde da família, repercutindo, então, no cuidado oferecido aos usuários. Vejo que a aproximação entre os profissionais de diferentes NASF auxilia no processo de construção de um modo de produção e cuidado de acordo com a reforma psiquiátrica e os princípios do Sistema Único de Saúde.

Outro aspecto foi o trabalho com pessoas que já conhecem a rede e os fluxos de atenção em saúde mental. O conhecimento sobre a rede de saúde do município e os fluxos dessa rede auxilia e facilita o processo de aprendizagem da equipe, assim como no seu trabalho.

A interdisciplinaridade do trabalho traz para a equipe diferentes olhares e opiniões, auxiliando e agregando conhecimento para a equipe como um todo. A integração desses diferentes olhares completa-se e forma outro conhecimento. Além disso, trabalhar com o NASF e com o apoio matricial possibilita os profissionais a conhecer o cuidado para além do núcleo de saber.

As dificuldades no processo de trabalho foram o preconceito e o estigma em relação à saúde mental, caracterizando o trabalho em saúde mental como um cuidado especializado e que a atenção primária não pode oferecer.

Trouxeram, ainda, como dificuldades, a redução da rede substitutiva de atenção à saúde mental do município, o que interfere no cuidado aos usuários e que acarreta na superlotação dos serviços especializados para a continuidade do cuidado. Com a sobrecarga de trabalho nesses serviços, os profissionais citam que é necessário optar por internações psiquiátricas, o que vai contra a Reforma Psiquiátrica e a luta antimanicomial.

Também evidenciaram a falta de transporte para a locomoção como uma dificuldade, pois o carro é disponibilizado apenas alguns turnos durante a semana. Para que ocorra apoio matricial nos outros turnos, os profissionais precisam ir com o seu carro próprio e isso dificulta a continuidade do trabalho e fragiliza o vínculo com as unidades, pois muitas vezes eles precisam desmarcar compromissos já estabelecidos.

Do mesmo modo, dificuldades estruturais e financeiras para realizar o trabalho junto às equipes de saúde da família e a comunidade prejudicam a continuidade do processo de educação permanente. Um exemplo é a rotatividade dos profissionais, já que a forma de contratação fragiliza e compromete o vínculo entre profissional e usuário, tanto quanto entre profissional e apoiador. Essa rotatividade compromete o vínculo e a continuidade do trabalho em saúde realizado naquele território. Cada vez que um profissional sai e entra um novo é necessário recomençar o trabalho. A falta de capacitação e formação profissional para o trabalho também foi uma dificuldade apontada pelos trabalhadores, configurando-se como um obstáculo no processo de trabalho condizente com a proposta do NASF.

Os resultados mostraram o apoio matricial realizado por uma equipe do NASF, caracterizando essa atividade, suas facilidades e dificuldades.

Entretanto, a pesquisa apresenta limites por conhecer a realidade de apenas uma equipe de NASF. Portanto, sugiro que mais pesquisas sejam realizadas nesses

serviços de apoio à saúde da família, pois cada gerência distrital de Porto Alegre apresenta uma realidade diferente e é necessário conhecer e divulgar a realidade dos serviços de saúde do município.

Acredito que o NASF é uma importante ferramenta para qualificar o processo de trabalho da atenção básica, refletindo no cuidado e na atenção em saúde mental no território em que está inserido.

Através desta pesquisa, pude perceber o fortalecimento da saúde mental nos níveis de atenção primários e a potência de tecnologias leves de cuidado como o vínculo, o diálogo, o acolhimento, entre outras formas de se trabalhar. Acredito que a articulação da saúde mental com a atenção básica, empregando os recursos próprios da comunidade, acelera o processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

_____. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE/ ENSP, 1995.

_____. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, L. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

_____. Reforma psiquiátrica e epistemologia. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, 0v. 1, n. 1, jan./abr. 2009.

ANTUNES, Beatriz. **Ações de saúde mental na atenção básica**. 2013. 52 p. Monografia (Especialização em Estratégia da Saúde da Família com Ênfase em Políticas Públicas) - Faculdade Dom Bosco, Pelotas, 2013.

ANTUNES, Beatriz et al. The relationship of socialization of the community of Caxias do Sul with residents of the domiciliary therapeutic service. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 3864-3875, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2298>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

_____. Visita domiciliar no cuidado a usuários em um centro de atenção psicossocial: relato de experiência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 600-604, jul./set. 2012,

ARAÚJO, Maria Fátima Maciel; SILVA, Maria Josefina; LEITE Bruna Michelle Belém. Experiência de prática sistematizada em visita domiciliária no contexto da saúde da família. **RENE**, Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 137-145, jan./mar. 2008.

BACHETTI, Livia da Silva. Saúde mental e atenção básica à saúde: criação de uma rede de apoio matricial. **Revista Unopar Científica Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 15, n. 1, p 13-19, 2013.

BATISTA, Karina Barros Calife; GONCALVES, Otília Simões Janeiro. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, dez. 2011.

BARBOSA, Maria Tereza S. BYINGTON; Maria Rita L.; STRUCHINER Cláudio J. Modelos dinâmicos e redes sociais: revisão e reflexões a respeito de sua contribuição para o entendimento da epidemia do HIV. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 37-51, 2000.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 4. ed, Lisboa: Edições 70, 2010.

BEZERRA, Waldez Cavalcante; TAVARES, Maria Margareth Ferreira; CAVALCANTE, Girlene Maria Mátis. O mercado de trabalho da terapia ocupacional em Maceió-AL no contexto contemporâneo de crise do capital. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 75-84, maio/ago. 2009.

BRASIL. Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 20 fev. 1998 Seção 1, p. 3-9.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção: relatório de gestão: 2003-2006**. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, 2009.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59-62.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental**. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Cadastro nacional de estabelecimentos em Saúde**. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 15 mai. 2014.

CAMPOS, Francisco Eduardo de; BELISARIO, Soraya Almeida. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface**, Botucatu, v. 5, n. 9, p. 133-142, ago. 2001.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

_____. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. Campo e núcleo de conhecimentos e de responsabilidade. In: CAMPOS, G. (Org.). **Memórias de um médico sanitário que virou professor enquanto escrevia sobre**. São Paulo: Hucitec, 2007, p. 117-118.

_____; DOMITTI, Ana Carla. 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. fev. 2007.

_____; FIGUEIREDO, M.D.; PEREIRA JÚNIOR, N; CASTRO, C.P. Application of Paideia methodology to institutional support, matrix support and expanded clinical practice. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 1, p. 983-995, 2014.

CARVALHO, B.G.; MARTIN G.B.; CORDONI Jr, Luiz. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, Selma Maffei; SOARES, Darli Antonio; CORDONI Jr. Luiz (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Editora da Universidade Estadual de Londrina; 2001. p. 27-53.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede: a era da informação**. 11. ed. São Paulo: Paz e Terra; 1999.

CASTRO, Thiele da Costa Muller; MERLO, Álvaro Roberto Crespo. Reconhecimento e saúde mental na atividade de segurança pública. **Psico**, Porto Alegre, v. 42, n. 4, p. 474-480, out./dez. 2011.

CERVO, Amado; BERVIAN, Pedro A. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

COHN, Amélia. A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo (Org.). **Saúde no Brasil: políticas e organizações de serviços**. 3. ed. São Paulo: Cortez – CEDEC, 1999, p. 13-57.

CORREIA, Valmir Rycheta; BARROS, Sônia; COLVERO, Luciana de Almeida. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, dez. 2011.

COSSETIN, Andiara; OLSCHOWSKY, Agnes. Avaliação das ações em saúde mental na estratégia de saúde da família: necessidades e potencialidades. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 495-501, set. 2011.

COSSETIN, Andiara. **Controle social na Estratégia Saúde da Família: avaliação participativa das ações em saúde mental**. 2010. 155 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

COUTO ROSA, Maria Virgília Figueiredo Pereira; ARNOLDI, Maria Aparecida Golçalves. **A entrevista na pesquisa qualitativa: mecanismos para validação dos resultados**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

DIMENSTEIN, Magda et al. O Apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 18, n.1, p. 63-74, 2009.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa; CAMPOS, Rosana Onocko. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 129-138, fev. 2009.

FIGUEIREDO, Maria Dorsa. Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas (SP). 2006. 147 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2006.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1988.

GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Huctec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

GONÇALVEZ, Daniel Almeida. Saúde mental na atenção básica: o matriciamento. In: MATEUS, M.D (Org.). **Políticas de Saúde Mental: baseado no curso Políticas Públicas de Saúde Mental**, do CAPS Luiz R. Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.

GUANAES, Carla; MATTOS, Augustus Tadeu Relo. O Grupo de reflexão na formação do profissional de saúde: um enfoque construcionista social. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 79-85, 2008.

HIRDES, Alice. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 371-382, fev. 2015.

JORGE, Maria Salete Bessa; SOUSA, Fernando Sérgio Pereira; FRANCO, Túlio Batista. Apoio matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 5, p. 738-744, out. 2013.

JAPIASSU, Hilton. **Ciências: questões impertinentes**. São Paulo: Ideias & Letras, 2011.

JORGE, Maria Salete Bessa et al. Ferramenta matricial na produção do cuidado integral na estratégia saúde da família. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. esp 2, p. 26-32, 2012.

KANTORSKI, Luciane Prado (coord.). **Redes que reabilitam: avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial (REDESUL): relatório**. Pelotas: UFPel, 2011.

LANCETTI, Antonio; AMARANTE, Paulo. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 615-635.

LIMA, Fernando Lopes Tavares de. **A Rotatividade dos profissionais na estratégia de saúde família: um estudo sobre a microregião de Itabira – MG**. 2012. 84 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2012.

LOPES, Wanda de Oliveira; SAUPE, Rosita; MASSAROLI, Aline. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 241-247, abr./jun. 2008.

LUSSI, Isabela Aparecida de Oliveira; PEREIRA, Maria Alice Ornellas; PEREIRA JUNIOR, Alfredo. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 448-456, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2317/2457>>. Acesso em: 22 mar. 2014.

MEIRELES Betina Horner Schindwein; ERDMANN Alacoque Lorenzini. A questão das disciplinas e da interdisciplinaridade como processo educativo na área da saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. 1, p. 149-165, jan./abr. 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2012.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MERCADANTE, Otávio Azevedo (Coord.). Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 235-313.

MELLO FILHO, Júlio de; SILVEIRA, Lia Márcia Cruz da. Consulta conjunta: uma estratégia de capacitação para a atenção integral à saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 147-151, maio/ago. 2005.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MIELKE, Fernanda Barreto. **Ações de saúde mental na estratégia da saúde da família: um estudo avaliativo**. 2009. 141f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/15603>>. Acesso em: 02 dez. 2015.

MIELKE, Fernanda Barreto; OLSCHOWSKY, Agnes. Saúde mental na estratégia saúde da família: a avaliação de apoio matricial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 900-907, nov./dez. 2010.

MORAIS, Ana Patrícia Pereira; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Apoio matricial em saúde mental: alcances e limites na atenção básica. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 1, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jan. 2014.

NEVES, Marília Nogueira. Rede de atendimento social: uma ação possível? **Revista da Católica**, Uberlândia, v. 1, n. 1, p. 147-165, 2009.

OLSHOWSKY, Agnes et al. **Mental ESF: avaliação de saúde mental na estratégia da saúde da família: relatório**. Porto Alegre, 2011.

OLIVEIRA, Mônica Martins de; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 229-238, jan. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília, 2003. 105 p. Disponível em: <www.opas.org.br/sistema/arquivos/Manual_final.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2013.

PAIM, Jairnilson. O maior desafio do Sistema Único de Saúde hoje, no Brasil, é político. **Revista do Instituto Humanitas Unisinos**, São Leopoldo, Ano XI, n. 376, 2011. Entrevista. Disponível em: <http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4120&secao=376>. Acesso em: 25 jan. 2014.

_____. **Reforma Sanitária Brasileira:** contribuição para a compreensão e crítica. Salvador. 2007. 300 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)- Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007. Disponível em: <<http://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10376/1/55555555555.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2015.

PAIM, Jairnilson et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, London, p.11-31, maio 2011. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf >. Acesso em: 15 fev. 2014.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciência e Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-36, mar. 2014 .

PEREIRA JUNIOR, Nilton; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. **Interface**, Botucatu, v.18, supl.1, p. 895-908, dez. 2014.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil:** uma pequena revisão. [S.l.: s.n.] Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-%5B16-030112-SES-MT%5D.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2015

PORTUGAL, Sílvia. Quem tem amigos tem saúde: o papel das redes sociais no acesso aos cuidados de saúde. In: SIMPÓSIO FAMÍLIA, REDES SOCIAIS E SAÚDE, 2005, Hamburgo. **Comunicação...** Hamburgo: Instituto de Sociologia da Universidade de Hamburgo. Disponível em: <<http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/ficheiros/235.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

PORTO, Dora; GARRAFA, Volnei. A influência da reforma sanitária na construção das bioéticas brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, supl. 1, p. 719-729, 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde 2014-2017.** Porto Alegre, 2013. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms_2014-2017.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2014.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde 2010-2013.** Porto Alegre, 2010. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms.pdf>. Acesso em: 15 fev.2014.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão 3º quadrimestre 2013.** Porto Alegre, 2013. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/relatorio_3_quadri.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2014.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório anual de gestão 2014**. Porto Alegre, [2015]. Disponível em:
<http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/rag_2014.pdf>.
Acesso em: 15 set. 2015.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Saúde mental**. Disponível em:
<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?reg=1&p_secao=686>. Acesso em: 15 set. 2015.

QUINDERE, Paulo Henrique Dias; JORGE, Maria Salete Bessa; FRANCO, Túlio Batista. Rede de atenção psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 253-271, mar. 2014.

QUINDERE, Paulo Henrique Dias et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2157-2166, jul. 2013. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 fev. 2014.

REISA, Fernanda; VIEIRA, Ana Cléa Veras Camurça. Perspectivas dos terapeutas ocupacionais sobre sua inserção nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Fortaleza, CE. **Cadernos de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 351-360, 2013.

RIBEIRO, Wagner S. et al. Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 31, supl. 2, p. S49-S57, out. 2009.

RIGHI, Liane Beatriz. Apoio matricial e institucional em saúde: entrevista com Gastão Wagner de Sousa Campos. **Interface**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 1145-1150, dez. 2014.

SANTOS, Nelson Rodrigues. SUS, política pública de estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 273-280, jan. 2013.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro. Vinte anos de SUS: o sistema de saúde no Brasil no século 21. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.33, n. 82, p. 201-213, maio/ago. 2009.

SANTOS, Edirlei Machado; KIRSCHBAUM, Débora Isane Ratner. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 1, p. 220-227, 2008.

SCHILLING, Flávia; MIYASHIRO, Sandra Galdino. Como incluir? o debate sobre o preconceito e o estigma na atualidade. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.34, n. 2, p. 243-254, maio/ago. 2008

SLUZKI, Carlos E. **A rede social na prática sistêmica**: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SPADINI, Luciene Simões; SOUZA, Maria Conceição Bernardo de Mello. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 123-127, 2006. Disponível em: <<http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/1643/1567>>. Acesso em: 18 nov. 2011.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; RIBEIRO, Edith Lauridsen. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 477-486, abr. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a16v14n2>>. Acesso em: 02 dez. 2015.

TEIXEIRA JUNIOR, Sidnei. **Trajetórias assistenciais de usuários com transtornos psíquicos na rede de saúde do município de Porto Alegre**. 2010. 138 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

TESSER, Charles Dalcanale; POLI NETO, Paulo; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl. 3, p. 3615-3624, nov. 2010.

TINTORI, Janaina Aparecida et al. O significado e a prática do acolhimento para os trabalhadores da estratégia saúde da família. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v. 8, n. 5, p. 1101-1109, maio 2014.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas. 1995.

TURRINI, Ruth Natalia Teresa; LEBRAO, Maria Lúcia; CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 663-674, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 mar. 2014.

UNGLERT, Carmen Vieira de Souza. O processo de territorialização em saúde no município de São Paulo. In: TEIXEIRA, CF, MELO, C. (Org.). **Construindo distritos sanitários: a experiência da cooperação italiana no município de São Paulo**. São Paulo: Hucitec; 1995, p. 35-43.

VASCONCELOS, Mardênia Gomes Ferreira. et al. Práticas inovadoras de saúde mental na atenção básica: apoio matricial na redefinição do processo de trabalho em saúde. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 166-175, jan./jun. 2012.

VILELA, Elaine Morelato; MENDES, Iranilde José Messias. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 525-531, ago. 2003.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2010.

WEIRICH, Claci Fátima et al. O trabalho gerencial do enfermeiro na rede básica de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.18, n. 2, p. 249-57, abr./jun. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integrating mental health into primary care**: a global perspective. Geneva, 2008. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43935/1/9789241563680_eng.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2015.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos convidando você a participar dessa pesquisa, intitulada “**Ações do Apoio Matricial em Saúde Mental na Estratégia da Saúde da Família**”, autorizando a entrevista referente a coleta de dados do estudo. Esclarecemos que o referido estudo tem como objetivos: Conhecer as ações do apoio matricial em saúde mental oferecido às equipes da Estratégia da Saúde da Família. Identificar as potencialidades do apoio matricial em saúde mental junto às equipes de Estratégia da Saúde da Família. Identificar os desafios do apoio matricial em saúde mental junto às equipes de Estratégia da Saúde da Família. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva exploratória, com método de estudo de caso.

É assegurado ao participante o anonimato, o sigilo das informações, o livre acesso aos dados, recebimento de esclarecimentos referentes ao estudo, bem como, a liberdade de não participação em conformidade com a resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, Conselho Nacional de Saúde.

Esta pesquisa não oferece riscos físicos aos participantes, riscos psicológicos podem ocorrer caso o participante se sinta constrangido no momento da entrevista, visto que é estimulado a refletir sobre suas práticas cotidianas. Desta forma, o participante poderá conversar com o pesquisador a respeito do fato e se desejar, será permitido ao participante interromper a entrevista a qualquer momento. Acredita-se que esta pesquisa beneficiará o pesquisador, proporcionando ao mesmo um crescimento pessoal e profissional durante a realização da mesma; os participantes que serão estimulados a refletir a respeito de sua prática no serviço a partir dessa reflexão; a sociedade e os serviços de saúde, auxiliando na construção de novos olhares e perspectivas dos profissionais, possibilitando que se modifique ou acrescente novos saberes no modo como se organiza e trabalhe com a saúde mental.

Os participantes não receberão nenhum benefício de valor, bem como não terão nenhum custo por sua participação.

Porto Alegre, _____

Sujeito da pesquisa: _____

Pesquisador: _____

OBS: Qualquer dúvida em relação à pesquisa, entre em contato com Profª Agnes Olschowsky (pesquisadora responsável): (51) 9653-8685..Comitê de Ética em Pesquisa- Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Av Paulo Gama, 110-Prédio Anexo 1 da Reitoria-Campus Centro: (51) 3308-3738. Comitê de Ética em Pesquisa Secretaria Municipal de Saúde Porto Alegre: (51) 3289-5517. Beatriz Antunes (pesquisadora): (51) 9449-1179.

APÊNDICE B – Instrumento de pesquisa

Roteiro da entrevista

A. Dados de identificação:

Formação: _____

Sexo: F () M ()

Tempo de serviço na equipe de apoio matricial: _____

B. Questões norteadoras

1. Fale sobre o seu trabalho como apoiador matricial em saúde mental nas unidades de Estratégia da Saúde da Família.
2. Fale sobre a sua compreensão de apoio matricial.
3. Fale sobre as facilidades e dificuldade vivenciadas para desenvolver o seu trabalho de apoiador matricial em saúde mental.

ANEXO A – Parecer consubstanciado de aprovação do comitê de ética em pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/
SMSPA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AÇÕES DO APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: AGNES OLSCHOWSKY

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 36476514.6.3001.5338

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 901.476

Data da Relatoria: 24/11/2014

Apresentação do Projeto:

A presente pesquisa consiste em um estudo do tipo qualitativo descritivo, exploratório, com método de estudo de caso e busca conhecer quais ações que os apoiadores matriciais realizam junto às equipes de Estratégia da Saúde da Família. O estudo será desenvolvido com os profissionais da equipe de apoio matricial da gerência distrital (GD) Partenon e Lomba do Pinheiro, localizada no município de Porto Alegre/RS. Essa gerência distrital foi selecionada por possuir a equipe de apoio matricial mais antiga do município. Os sujeitos para compor esse estudo foram os profissionais que compõem as equipes de apoio matricial das unidades de saúde da gerência distrital Partenon e Lomba do Pinheiro. São eles: um terapeuta ocupacional, um assistente social, um fisioterapeuta geral, um médico psiquiatra e um psicólogo clínico. Os sujeitos deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando a coleta de dados, que será utilizado em duas vias, uma para o entrevistado e outra para o pesquisador. O termo garante o anonimato do sujeito, bem como o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento e acesso as informações coletadas. Os princípios éticos para a construção desta pesquisa serão assegurados conforme a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde (MS), regulamentando a pesquisa envolvendo seres humanos. A coleta de dados será realizada a partir de entrevista semi estruturada. Todas as entrevistas são individuais e

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/
SMSPA



Continuação do Parecer: 901.476

serão agendadas previamente com o profissional, sendo o local, a data e o horário pré-estabelecidos pelos entrevistados. As falas serão gravadas com o auxílio de instrumento eletrônico, que objetiva adquirir o maior número de informações possíveis, e garantir a fidedignidade dos dados obtidos, a partir disto, as entrevistas serão transcritas na íntegra. As gravações serão guardadas por um período de 5 anos, conforme a Lei dos Direitos Autorais 9610/98, passado este período as mesmas serão destruídas.

Será considerado critério de inclusão trabalhar no apoio matricial há pelo menos 6 meses. Critério de Exclusão: Serão excluídos os profissionais que trabalham há menos de 6 meses, pois se entende que o profissionais não possui vínculo suficiente e ainda não está inserido no contexto do serviço e os profissionais que estão no período de férias, com atestado médico ou afastado do serviço.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer as ações de apoio matricial oferecido às equipes de Estratégia da Saúde da Família

Objetivo Secundário:

- Identificar as potencialidades do apoio matricial em saúde mental junto às equipes de Estratégia da Saúde da Família.

- Identificar os desafios do apoio matricial em saúde mental junto às equipes de Estratégia da Saúde da Família.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o autor, esta pesquisa não oferece riscos físicos aos participantes, riscos psicológicos podem ocorrer caso o participante se sinta constrangido no momento da entrevista, visto que é estimulado a refletir sobre suas práticas cotidianas. Desta forma, o participante poderá conversar com o pesquisador a respeito do fato e se desejar, será permitido ao participante interromper a entrevista a qualquer momento.

Benefícios: Os benefícios da pesquisa serão o conhecimento ao pesquisador, proporcionando ao mesmo um crescimento pessoal e profissional durante a realização da pesquisa. Aos participantes que serão estimulados a refletir a respeito de sua prática no serviço a partir dessa reflexão. À sociedade e os serviços de saúde, auxiliando na construção de novos olhares e perspectivas dos profissionais, possibilitando que se modifique ou acrescente novos saberes no modo como se organiza e trabalha com a saúde mental.

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/
SMSPA



Continuação do Parecer: 901.476

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Instituição: UFRGS

Área: Enfermagem

Nível: mestrado

Aluno: Beatriz Antunes

Local de realização: Gerência Partenon/Lomba do Pinheiro

Participantes da pesquisa: profissionais da equipe de matriciamento de saúde mental (5 pessoas)

Duração: conclusão prevista para maio de 2015.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados.

Recomendações:

Inserir no TCLE que a entrevista será gravada e informar tempo previsto de realização da mesma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Apresentar o parecer de aprovação do CEP SMSPA no local de realização do estudo.

Enviar o relatório ou trabalho final para o CEP SMSPA ao término do estudo.

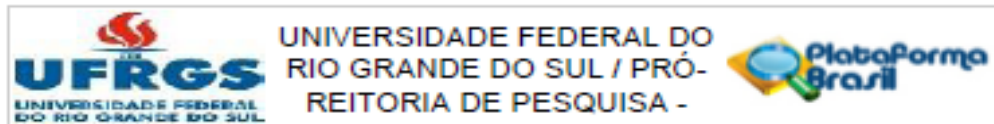
PORTO ALEGRE, 07 de Dezembro de 2014

Maria Mercedes de Almeida Benda
Assinado por:
MARIA MERCEDES DE ALMEIDA BENDA
(Coordenador)

Maria Mercedes Benda
Coordenadora do CEP/SMS
Matr: 795735

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com

ANEXO B – Parecer consubstanciado de aprovação do comitê de ética em pesquisa da Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de Porto Alegre



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AÇÕES DO APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: AGNES OLSCHOWSKY

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 36476514.6.0000.5347

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 870.113

Data da Relatoria: 12/11/2014

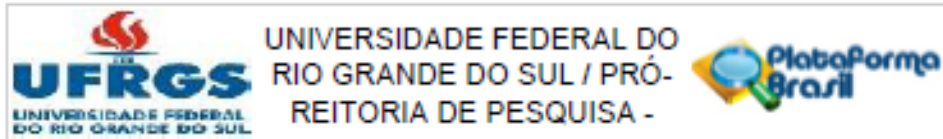
Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto de dissertação de mestrado de Beatriz Antunes, orientado pela Dra. Agnes Olschowsky, da Escola de Enfermagem – UFRGS, intitulada Ações do apoio matricial em saúde mental na Estratégia da Saúde da Família. A presente pesquisa consiste em um estudo do tipo qualitativo descritivo, exploratório, com método de estudo de caso, objetivando compreender as referências e a importância de um evento vivenciado por um grupo, permitindo uma anamnese detalhada dos processos organizacionais. O estudo será desenvolvido com os profissionais da equipe de apoio matricial da gerência distrital (GD) Partenon e Lomba do Pinheiro, localizada no município de Porto Alegre/RS.

Essa gerência distrital foi selecionada por possuir a equipe de apoio matricial mais antiga do município.

A proposta do apoio matricial ou matricleamento e equipe de referência surgiu com Gastão Campos (1999), como nova maneira de trabalhar a saúde. Trata-se de um dispositivo que busca reorganizar o processo de trabalho, uma nova ordem organizacional que estimula o compromisso das equipes com a produção de

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 070.113

saúde. Um arranjo que estimula, cotidianamente, a produção de novos padrões de relação entre equipe e usuários, amplia o compromisso dos profissionais com a saúde e quebra os obstáculos organizacionais à comunicação. Dessa forma, o apoio matricial tem o objetivo de oferecer retaguarda especializada e suporte técnico pedagógico às equipes responsáveis pela atenção em saúde. Esse sistema pretende qualificar a forma de

trabalhar, propondo uma maneira horizontal de relação entre os diferentes profissionais.

Os sujeitos que compõem esse estudo serão os profissionais da equipe de apoio matricial das unidades de saúde dessa gerência distrital, tendo sido escolhidos intencionalmente por ser a primeira equipe de apoio matricial a ser constituída pela Prefeitura de Porto Alegre. Será considerado critério de inclusão trabalhar no apoio matricial há pelo menos 6 meses. Serão excluídos os profissionais que trabalham há menos de 6 meses, pois se entende que o profissional não possui vínculo suficiente e ainda não está inserido no contexto do serviço e os profissionais que estão no período de férias, com atestado médico ou afastado do serviço.

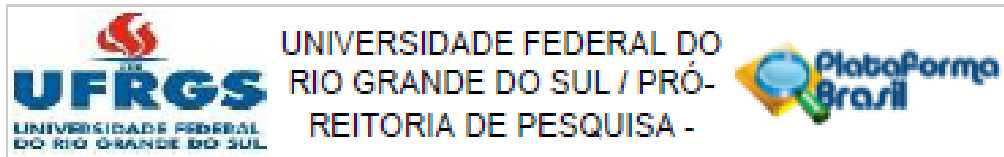
Objetivo da Pesquisa:

a) conhecer as ações do apoio matricial em saúde mental oferecido às equipes de Estratégia da Saúde da Família; b) identificar as potencialidades do apoio matricial em saúde mental junto às equipes de Estratégia da Saúde da Família; c) e identificar os desafios do apoio matricial em saúde mental junto às equipes de Estratégia da Saúde da Família.

avaliação dos Riscos e Benefícios:

São apresentados adequadamente em todas as instâncias.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Fariópolis CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propeq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 870.113

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto muito bem fundamentado, apresentando na parte relativa aos sujeitos da pesquisa as justificativas de escolha, Inclusão e exclusão dos participantes; também refere que as entrevistas serão realizadas em local, data e horário estabelecidos pelo entrevistado, sendo gravadas em áudio e armazenadas por 5 anos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- folha de rosto inscreve o projeto na área das ciências humanas e refere o número de participantes como 5;
- informações básicas do projeto na Plataforma Brasil estão de acordo, apresentando o nome da coordenadora da pesquisa e da pesquisadora;
- aprovação da COMPEQ/ENF em 19/09/2014, Informando que o projeto teve início em 02/09/2014;
- Termo de Ciência e de Autorização da Coordenação onde será realizada a pesquisa, assinado e carimbado pela Coordenadora da Rede de Atenção Primária e Serviços ambulatoriais e Substitutivos da PMPA/SMSPA/CEP, no qual há uma observação de que tal termo não significa autorização para o início da pesquisa, mas um requisito para poder tramitar no CEP/SMSPA;
- TCUDD (modelo PMPA/SMSPA/CEP) devidamente preenchido e assinado pela pesquisadora responsável;
- TCLE adequado e apresentado conforme as solicitações apresentadas em parecer anterior (portanto, esta versão excluiu do TCLE a solicitação de RG, bem como o modelo de contrato; incorporou riscos e benefícios advindos da pesquisa, bem como incluiu os contatos com o CEP;
- apresenta orçamento e apêndices (TCLE e roteiro de entrevista semiestruturada).

Recomendações:

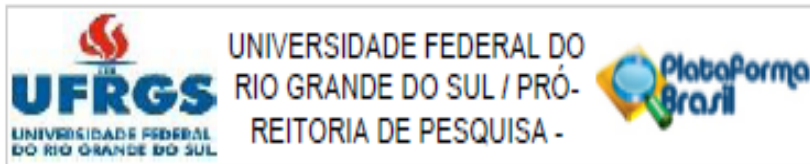
Não há recomendações nesta última versão do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em relação às versões anteriores, esta última versão:

- reviu o cronograma, agora apresentado no formato de mês/atividade, informando também que

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Ferrouilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3758 Fax: (51)3308-4085 E-mail: eticoa@propeq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 070.113

- tais atividades terão início apenas a partir do momento em que forem aprovadas pelo CEPI/UFGRS;
- o TCLE foi adequado no projeto e no apêndice apresentado na Plataforma Brasil (esta era a única pendência em relação à versão anterior);
 - as pesquisadoras informaram que as considerações bioéticas seguirão as especificações da resolução 466/12, mas não justificaram detalhadamente a possível identificação dos participantes em razão de eles comporem a primeira equipe de Estratégia da Saúde da Família em Porto Alegre. Assim, o CEP presume que a equipe de pesquisa tomará tal característica como uma dimensão que deverá ser discutida com os participantes;
 - revista e padronizou a Lei de Direitos Autorais será seguida no desenvolvimento do projeto;
 - incluiu o contato do CEP/SMS-POA.

O projeto está apto para aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

PORTO ALEGRE, 13 de Novembro de 2014

Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
 (Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br