



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

EVELISE MOTTA DOS SANTOS

**ANÁLISE DO APOIO MATRICIAL COMO DISPOSITIVO DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL PARA OS TRABALHADORES DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE GUAÍBA / RS**

Porto Alegre
2019

EVELISE MOTTA DOS SANTOS

**ANÁLISE DO APOIO MATRICIAL COMO DISPOSITIVO DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL PARA OS TRABALHADORES DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE GUAÍBA / RS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial para a
obtenção do título de Mestre no Programa
de Pós-Graduação em Ensino na Saúde –
Mestrado Profissional da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Camila Giugliani

Porto Alegre

2019

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a Deus, pela oportunidade da vida como forma de aprendizado e evolução.

À minha mãe, Clodi, por ter-me recebido em seu ventre como filha para compartilhar essa jornada, minha incentivadora constante e com quem tenho aprendido desde sempre a olhar com humor, coragem e perseverança para os desafios.

À Doutrina Espírita, que me possibilitou ressignificar o ser humano e seus diferentes estágios de vida.

Aos colegas da terceira turma do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da UFRGS, pelas belas reflexões e, principalmente, pelo exemplo diário de luta por um sistema público gratuito de saúde para a população brasileira. O SUS É POSSÍVEL.

Aos participantes da pesquisa que gentilmente aceitaram e tanto contribuíram com suas percepções e sugestões.

Aos usuários e colegas do CAPS VIVER, aos mentaleiros (trabalhadores da Saúde Mental), que diariamente me ajudam numa melhor compreensão sobre o papel do trabalhador de saúde mental frente ao sofrimento psíquico.

Aos professores do PPGENSAU e à minha orientadora, Prof^a Dr^a Camila Giugliani, por terem acolhido minhas ideias, por compartilharem práticas e saberes. Enfim, pela dedicação carinhosa que me dispensaram para que esta produção se tornasse possível.

RESUMO

O matriciamento do serviço especializado em saúde mental no cenário da atenção primária à saúde tem sido utilizado como ferramenta de educação e apoio aos trabalhadores da atenção primária, a fim de garantir um cuidado ampliado no território, aos usuários com sofrimento mental. O presente estudo teve como objetivo analisar a percepção dos trabalhadores da atenção primária em saúde sobre o apoio matricial em saúde mental no município de Guaíba, RS, à luz do referencial da Educação Permanente em Saúde. Participaram da pesquisa, respondendo a uma entrevista semiestruturada, oito trabalhadores da atenção primária que participavam da atividade de matriciamento. As entrevistas foram analisadas conforme a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin, resultando em cinco categorias: o entendimento dos trabalhadores da atenção primária sobre o apoio matricial; contribuição dessa ferramenta para a prática da atenção primária, potencialidades e fragilidades do apoio matricial e sugestões para melhoria desse dispositivo. Entre as mensagens-chave que emergiram do conteúdo, destacamos: apoio matricial como forma de aproximação entre serviços, fortalecimento do trabalho em equipe e do vínculo do usuário na APS como resultados positivos, preconceito dos profissionais da APS sobre o cuidado em saúde mental como desafio e necessidade de educação permanente em saúde mental na APS. Com base nos resultados, encerrando o presente estudo, apresenta-se um projeto de educação permanente em saúde mental para os trabalhadores da atenção primária em saúde do município de Guaíba-RS, como produto do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde.

Palavras-chave: Saúde Mental. Atenção Primária em Saúde. Educação Permanente em Saúde.

ABSTRACT

The aid provided by focal specialists in mental health in the context of primary health care is being used as a tool for education and support for primary care workers, in order to guarantee a comprehensive care for users suffering with mental health problems in their communities. The objective of this study was to analyze the perception of primary health care workers about the mental health support in the city of Guaíba, Rio Grande do Sul, in the light of the Permanent Education in Health framework. Eight primary care workers attending the mental health care support activity participated in this research and answered a semi-structured interview. The interviews were analyzed according to the content analysis technique proposed by Bardin, resulting in five categories: the understanding of primary care workers about the support provided in mental health care; contribution of this tool to primary health care practice; potentialities and fragilities of the support activity and suggestions for improvement of this device. We also present the key messages of each category, among which we highlight: the mental health support as a way of approaching services, strengthening teamwork and the user's bond in primary health care as a positive result, prejudice of primary care workers about mental health care as a challenge, and the need for permanent mental health education for primary care workers. Based on the results, we present a project for permanent education in mental health for primary health care workers in the city of Guaíba, as a product of the Professional Master's Degree in Health Teaching.

Keywords: Mental Health. Primary Health Care. Professional Education.

Lista de quadros

Quadro 1: Dimensões do Processo de Reforma Psiquiátrica	14
Quadro 2: Categoria 1: Entendimento sobre apoio matricial.....	35
Quadro 3: Categoria 2: Contribuição do apoio matricial para a prática na Atenção Primária em Saúde.....	40
Quadro 4: Categoria 3: Potencialidades do apoio matricial.....	44
Quadro 5: Categoria 4: Fragilidades do apoio matricial	50
Quadro 6: Categoria 5: Sugestões para melhoria do apoio matricial	56
Quadro 7: Encaminhamentos de acolhimentos da APS para serviços especializados em saúde mental.....	61
Quadro 8: Quadro-resumo com as mensagens-chave construídas a partir da análise de cada categoria.....	63

Lista de siglas e abreviaturas

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AM	Apoio Matricial
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial II
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPS IJ	Centro de Atenção Psicossocial Infância e Juventude
DALY	Disability Adjusted Life Years (anos de vida perdidos ajustados por incapacidade)
DCN	Diretriz Curricular Nacional
EAPS	Estratégia de Atenção Psicossocial
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
PNEP	Política Nacional de Educação Permanente
PNEPS	Política Nacional de educação Permanente em Saúde
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PPGENSAU	Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde
PTS	Plano Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Apoio Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
YLD	Years Lived with Disability (anos vividos com incapacidade)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	REVISÃO DE LITERATURA	12
1.1.1	Reforma Psiquiátrica no Brasil	12
1.1.2	Atenção Primária em Saúde	15
1.1.3	Apoio Matricial na Atenção Primária	20
1.1.4	Educação Permanente em Saúde	22
1.2	JUSTIFICATIVA	25
2	OBJETIVOS.....	26
2.1	OBJETIVO GERAL	26
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
3	METODOLOGIA	27
3.1	LOCAL DO ESTUDO E SUJEITOS PARTICIPANTES.....	27
3.2	NATUREZA DA PESQUISA E COLETA DE DADOS	28
3.2.1	Revisão Bibliográfica	29
3.2.2	Pesquisa Documental	30
3.2.3	Entrevistas	30
3.3	ANÁLISE DOS DADOS.....	30
3.4	ASPECTOS ÉTICOS	32
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
4.1	CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS PARTICIPANTES	34
4.2	ANÁLISE DO CONTEÚDO	34
4.2.1	Categoria 1: Entendimento sobre apoio matricial	35
4.2.2	Categoria 2: Contribuição do apoio matricial para a prática na atenção primária em saúde	40
4.2.3	Categoria 3: Potencialidades do apoio matricial	44
4.2.4	Categoria 4: Fragilidades do apoio matricial	50
4.2.5	Categoria 5: Sugestões para melhoria do apoio matricial	56
4.3	ANÁLISE DOS DADOS DOCUMENTAIS.....	60
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
6	PRODUTO	66
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68

APÊNDICE A - Convite para participação em Pesquisa	73
APÊNDICE B - Roteiro para entrevista semiestruturada.....	74
APÊNDICE B1 - Transcrição da entrevista com Entrevistado 1.....	75
APÊNDICE B2 - Transcrição da entrevista com Entrevistado 2.....	78
APÊNDICE B3 – Transcrição da entrevista com Entrevistado 3.....	88
APÊNDICE B4 - Transcrição da entrevista com Entrevistado 4.....	93
APÊNDICE B5 - Transcrição da entrevista com Entrevistado 5.....	98
APÊNDICE B6 - Transcrição da entrevista com Entrevistado 6.....	100
APÊNDICE B7 - Transcrição da entrevista com Entrevistado 7.....	103
APÊNDICE B8 - Transcrição da entrevista com Entrevistado 8.....	106
ANEXO A – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS – Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul	109
ANEXO B – Carta de Anuência Institucional – Secretaria Municipal de Saúde de Guaíba	113
ANEXO C – Carta de Anuência Institucional – Coordenação da Atenção Básica do município de Guaíba	114
ANEXO D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	115
ANEXO E – Termo de responsabilidade e compromisso para uso, guarda e divulgação de dados e arquivo de pesquisa	118

1 INTRODUÇÃO

Desde 1990, com a regulamentação do SUS enquanto política de saúde pública no Brasil, o Ministério da Saúde tem publicado várias diretrizes dispendo sobre a necessidade de ampliar e fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS), como forma de garantir que uma parcela maior da população tenha acesso à saúde. Mas, se de um lado tem-se as publicações norteadoras do Ministério da Saúde, por outro percebe-se, na prática, um grande nó crítico, pois a formação técnica dos trabalhadores da APS ainda apresenta lacunas no que diz respeito ao cuidado integral. Em decorrência disso, esses trabalhadores têm demandado um constante suporte técnico-científico a fim de responderem melhor às demandas que surgem nos seus territórios e assim ressignificarem suas práticas. Nesse contexto, surge a tecnologia do matriciamento como ferramenta para a Educação Permanente em Saúde (EPS) direcionada aos profissionais da APS. Um matriciamento que, sustentado nas diretrizes do SUS, possa promover um compartilhar de saberes, potencializado pelas especificidades da educação formal de cada profissional, possibilitando que as equipes problematizem suas práticas e processos de trabalho, e assim possam ampliar o sentido do cuidado integral das pessoas no território. Se antes tínhamos como relação entre os serviços de saúde uma matriz hierarquizada, comunicando-se somente por documentos de encaminhamentos, referências e contrarreferências, a partir da prática do matriciamento busca-se priorizar rodas de conversa presenciais ou virtuais entre os profissionais dos serviços, partindo das situações vividas para provocar reflexões sobre as práticas do cuidado. A diversidade técnica da equipe permite sair da abordagem especialista para um entendimento ampliado das necessidades do sujeito que está em discussão. Podendo, inclusive, estender esse cuidado para além das fronteiras da saúde, espalhando essa rede para outros serviços implicados (BRASIL, 2011).

Em paralelo, e provocado por essa nova forma de entender saúde nas últimas décadas, a partir da reforma psiquiátrica que vem ocorrendo no Brasil, tem-se acompanhado inúmeras transformações nos modelos de cuidado e atenção também na área da saúde mental (AMARANTE, 2011). A prevalência de transtornos mentais comuns (como depressão e ansiedade) em quatro capitais brasileiras foi maior que 50%: 51,9% no Rio de Janeiro, 53,3% em São Paulo, 64,3% em Fortaleza e 57,7% em Porto Alegre (GONÇALVES,2014). Esse grupo de transtornos, no qual estão

incluídos os denominados “males menores”, é o que mais cresce atualmente. É o grupo que lida com os serviços extra hospitalares, constituindo-se numa das maiores causas de afastamento do trabalho, justificando a necessidade de um cuidado ampliado e resolutivo no seu próprio território, no contexto da APS, portanto, como ferramenta para evitar, minimizar e cuidar da agudização da fragilidade.

Por isso, torna-se fundamental que a APS se aproprie também desse cuidado. No entanto, observa-se que os trabalhadores dos serviços de APS não se percebem habilitados para acolher, na prática diária e em seus próprios territórios, usuários que se mostrem com maior fragilidade emocional, e promover o cuidado dessas pessoas (AOSINI, 2013). Como forma de fomentar o compartilhar de saberes e a EPS entre APS e serviços especializados o Ministério da Saúde lança em 2008 a proposta do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O NASF trabalha na lógica do apoio matricial. Isso significa, em síntese, uma estratégia de organização da clínica e do cuidado em saúde a partir da integração e cooperação entre as equipes da atenção primária responsáveis pelo cuidado de determinado território e especialistas focais, fazendo com que a equipe de saúde da família amplie seus conhecimentos e, com isso, aumente a resolutividade do cuidado na própria APS (BRASIL, 2009). São exemplos de ações de apoio matricial: discussão de casos, atendimentos compartilhados (NASF + Estratégia Saúde da Família vinculada), atendimentos individuais do profissional do NASF precedidos ou seguidos de discussão com a ESF, construção conjunta de projetos terapêuticos, ações de EPS, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes e etc. (BRASIL, 2009).

Assim, ressalta-se a importância da EPS como ferramenta possível para ampliar os saberes dos atores envolvidos nesse processo, bem como promover o seu empoderamento nas práticas do cotidiano. Porém, a desconstrução dos modelos iniciais de aprendizagem para uma nova relação de compartilhamento de saberes entre atores e serviços demanda tempo e investimento na reeducação dos envolvidos. Conforme Ceccim (2004), a coerência da educação permanente em ser descentralizada e transdisciplinar é justamente possibilitar abordagens cotidianas mais ágeis, criativas e resolutivas no ato da demanda. Essa ação imediata e local é o que proporcionará um desafogamento nas listas de espera, filas e demais gargalos atuais de uma saúde ainda hospitalocêntrica.

Regionalizando a abordagem acima, passamos para o entendimento do momento atual da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município de Guaíba. Guaíba é um município do estado do Rio Grande do Sul, pertencente à região metropolitana de Porto Alegre e distante 32 quilômetros da capital. Localizado na margem direita do Lago Guaíba, o município foi criado em 14 de outubro de 1926 e batizado em homenagem ao lago. Segundo dados do IBGE (2016), a população estimada em 2016 foi de 99.186 habitantes em uma área de 376,973 km², com uma densidade de 252,57 hab./km². Em 2014, a proporção de pessoas formalmente ocupadas em relação à população total era de 24,9%, com uma renda média mensal de 3,4 salários mínimos. A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 97,3% em 2010. Nesse mesmo ano, a taxa de mortalidade infantil foi de 9,87 para 1.000 nascidos vivos, o que, comparado com os municípios do estado, coloca Guaíba na posição 193 de 497 em relação a esse indicador. Com relação à população coberta pela ESF, conforme os dados da Secretaria Estadual da Saúde, em julho de 2018, Guaíba contava com seis ESF, cobrindo 34,79% da população, o que corresponde estimadamente a 34.560 habitantes. (portal BI Saúde)

Até o final de 2014, os profissionais da rede de APS no município, composta por oito Unidades Básicas de Saúde (UBS) e duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), encaminhavam todas as demandas relativas à saúde mental para os serviços especializados, independentemente do grau de sofrimento psíquico dos usuários. Nesse mesmo ano, os profissionais especialistas em saúde mental do município iniciaram estudos e planejamento para o fortalecimento da RAPS de Guaíba - RS. O processo iniciou com a descentralização e qualificação dos serviços especializados em saúde mental, que antes eram constituídos por um ambulatório de Saúde Mental e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II. Em dezembro do mesmo ano, foram então criados um CAPS AD (Álcool e Drogas) e um serviço de atendimento para a infância e adolescência (futuro CAPS infantil). Constituiu-se também uma equipe fixa de trabalhadores especialistas para o apoio matricial em saúde mental (psicólogos, assistente social, psiquiatra, enfermeira e terapeuta ocupacional), bem como reuniões mensais sistemáticas da RAPS, onde se começou a trabalhar, dentre outras temáticas, o fluxo dos encaminhamentos da APS aos serviços especializados e vice-versa. Com isso, além de investir na ampliação e qualificação dos serviços especializados em saúde mental, consolidou-se também a atividade de matriciamento como um espaço de apoio e fortalecimento dos

trabalhadores da APS para protagonizarem o cuidado no território, também na área da saúde mental.

1.1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1.1 Reforma Psiquiátrica no Brasil

Em meados dos anos 70, iniciou-se no Brasil um movimento conhecido como Reforma Psiquiátrica, que trouxe relevantes mudanças no contexto da saúde mental e atenção psicossocial. Cumpre revelar que este processo influenciou diretamente a assistência em saúde ofertada ao sujeito portador de transtornos psíquicos e colaborou sobremaneira para a construção de um novo lugar social para o sujeito antes considerado como "louco".

Esse movimento no Brasil emergiu em um contexto muito intrínseco e importante da história política do país. Conforme esclarece Melo (2012, p. 85):

Após vinte anos de ditadura militar, o país inicia um movimento de redemocratização dos espaços de decisão política, de ascensão dos movimentos sociais vinculados à luta da classe trabalhadora e ao ressurgimento da luta dos profissionais da saúde e usuários, por um Sistema de Saúde Único de Saúde (SUS) universal, gratuito, igualitário e de qualidade.

Importante reiterar que esse movimento se encontra intimamente vinculado a outro movimento social, denominado Movimento Sanitário, o qual inspirou profundamente a Reforma Psiquiátrica, suas concepções, proposições e fundamentos na luta pela saúde pública no Brasil. O movimento da Reforma contou com a efetiva participação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), sendo esses contrários à organização da psiquiatria clássica no campo da saúde mental, bem como das congregações de usuários e familiares em saúde mental, que constituíam o controle social no campo.

Conforme estabelece Amarante (2009), para que se possa compreender o processo da Reforma Psiquiátrica, ainda em curso no Brasil, dois aspectos devem ser considerados: a concentração nas estratégias de desconstrução da compreensão do sujeito louco como um indivíduo perigoso para o convívio em sociedade, ou seja, um novo espaço para a loucura; e a consolidação dos serviços

substitutivos, que são aqueles que, além de oportunizar uma assistência integral e um tratamento diferenciado à população que necessita de atendimento em saúde mental, em preparação para a substituição integral da proposta manicomial, onde o isolamento/internação em unidades psiquiátricas e o conhecimento da psiquiatria clássica são considerados como as únicas estratégias de tratamento e intervenção na vida desses sujeitos.

Registre-se que a 1ª Conferência Nacional em Saúde Mental, realizada no ano de 1987, foi tida como um marco histórico no processo da Reforma no Brasil, ao propor reflexões relevantes, tais como: orientar que os trabalhadores em saúde mental procurassem executar suas atividades juntamente com a sociedade civil, não somente com a finalidade de redirecionar sua prática institucional, como também para oportunizar a democratização desses espaços; e formular e programar políticas públicas nessa área, com a participação da população usuária, considerando os espaços de mobilização popular.

Na apresentação do Relatório Final da 1ª Conferência Nacional em Saúde Mental, os seguintes aspectos são destacados e reforçam a importância desse movimento:

A realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, em desdobramento à 8ª Conferência Nacional de Saúde, representa um marco histórico na psiquiatria brasileira, posto que reflete a aspiração de toda a comunidade científica da área, que entende que a Política Nacional de Saúde Mental necessita estar integrada à Política Nacional de desenvolvimento social do Governo Federal. Por outro lado, permite que se reúnam as diferentes categorias profissionais ligadas à área específica, bem como partidos políticos, entidades religiosas, instituições privadas, associações de usuários, instituições de ensino e demais segmentos da sociedade para que, num esforço coletivo, viabilizem o intercâmbio de informações para a melhoria da qualidade assistencial, num processo participativo e democrático. Esta oportunidade não pode ser desperdiçada. As aparentes contradições entre o discurso científico e o discurso político nada mais são do que importantes elementos propulsores do processo de elaboração de propostas para a inserção das ações de saúde mental nas ações de saúde em geral, cuja consolidação tem início nesta I Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 1988, p. 9).

Esse trecho do relatório reforça a importância dessa conferência para os serviços de saúde mental ofertados aos usuários portadores de transtornos de cunho psiquiátrico. Seguindo a linha do tempo, diversos foram os acontecimentos que somaram positivamente para que pudessem ocorrer avanços políticos e estratégicos na luta por serviços substitutivos em saúde mental e na construção de experiências de tratamento e assistência aos usuários dessa política, que vem sendo pautada nos princípios do SUS.

Para uma melhor compreensão acerca do contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil, Amarante (2007) propôs uma classificação em quatro dimensões: conceitual, técnico assistencial, jurídico-política e sociocultural, descritas no quadro 1.

Quadro 1: Dimensões do Processo de Reforma Psiquiátrica

DIMENSÃO	CARACTERÍSTICAS
Conceitual	Refere-se à construção de um novo paradigma no campo das ciências sociais, no que diz respeito ao olhar direcionado ao sujeito em sofrimento psíquico, significando uma ruptura com o modelo biomédico e psiquiátrico tradicional, a fim de construir um novo norte, que compreenda a saúde como um processo (saúde-doença), visto como fruto das condições de vida e do lugar ocupado por cada sujeito social. Nesse sentido, dois conceitos têm sido fundamentais para a compreensão dessa dimensão: o primeiro diz respeito à desinstitucionalização, pautada na tradição Basagliana, que defende formas diferenciadas e ampliadas de acolher, cuidar e tratar do sujeito, em sua existência concreta de vida; e o segundo diz respeito ao conceito de doença mental que é colocado em discussão nessa dimensão, assim como as práticas profissionais, as relações entre os sujeitos e atores envolvidos, onde se transformam os serviços, os dispositivos e os sujeitos envolvidos neste processo.
Técnico assistencial	Está ligada à dimensão conceitual, pois nela se concentra a construção de serviços substitutivos ao manicômio. Tradicionalmente, o modelo de tratamento em saúde mental esteve pautado no isolamento, na tutela, na vigilância, na repressão e na disciplina. O espaço onde se desenvolviam essas ações era o manicômio, o único reservado para o sujeito que, supostamente, por não possuir uma razão comum, se comportava como um sujeito sem direitos, dotado de uma periculosidade social.
Jurídica-política	Pode ser compreendida como uma série de mudanças na legislação sanitária, civil e penal, no que diz respeito aos novos conceitos e ações que tradicionalmente vinculavam a loucura com a periculosidade, a incapacidade social e a irresponsabilidade. Assim, essa dimensão possui grande impacto no campo das medidas e das ações estratégicas no campo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Trata-se de uma implicação social no cotidiano dos sujeitos envolvidos na luta pela transformação social.
Sociocultural	Traz à tona a construção de um novo lugar social para a loucura e para o sujeito louco, por meio do imaginário social e de sua relação com a sociedade. Essa dimensão está intimamente ligada às ações e estratégias de cunho cultural, que têm por objetivo trabalhar socialmente o estigma produzido ao longo dos séculos em torno da loucura, além de defender as possibilidades de tratamento e cuidado, para além dos espaços manicomialis.

Fonte: Elaborado pela autora baseado em Amarante (2007).

Apesar de ter oportunizado grandes avanços, a Reforma Psiquiátrica ainda enfrenta alguns grandes desafios, entre eles a articulação dos CAPS com as ESF, considerando a rede de serviços de atenção primária como ordenadora de toda a rede de atenção à saúde. Vasconcelos (2010) defende que os principais desafios no campo da saúde mental e da atenção psicossocial na atualidade estão voltados para questões específicas, tais como: a atenção à crise; atenção a indivíduos sem vínculos sociais e com uso abusivo de drogas; violência social, catástrofes, atenção

aos transtornos psiquiátricos menores e suporte aos familiares e suas demandas específicas. Complementando essa visão sobre o processo da Reforma Psiquiátrica, Melo (2012, p. 90) afirma que:

A atenção à crise no campo da saúde mental representa hoje um dos aspectos mais estratégicos e complexos desse processo. Tradicionalmente, o sujeito em sofrimento psíquico que se encontrava em crise, de imediato era encaminhado ao hospital psiquiátrico, permanecendo ali por tempo indeterminado. Ao contrário do que ocorre no campo da saúde mental, o cuidado no estado de crise exige serviços e dispositivos que possam compor uma rede de atenção integral, que tenha a disponibilidade de atendimento contínuo, onde o grande desafio se concentra no acolhimento noturno no formato de leitos. Assim, os dispositivos de atenção à crise devem ser regionalizados e afinados com os serviços de atenção diária integral e atenção básica. Logo, o serviço substitutivo mais adequado para essa função é o CAPS III, que são serviços abertos 24 horas do dia e nos finais de semana, voltados para a atenção à crise e ao acompanhamento diário. Contudo, também se faz necessário, nas unidades de emergência ou em hospitais gerais, a abertura de leitos para atendimento à população usuária da saúde mental, assim como à população que faz uso abusivo de álcool e outras drogas.

A afirmação da autora reforça a perspectiva de que ainda existe um longo caminho a ser percorrido, trazendo à tona a urgência de que esses temas sejam contemplados na agenda das ações e estratégias que perpassam o campo dos processos políticos e sociais da Reforma no Brasil.

Vasconcelos (2010) aponta, ainda, a necessidade de que se priorize a formação continuada de profissionais que atuam no âmbito da saúde pública e da atenção psicossocial, considerando que as atividades exercidas por esses profissionais não se restringem unicamente à assistência, englobando também a pesquisa, a gerência e a educação.

Importante salientar ainda que o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil avançou significativamente no investimento da desinstitucionalização. Contudo, ainda se verifica a urgência de que sejam viabilizadas ações e estratégias de mobilização social e política que possam seguir concretizando esse processo no país.

1.1.2 Atenção Primária em Saúde

A seguir, descreveremos aspectos relacionados à APS, destacando a sua relação com os serviços de saúde mental.

A APS é a porta de entrada para os usuários na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, sobretudo, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária, e da competência cultural dos profissionais. (STARFIELD, 2002)

No contexto internacional, a APS tem sido apresentada como uma estratégia destinada a responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada às demandas que emergem das necessidades de saúde de uma população, abrangendo ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades (STARFIELD, 1992).

No Brasil, a APS agrega os preceitos da Reforma Sanitária, orientando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS), de modo a enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde (BRASIL, 2006). Nesta dissertação, por convenção, usaremos a denominação “atenção primária à saúde” como sinônimo de atenção básica.

Registre-se que a perspectiva de atenção primária foi discutida pela primeira vez como forma de organização dos sistemas de saúde no denominado Relatório Dawson, em 1920, concebido pelo governo inglês (DAWSON, 1920). Esse documento propunha a estruturação do modelo de atenção em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. Segundo esse Relatório, os centros de saúde primários e os serviços domiciliares deveriam estar organizados de forma regionalizada, onde a maior parte dos problemas de saúde deveria ser resolvida por médicos com formação em clínica geral, e os casos em que esses profissionais não tivessem êxito seriam encaminhados aos centros de atenção secundária, onde estavam alocados médicos das mais diversas especialidades clínicas, ou então para os hospitais, quando se verificasse a indicação de internação ou cirurgia. Essa organização se caracteriza pela hierarquização dos níveis de atenção à saúde:

Os serviços domiciliares de um dado distrito devem estar baseados num Centro de Saúde Primária - uma instituição equipada para serviços de medicina curativa e preventiva para ser conduzida por clínicos gerais daquele distrito, em conjunto com um serviço de enfermagem eficiente e com o apoio de consultores e especialistas visitantes. Os Centros de Saúde Primários variam em seu tamanho e complexidade de acordo com as necessidades locais, e com sua localização na cidade ou no país. Mas, a maior parte deles é formada por clínicos gerais dos seus distritos, bem

como os pacientes pertencem aos serviços chefiados por médicos de sua própria região (MINISTRY OF HEALTH, 1920).

Vale ressaltar que essa proposta concebida pelo governo inglês influenciou e contribuiu valorosamente para a organização dos sistemas de saúde de todo o mundo, definindo duas características básicas da APS: a primeira seria a regionalização, ou seja, os serviços de saúde necessitam estar organizados de modo que possam atender as diversas regiões nacionais, pela sua distribuição a partir de bases populacionais, bem como devem identificar as demandas de saúde de cada região; a segunda característica é a integralidade, que fortalece a indissociabilidade entre ações curativas e preventivas.

No ano de 1978, foi realizada a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). Na ocasião, foi proposta uma meta a ser alcançada entre seus países membros, com a finalidade de se atingir a qualidade em saúde até o ano 2000, por meio da APS. Essa meta foi então denominada “Saúde para Todos no Ano 2000”.

A Declaração de Alma-Ata, como foi chamado o pacto assinado entre os 134 países participantes, preconizava a seguinte definição de APS, aqui denominada cuidados primários de saúde:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OPAS/OMS, 1978).

Indubitável que, apesar de a proposta de Alma-Ata jamais ter sido alcançada integralmente, a APS tornou-se uma referência primordial para as reformas sanitárias ocorridas em diversos países nos anos 80 e 90 do último século. Em 2018, quarenta anos após Alma-Ata, na Conferência Global sobre Atenção Primária em Saúde, realizada em Astana/Cazaquistão, líderes de países de todo o mundo assinaram a Declaração de Astana, comprometendo-se em fortalecer seus sistemas

de atenção primária à saúde como um passo fundamental para atingir a cobertura universal de saúde. O documento reafirma a Declaração de Alma-Ata de 1978.

No Brasil, na busca pelo fortalecimento dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS) buscou suporte nas experiências de países como Inglaterra, Canadá, Espanha e Cuba, para promover a implementação de mudanças na assistência ambulatorial nacional. Cumpre dizer que esses países estruturavam seus sistemas de saúde priorizando o acesso universal, continuado e integral da comunidade aos serviços, desenvolvendo sistemas orientados pela APS (Oliveira, 2007).

Oportuno se torna esclarecer que, na década de 1990, ocorreu um avanço do processo de descentralização do setor saúde no Brasil. A esfera municipal, em particular, ainda que de modo lento, gradual e negociado, tornou-se a principal encarregada pela gestão da rede de serviços de saúde no país e, conseqüentemente, pela prestação direta da maioria das ações e programas de saúde. Segundo Boldstein (2002), a responsabilização crescente dos municípios com a oferta e com a gestão dos serviços de saúde desde o começo da nova década é uma realidade inegável.

Convém assinalar que a regulamentação do processo de reforma da saúde foi possível por meio dos seguintes pressupostos legais: a Lei 8.080, de 1990, e a Lei 8.142, do mesmo ano, que tratavam das normas gerais de funcionamento do SUS, especialmente das transferências intergovernamentais de recursos financeiros para a área de saúde.

Alicerçado por essas leis, surge, em 1994, a ESF, a principal estratégia adotada pelo MS para a reorientar o modelo de atenção à saúde no âmbito do SUS, em direção à implantação/ampliação de uma rede de APS (BRASIL, 1997). Destarte, nesse processo histórico, a atenção primária foi progressivamente se consolidando e, posteriormente, constituindo-se como porta de entrada preferencial do SUS, sendo o ponto de partida para a configuração e ordenação dos sistemas locais de saúde.

Como mencionado anteriormente, a partir da década de 1970, as questões relativas à saúde passaram a ser amplamente debatidas em diferentes cenários e em nível internacional. Conforme esclarece Campos et al. (2011), a APS obteve lugar de relevância nesse cenário, sendo considerada não apenas como a porta de entrada do usuário no sistema de saúde, como também responsável pela

assistência aos problemas de saúde mais prevalentes, por meio de ações que visam a tratamento, promoção, prevenção e reabilitação da saúde.

Conforme Frateschi e Cardoso (2014, p. 546), complementando essa ideia:

Nessa nova ótica, o desafio de pensar e fazer saúde pressupõe necessariamente a desconstrução da lógica de tratar apenas a doença, para tratar a pessoa com seu sofrimento no contexto da comunidade. As intervenções de saúde, portanto, devem-se pautar em uma atitude terapêutica que privilegie o cuidado, o vínculo, o acolhimento e a corresponsabilização entre profissional de saúde e usuário. Essa perspectiva propõe que o foco saia da doença e passe a ser a problemática que envolve o processo saúde/doença.

Ao nos voltarmos para a área de saúde mental, podemos expor a contribuição dessas autoras, as quais descrevem que:

Nesse cenário de mudança de paradigma em saúde, especialmente na área da saúde mental, a APS vem ganhando destaque. Busca-se trabalhar a saúde mental no âmbito da comunidade, através da articulação entre os dispositivos de cuidado especializado extra-hospitalares, visando melhorar a qualidade de vida e diminuir estigmas, através de iniciativas que busquem responder as diferentes demandas que a doença ou limitação apresentam. A partir da análise de documentos do Ministério da Saúde, observou-se que estes preconizam, entre outros aspectos, que os serviços da rede básica assistam a demanda de saúde mental, propiciando a inserção da pessoa na comunidade, em contraposição à segregação causada pelo hospital psiquiátrico. Os documentos também enfatizam a integração dos serviços de saúde entre si, bem como a integração destes com os demais equipamentos sociais (FRATESCHI e CARDOSO, 2014, p. 546).

Saliente-se que as ações da APS relacionadas ao cuidado em saúde mental estão relacionadas às demais ações da rede básica, sendo elas: garantir o bem-estar da comunidade e do indivíduo; privilegiar as ações preventivas, individuais e coletivas; destinar os programas de saúde mental em diferentes serviços da rede básica, constituindo uma rede de suporte; realizar ações diretas e indiretas; utilizar novas estratégias de abordagem em saúde; agregar profissionais com diferentes formações, implicar a comunidade e, por fim, considerar as características da comunidade. (Frateschi e Cardoso, 2014)

Nesse contexto, Frateschi e Cardoso destacam a importância do apoio matricial em saúde, o qual tem por finalidade assegurar suporte especializado a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, de maneira personalizada e interativa. Compreendendo a importância desse apoio, o próximo capítulo abordará aspectos relacionados às atribuições e à importância desse dispositivo.

1.1.3 Apoio Matricial na Atenção Primária

A Reforma Psiquiátrica trouxe consigo algumas preocupações. De acordo com o Dimenstein:

(..) 3% da população necessita de cuidados contínuos em saúde mental, em função de transtornos severos e persistentes, (...) aproximadamente de 10% a 12% da população não sofre transtornos severos, mas precisam de cuidados em saúde mental, na forma de consulta médico psicológica, aconselhamento, grupos de orientação e outras formas de abordagem (DIMENSTEIN et al., 2009, p. 66).

Tais demandas reforçam a necessidade de viabilizar-se uma rede assistencial ampla e integrada. Conforme publicado no "The Lancet Psychiatry" em 2016 " pelos autores Vigo, Thornicroft & Atun, tem-se constatado um aumento substancial, nos últimos anos, de doenças caracterizadas como crônicas em todo o mundo, dentre elas encontram-se os transtornos mentais:

Usando dados publicados, estimamos que a carga de doenças mentais mostre que o ônus global da doença mental é responsável por 32,4% dos anos vividos com deficiências (YLDs) e 13,0% dos anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs). , em vez das estimativas anteriores sugerindo 21,2% dos YLDs e 7,1% dos DALYs. As abordagens usadas atualmente subestimam o ônus da doença mental em mais de um terço. Nossas estimativas colocam a doença mental em um primeiro lugar distante na carga global da doença em termos de YLDs, e nível com doenças cardiovasculares e circulatórias em termos de DALYs. A apatia inaceitável dos governos e financiadores da saúde global deve ser superada para mitigar os custos humanos, sociais e econômicos da doença mental. (Vigo, Thornicroft & Atun, 2016)

É de conhecimento geral que tais transtornos requerem tratamento no longo prazo, em decorrência das incapacidades causadas, o que pode impactar a vida do sujeito acometido em todos os aspectos: sociais, pessoais e econômicos. Deste modo, visualiza-se a necessidade de que se adotem ações de saúde mental na atenção primária. Com essa finalidade, o MS propôs uma estratégia de apoio matricial, tendo como objetivo "facilitar o direcionamento dos fluxos na rede, promovendo uma articulação entre os equipamentos de saúde mental e as Unidades Básicas de Saúde (UBS)" (DIMENSTEIN et al., 2009, p. 66).

Desta feita, o apoio matricial em saúde tem por finalidade garantir retaguarda especializada a equipes e profissionais responsáveis pela atenção a problemas de saúde. Esse serviço oferece tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Vale destacar que o mesmo depende:

(...) da estruturação compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da

equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais (AMARANTE, 2007, p. 24).

Silva e Dimenstein (2014, p.1) acrescentam que:

O Apoio Matricial é uma ferramenta estratégica da Política de Saúde Mental para garantir o princípio da integralidade das ações em saúde. Ele se dá a partir da oferta de saberes fazeres técnicos especializados às equipes da Atenção Básica, a fim de que possam incluir as demandas de saúde mental em suas ações. Cotidianamente estas equipes se deparam com diversas formas de sofrimento psíquico, porém, avaliando-se incapacitadas para acolhê-las, apresentam dificuldades para incluí-las em seus escopos de intervenção. Dentro do que reza a Estratégia de Atenção Psicossocial (EAPS), o matriciamento se sobressai como ferramenta capaz de intervir nas recusas de acolhimento às demandas de saúde mental na Atenção Básica.

A título de esclarecimento, pontuamos que o apoio matricial se propõe a garantir maior eficácia e eficiência aos atendimentos em saúde mental, prezando pela autonomia dos usuários do SUS. Nessa concepção, a Política Nacional de Saúde Mental ressalta que, para firmar-se a desinstitucionalização, torna-se imprescindível que os serviços substitutivos, neste caso CAPS, ambulatórios de referência em saúde mental, residências terapêuticas, centros de convivência, emergências psiquiátricas em hospitais gerais e a assistência na atenção primária, constituam-se como uma rede que alicerce a assistência a ser ofertada aos usuários (SILVA, 2011). A autora esclarece ainda que, nesse entendimento, “(...) o Apoio Matricial por ser um instrumento interlocutor do cuidado, facilita a intersectorialidade entre os serviços disponíveis da rede substitutiva do SUS” (SILVA, 2011, p. 21).

Oportuno se torna dizer que o apoio matricial conta com profissionais especializados em diversas áreas (psicologia, psiquiatria, serviço social, terapia ocupacional, artesanato, enfermagem, pedagogia, educação física, fisioterapia...), com a finalidade de avançar nos campos de atuação e lançando um olhar sensível e clínico, objetivando o aperfeiçoamento da qualidade da assistência prestada ao usuário com transtorno mental. Ainda, nesta mesma linha de considerações, Silva (2011, p. 22) enfatiza que:

Essa nova estratégia de cuidado em saúde mental modifica a forma de operacionalizar a referência e contrarreferência dos serviços de saúde, ou seja, a responsabilidade do cuidado ao usuário e de sua família será compartilhada entre a rede primária e a rede especializada em saúde mental. Por conseguinte, os encaminhamentos são reduzidos, devido à facilitação do contato direto entre os serviços.

Acerca dos atendimentos, Campos e Domitti (2007) esclarecem que há duas maneiras para realização do apoio matricial: a primeira, por meio de encontros regulares pré-definidos, semanais, quinzenais ou intercalados, nos quais se tem o

intuito de discutir casos ou problemáticas de saúde escolhidas pela equipe de referência, com a intenção de elaborar Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e ajustar linhas de intervenção entre os profissionais envolvidos; e o segundo, em casos eventuais e inadiáveis, o profissional de referência informa pessoalmente o apoio matricial para intercessão imediata.

Vale ressaltar que o apoio matricial é uma proposta de trabalho que sugere a construção coletiva entre equipes da APS e equipes especializadas para atender a demanda dos usuários em saúde mental. No que diz respeito à sua operacionalização, esta acontece conforme demanda territorial e capacidade organizacional local, não existindo um formato operacional padrão para essa ferramenta.

Claro está que o apoio matricial, em seu contexto, apresenta uma relevante capacidade no concernente ao cuidado integral e compartilhado, pois se entende que veio para aprimorar as possibilidades de composição interdisciplinar do PTS e desestruturar o nexos dos encaminhamentos intermináveis, aprimorando o fluxo do usuário com transtorno mental na rede.

Contudo, na prática, existem alguns obstáculos que impedem a operacionalização do apoio matricial, entre os quais podemos citar: a reduzida aceitação dos profissionais, tanto da APS quanto dos especialistas, implicados nesse processo, devido ao aumento da carga de trabalho a falta de uma estrutura efetiva, em termos materiais e de recursos humanos e, ainda, a ausência ou não valorização de espaços / momentos para que um verdadeiro processo de educação permanente aconteça.

Partindo-se do entendimento de que a educação permanente em saúde é um dos fatores elementares para que qualquer cuidado seja plenamente efetivado, aprofundamos o assunto na próxima seção.

1.1.4 Educação Permanente em Saúde

Perante os desafios suscitados pelo futuro, a educação surge como um trunfo indispensável para que a humanidade tenha a possibilidade de progredir na consolidação dos ideais de paz, de liberdade e da justiça social, assumindo um

papel essencial para o desenvolvimento contínuo das pessoas e das sociedades a serviço de um desenvolvimento humano mais harmonioso e autêntico.

Sabemos que o setor da saúde sofre constantes mudanças e avanços no conhecimento, pesquisas, introdução de novas tecnologias, etc. Por essa razão, é imprescindível que os profissionais de saúde ampliem seus conhecimentos, compartilhando saberes no âmbito da equipe, complementando assim sua formação acadêmica, com objetivo de oferecer um cuidado cada vez mais integral e com mais qualidade, desenvolvendo uma prática baseada no aprendizado contínuo.

Ao referirem-se a tal assunto, Treviso e Costa (2017, p. 2) pontuam que:

A formação e desenvolvimento de docentes na área da saúde tem sido foco de diversas discussões, abordando aspectos como a prática pedagógica, seu currículo e sua formação didática, haja vista sua importância para a formação de profissionais mais bem qualificados. As diretrizes curriculares nacionais (DCNs) têm orientado a necessidade de formação de profissionais de saúde humanistas, generalistas, críticos e reflexivos. Nessa linha de orientação, o desafio é romper com o modelo de formação fragmentado e tecnicista buscando formar profissionais de saúde mais humanistas, com condições de trabalhar em equipe, de forma integrada e com foco na integralidade da atenção à saúde.

Considerando o exposto, torna-se relevante que a gestão do setor da saúde, em cada local, ofereça aos profissionais espaços para educação permanente e/ou educação continuada, apontando-lhes a importância de compartilharem o futuro de suas decisões, pois todas têm múltiplos efeitos sobre seu fazer e dependem não só de uma avaliação unicista, mas dos entendimentos transversais de uma equipe multiprofissional e multidisciplinar, bem como da evolução futura dos processos de trabalho.

Lembrando o que nos diz CECCIM (2004) sobre a diferença entre educação continuada e educação permanente, enquanto a primeira admite repasse sistemático de informações, para a educação permanente é imprescindível trocar, refletir e aprender com a vivência, estando no território. A prática em si já é uma educação permanente se o trabalhador assim o fizer, implicando reflexão no ato; é o trabalho vivo permitindo "recriar a teoria".

Corroborando com essa perspectiva, cumpre esclarecer que promover a formação continuada de profissionais da saúde para atuação no SUS sempre se mostrou um desafio. Conforme revelam Calife e Gonçalves (2011, p. 884):

Trazer o campo do real, da prática do dia a dia de profissionais, usuários e gestores mostra-se fundamental para a resolução dos problemas encontrados na assistência à saúde e para a qualificação do cuidado prestado aos sujeitos (...) O significado da formação e a qualificação do cuidado devem estar presentes nos processos educativos para os

profissionais de saúde. O ideal de profissional que queremos para o nosso Sistema de Saúde pode ser atingido se reconhecermos as necessidades e o poder criativo de cada um, ouvir o que cada um tem para dizer e refletir sobre a prática profissional inicialmente cheia de valores e de significados, os quais, muitas vezes, se perdem pelo caminho.

Com a finalidade de dirimir essas questões, a Política Nacional de Educação Permanente (PNEP) surge com a finalidade de estabelecer ações estratégicas que venham a contribuir para a mudança de paradigmas dos profissionais de saúde e, ainda, promover a sistematização das ações e dos serviços, dos processos formativos e das práticas pedagógicas na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. Essa política “implica em trabalho intersetorial capaz de articular o desenvolvimento individual e institucional, as ações e os serviços e a gestão local, a atenção à saúde e o controle social” (BRASIL, 2005).

Em 2004 a Política de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) passou a ser considerada como uma política pública do SUS, com a intenção de se estabelecer como estratégia de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor da saúde. Por outro lado, Batista e Gonçalves (2011, p. 892) enfatizam que:

O primeiro passo para provocar mudanças nos processos de formação é entender que as propostas não podem mais ser construídas isoladamente nem de cima para baixo, ou seja, serem decididas pelos níveis centrais sem levar em conta as realidades locais. As propostas devem fazer parte de uma grande estratégia; precisam estar articuladas entre si e construídas a partir da problematização das necessidades locais e dos seus diversos segmentos. É necessário e indispensável que as várias instâncias, articulem caminhos para a formação de novos profissionais de saúde, possibilitem o desenvolvimento/atualização do pessoal que já está no SUS e legitimem propostas direcionadas a um desempenho profissional qualificado e em quantidade suficiente em todos os pontos do País.

Por meio da formação como processo contínuo, os profissionais de saúde terão oportunidade de aprender e compreender as múltiplas dimensões que o processo de trabalho envolve, sejam elas de esfera organizacional, técnica e humana. Utilizando estratégias alicerçadas na abordagem de metodologias ativas, a qual tem ampla divulgação no universo acadêmico estrangeiro e vem agregando ganhos significativos no processo de ensino e aprendizagem em instituições brasileiras, as aprendizagens podem ganhar mais significado, tornando-se mais relevantes para a prática. (RIBEIRO, 1994)

As metodologias ativas se encontram amparadas na concepção de que os processos de mediação e intervenção pedagógica são realizados com sucesso

quando o docente compreende que o estudante significa, constrói, registra e argumenta o conhecimento de determinada área do saber. Torna-se necessário compreender o aluno como principal agente e autor da própria aprendizagem, levando-o a refletir sobre a dimensão da subjetividade que está presente também na produção da temática acadêmica. (DEMO, 2004)

Ceccim e Feuerwerker (2004) sustentam que trabalhar pedagogicamente com metodologias ativas, como atualmente é proposto pela PNEPS, significa um enorme desafio para todos que atuam no SUS, em um exercício constante de reivindicação por mudanças institucionais, profissionais e pessoais difíceis, lentas, conflituosas e complexas. Porém, ainda que mais desafiadoras, tais metodologias apresentam situações-problema a serem solucionadas pelos participantes, possibilitando que ocupem o lugar de sujeitos ativos na construção dos conhecimentos, os quais serão aplicados no cuidado aos usuários do SUS. Deste modo, espera-se que esses sujeitos em contínua transformação possam contribuir para a oferta de uma saúde com cada vez mais qualidade a todos.

1.2 JUSTIFICATIVA

A partir das práticas do cotidiano nos serviços de APS, observam-se contínua expectativa e crescente solicitação dos trabalhadores por espaços e encontros para capacitações formais sobre temas específicos do campo da saúde mental.

Em consonância com o conceito de EPS – trocar, refletir e aprender com a vivência, estando no território (CECCIM, 2004), o apoio matricial se sobressai como um dispositivo capaz de atuar junto às equipes da atenção primária, frente às dificuldades no acolhimento às demandas de saúde mental no território, levando aos trabalhadores da APS tecnologias que permitam um cuidado ampliado e resolutivo a esses sujeitos. Conforme o Guia Prático em Saúde Mental (BRASIL, 2011), o apoio matricial é uma ferramenta estratégica para garantir o princípio da integralidade das ações de saúde, bem como o cuidado em saúde mental no território. Porém, no município de Guaíba, essa tecnologia ainda é utilizada de forma incipiente, e uma análise das ações em processo até agora nunca foi realizada, no sentido de identificar potencialidades, fragilidades e desafios.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a percepção dos trabalhadores da APS sobre o apoio matricial em saúde mental no município de Guaíba à luz do referencial da EPS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o entendimento dos trabalhadores da APS sobre apoio matricial;
- Analisar a contribuição do apoio matricial para as práticas de saúde mental na APS;
- Analisar a contribuição do apoio matricial em saúde mental como instrumento de EPS para os trabalhadores da APS;
- Analisar a evolução do número de encaminhamentos de usuários da APS ao CAPS II de 2015 a 2017, bem como a adequação dos encaminhamentos;
- Estimular a construção coletiva de um Programa de EPS, envolvendo profissionais da APS e serviços especializados.

3 METODOLOGIA

3.1 LOCAL DO ESTUDO E SUJEITOS PARTICIPANTES

Em grande parte do percurso metodológico, foi realizada a pesquisa de campo, tendo como território de pesquisa as unidades básicas de saúde (UBS) do município de Guaíba/RS, distante 32 quilômetros da capital Porto Alegre, com população estimada de pouco mais de 99 mil habitantes (IBGE, 2016). A população de Guaíba apresenta uma renda média mensal de 3,4 salários mínimos (dado de 2014), alta taxa de escolarização (97,3% entre os habitantes com 6 a 14 anos) (dado de 2010) e baixa mortalidade infantil (9,87 por 1000 nascidos vivos) (IBGE dado de 2010). Conforme mencionado anteriormente, em julho de 2018, Guaíba contava com seis ESF, cobrindo 34,79% da população, o que corresponde estimadamente a 34.560 habitantes.

Porém, em 2017, a rede de atenção primária em saúde do município contava com oito UBS e duas ESF. As UBS são locais onde o usuário pode receber os cuidados gratuitos básicos e essenciais em saúde da criança, da mulher, do adulto e do idoso, bem como, odontologia, requisições de exames e acesso a medicamentos. A ESF tem missão semelhante, também voltada aos cuidados primários, porém conta com vinculação a uma área adscrita e com o trabalho de uma equipe ampliada, incluindo agentes comunitários (ACS), que realizam visitas domiciliares, levando o cuidado em saúde até a casa do usuário, e acionam os outros profissionais da equipe quando necessário. Juntas, ambos tipos de unidades (UBS e ESF) resolvem grande parte dos problemas de saúde da população do território que está sob sua responsabilidade. É importante salientar que UBS e ESF atuam diretamente nos bairros onde as pessoas vivem.

Todas as UBS e ESF recebem o apoio matricial em saúde mental, tendo, ao todo, o envolvimento de 18 profissionais da APS nesses encontros com as equipes especializadas. No entanto, por inviabilidade logística, bem como impossibilidade de liberação de agenda de todos os profissionais da APS para as entrevistas de pesquisa, optou-se por trabalhar com cinco unidades. Como critério de inclusão / exclusão das unidades para a pesquisa, foram escolhidas aquelas com maior número de encaminhamentos de usuários para acolhimento no CAPS II, bem como maiores demandas de apoio matricial em saúde mental nos anos de 2015 a 2017.

Assim, tivemos cinco unidades participantes da pesquisa, totalizando dez trabalhadores da APS envolvidos no apoio matricial. Convém esclarecer que foram convidados a participar da pesquisa os dez profissionais, sendo cinco enfermeiros e cinco médicos (somente essas categorias profissionais da APS participavam dos encontros para apoio matricial). No entanto, dois médicos, mesmo verbalizando compreenderem os benefícios do estudo, inclusive incentivando a continuidade do mesmo, optaram por não participar. Registre-se que outros médicos, que poderiam substituí-los no estudo, não preenchem os requisitos de inclusão e, deste modo, optamos por permanecer com uma amostra de oito sujeitos entrevistados (três médicos e cinco enfermeiros), o que corresponde a 80% dos profissionais da APS que participam das atividades de matriciamento no município.

3.2 NATUREZA DA PESQUISA E COLETA DE DADOS

Cabe esclarecer que a importância da pesquisa de campo se justifica pela oportunidade de o pesquisador manter contato com o cenário do objeto de estudo, propiciando a captação dos dados necessários, tornando também possível a observação do cenário real da pesquisa. Complementando essa concepção Marconi e Lakatos (2003, p. 186) esclarecem que:

Pesquisa de campo é aquela utilizada com o objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema, para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese, que se queira comprovar, ou, ainda, descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles. (...) consiste na observação de fatos e fenômenos tal como ocorrem espontaneamente, na coleta de dados a eles referentes e no registro de variáveis que se presumem relevantes, para analisá-los.

Sublinhe-se que se trata de uma pesquisa qualitativa de cunho exploratório, considerando que seu objetivo está em proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a permitir a construção de hipóteses. Além disso, a pesquisa tem caráter descritivo por permitir a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2002, p. 41-42).

Acerca da pesquisa qualitativa, Marconi e Lakatos (2013) definem como sendo aquela que supõe contato direto com o ambiente e situação que se está investigando e envolve a obtenção de dados descritivos. De acordo com Minayo (1994), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares; ela se

preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Corroborando com essa definição, Glazier e Powell (2011) indicam que os dados qualitativos podem ser: descrições detalhadas de fenômenos ou comportamentos; citações diretas de pessoas sobre suas experiências; trechos de documentos, registros, correspondências; gravações ou transcrições de entrevistas e discursos; dados com maior riqueza de detalhes e profundidade e interações entre indivíduos, grupos e organizações.

Em relação aos procedimentos para coleta de dados, adotou-se a revisão bibliográfica, a pesquisa documental e a realização de entrevistas semiestruturadas. Conforme Gil (2002), a primeira é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos, enquanto a segunda se vale de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa.

3.2.1 Revisão Bibliográfica

Salienta-se que a revisão bibliográfica possibilitou a coleta de informações, teorias e conceitos encontrados em estudos técnicos, artigos, livros e até mesmo em artigos veiculados na internet. Marconi e Lakatos (2013) ressaltam a importância desse tipo de pesquisa, como também evidenciam que este é o primeiro passo para uma pesquisa científica. Para a pesquisa foram utilizadas as seguintes bases de dados:

CAPES <http://www.capes.gov.br/> (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior);

LILACS <http://lilacs.bvsalud.org/> (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde);

MEDLINE <https://www.bibliotecas.ufu.br/portal-da-pesquisa/base-dados/medline-pubmed> Sistema online de busca e análise de Literatura Médica;

SCIELO <http://www.scielo.org/> Biblioteca eletrônica científica online.

Cabe também referir que os principais termos de busca utilizados foram: SUS; saúde mental; atenção primária em saúde; apoio matricial e educação permanente em saúde.

3.2.2 Pesquisa Documental

No ano de 2014, o apoio matricial em saúde mental se consolidou junto à APS do município, por meio de reuniões regulares e sistematizadas. Portanto, foram analisados os livros-registro do CAPS II, contendo os encaminhamentos de usuários da APS para acolhimento no CAPS, referente aos anos de 2015 a 2017.

3.2.3 Entrevistas

Para a abordagem do problema, considerando os objetivos propostos, foram realizadas entrevistas a oito trabalhadores da APS, os quais foram escolhidos por serem profissionais que atuavam também nas atividades matriciais. Os mesmos foram convidados a participarem da pesquisa por meio de uma carta convite (apêndice A).

Para coleta das informações foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice B), composto por quatro questões subjetivas, norteadoras para uma conversa sobre o processo de apoio matricial e o cuidado em saúde mental. A entrevista semiestruturada é uma das técnicas mais utilizadas para a coleta de informações em pesquisa qualitativa, bem como a mais empregada no processo de trabalho de campo, por trazer perguntas abertas que permitem aos entrevistados discorrerem livremente sobre suas ideias e opiniões (MINAYO, 2010).

3.3 ANÁLISE DOS DADOS

As informações coletadas, ou seja, as respostas dos entrevistados foram sistematizadas por meio de análise de conteúdo. As transcrições na íntegra de todas as entrevistas se encontram nos Apêndice B1 a B8.

A técnica utilizada para o tratamento e a análise de dados na pesquisa qualitativa se alicerça na proposta da professora da Universidade de Paris V, Laurence Bardin (2011), que define o termo análise de conteúdo como:

(...) um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 2011, p. 47)

Bardin (2011) indica que a utilização da análise de conteúdo prevê três fases fundamentais, a saber: a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados; a inferência e a interpretação. Para discorrer sobre análise de conteúdo, apoiamo-nos em um estudo preconizado pela Professora Rosana Hoffman Câmara (2013), intitulada “Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações”.

A pré análise pode ser identificada como uma fase de organização. Nela, estabelece-se um esquema de trabalho que deve ser preciso, com procedimentos bem definidos, embora flexíveis. Segundo Bardin (2011), o primeiro contato com a fonte de pesquisa ou documentos é realizado de forma superficial, sem se aprofundar, visando identificar elementos que possam contribuir para a análise que se propõe a fazer.

A autora intitula esse processo de leitura “flutuante”, etapa que abra o caminho para a sondagem, a escolha, a formulação das hipóteses e objetivos, a elaboração dos indicadores que orientarão a interpretação e a preparação formal do material. Para Câmara (2013, p. 185) na segunda fase, ou fase de exploração do material, são escolhidas as unidades de codificação, as quais:

(...) reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) em razão de características comuns, classificação semântico, sintático, léxico e categorização (que permite reunir maior número de informações à custa de uma esquematização e assim correlacionar classes de acontecimentos para ordená-los). Com a unidade de codificação escolhida, o próximo passo será a classificação em blocos que expressem determinadas categorias que confirmam ou modificam aquelas, presentes nas hipóteses, e referenciais teóricos inicialmente propostos. Assim, num movimento contínuo da teoria para os dados e vice-versa, as categorias vão se tornando cada vez mais claras e apropriadas aos propósitos do estudo.

Conforme sublinha Câmara (2013) apud Bardin (2011), a terceira fase do processo de análise do conteúdo tem a função de tratar os dados para gerar os possíveis resultados. Cumpre mencionar que a inferência e a interpretação estão embasadas nos resultados brutos da pesquisa, onde o pesquisador procurará subsídios para torná-los significativos e válidos.

Diz-nos Bardin (2016, p. 169) que a inferência na análise de conteúdo constitui-se em um bom instrumento de indução e, na nossa pesquisa, utilizamos o roteiro para investigar "variáveis inferidas", isto é, as respostas, as causas mencionadas pelos entrevistados, a partir dos efeitos (variáveis de inferência), ou seja, a partir dos indicadores utilizados para balizar as questões norteadoras. Ainda Bardin (2011, p. 137) revela que:

Interpretar os dados a partir dos conceitos e proposições do conteúdo de trabalho faz parte do processo de análise de conteúdo. Os sentidos são dados pelos conceitos como referência central, e derivam da linguagem dos sujeitos da pesquisa, e não de definição científica.

A proposição é um enunciado geral, concebido a partir dos dados coletados, e pode ou não ajustar-se às proposições ditas como verdadeiras ou falsas, mesmo que o pesquisador tenha ou não condições de demonstrá-lo, e existem inúmeras variações na maneira de conduzi-las (BARDIN, 2011). As comunicações, objeto de análise, podem ser abordadas de diferentes formas. As unidades de análise podem variar, sendo que:

(...) alguns pesquisadores escolherão a palavra, outros optarão pelas sentenças, parágrafos e, até mesmo, o texto. A forma de tratar tais unidades também se diferencia. Enquanto alguns contam as palavras ou expressões, outros procuram desenvolver a análise da estrutura lógica do texto ou de suas partes, e outros, ainda, centram sua atenção em temáticas determinadas (BARDIN, 2011, p. 40).

Deste modo, atendendo aos critérios estabelecidos pelas proposições de Bardin (2011) e Câmara (2013), estabelecemos cinco categorias temáticas para a análise do conteúdo nesta pesquisa: (1) Entendimento sobre apoio matricial; (2) Contribuição do apoio matricial para a prática na APS; (3) Potencialidades do apoio matricial; (4) Fragilidades do apoio matricial e (5) Sugestões de melhorias para o apoio matricial.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, tendo sido aprovada sob parecer nº 2.421.124 (anexo A) estando em conformidade com as normas que regem pesquisas com seres humanos no Brasil (resolução 466, 2012). No município de Guaíba, foram assinadas duas Cartas de Anuência Institucional: uma pelo gestor

municipal da Saúde (anexo B), e a outra pela gestora responsável pela coordenação da atenção primária (anexo C).

Todos os sujeitos incluídos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (anexo D). As pesquisadoras envolvidas assinaram um Termo de Responsabilidade e Compromisso para Uso, Guarda e Divulgação de Dados e Arquivos de Pesquisa (anexo E).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS PARTICIPANTES

A tabela 1 apresenta algumas características dos sujeitos participantes, importantes para um melhor entendimento do contexto da pesquisa. Com o propósito de garantir o sigilo sobre a identidade dos sujeitos da pesquisa, estes serão nomeados pelos códigos E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7 e E8.

Tabela 1: Características dos sujeitos participantes na pesquisa

Profissão	Nº de entrevistas	Sexo		Idade		Tempo de formação (anos)		Tempo de experiência em APS (anos)		Tempo de experiência no apoio matricial (anos)	
		Fem.	Masc.	Mín.	Máx.	Mín.	Máx.	Mín.	Máx.	Mín.	Max.
Médicos	3	2	1	28	45	5	12	5	10	2	3
Enfermeiros	5	5	-	27	48	2	25	1	7	1	2

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

4.2 ANÁLISE DO CONTEÚDO

Cada categoria foi construída a partir das respostas às questões da entrevista, conforme os objetivos pré-definidos para a pesquisa. Para melhor compreensão, as categorias foram dispostas em quadros, onde constam, além da categoria e da pergunta-chave usada no roteiro de entrevista: o indicador (descreve a concepção usada como referência conforme a literatura), a identificação dos sujeitos de pesquisa e a citação de frases ilustrativas selecionadas.

4.2.1 Categoria 1: Entendimento sobre apoio matricial

Esta categoria foi construída principalmente a partir das respostas à questão 1: “Qual o seu entendimento sobre apoio matricial?”.

Quadro 2: Categoria 1: Entendimento sobre apoio matricial

Categoria	Indicador	Sujeito da Pesquisa	Trechos selecionados
Entendimento sobre apoio matricial Pergunta-chave: Qual o seu entendimento sobre apoio matricial?	"O apoio matricial é uma ferramenta estratégica da Política de Saúde Mental para garantir o princípio da integralidade das ações em saúde. Ele se dá a partir da oferta de saberes e fazeres técnicos especializados às equipes da atenção primária, a fim de que possam incluir as demandas de saúde mental em suas ações. Cotidianamente, essas equipes se deparam com diversas formas de sofrimento psíquico, porém, avaliando-se incapacitadas para acolhê-las, apresentam dificuldades para incluí-las em seus escopos de intervenção. Dentro do que reza a Estratégia de Atenção Psicossocial (EAPS), o matriciamento se sobressai como ferramenta capaz de intervir nas recusas de acolhimento às demandas de saúde mental na Atenção Básica" (SILVA e DIMENSTEIN, 2014, p.1).	E1	<i>“É um apoio de duas ou mais equipes juntas de saúde que vão discutir uma melhor forma terapêutica para o paciente que está sendo discutido o caso”.</i>
		E2	<i>“Eu acho que é uma discussão de caso, né. Quando eu não sei o que fazer, o apoio matricial me ajuda a definir o que eu tenho que fazer com o paciente, assim, né. A gente não tem esses fundamentos. Então eu acho que o apoio matricial me ajuda nisso”.</i>
		E3	<i>‘Apoio matricial, no meu entendimento, é algum profissional, ou uma equipe mais especializada em determinado assunto ou determinada área que pode auxiliar na atenção básica, no trabalho, saúde, enfim, pra resolver casos que a gente não consegue concluir só com os profissionais que trabalham nessa unidade, então seria alguém que tem alguma especificação a mais, especialidade, entendimento mais determinado de tal assunto pra que ele desenvolva dentro da unidade e resolva. No caso, se a gente conferir tá colocando uma referência de maior complexidade, a gente tem esse apoio pra tentar resolver a próxima, o que seria a próxima</i>

			<i>entrada pro usuário”.</i>
		E4	<i>“Eu entendo como apoio matricial a lógica do trabalho em equipe e do apoio, literalmente, de uma equipe especializada com a equipe de atenção básica nas discussões de casos e condutas que a gente possa a vir a tomar com o paciente”.</i>
		E5	<i>“Apoio de uma equipe especializada para os profissionais, não é para os pacientes, é para o atendimento dos profissionais, para tirar dúvidas, para discutir diagnóstico, para discutir tratamentos, o apoio para o profissional”.</i>
		E6	<i>“Eu acho que matriciamento é a equipe multidisciplinar que se reúne para discutir a melhor conduta pra demanda daquele paciente; às vezes a gente se perde com muita demanda de saúde mental, e com o matriciamento facilita tu eleger aquele paciente se tem maior risco ou não. A maioria dos pacientes a gente consegue atender na atenção básica, sim. É uma reunião interdisciplinar com profissionais variados que discutem aquele caso para ver aquele paciente, pra ter uma ideia se o paciente necessita de um acompanhamento mais especializado ou ele pode ficar na unidade acompanhado pela enfermeira, pelo medico clínico geral”.</i>
		E7	<i>O matriciamento é uma forma de aproximação, uma equipe da saúde mental na atenção básica, auxiliando no tratamento dos pacientes, conseguindo mantê-los, pacientes que não tem ansiedade, no caso CAPS, ficando o médico mais tranquilo, apoiado na melhor solução em função das intercorrências do que o paciente vai apresentar no meio do</i>

			<p><i>caminho. Porque a gente tem a alta do CAPS, mas ele é dinâmico, a questão é dinâmica e vão se apresentando situações onde o paciente pode ter algumas alterações, e a gente o auxilia, mantém ele dentro da Rede, no território, para que seja bem assistido”.</i></p>
		<p>E8</p>	<p><i>“O apoio, como a palavra bem disse, é o acompanhamento daquele tipo de paciente com alguma doença do tipo psicológica ou psiquiátrica. Esse apoio é dado pelo médico que trata de um seguimento, conjuntamente com todo o pessoal do CAPS que tem uma doutora especializada em psiquiatria e aí, entre os dois, há uma série de conversas, com a ficha daquele paciente que tem esse tipo de doença, para que ele tenha um bom tratamento, uma boa conduta e um bom seguimento. É o que eu acho”.</i></p>

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

As respostas dos entrevistados, em sua maioria, demonstraram que os mesmos têm uma boa compreensão, com base no indicador de referência, sobre o que vem a ser o apoio matricial, mencionando tratar-se do apoio de uma equipe especializada aos profissionais da atenção primária. Relataram também que, por meio do matriciamento, aproximam-se as equipes e, por conseguinte, os diversos pontos da rede de cuidado.

“O matriciamento é uma forma de aproximação, uma equipe da saúde mental na atenção básica, auxiliando no tratamento dos pacientes”. (ENTREVISTADO 7) “

Sobre a contribuição do matriciamento para o fortalecimento do trabalho em rede, temos:

(...) o apoio matricial por ser um instrumento interlocutor do cuidado, facilita a intersectorialidade entre os serviços disponíveis da rede substitutiva do SUS” (SILVA, 2011, p. 21).

Convergiram igualmente sobre a importância da equipe especializada constituir-se de uma equipe multi / interprofissional. A diversidade nas formações profissionais dos integrantes da equipe propicia um entendimento ampliado das necessidades do usuário, enriquecendo a discussão dos casos, bem como a construção do Projeto Terapêutico Singular.

“... deveríamos ter mais psiquiatras, mais psicólogos, mais pessoas incluídas nessas equipes (de matriciamento)...(ENTREVISTADO E1)

Vale esclarecer que a estrutura do apoio matricial prevê que:

Os participantes do apoio matricial são os profissionais das diversas áreas especializadas tanto do CAPS, quanto da atenção primária e da assistência social, respeitando a lógica que a equipe multidisciplinar de saúde amplia o olhar no campo de atuação e qualifica a assistência ao usuário com transtorno mental. Essa nova estratégia de cuidado em saúde mental modifica a forma de operacionalizar a referência e contrarreferência dos serviços de saúde, ou seja, a responsabilidade do cuidado ao usuário e de sua família será compartilhada entre a rede primária e a rede especializada em saúde mental. (SILVA, 2011, p. 2).

Cabe salientar aqui que os entrevistados, em sua maioria, demonstraram um entendimento ainda limitado sobre o potencial do apoio matricial, trazendo em suas respostas a visão do matriciamento como um momento para discussão de casos clínicos individualizados. Assim, os dados sugerem que muitos profissionais ainda não percebem ser esse um espaço para educação permanente em saúde, podendo ampliá-lo para além da discussão de casos.

“Eu acho que é uma discussão de caso, né. Quando eu não sei o que fazer, o apoio matricial me ajuda a definir o que eu tenho que fazer com o paciente” (ENTREVISTADO E2).

Porém , conforme o autor Bispo Junior,

No âmbito da atenção primária à saúde, as ações de educação permanente em saúde são consideradas essenciais e devem ser incorporadas na prática cotidiana dos serviços. A educação permanente das equipes de saúde da família deve ser embasada num processo pedagógico que propicie maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o desenvolvimento de práticas transformadoras. Nesse contexto, o apoio matricial constitui uma importante ferramenta de trabalho e um mecanismo privilegiado de educação permanente em saúde. O apoio matricial está pautado na interprofissionalidade, trabalho em redes, atuação em território definido, compartilhamento de saberes, deliberação conjunta e cogestão. Além desses, também apresenta componente educador e formativo, uma vez que cria espaços de discussão, troca de saberes e reflexão para a prática. (BISPO JUNIOR, J.P; MOREIRA, D.C., 2017, p.2)

4.2.2 Categoria 2: Contribuição do apoio matricial para a prática na atenção primária em saúde

O quadro 3 foi construído principalmente a partir das respostas dos sujeitos da pesquisa ao seguinte questionamento: “Qual a contribuição do apoio matricial para a prática na atenção primária em saúde?”

Quadro 3: Categoria 2: Contribuição do apoio matricial para a prática na atenção primária saúde

Categoria	Indicador	Sujeito da Pesquisa	Trechos selecionados
<p>Contribuição do apoio matricial para a prática na atenção primária em saúde</p> <p>Pergunta-chave: “Qual a contribuição do apoio matricial para a prática da atenção primária à saúde?”</p>	<p>O apoio matricial propõe-se a garantir maior eficácia e eficiência aos atendimentos em saúde mental e dedica-se ao estabelecimento de autonomia dos usuários da saúde mental do SUS. Nesta concepção, a Política Nacional de Saúde Mental ressalta que para firmar-se a desinstitucionalização, torna-se imprescindível que os serviços substitutivos, neste caso: CAPS, ambulatórios de referência em saúde mental, residências terapêuticas, centros de convivência, emergências psiquiátricas em hospitais gerais e a assistência na atenção primária, constituam-se como uma rede que alicerce a assistência a ser ofertada aos usuários (SILVA, 2011). A autora esclarece ainda que nesse entendimento: “(...) o apoio matricial, por ser um instrumento interlocutor do</p>	E1	<p>“Ah bem grande né. Quando há pacientes de difícil introdução ao tratamento, que demoram para aderir ao tratamento sempre vem a equipe junto com a doutora L. e dão uma grande ajuda. Pacientes com mais gravidade eles sempre levam para lá para fazer consultas e fazem a consulta comigo aqui, a doutora também.”.</p>
		E2	<p>“Ah, já aprendi assim. É...eu já sei mais ou menos quando estão me enrolando, já não compro mais tudo que eles vendem, acho que um olhar um pouco mais crítico ajuda”.</p> <p>“Mas eu consigo questioná-los de uma forma mais...mais eficaz, assim sabe? Eu sei um pouco mais o que eu tenho que perguntar para eles. Que antes eu ficava muito perdida. Eu ficava perguntando aquele monte de coisa ...Agora eu sei que é uma pergunta importante. Eu sei de alguma forma indagar eles. Isso me dá mais segurança na hora de perguntar e eu consigo perguntar”.</p> <p>“Aprendi BASTANTE sobre medicação. Medicação sobre saúde mental. Sabia muito pouco, praticamente nada. Aprendi muito de medicação. O</p>

	<p>cuidado, facilita a intersectorialidade entre os serviços disponíveis da rede substitutiva do SUS” (SILVA, 2011, p. 21).</p>		<p><i>que interage com o que. E cada vez aprendo mais entendeu? Aí já pergunto mais. Percebo um crescimento nessa parte. Não só meu quanto da médica que participava de matriciamento”.</i></p>
		<p>E3</p>	<p><i>“Alguns casos resolve, outros a gente fica ainda com dúvidas de cometer condutas, de realizar essa conduta pra fazer o fechamento do caso, pra ficar mais estável o acompanhamento, mas eu acho que tá ainda no início, ao meu ver tá num caminho que tem que cumprir mais alguma coisa junto assim com a unidade básica de saúde mental pra fazer um fechamento maior assim, com maior resolutividade, é efetivo em alguns casos, mas outros a gente fica ainda meio balanceado, sem saber o que fazer”.</i></p> <p><i>“Isso sim, porque a gente começa a ter uma visão que a gente consegue resolver algum acompanhamento, nada aprofundado no caso do paciente, tá em contato mais próximo com ele, é uma conduta. Antes, o que acontecia, o paciente vinha, a gente atendia, a saúde mental era lá com o CAPS, hoje não, já está sendo de certa forma pelo modelo de centralização de compreender aquele caso, sendo da unidade, assim como outros pacientes que são atendidos e se envolver mais, eu diria, ter um envolvimento a mais junto com esse paciente pra tentar resolver dentro da unidade que ele faz parte, né, não precisa tá referenciando pra outro lugar, ele já entra como um paciente que tem diabetes, pressão alta, entra no CAPS sendo um paciente desse modelo também”.</i></p>
		<p>E4</p>	<p><i>“No último ano, que foi quando foi implementado o apoio matricial, a gente tem discutido os casos e esses profissionais que vêm conversar com a gente, eles nos orientam, nos direcionam quanto ao cuidado do paciente na atenção básica. Às vezes a gente recebe mil pacientes com a necessidade ou a gente discute o caso e a partir do que foi acordado, específico, no caso da equipe de atenção básica ou de saúde mental, a gente segue, então, com os cuidados”.</i></p>

		<p>E5</p>	<p><i>“Eu acho que tem auxiliado a nortear um pouco do acolhimento que eu faço, que é identificar os casos de risco, os casos que devem ser encaminhados para o atendimento especializado, porque têm que ser atendidos na unidade básica”</i></p>
		<p>E6</p>	<p><i>“É bem interessante, antes todo paciente que tinha indicação de psiquiatria acabava batendo no CAPS. Agora, metade deles a gente consegue resolver aqui na unidade. Minha relação com o CAPS é supertranquila, não tenho nenhuma queixa, não tenho o que questionar. Porque eu encaminho para o CAPS, quando eu realmente não tenho condições de atender. Para minha experiência é super enriquecedora esse matriciamento”.</i></p> <p><i>“No manejo. Consigo manejar melhor, tenho oportunidade de conversar com vocês, de passar em matriciamento. Agora eu lembrei, começamos em 2015, depois que voltei de Santo André, com a A...”.</i></p>
		<p>E7</p>	<p><i>“Muito importante, positivo”.</i></p> <p><i>“ficando o médico mais tranquilo, apoiado na melhor solução em função das intercorrências do que o paciente vai apresentar no meio do caminho”.</i></p>
		<p>E8</p>	<p><i>“O que acontece... há vários tipos de pacientes com um tipo de doença de saúde mental que precisam de um acompanhamento muito superior, de um especialista, um psiquiatra que... de repente, eu aqui no posto como um médico especialista leigo da comunidade não posso dar uma solução. Aí, eu preciso de um apoio, como esse tipo de apoio matricial, para facilitar que esse paciente melhore em sua doença e depois possa haver uma continuação no posto de saúde”.</i></p>

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

As respostas dos entrevistados revelam que, em suas concepções, o apoio matricial tem contribuído efetivamente para a promoção de um atendimento compartilhado e, por conseguinte, ampliado, tendo maior resolutividade, em decorrência do apoio que este serviço oferece, tanto na retaguarda assistencial, quanto como suporte técnico-pedagógico às equipes de referência.

As contribuições elencadas pelos entrevistados se encontram voltadas para: a possibilidade de atendimento individual ao usuário; interconsultas que favorecem um atendimento efetivo; melhoria no acolhimento ao usuário; maior envolvimento da equipe da atenção primária no cuidado dos usuários com problemas de saúde mental; orientações e encaminhamentos com maior assertividade; subsídios para solução de problemas e melhor manejo das situações clínicas em decorrência do atendimento especializado. Tais ideias vão ao encontro do defendido por Oliveira et al. (2018, p. 1036), os quais atestam que:

O apoio matricial entre as equipes é definido como um método de trabalho que visa assegurar um cuidado especializado, tanto no nível assistencial como técnico-pedagógico. Sendo assim, pressupõe, um cuidado compartilhado entre a equipe de referência (profissionais da atenção primária à saúde) e as outras equipes de especialistas da RAPS com a missão de agregar conhecimentos à equipe de referência, contribuindo para que aumentem sua capacidade de resolver algumas problemáticas existentes. O matriciamento tem por objetivo dar suporte técnico às equipes, bem como instaurar a corresponsabilização. No processo de construção conjunta do projeto terapêutico entre duas equipes (a de referência e a de apoio matricial), profissionais de várias especialidades compartilham seu saber quando se deparam com a realidade exposta.

Dado o exposto, podemos perceber a efetividade das contribuições do apoio matricial para o fortalecimento dos atributos essenciais da APS, pela materialização do cuidado do usuário na própria atenção primária. Acompanhando a verbalização dos entrevistados, percebe-se que alguns princípios da APS, ou seja, envolvimento mútuo (profissional e usuário) com a adesão aos cuidados e tratamentos, integralidade, longitudinalidade, critérios de encaminhamento e resolutividade, têm se fortalecido com o compartilhamento de conhecimentos propiciado pelo apoio matricial (STARFIELD, 2002). Por isso, vem se tornando um recurso cada vez mais utilizado pelos profissionais, tanto da APS quanto da rede especializada, uma vez que oferece subsídios para a resolutividade dos casos, além de fortalecer o vínculo dos usuários com profissionais que estão na ponta, no território, favorecendo assim o cuidado e ajudando a reinseri-los em suas comunidades.

4.2.3 Categoria 3: Potencialidades do apoio matricial

Esta categoria foi concebida principalmente a partir das respostas dos entrevistados à seguinte questão: “Quais as potencialidades (pontos fortes) do apoio matricial em saúde mental?”

Quadro 4: Categoria 3: Potencialidades do apoio matricial

Categoria	Indicador	Sujeito da Pesquisa	Trechos selecionados
Potencialidades do apoio matricial Pergunta-chave: “Quais as potencialidades (pontos fortes) do apoio matricial em saúde mental?”	O apoio matricial conta com profissionais especializados em diversas áreas, com a finalidade de avançar nos campos de atuação e lançando um “olhar sensível e clínico” objetivando o aperfeiçoamento da qualidade da assistência prestada ao usuário com transtorno mental. “Essa nova estratégia de cuidado em saúde mental modifica a forma de operacionalizar a referência e contrarreferência dos serviços de saúde, ou seja, a responsabilidade do cuidado ao usuário e de sua família será compartilhada entre a rede primária e a rede especializada em saúde mental. Por conseguinte, os encaminhamentos são reduzidos, devido à facilitação do contato direto entre os	E1	<i>“Impedir que casos de suicídio, de pessoas que sofrem com problemas psiquiátricos, depressão... E a gente acaba ajudando a melhoria de vida dessa pessoa, seu melhor convívio com os demais, você vê no semblante da pessoa quando ela esta muito melhor e o agradecimento dela por essa melhoria é o que faz a gente continuar. Isso, a equipe está sempre vindo aqui, a doutora L. e todos vocês, ajudam sempre que a gente precisa, a gente liga, conversa. Nos dão atenção na medida do possível. Então é um grande apoio”.</i>
		E2	<i>“ Acho que as interconsultas foram uma ferramenta muito útil...Acho que a gente ter conseguido que o psiquiatra do CAPS participasse foi um avanço muito grande pra gente poder fazer de fato um atendimento efetivo. Acho que a interconsulta ajuda muito”.</i> <i>“Eu acho que a maior potencialidade é quando a gente conseguir pegar um trabalho de fato juntos”.</i>
		E3	<i>“Dá mais segurança pra equipe da atenção básica no atendimento ao caso, isso também estimula que a gente vá atrás de maiores conhecimentos na área de psiquiatria. Eu vejo como um estímulo também para uma atuação maior da equipe em conjunto, não fica um atendimento só como enfermeira, o médico só como problema médico, o psicólogo só com o problema dele, não. O atendimento descentralizado da saúde mental fez a equipe mais interligada, mais comunicativa entre os próprios profissionais da unidade. Então, acho que no futuro vai encaminhar para o que a gente chama de trabalho em equipe mesmo, interdisciplinar, porque os profissionais têm que desenvolver junto, um só não consegue manter essa relação entre um e outro”.</i>

	serviços" *(SILVA, 2011, p. 2).		
		E4	<p><i>“Eu acho que o principal ponto, que eu considero mais importante, pois acaba sendo uma instrução permanente, o próprio apoio matricial. A gente conhece os casos, conhece coisas novas, condutas novas, que as vezes a gente não conhece”.</i></p> <p><i>“E aí tem a questão, enfim, de uma consulta conjunta, que pode sempre ocorrer, de facilitar o acesso do paciente ao serviço de saúde mental, mesmo que seja de uma forma indireta. Enfim, é mesmo uma assistência a saúde mental mesmo que indiretamente.</i></p>
		E5	<p><i>“Eu acho que ajuda bastante a gente conseguir manejar o paciente na unidade, para que ele não tenha que se deslocar para serviço especializado, para que ele crie vínculo com os profissionais da unidade, que é importante. Principalmente isso, um auxílio para a gente completar um vínculo e não olhar só a questão de saúde mental, porque no momento que ele vai para o CAPS às vezes ele deixa de frequentar a unidade, pode deixar de ter acesso a outras questões de saúde não relacionadas à saúde mental, que acabam ficando de lado e a questão também do paciente não precisar ter que se deslocar até outras unidades, ter o gasto com passagem e de outras questões que podem levar até ao abandono de acompanhamento, a faltas na frequência de atendimento, nesse sentido”.</i></p> <p><i>“Eu acho que aqui o da nossa equipe está funcionando porque agora a gente tem a médica que participa mais das reuniões e que traz também os casos, porque antes os médicos não participavam e a gente tinha essa dificuldade, que o médico atendia, encaminhava para o matriciamento e a gente tinha que fazer uma nova entrevista com o paciente, avaliar a situação de todos os pacientes que o médico [não especificava]. Então isso é uma coisa importante, que até quando a doutora tinha dúvidas, ela conversa com a doutora V., que é a psiquiatra que é referência da nossa equipe de matriciamento e otimiza muito os casos. Eu vejo que da forma que tem funcionado vai super bem, não tenho críticas a fazer do que possa ser melhorado, porque a equipe que está nos auxiliando é uma equipe boa, importante, que vem o pessoal da infância, do AD que agora está começando a vir, que isso é importante, que antes não vinha pessoal do AD junto, então isso é uma coisa que melhorou agora”.</i></p>

		<p>E6</p>	<p><i>“(...) bem importante a presença da psiquiatra, logo no início não tínhamos, e isso é perfeito e a presença do clínico geral também. É bem diferente quando a gente faz o matriciamento com o clínico geral e com a psiquiatra, ao invés de não ter esses profissionais. A gente ficava meio perdida”.</i></p>
		<p>E7</p>	<p><i>“O ponto forte é essa integração e empoderar o médico do posto, da atenção básica no sentido de ter apoio, ele tem um respaldo, discute o caso. Ele também se sente seguro no momento que ele precisa de um ajuste de medicamento, uma discussão ou até um retorno daquele paciente, ele está apoiado pelo matriciamento e não se sente sozinho nessas decisões. A saúde mental é muito mistificada pela atenção básica e isso vem ajudar a desmistificar a saúde mental e aproximar os profissionais, e quem ganha é o paciente”.</i></p>
		<p>E8</p>	<p><i>“Precisamente, aquele paciente que tem uma doença do tipo crônica e que tem um risco de ser suicida, aquele paciente que se há uma gravidade, no caso, se é tipo crônica ou um quadro agudizado, esse tipo de doença... e tipo violência física, violência social e um tipo de paciente aquele que o posto de saúde não pode dar o tipo de tratamento, e aí precisam de um apoio muito superior. Aqui no posto tem bastante casos desse tipo (...).”</i></p>

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

As publicações científicas que abordam temas relacionados ao apoio matricial apontam que essa ferramenta apresenta diversas potencialidades, o que pode ser constatado de fato nas respostas dos sujeitos da pesquisa, conforme apresentado no quadro 4.

O entrevistado E1 revela que:

“Impedir que casos de suicídio, de pessoas que sofrem com problemas psiquiátricos, depressão... E a gente acaba ajudando a melhoria de vida dessa pessoa, seu melhor convívio com os demais, você vê no semblante da pessoa quando ela está muito melhor e o agradecimento dela por essa melhoria é o que faz a gente continuar. Isso, a equipe está sempre vindo aqui, a doutora L. e todos vocês, ajudam sempre que a gente precisa, a gente liga, conversa. Nos dão atenção na medida do possível. Então é um grande apoio”.

Essa fala ilustra o potencial do apoio matricial em melhorar a efetividade da atenção, ao proporcionar, por meio da discussão de casos, um cuidado ampliado e uma melhor compreensão dos profissionais que atuam na APS sobre a atenção em saúde mental, qualificando a escuta aos usuários com a saúde mental fragilizada e promovendo um maior comprometimento da equipe na prevenção e no tratamento das diversas patologias, com seus variados graus de gravidade, que podem inclusive levar ao suicídio.

(...) os profissionais que realizam essas atividades coletivas e comunitárias devem ser sensibilizados, ou mesmo acompanhados em atividade compartilhada de matriciamento, de modo a oferecer espaço de escuta e de acesso da população aos serviços da unidade. Dessa forma, amplia-se o escopo de atenção, propiciando diagnóstico precoce de diversas morbidades, inclusive as relacionadas ao transtorno mental (prevenção secundária) (CHIAVERINI, 2011, p. 60).

Por sua vez, percebemos, por meio das respostas dos entrevistados E3 e E4, a importância da troca de saberes oportunizada pelos encontros do apoio matricial, contribuindo para um maior empoderamento da equipe da APS em relação à sua atuação na área da saúde mental. Igualmente enfatizam que, com o matriciamento, perceberam um estímulo ao trabalho em equipe, proporcionando também novos conhecimentos e formas de cuidado.

“Dá mais segurança pra equipe da atenção básica no atendimento ao caso, isso também estimula que a gente vá atrás de maiores conhecimentos na área de psiquiatria. Eu vejo como um estímulo também para uma atuação maior da equipe em conjunto, não fica um atendimento só como enfermeira, o médico só como problema médico, o psicólogo só com o problema dele, não. O atendimento descentralizado da saúde mental fez a equipe mais interligada, mais comunicativa entre os próprios profissionais da unidade. Então, acho que no futuro vai encaminhar para o que a gente chama de trabalho em equipe mesmo, interdisciplinar, porque os profissionais têm que desenvolver junto, um só não consegue manter essa relação entre um e outro” (ENTREVISTADO E3).

Sobre a importância do trabalho interprofissional, nos dizem Analice Santos e Marcelo Vecchia (2016):

“O trabalho em equipe torna-se fundamental para cumprir um dos principais objetivos do SUS, a integralidade, pois possibilita a articulação de diversos saberes, abrindo, assim, novas possibilidades de construção que não seriam possíveis se o trabalho se desse de forma individualizada. Os trabalhadores requerem os conhecimentos uns dos outros, com a intenção de promover um trabalho que possa atender a comunidade de modo ampliado, superando uma visão fragmentada de atenção à saúde e promovendo equipes que pensem as suas práticas a partir das necessidades dos usuários”.

Podemos também identificar, nas respostas de alguns entrevistados, que os mesmos revelam um estranhamento ao falar de espaços informais para educação permanente. Observa-se, assim, que ainda prevalece uma concepção mais cartesiana da aprendizagem, confundindo educação continuada, a qual tem uma conformação mais estruturada e formal, com educação permanente, que se dá nos espaços de trabalho, no cotidiano da atividade.

“Eu acho que o principal ponto, que eu considero mais importante, pois acaba sendo uma instrução permanente, o próprio apoio matricial. A gente conhece os casos, conhece coisas novas, condutas novas, que as vezes a gente não conhece... Mas eu acho que o mais importante do apoio matricial acaba sendo essa educação permanente que as vezes fica meio que... não ficando... debaixo dos panos, mas de forma escondida”.
(ENTREVISTADO E4).

Sobre esse tema, nos diz Falkenberg (2013)

"Assim, é necessário que os serviços de saúde revejam os métodos utilizados em educação permanente, de forma que seja um processo participativo para todos. Ela tem como cenário o próprio espaço de trabalho, no qual o pensar e o fazer são insumos fundamentais do aprender e do trabalhar".

Segundo Merhy (2005), os espaços de trabalho que estejam comprometidos também com a educação permanente precisam ter a pulsão para gerar no trabalhador, em seu fazer diário de produção do cuidado em saúde, reflexões da sua prática, em seu cotidiano, o que implicaria em uma capacidade de problematizar a si mesmo e ao seu agir.

Ainda assim, os entrevistados destacam encontrar na "instrução" permanente propiciada pelo apoio matricial um subsídio fundamental para atuações proativas no atendimento de usuários, bem como para a desmistificação da doença mental. Comungando com essa premissa, Chiaverini (2011, p. 61) declara que:

A educação em saúde mental deve ocorrer de forma longitudinal no processo de matriciamento com base nas questões e problemáticas cotidianas e utilizando métodos variados. A reunião de equipe da ESF é um espaço precioso para a discussão de temas relacionados à promoção de saúde e à desconstrução dos preconceitos relacionados ao adoecimento

psíquico, por meio, por exemplo, de leitura de textos, discussão de casos e planejamento conjunto de atividades de grupos variados.

Ilustrando, trazemos a fala do entrevistado E7:

“O ponto forte é essa integração e empoderar o médico do posto, da atenção básica no sentido de ter apoio, ele tem um respaldo, discute o caso. Ele também se sente seguro no momento que ele precisa de um ajuste de medicamento, uma discussão ou até um retorno daquele paciente, ele está apoiado pelo matriciamento e não se sente sozinho nessas decisões. A saúde mental é muito mistificada pela atenção básica e isso vem ajudar a desmistificar a saúde mental e aproximar os profissionais, e quem ganha é o paciente” (ENTREVISTADO E7).

4.2.4 Categoria 4: Fragilidades do apoio matricial

A categoria 4 foi delineada principalmente a partir das respostas à questão: “Quais as fragilidades (pontos a desenvolver) do apoio matricial em saúde mental?”

Quadro 5: Categoria 4: Fragilidades do apoio matricial

Categoria	Indicador	Sujeito da Pesquisa	Trechos selecionados
Fragilidades do apoio matricial Pergunta-chave: “Quais as fragilidades (pontos a desenvolver) do apoio matricial em saúde mental?”	Existem alguns obstáculos que impedem a operacionalização do apoio matricial, entre os quais podemos citar: a reduzida aceitação dos profissionais implicados nesse processo, a falta de uma estrutura efetiva e ainda, a ausência de capacitações permanentes ofertadas a estes servidores, que é um dos fatores elementares para que qualquer atendimento de saúde seja plenamente efetivado. Vários artigos sobre saúde mental na APS destacaram obstáculos estruturais. Entre os principais pontos, constataram: sobrecarga dos profissionais e superlotação dos serviços, pela baixa cobertura de serviços de saúde mental e da ESF; carência e alta rotatividade dos profissionais na APS, que, possivelmente, podem ser	E1	<p><i>“Bom, até o momento isso seria a falha para mim. A falta de colaboradores, falta profissionais”.</i></p> <p><i>“De uma equipe, é só uma equipe, deveríamos ter mais psiquiatras, mais psicólogos, mais pessoas incluídas nessas equipes, porque a demanda é muito grande e acaba que os pacientes que precisam de um atendimento mais específico, com uma psiquiatra e um psicólogo acabam não tendo essa oportunidade. E a gente tem que se virar nos trinta”.</i></p>
		E2	<p><i>“Eu acho que a gente tinha que conseguir uma visão maior da equipe”.</i></p> <p><i>“Agora já não consigo mais que o técnico participe mais. O serviço nos absorveu de uma tal maneira, porque eu não consigo mais que saiam da sala, pra ficar no matriciamento... que saiam do serviço pra vir pra sala pra participar. Que no início eles entravam na sala, agora já não consigo mais”.</i></p> <p><i>“Mas, sei lá, porque a gente não consegue ainda que elas tenham o envolvimento de fato. Que a gente tenha um vínculo com a causa”.</i></p> <p><i>“...e eu acho que falta a gente se capacitar mais, eu acho que a gente tinha que conseguir encontrar instrumentos de capacitação pra todos, pra que a gente tenha uma segurança no que a gente ta fazendo. E eu acho que quando a gente tiver mais segurança no que a gente ta fazendo, a gente vai fazer melhor, né? Eu acho que</i></p>

	<p>atribuídas às condições de trabalho, à falta de perfil profissional e à forma de contratação; rigidez na agenda dos profissionais e cobrança por produtividade, faltando espaço para a reflexão sobre o processo de trabalho e o trabalho conjunto; e as mudanças nos modelos de organização dos serviços de uma gestão para outra (DELFINI, REIS, 2012; ONOCKO CAMPOS et al., 2011).</p>		<p><i>falta segurança”.</i></p> <p><i>“Eu me senti mais segura com o apoio matricial, só que ele não instrumentaliza tanto. Entende? Eu acho que faltava a gente ter mais uns cursos.</i></p> <p><i>“Eu acho que a nossa maior fragilidade é que a gente não consegue chegar no serviço do outro, sabe? A gente consegue se aproximar com uma certa distância, não sei se você consegue me entender”.</i></p> <p><i>“A gente tem que conseguir sensibilizar de uma outra forma. O que eu acho que falta assim é ter empatia com a causa. Porque eu acho que a saúde mental sempre foi marginalizada”.</i></p>
		E3	<p><i>“Isso causa um espaço as vezes grande, entre um atendimento e outro, tem que resgatar quando volta, pra enfermeira tem que fazer o resgate de todo o histórico do paciente, colocar ele numa rede... ainda tem essa fragilidade, acho que é uma comunicação que não tá adequada ainda”.</i></p> <p><i>“(,..) o maior problema da participação é na questão médica, teria que fechar a agenda dele pra poder fazer a discussão do caso em conjunto”.</i></p> <p><i>“(..) outra questão também é da fragilidade também as vezes, dependendo do caso, o matriciamento ser de quinze em quinze dias dificulta um pouco, porque no caso assim pra esperar discutir o caso, aí o paciente veio hoje e daqui a quinze vai ser discutido pra depois ir atrás do paciente, marcar consulta pra ser reavaliado com o médico da unidade e depois ele retorna pro matriciamento, as vezes demora quase um mês pra poder (...)”.</i></p> <p><i>“Um dos pontos fracos que eu sinto é esse, mais comunicação mesmo entre os profissionais. Um conjunto, todo mundo participar do matriciamento. Tem que tá com espaço reservado pra discutir o caso, a visão também do enfermeiro é diferente às vezes do médico, é diferente do psiquiatra que atendeu lá no CAPS”.</i></p>

		E4	<p><i>“O outro ponto fraco, eu acho que é o tempo muito curto...A gente demora em torno de uma hora, mais ou menos. E cada vez mais tem aumentado a demanda. Inclusive agora, no ultimo matriciamento as gurias saíram daqui em cima do laço, porque cada vez mais tem aumentado a demanda e a gente acaba discutindo muito rapidamente”.</i></p> <p><i>“E a outra fragilidade, que eu avaliei sozinha, foi que estava só eu participando e por isso que eu to trazendo o resto da equipe”.</i></p> <p><i>“(...) a gente ficou muito tempo sem matriciamento, porque não tinha carro, precisamos de um carro. A gente ficou o verão todo, eu acho. Mas eu acho que é isso. E eu acho que a fragilidade, não do matriciamento, mas do próprio serviço de assistência, é a própria educação permanente, que a gente não tem e a gente, na verdade no dia a dia e gente vira automático, a gente acaba lidando no automático, não se atualiza, não relê muita coisa, isso eu acho que a gente tem que, não só na atenção básica (...)”.</i></p>
		E5	A entrevistada não apresentou nenhuma fragilidade.
		E6	<p><i>“Eu acho que uma vez por mês é pouco, a gente teria que pelo menos fazer umas duas vezes por mês. Eu acabo entrando em contato com vocês mais seguido, o melhor é que fosse no mínimo duas vezes por mês, com a presença do psiquiatra também”.</i></p>
		E7	<p><i>“Vou falar pelos dois lados: já trabalhei na saúde mental e na saúde básica; Desmistificar (mais) a saúde mental. Que podem ser tratado assim como um paciente da gineco, que é da reumato, consulta no seu posto de bairro. Da equipe. Dizem: o paciente da saúde mental tem que ser do CAPS. O matriciamento tem essa grande valia, de estar aqui desmistificando isso. O clínico, o pediatra, eles compõem a rede, e o paciente não é candidato mental efetivo do CAPS.”</i></p>

		E8	<i>“Não é em todo caso que funciona o apoio matricial. Você teria um caso com risco suicida, vários casos em que realmente o apoio matricial é necessário. Eu encaminho para o CAPS, falo com a enfermeira e com a equipe do CAPS sobre o risco do suicida. Se chega no CAPS, eles não avisam”.</i>
--	--	----	---

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Os discursos dos entrevistados apontaram uma série de fatores considerados como fragilidades do apoio matricial, dentre os quais destacamos: número reduzido de profissionais, tanto na equipe da APS, dificultando que um maior número de profissionais possa participar do apoio matricial, quanto de especialistas em saúde mental; dificuldade do trabalho compartilhado em equipe, pelo aumento da demanda que absorve a todos, impossibilitando momentos de trocas; estrutura física precária; recursos materiais insuficientes; encontros presenciais de apoio matricial infrequentes e com duração muito curta, em contraponto ao aumento da demanda nos atendimentos em saúde mental. Tais percepções são evidenciadas em grande parte na pesquisa de Machado e Camatta (2013, p. 228-229):

Entre os aspectos negativos levantados após análise dos artigos, destacam-se a falta de uma rede de saúde que proporcione maior diálogo entre os atores envolvidos no processo de cuidado; dificuldade dos trabalhadores em compreender a real utilização do matriciamento, criando obstáculos para sua implantação; e capacitação precária ou, por vezes, inexistente dos profissionais, tanto da Atenção Básica, quanto da Saúde Mental.

Entretanto, apesar de tais fragilidades os mesmos autores (Ibidem, 2013) revelam que o matriciamento, por meio do compartilhamento e da corresponsabilização de casos, apesar de alguns percalços e fragilidades que dificultam sua implantação, é considerado uma relevante ferramenta de interlocução entre o serviço especializado em saúde mental e a atenção primária e, deste modo, ações devem ser priorizadas para que este se efetive como um serviço que atenda ao usuário alicerçado pela qualidade e por um olhar humanizado.

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) pautava que o trabalho em saúde mental deve dar-se primeiramente em território, reforçando assim o vínculo do usuário com a equipe de referência da APS. Com isso, o olhar dos técnicos pode fazer-se de forma ampliada, promovendo um cuidado à saúde de forma integral na comunidade.

Acerca disso, temos na pesquisa de Lima & Dimenstein (2016):

"Com a perspectiva da integralidade e da desinstitucionalização, as equipes da Atenção Básica, também inscritas na lógica da Estratégia Atenção Psicossocial (Eaps), devem incluir ações de saúde mental em suas agendas. Se o trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família vem sinalizando para o encontro cotidiano com demandas de saúde mental, é reconhecida, porém, a dificuldade – muito intimamente ligada aos preconceitos e ao estigma da chamada doença mental – de realizá-lo de forma a responder satisfatoriamente às demandas que lhes são dirigidas. Na realidade do país, observa-se pouca resolutividade das equipes da Atenção Básica, por resistências e fragilidades na corresponsabilização, na apropriação e no acompanhamento dos usuários com demandas de saúde mental pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Isto se reforça

por essas demandas serem tradicionalmente consideradas de responsabilidade exclusiva dos serviços de saúde mental."

Outro tema também abordado pelos entrevistados diz respeito ao preconceito em relação à saúde mental, ainda presente entre profissionais da atenção primária. Esse preconceito contribui para que se percebam, segundo eles próprios, não habilitados para manejar usuários com tal fragilidade.

Para que a sociedade possa lidar com as formas diferentes de sofrimento psíquico, ou com sofrimentos de qualquer natureza, é necessário que o sistema de saúde o enxergue sem preconceitos, considerando simplesmente as condições como ser humano, abandonando a concepção de cura e adotando a concepção de cuidado, fundamentada na humanização e na subjetividade dos seres psíquico imersos no contexto social, como propunha a Reforma Psiquiátrica. É assim que se busca a atenção integral necessária a qualquer tipo de sofrimento. Dessa forma, para almejar a atenção integral, o enfermeiro da ESF deve buscar a multidisciplinaridade, a interdisciplinaridade, os recursos materiais e os recursos da comunidade. (Amarante AL, Lepre AS, Gomes JLD, Pereira AV, Dutra VFD; 2011)

Ainda sobre a importância da participação de todos da equipe nas discussões de casos e apoio matricial, a fim de ampliar o olhar para as diversas dimensões do ser humano, nos trazem os autores Fabiane Minozza e Ileno Costa (2013):

O trabalho em equipe é considerado determinante para o rompimento das práticas asilares, atuando como uma das formas de enfrentar a fragmentação do trabalho e do sujeito, rumo à integralidade do cuidado. Nesse sentido, a construção do novo modelo de atenção em saúde mental pressupõe uma atuação mais plural e integral por parte dos profissionais e uma multiplicidade de enfoques. Dessa forma, a equipe é um dos atores principais dessa configuração. Potencializam-se espaços como o da reunião de equipe, para que a palavra possa circular entre todos os integrantes, a fim de que haja reflexão sobre o trabalho coletivo e para que os conflitos existentes possam emergir e ser trabalhados. Entende-se que o trabalho em equipe é fundamental para que o apoio matricial se efetive na lógica da atenção psicossocial.

4.2.5 Categoria 5: Sugestões para melhoria do apoio matricial

Para esta categoria, foram analisadas as respostas a todas as questões da entrevista, fazendo-se um apanhado das ideias veiculadas no sentido de contribuir para melhorar o trabalho do matriciamento.

Quadro 6: Categoria 5: Sugestões para melhoria do apoio matricial

Categoria	Indicador	Sujeito da Pesquisa	Trechos selecionados
Sugestões para melhoria do apoio matricial	Cabe, portanto, aos gestores a tarefa de implantar o NASF e, aos profissionais e à comunidade, cobrar desses gestores a funcionalidade desse dispositivo que surge para fortalecer o matriciamento. Cabe também aos trabalhadores e aos usuários exigirem que o apoio matricial funcione como articulador entre a saúde mental e a atenção primária, propiciando, assim, o favorecimento de trocas de saberes, de compartilhamento no cuidado, de corresponsabilização e, principalmente, de uma atenção mais humanizada. Além disso, a partir do momento em que todos os trabalhadores da saúde passarem a utilizar o apoio matricial efetivamente como uma nova maneira de produzir saúde de forma compartilhada, permanecendo a	E1	<i>“Talvez tentarem ouvir mais os familiares, junto com a primeira consulta de avaliação (...) porque às vezes o paciente reclama de uma coisa aqui e a gente manda para lá e (-os familiares) escutam de outra forma. Não entendem o que o paciente está querendo dizer e acabam desistindo de falar, por medo, por ver que não olharam para ele estranho. Talvez um olhar mais humanizado”.</i>
		E2	<i>“É verdade. A gente tem que conseguir sensibilizar de outra forma. O que eu acho que falta assim é a gente ter empatia com a causa. Porque eu acho que a saúde mental sempre foi marginalizada. “Eu acho. Fortalecer o vínculo pra gente conseguir enxergar... por exemplo, hoje eu consigo enxergar melhor. Entender que o CAPS também tem problemas. Que, tipo, não ficam com o paciente, não é porque não querem. A gente tem que aprender a dividir paciente. Porque se eu não consigo absorver trinta mil pessoas da minha área com a minha médica, como é que os dois médicos do CAPS vão cobrir cem mil habitantes. Acho que é falta de ter esse vínculo, essa empatia de um serviço com o outro, acho que é dessa coisa de que “Ah tenho que mandar pra lá”.</i>
		E3	<i>“Do apoio acho que seria mais a questão de uma educação pros profissionais junto aqui com matriciamento, porque o que acontece aqui muitas vezes o médico não sabe como ter uma conduta com o paciente. O matriciamento vem e muitas vezes só os enfermeiros participam, são</i>

	<p>responsabilização pelo usuário com a atenção primária, contribuiremos para reforçar a importância da Estratégia de Saúde da Família (MACHADO e CAMATTA, 2013, p. 228-229).</p>		<p><i>questões muito de medicações, então eu acho que toda equipe faça o matriciamento, toda equipe participar junto e discutir em conjunto, porque senão é um passa, repassa. É um profissional que ouve que vai passar pro outro e fica no “disse me disse. E às vezes são muitos pacientes que vêm referenciados da saúde mental pra saúde básica. Pra não ter uma confusão e às vezes é questão de conduta médica, não ficar o enfermeiro como interlocutor disso. Eu acho que todos os profissionais deveriam tá atuantes no matriciamento”.</i></p> <p><i>“Se volta pro CAPS, se não volta, se marca um acolhimento na saúde mental já que não conseguiu resolver, um dos contrários que eu sinto é esse. (...) o fluxo tem que estar mais estabelecido pros profissionais nas Unidades terem mais segurança”.</i></p> <p><i>“No conhecimento médico, melhorar a conduta”.</i></p>
		E4	<p><i>“Eu acho que eu falho poucas vezes, que a gente está tendo uma vez por mês, só. E, bom, de vez em quando a gente não tinha caso para discutir, mas se tem caso pra discutir a gente discute e se não tem a gente podia estudar alguma coisa, sei lá, fazer desse um momento de encontro da equipe, de acertar condutas, que às vezes a gente fica meio perdido. Mas eu acho que deveria ter pelo menos duas vezes por semana”.</i></p>
		E5	<p><i>“Se tivesse mais casos, eu acho que seria bom a gente fazer mais vezes, mas eu acho que uma vez no mês a frequência é suficiente, o que a gente fez agora foi ampliar de uma para duas horas a reunião, que foram modificações que aconteceram recentemente e que estão sendo importantes. Se tinha alguma coisa a se melhorar teria que ser o tempo de matriciamento, mas como aumentou uma hora, agora já está suficiente (...) E eu não vejo outras questões que tenham que ser melhoradas, porque sempre que você tem a necessidade de antes do matriciamento de discutir algum caso, a gente liga por telefone e conversa, discute os casos e se resolvem as coisas”.</i></p>
		E6	<p><i>“Eu quero uma psicóloga aqui pro posto, que faça parte da equipe. A gente tem fragilidade. Não é todo caso que posso mandar pra estagiária. Não é</i></p>

			<i>qualquer situação que posso mandar pras estagiárias. Na verdade, o estágio delas é prevenção, elas acabam atendendo a parte clínica também, porque a gente tem uma demanda muito grande”.</i>
		E7	<p><i>“Uma coisa que é fundamental é a presença do médico no horário do matriciamento”.</i></p> <p><i>“Aproximar os médicos. (...) do encontro de matriciamento. Muitos não sabem o que é o matriciamento, como funciona ou é uma coisa muito vaga: “saúde mental, tenho algum colega que gosta de trabalhar”, então já passa aquele paciente pro colega, “pode me passar um caso de reumato mas não me passa um caso de saúde mental.” Então desmistificar, tentar quebrar isso, e o matriciamento tem um papel fundamental nessa aproximação, não é fragmentada, é um todo. O paciente pode ter hipertensão, pode ser da saúde mental, ele é único”.</i></p> <p><i>“Eu acho que o matriciamento vem sendo rico. Melhoraria se, cada vez mais, as pessoas que estão na Atenção Básica conseguissem participar do matriciamento”.</i></p>
		E8	<p><i>“É preciso um matriciamento não somente com aquele paciente como indivíduo, devendo estar alguma pessoa tipo um familiar junto com aquele paciente. Porque em geral o paciente com risco de suicídio não pode falar. O paciente vem, fala com a psiquiatra, mas, na realidade, não se conhece como é a família nem como é esse conjunto”.</i></p> <p><i>“Às vezes, o paciente não fala, não se dá valor... e dai só o que toma no tratamento é o que fala o paciente, mas é preciso ouvir o que fala a família, saber o que está acontecendo junto com a família”.</i></p> <p><i>“Sobretudo, planejar bem esse tipo de momento. Planejar esse momento com esse tipo de paciente, ter um prontuário comprido com a ficha do paciente, com todos os medicamentos certos, ter uma psicóloga que tem um atendimento no posto e, outra coisa é, sobretudo, a vida familiar, o ambiente onde moram as pessoas que contribuam também”.</i></p>

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Os entrevistados verbalizaram as seguintes sugestões, que ponderaram como primordiais para a melhoria do apoio matricial: participação e escuta dos familiares dos usuários nos atendimentos; olhar e cuidado mais humanizado no manejo aos usuários; fortalecimento dos vínculos entre as equipes especializadas e básicas (rede), bem como entre profissionais e usuários; ampliação dos espaços para educação permanente; planejamento dos atendimentos de casos mais complexos; e fomentar maior participação dos profissionais da equipe de APS nos encontros de apoio matricial; e promover ações que ajudem a desmistificar a atenção à saúde mental na APS .

Cumpramos evidenciar que as questões levantadas reforçam a constante necessidade da humanização no cuidado aos usuários, considerando que estes já se encontram em sofrimento mental, situação que por si só já os deixa fragilizados.

Machado e Camatta (2013, p. 30) nos chamam a atenção ao fato de que se torna imprescindível que o poder público idealize políticas públicas que contemplem o apoio matricial e ainda: "(...) a necessidade da implantação de medidas que consolidem o apoio matricial como uma estratégia de qualificação do cuidado em saúde que atenda às necessidades dos sujeitos e que esteja assegurada enquanto uma política de saúde", sendo que esse cuidado humanizado tende a se desenvolver no matriciamento pela elaboração reflexiva das experiências feitas dentro de um contexto interdisciplinar em que cada profissional pode contribuir com um diferente olhar, ampliando a compreensão e a capacidade de intervenção das equipes.

Ainda sobre o trabalho em rede, sobre reconhecer o trabalho do outro, Gastão Wagner (Wagner,2012), fez uma leitura que continua atual e pragmática, abordando a dinâmica nos serviços de saúde:

"Então, a ideia do apoio matricial é muito isso. O interprofissional, a relação interprofissional em rede. Somos acostumados com regulação, é computador que regula, é a norma, é referência e contra referência, manda pra cá, manda pra lá e interconsulta sendo no mesmo serviço, o ortopedista fala, esse cara aqui é doido, chama a psicóloga, pede uma interconsulta, escreve, leva três meses, dois meses, em 15 dias já se matou, suicidou-se, já pulou do terceiro andar, já foi embora, não aderiu ao tratamento. Vem a psicóloga faz, escreve, o ortopedista já foi embora, já é outro, já não está aí. Desse modo, não cria esse espaço coletivo interprofissional. Então a ideia do apoio matricial é personalizar essas relações, criar uma dinâmica de interação dialógica, reconhecendo o núcleo e o papel de cada um, as diferenças. Só é possível trabalhar em cogestão, fazer apoio se reconhecêssemos o outro como pessoa, isso é Gandhi, se eu acho que o outro tem valor de uso, valor de uso é um negócio bem pragmático, ortopedista tem algum? Sim, nós precisamos de ortopedista, apesar de a

maioria agir apenas na dimensão do biomédico. Por outro lado, o ortopedista precisa reconhecer que o psicólogo tem valor de uso, estou falando porque é polo. Se nós achamos que o outro não vale nada, não tem cogestão, não tem apoio, mais do que valer alguma coisa, reconhecer como pessoa é reconhecer que se precisa do outro em alguma medida e que é possível construir certo grau de confiança e que, apesar disso, teremos diferenças e atritos. Tem de ter certo cuidado com o outro, porque, se alguém abaixar a guarda, há risco de assédio, de poder dominar. Vocês viram que eu não uso muito o conceito de empoderamento. É perigoso isso, porque a diminuição da assimetria passa por aumentar a capacidade de análise, decisão e deliberação dos vários grupos, ou seja, passa por certo empoderamento."

Quando os entrevistados trazem também como sugestão a inclusão de familiares participando de encontros de apoio matricial, temos um polo inovador a ser pensado como estratégia de psicoeducação à família-comunidade, integrando o conhecimento também do familiar para um entendimento social ampliado que interfere diretamente na saúde da população. Sobre isso, nos falam Martins & Lorenzi (2016):

"Assim, torna-se possível entender a construção desse cuidado como parte de um momento interativo. Essa compreensão chama atenção para o potencial de cada encontro dentro do serviço e de suas consequências para as relações entre familiares e profissionais, quando fatos cotidianos transformam significativamente a experiência de participar de um tratamento. A descrição dessa forma de participação da família no tratamento reforça a utilização de estratégias de psicoeducação como benéficas para os familiares. Conforme já citado, a criação de programas que visam a levar didaticamente informações às famílias tem sido uma preocupação dos profissionais da área. Segundo descrevem algumas narrativas produzidas nesta pesquisa, o acesso à informação especializada – possibilitado mediante a participação da família no tratamento – ajuda os familiares na produção de estratégias cotidianas de cuidado para com o familiar. Além disso, esse conhecimento muitas vezes transforma a natureza da relação entre paciente e familiares, com o entendimento de que determinados comportamentos estão associados a sintomas de uma patologia que, muitas vezes, não estão sob o controle da própria pessoa".

4.3 ANÁLISE DOS DADOS DOCUMENTAIS

O quadro 7 mostra a quantidade de usuários encaminhados pela APS ao CAPS para acolhimento. Após entrevista de acolhimento, onde um especialista em saúde mental verificava junto ao usuário qual sua real demanda, ficava registrado no livro (DESTINO) se o usuário permaneceu no CAPS ou foi encaminhado para outro serviço da rede que melhor atenderia sua necessidade (ex: demandas sociais, atestados, vale transporte).

Quadro 7: Encaminhamentos de acolhimentos da APS para serviços especializados em saúde mental.

Ano	Número de usuários encaminhados da APS	Destino CAPS	Destino Consulta médica para atestado	Destino Outros serviços municipais ou da rede	Sem registro do destino
2015	101	42 (41,6%)	39 (38,6%)	20 (19,8%)	-
2016	192	96 (50%)	22 (11,5%)	19 (9,9%)	55 (28,6%)
2017	172	73 (42,4%)	88 (51,2%)	11 (6,4%)	-

Diferentemente do que se imaginava no CAPS II de Guaíba, o levantamento documental mostrou um aumento nos números absolutos de encaminhamentos originários da APS para o serviço especializado em saúde mental. Pode-se inferir que, com os encontros de apoio matricial, houve uma aproximação dos serviços e consequente aumento do acesso aos serviços especializados. Por outro lado, não se confirmou uma expectativa inicial de que instrumentalizando a APS para lidar com demandas em saúde mental, diminuiriam os encaminhamentos, o que pode ser corroborado pela análise dos percentuais da coluna " DESTINO CAPS" nos anos de 2015 e 2017 , os quais não mostraram nenhuma tendência clara de mudança nos percentuais.

Registramos aqui que em 2016, conforme medida provisória 739/2016, INSS iniciou a revisão dos benefícios concedidos para a população. Segundo publicações na mídia:

O Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) publicou no Diário Oficial da União (DOU) portaria com procedimentos relacionados à revisão administrativa dos benefícios auxílio-doença e aposentadoria por invalidez que foram restabelecidos por decisão judicial. O pente-fino na concessão desses dois benefícios foi anunciado pelo Governo Michel Temer no início de julho e está previsto na Medida Provisória 739/2016. (Site Estadão - nov. 2016)

Tal medida provocou uma corrida dos usuários em benefício no INSS e aposentados às unidades de saúde em busca de atestados que comprovassem sua doença e uma possível incapacidade de retorno ao trabalho. Os médicos da atenção primária, por sua vez, encaminhavam esses usuários ao serviço especializado, solicitando uma avaliação psiquiátrica. Em entrevista de acolhimento, o usuário verbalizava sua demanda por um atestado para a perícia do INSS, não demonstrando necessidade de um cuidado em saúde mental. Supõe-se ser esse um motivo do aumento observado no volume de encaminhamentos em 2016.

Salienta-se aqui também que a análise do ano de 2016 mostra-se prejudicada devido ao não registro de "DESTINO" para 55 usuários encaminhados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados desta pesquisa, quando sistematizados, trazem mensagens-chave em cada categoria. A disposição desse conteúdo em um quadro resumo (quadro 8) auxiliará, de forma breve e visual, na assimilação das mensagens finais deste estudo.

Quadro 8: Quadro-resumo com as mensagens-chave construídas a partir da análise em cada categoria

Categorias	Mensagens-chave
1 - Entendimento sobre apoio matricial	Apoio matricial significa trabalho em equipe
	É o apoio da equipe especializada para a atenção primária
	É a discussão de casos de saúde mental
	É uma forma de aproximação entre as equipes da APS e do CAPS
	Suporte, segurança e tranquilidade para os profissionais da APS
2 - Contribuição do apoio matricial para a atenção primária	Fortalecimento do vínculo do usuário na APS
	Melhor adesão do usuário aos tratamentos
	Maior resolatividade na APS
	Fortalecimento do trabalho em equipe
	Melhor manejo, conduta / cuidado aos usuários
3 -Potencialidade do apoio matricial	Estímulo constante ao estudo / educação permanente
	Potencializa o trabalho em equipe / interdisciplinaridade
	Provê apoio à equipe da APS, proporcionando um cuidado mais efetivo e integral
	Fortalece vínculo do usuário na APS
4 - Fragilidades do apoio matricial	Promove a integração entre as equipes da APS e do CAPS
	Auxilia na desmistificação da atenção em saúde mental na APS
	Sobrecarga de trabalho da equipe da APS, impossibilitando participação nos encontros de matriciamento
	Comunicação pouco efetiva entre as equipes e serviços envolvidos
	Preconceito dos profissionais da APS com saúde mental
	Infraestrutura precária
	Poucos profissionais na equipe de apoio matricial
	Não instrumentaliza o suficiente a equipe de APS
	Participação de poucos da equipe da APS nas reuniões de apoio matricial
	Reuniões longas de matriciamento devido e menor frequência
	Pouca frequência dos encontros de matriciamento
	Fortalecer a rede de atenção em saúde mental e a integração entre os serviços
	Participação de mais profissionais da equipe da APS no apoio matricial
5 – Sugestões para melhoria do apoio matricial	Apoio da gestão para as reuniões do apoio matricial (fechar agendas de atendimento – espaço protegido)
	Educação permanente em saúde mental para APS
	Promover ações que ajudem a desmistificar a atenção em saúde mental na APS
	Incluir abordagem familiar nos atendimentos do matriciamento

O apoio matricial é um processo dinâmico que ganha vitalidade ao se caracterizar como parte integrante do cotidiano da APS e dos serviços especializados. Fica evidente nesta investigação a importância do apoio matricial para possibilitar a atenção aos usuários da saúde mental nos serviços de APS. Os profissionais se sentem mais preparados para acolher e manejar as demandas nessa área, no momento em que se tornam possíveis as orientações e trocas com o serviço especializado. Por meio da análise documental, percebeu-se que não houve alteração significativa no percentual de encaminhamentos de usuários da APS para acolhimento no CAPS. Pode-se aqui considerar que dois anos não sejam tempo suficiente para realmente mudar o número de encaminhamentos.

No entanto, mostrou-se ainda incipiente a participação de todos da equipe da APS, ou da maioria, nos momentos do apoio matricial, quer por falta de identificação de alguns profissionais da APS com a área da saúde mental, quer por dificuldade de conciliação de agendas, devido ao volume de demandas e ao posicionamento atual da gestão da APS de priorização nos atendimentos clínicos. É possível sinalizar que os profissionais da APS de Guaíba valorizam os encontros de apoio matricial em saúde mental, percebem sua importância, entendendo fazer-se necessário o envolvimento dos demais integrantes da equipe que ainda não participam

Percebeu-se ainda uma dificuldade de muitos profissionais em identificarem que um dos objetivos do apoio matricial é servir-se dos encontros como ferramenta de educação permanente, caracterizando ainda a atividade matricial somente como pauta para discussão de casos, como se isso por si só já não fosse um momento para troca de saberes e consequente educação. Como se vê, tal percepção se mostra ainda limitada, reforçando a necessidade de que a APS, e por que não dizer a RAPS, ampliem o entendimento acerca do apoio matricial, de modo a explorar melhor seu potencial enquanto ferramenta de construção para um trabalho cada vez mais coletivo.

Foi possível também verificar, por meio de respostas como: "aprendi muito sobre medicação"; "fundamental a entrada da psiquiatra na equipe de matriciamento"; "precisamos ter mais psiquiatras", que é forte entre os profissionais a cultura médica-centrada, que busca referencial nas condutas médicas para efetivar o cuidado.

Gostaríamos aqui de ressaltar algumas limitações observadas na investigação. O fato de não inserirmos todas as unidades de saúde na pesquisa poderia ser visto como um limitador em relação a uma amostra mais abrangente, contendo também, por exemplo, as fragilidades apontadas por aqueles que não utilizavam tanto o matriciamento. Porém, ao optarmos pelas unidades com maior demanda em saúde mental, conseguimos atingir profissionais com maior vivência na atividade do apoio matricial no município, tendo assim, em tese, mais a contribuir nas respostas. Outro limitador foi encontrado quando da análise documental, onde identificamos dados incompletos em relação ao não registro na coluna "DESTINO" em 55 usuários no ano de 2016, interferindo no percentual final. Também no contexto desta pesquisa, faz-se importante observar que a pesquisadora que conduziu as entrevistas é trabalhadora da equipe de saúde mental de Guaíba, sendo também integrante da equipe de matriciamento. Essa dualidade, que poderia gerar algum constrangimento aos entrevistados, também facilita a aproximação e apropriação dos achados da pesquisa, podendo mais rapidamente utilizá-los para a qualificação das práticas, com acesso facilitado às pessoas que poderão ajudar nas mudanças.

Por fim, objetivando alcançar um maior número de profissionais da atenção primária, com base nas análises apresentadas e como consequência desta pesquisa, será apresentado para a gestão pública do município de Guaíba / RS um projeto de educação permanente em saúde mental para a APS, como produto desta Dissertação de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde.

Cabe salientar que o produto a seguir foi pensado como parte de um processo mais amplo de Educação Permanente em Saúde, pretendendo contribuir com a transformação das práticas do cuidado, por meio das reflexões compartilhadas. Servirá assim como que um alimentador para a continuidade de mudanças nas práticas de cuidado, colaborando com o fortalecimento da APS. Sua efetividade poderá ser avaliada por meio de outros estudos, tais como: ao cabo de um ano, a reaplicação da mesma entrevista com os profissionais da APS, comparando os resultados; nova análise documental comparando número de encaminhamentos da APS para CAPS II e entrevistas com usuários sobre o cuidado prestado.

6 PRODUTO

Título: Educação Permanente em Saúde Mental (EPSM) para os trabalhadores da Atenção Básica do município de Guaíba – RS.

Objetivo: proporcionar o compartilhamento de saberes e práticas relativas a cuidado em saúde mental entre trabalhadores do serviço especializado em saúde mental e trabalhadores da atenção básica.

Justificativa: qualificar a RAPS no acolhimento às demandas de saúde mental, estendendo os cuidados às unidades de atenção básica, ampliando assim as ações de prevenção e promoção nessa área, além de qualificar os tratamentos.

Público alvo: todos os trabalhadores concursados e contratados das ESF do município.

Local e contexto: nas reuniões de equipe realizadas nas unidades de saúde.

Periodicidade e duração dos encontros: encontros mensais, com duração aproximada de 60 minutos.

Temas: será construído um levantamento de interesses com cada equipe de ESF, pois as demandas variam de território para território.

Facilitadores: conforme os temas propostos, serão convidados os trabalhadores dos três serviços especializados em saúde mental do município (CAPS AD, CAPS IJ, CAPS II), para conduzirem os encontros enquanto facilitadores.

Metodologia dos encontros: uso de metodologias ativas (rodas de conversa, construção coletiva do saber, estudo de casos da prática da ESF, prática compartilhada...)

Avaliação: ao final de cada encontro, será utilizado um instrumento de avaliação para verificar grau de satisfação com o conteúdo trabalhado, metodologia utilizada e sugestões de melhorias.

Cronograma de trabalho

Mês	Atividade
Novembro / 2018	Apresentar proposta para gestão; Apresentar proposta para ESF Construir projeto piloto.
Dezembro / 2018	Levantamento dos temas de interesse;
Janeiro / 2019	Analisar sugestões de temas e identificar facilitadores; Reunião com facilitadores; Primeira roda de conversa com equipes das ESF para devolução do levantamento e fixar datas;
Fevereiro / 2019	Construção do calendário de atividades do primeiro semestre; Organizar logística e material (formulário de avaliação, diário de bordo, lista de presença); Reunião com facilitadores (calendário, material, logística)
Março / 2019	Marco disparador EPSM: <ul style="list-style-type: none"> ➤ ESF Pedras Brancas ➤ ESF Nova Guaíba ➤ ESF São Francisco ➤ ESF São Jorge
Novembro / 2019	Avaliação final da atividade com cada ESF; Apresentação dos resultados para a gestão; Definição sobre a continuidade ou não da atividade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, A.L.; LEPRE, A.S; GOMES, J.L.D.; PEREIRA, A.V.; DUTRA, V.F.D. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, vol. 20, núm. 1, pp. 85-93, **UFSC,2011.**

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007

_____. **Saúde mental e a atenção psicossocial**. 3 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. 117p.

AOSINI, T.R.; NUNES, K.G.; **A Saúde Mental na Atenção Básica: a percepção dos profissionais de saúde**. Revista Psicologia e Saúde, Campo Grande, vol.5, nº2, dez.2013.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

_____. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 2011.

_____. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 2016.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. **Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado**. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.884-899, 2011.

BISPO JUNIOR, J.P; MOREIRA, D.C. **Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas** Cad. Saúde Pública 2017; 33(9): e00108116

BODSTEIN, R. **Atenção Básica na agenda da saúde**. Ciência e Saúde coletiva. 2002; 7(3):401-12.

BRASIL. Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1886 de 1997. **Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde Coletiva**. Brasília, 18 de dezembro de 1997.

_____. Ministério da Saúde; Coordenação de Saúde Mental; Coordenação de Gestão da Atenção Básica Ministério da Saúde. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Circular conjunta n. 01, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de

Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, 13 de fevereiro de 2004.

_____. Ministério da Saúde. **A educação permanente entra na roda: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**, Brasília. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF**. Caderno de Atenção Básica nº 27, Brasília, DF: Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) ... [et al.]**. Brasília, DF: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

_____. Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília - DF, Brasil: Conselho Nacional de Saúde; 2012. p. 12. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

CAMARA, R. H. **Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações**. Gerais, Rev. Interinst. Psicol. [online]. 2013, vol.6, n.2, pp. 179-191. ISSN 1983-8220.

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

_____. **Apoio matricial e práticas ampliadas e compartilhadas em redes de atenção**. Psicol. rev. (Belo Horizonte), Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 148-168, abr. 2012 .

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. Physis, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CHIAVERINI, D.H. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 1978.

DAWSON, L. **The future provision of medical services**. BMJ, : 801-802, June 12 1920.

DELFINI, P.S.S.; REIS, A.O.A. **Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infante juvenil**. Cad. Saúde Pública, v.28, n.2, p.357-66, 2012.

DEMO, P. **Professor do futuro e reconstrução do conhecimento**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2004.

DIMENSTEIN, Magda et al. **O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental**. *Saudi soc.*[online]. 2009, vol.18, n.1, pp.63-74. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000100007>.

FALKENBERG, M. B. et al. **Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva**. *Ciência & Saúde Colet.* vol 19, n. 3, p.847-52, 2014

FRATESCHI, M. S.; CARDOSO, Cármen Lúcia. **Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários**. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n2/0103-7331-physis-24-02-00545.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2018.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.
GLAZIER, J. D.; POWELL, R. R. **Qualitative research in information management**. Englewood: Libraries Unlimited, 2011.

GONÇALVES, D. A.; MARI, J. de J.; BOWER, P.; GASK, L.; DOWRICK, C.; TOFOLI, L. F.; FORTES, S. **Estudo multicêntrico brasileiro sobre transtornos mentais comuns na atenção primária: prevalência e fatores sociodemográficos relacionados**. *Cadernos de Saúde Pública*, 2014. p. 623–632 .

IBGE - <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/rs/guaiba/panorama>. 2016.

LIMA, F. G.; SICILIANI, C. C.; DREHMER, L. B. R.. **O perfil atual da saúde mental na atenção primária brasileira**, BVS - Biblioteca Virtual em Saúde - Ministério da Saúde, 2012.

LIMA, M.; DIMENSTEIN, M. **O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise**. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, vol.20, n.58, pp.625-635, 2016

MACHADO D.K.; CAMATTA M.W. **Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a saúde mental e a atenção primária à saúde**. *Cad. Saúde Coletiva*, v. 21, n.2, p.224–232, 2013.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M.; **Fundamentos de metodologia científica**. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2013.

MARTINS, S. P.P.; LORENZI, C.G. **Participação da Família no Tratamento em Saúde Mental como Prática no Cotidiano do Serviço**. *Psic.: Teoria e Pesquisa*, Brasília, Vol. 32 n. 4, pp. 1-9, 2016.

MELO, A. M. Apontamentos sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. ISSN 1984-2147, Florianópolis, v. 8, n. 9, p. 84-95, 2012.

MPV 739/2016 (MEDIDA PROVISÓRIA) 07/07/2016 - INSS -

http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/mpv%20739-2016?OpenDocument

MERHY, E. E. **O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação**. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 172-174, set. 2004/fev. 2005.

MINAYO, M. C. de S. [et al.] (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 Ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

MINISTRY OF HEALTH. **Interim report on the future provision of medical and allied services**. London, 1920.

MINOZZO, F.; COSTA, I. I.; **Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis**. *Psico-USF, Bragança Paulista*, v. 18, n. 1, p. 151-160, jan./abril 2013.

OLIVEIRA, A. B. et al. **Contribuições do Apoio Matricial em Saúde Mental na Atenção Primária: Revisão Integrativa da Literatura**. *Rev. Mult. Psic.* V.12, N. 41, p. 1033-1047, 2018 - ISSN 1981-1179.

OLIVEIRA, M. **Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre: uma análise agregada**. Dissertação. Porto Alegre, 2007.

ONOCKO CAMPOS, R. et al. **Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde**. *Rev. Saúde Pública*, v.46, n.1, p.43-50, 2012.

OMS. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília, DF, 2003.

OPAS/OMS. Declaração de Alma-Ata. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde**. 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br>. Acesso em: 08 abr. 2018.

OPAS/OMS. **Declaração de Astana sobre Atenção Primária à Saúde: de Alma-Ata rumo à cobertura universal de saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. 2018. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php>

Portal BI Saúde - <http://bipublico.saude.rs.gov.br/index.htm>

QUINDERE, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; NOGUEIRA, M. S. L.; COSTA, L. F. A. da; & VASCONCELOS, M. G. F. **Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial.** Ciência & Saúde Coletiva vol. 18 nº 7 2013.

RIBEIRO, E. C. O. (ORG.) **Educación permanente de personal de salud.** Serie Desarrollo Recursos Humanos nº 100. OPAS, 1994. Capitulo VII, p.187-215.

SANTOS, A. A.; VECCHIA, M. D.; **Oficina de formação em saúde mental como estratégia de educação permanente em saúde.** Rev. Saúde & Transformação Social, V.07, n.2, p.69-82,2016.

SILVA, D. S. **Apoio matricial em saúde mental: uma análise sob ótica dos profissionais de saúde da atenção primária.** Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (6), 20-27, 2011.

SILVA, M. L. B.; DIMENSTEIN, M. **Apoio Matricial em Saúde Mental: quais efeitos?** 2014. Disponível em: file:///C:/Users/DOCUMENTOS/Downloads/3006-12242-1-PB.pdf. Acesso em: 08 abr. 2018.

STARFIELD, B.; **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura / Ministério da Saúde; 2002.

_____. **Primary care: concept, evaluation, and policy.** New York: Oxford University Press; 1992.

TREVISIO, P.; COSTA, B. E. P. **Percepção de profissionais da área da saúde sobre a formação em sua atividade docente.** 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_0104-0707-tce-26-01-e5020015.pdf. Acesso em 23 Abr 2018.

VASCONCELOS, E. M. **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira.** São Paulo: Hucitec, 2010.

VELHO, Gilberto. Observando o familiar. In: **Individualismo e Cultura.** Rio de Janeiro: Zahar; 2009. cap. 09, p. 122-132.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa Qualitativa em Saúde : Uma introdução ao tema.** 1 ed. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.p 61-78.

VIGO, D.; THORNICROFT, G.; ATUN, R. **Estimando o verdadeiro fardo global da doença mental.** 2016. The Lancet Psychiatry, Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(15\)00505-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(15)00505-2/fulltext)

APÊNDICE A - Convite para participação em Pesquisa

Guaíba , ____ de _____ de ____.

Prezado (a) Sr. Enfermeiro / Médico : _____

Temos a grata satisfação de convidá-lo(a) para participar de um estudo sobre matriciamento, através da pesquisa intitulada "Avaliação do Apoio Matricial como dispositivo de Educação Permanente em Saúde Mental para os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Guaíba - RS".

A entrevista terá lugar na sua Unidade de Saúde , em dia e horário a ser combinado.

Antecipamos agradecimentos pela sua participação no estudo.

Atenciosamente,

Camila Giugliani (Pesquisadora principal e orientadora)
Professora Adjunta Departamento de Medicina Social
Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde
Faculdade de Medicina Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Evelise Motta dos Santos (pesquisadora assistente e mestranda)
Aluna de pós-graduação (Mestrado)
Programa de Pós-Graduação em Educação em Saúde

APÊNDICE B - Roteiro para entrevista semiestruturada

Trabalhadores da Atenção Primária em Saúde:

- 1) Qual o seu entendimento sobre o que é Apoio Matricial?

- 2) Qual a contribuição do Apoio Matricial em Saúde Mental na sua prática profissional na Atenção Básica?

- 3) Quais as potencialidades (pontos fortes) do Apoio Matricial em Saúde Mental?

- 4) Quais as fragilidades (pontos a desenvolver) do Apoio Matricial em Saúde Mental?

APÊNDICE B1 - Transcrição da entrevista com Entrevistado 1

Entrevistado 1

Legenda	
(-)	Comentários do transcritor
TEXTO EM CAIXA ALTA	Palavra ou expressão pronunciada com ênfase
Orador A	Entrevistadora
Orador B	Entrevistado 1 - E1

Orador A: Então vamos iniciar a entrevista com E1 sobre apoio matricial. E1, no teu entendimento, o que é apoio matricial?

Orador B: É um apoio de duas ou mais equipes juntas de saúde que vão discutir uma melhor forma terapêutica para o paciente que está sendo discutido o caso.

Orador A: Ok. Tu estás no matriciamento com a equipe da saúde mental aqui há quanto tempo mais ou menos?

Orador B: Ah, desde que eu cheguei em outubro, todos os meses a equipe está aqui presente.

Orador A: E qual a contribuição do apoio matricial de saúde mental para a tua prática no dia a dia aqui na atenção básica?

Orador B: Ah bem grande né. Quanto há pacientes de difícil introdução ao tratamento, que demoram para aderir ao tratamento sempre vem a equipe junto com a doutora X. e dão uma grande ajuda. Pacientes com mais gravidades eles sempre levam para lá para fazer consultas e fazem a consulta comigo aqui, a doutora também. Quando os pacientes são mais apegados a mim eles conversam melhor, com a doutora X. presente e se abrem melhor e ajuda muito, realmente, na condição terapêutica assim.

Orador A: E1, e sugestões, quais as fragilidades, os pontos fracos que tu vê no matriciamento?

Orador B: De uma equipe, é só uma equipe, deveríamos ter mais psiquiatras, mais

psicólogos, mais pessoas incluídas nessas equipes (de matriciamento), porque a demanda é muito grande e acaba que os pacientes que precisam de um atendimento mais específico, como uma psiquiatra e um psicólogo acabam não tendo essa oportunidade. E a gente tem que se virar nos trinta.

Orador A: O que tu diz é para atender aqui a atenção básica ou mais equipes lá na saúde mental?

Orador B: Lá (no CAPS). Pacientes que necessitam de internação e não podem ser avaliados, lá mesmo. Porque às vezes não tem vaga para a maioria, muito difícil conseguir uma vaga lá (no CAPS).

Orador A: Mas na metodologia de apoio matricial, nos matriciamentos hoje, tu teria alguma sugestão de melhoria?

Orador B: De melhoria aqui no...?

Orador A: É, da forma como é feito o matriciamento hoje.

Orador B: Bom, até o momento isso seria a falha para mim. A falta de colaboradores, falta profissionais.

Orador A: Na equipe especializada?

Orador B: Na equipe especializada. Até aqui então estamos bem. Os agentes comunitários trazem os pacientes que não buscam atendimento, eles trazem para cá. E são avaliados pela enfermeira, depois passam por mim, então eu acredito aqui estamos bem, o que falta é mais apoio mesmo especializado.

Orador A: Entendi. E o ponto forte, quais as potencialidades, o que tu ressalta de positivo no apoio matricial hoje?

Orador B: Impedir que, casos de suicídio, de pessoas que sofrem com problemas psiquiátricos, depressão. Os que estão ao seu entorno, as pessoas pensam que é frescura e a gente vê que não é, que realmente é uma doença. E a gente acaba ajudando a melhoria de vida dessa pessoa, seu melhor convívio com os demais, você vê no semblante da pessoa quando ela está muito melhor e o agradecimento dela por essa melhoria é o que faz a gente continuar. Isso, a equipe está sempre vindo aqui, a doutora X. e todos vocês, ajudam sempre que a gente precisa, a gente

liga, conversa. Nos dão atenção na medida do possível. Então é um grande apoio.

Orador A: E tu terias alguma sugestão, alguma proposta nesse fluxo, no apoio matricial? Alguma sugestão que tu gostaria de dar?

Orador B: Talvez tentarem ouvir mais os familiares, junto com a primeira consulta de avaliação...

Orador A: Aqui?

Orador B: Lá.

Orador A: Lá no CAPS?

Orador B: Sim, porque às vezes o paciente reclama de uma coisa aqui e a gente manda para lá e (os familiares) escutam de outra forma. Não entendem o que o paciente está querendo dizer e acabam desistindo de falar, por medo, por ver que não olharam para ele (para o paciente) (de modo) estranho. Talvez um olhar mais humanizado.

Orador A: Pode encerrar.

Orador B: Tá bom, obrigada.

APÊNDICE B2 - Transcrição da entrevista com Entrevistado 2

Entrevistado 2

Legenda	
(-)	Comentários do transcritor
Hã	Interjeição que exprime que o interlocutor aguarda a continuidade da fala da outra pessoa
TEXTO EM CAIXA ALTA	Palavra ou expressão pronunciada com ênfase
Orador A	Entrevistador
Orador B	Entrevistado 2 - E2

Orador A: certo. Bom, então vamos iniciar as perguntas da E2. A primeira questão é qual o teu entendimento sobre o que é apoio matricial de forma geral, o que é um apoio matricial?

Orador B: Apoio matricial. Eu acho que é uma discussão de caso, né. Quando eu não sei o que fazer, o apoio matricial me ajuda a definir o que eu tenho que fazer com o paciente, assim, né. Porque, o que acontece...a gente, na atenção básica, né, e acho que na faculdade também, na minha pelo menos, eu me formei na UFRGS, eu tive Saúde Mental foi um semestre só e por isso não conheço muita coisa. Tu não sabe manejar um usuário, né? Tu não tem ferramentas pra saber o que fazer e pra identificar o que são pontos. "Ah esse aqui precisa...", "Ah não, esse tá enrolando". A gente não tem esses fundamentos. Então eu acho que o apoio matricial me ajuda nisso. Quando eu não sei o que fazer eu ligo pra lá e alguém, alguém que tem mais experiência, né, ajuda a discutir conduta, né, daí eu vo lá, falo. Às vezes eu já liguei e eu mesma falando já disse, pô, mas não tá certo assim. Tu te escuta falando e dá uma ajudada. E ajuda pra que a gente vá pra um caminho né. Pelo menos eu entendo assim o apoio matricial. Por exemplo, quando tem a questão medicamentosa, que a gente tem muita dúvida em uma série de coisas, o matriciador nos ajuda, quando vem o psiquiatra, ele ajuda né. Acho que a gente tem que conseguir que fizesse uma adesão maior, assim, que as pessoas participassem mais. Porque eu aprendi muito no matriciamento.

Orador A: adesão maior por parte de quem?

Orador B: de todos.

Orador A: mas você tá falando dos profissionais...

Orador B: Dos profissionais. Porque a gente tem muitos médicos com resistência de participar. Porque eu acho que eles pensam que se eles participarem e eles disserem que eles não sabem quando eles têm que indicar a Fluoxetina e quando eles têm que indicar a Sertralina e pra quê que elas servem, eles vão estar se menosprezando diante do outro profissional.

Orador A: Hum

Orador B: Ah, eu vou tá passando atestado que eu não sei, que eu não sei o que fazer. Então não participam, né. Porque quando tu senta pra discutir alguma coisa tu, de certa forma, te expõe. Tu expõe que tu tem as tuas certezas e as tuas incertezas. E eu acho que eles não têm um preparo pra essa exposição. Eles não têm uma argumentação. São poucas pessoas que tem. Tem que sentar, vamos conversar. São poucos. Eles preferem passar a bola para o psiquiatra, né, e se virem. Dê seu jeito. E isso não acontece, né. Então eu acho que se a gente conseguisse uma maior adesão da equipe como um todo, eu acho que a gente conseguiria ter um apoio matricial melhor. Acho que a gente tá passando...por muito tempo eu via o matriciamento com um jogo de empurra. Eu querendo que o paciente fosse e o CAPS que o paciente ficasse. E se via quem ganhava nesse jogo de empurra. Agora já percebo o contrário, né. Eu acho que a gente tá numa fase que ninguém tem mais espaço. A gente não tem mais espaço pra ninguém entrar. E o CAPS não tem mais espaço também pra ninguém entrar. E os pacientes ficam no meio. E aí a gente fica tentando dar um jeito, tentando da melhor forma. E aí a gente discute muito. Aqui no nosso matriciamento a gente discute muito. Esse paciente, o que vamos fazer com ele agora. Acho que as interconsultas foram uma ferramenta muito útil, assim. Acho que a gente ter conseguido que o psiquiatra do CAPS participasse foi um avanço muito grande pra gente poder fazer de fato um atendimento efetivo. Acho que a interconsulta ajuda muito. Muitas vezes o usuário pra se vincular com a gente, ele precisa ouvir do serviço de saúde mental, ó te entreguei pra ele né. Pra depois poder se vincular com a gente. Quando a gente tá

em dúvida sobre o que pode ser, a gente vê a interconsulta e vê, se lembrar coisas ajuda muito no crescimento também.

Orador A: E tu disse, E2, em algum momento ali "Ah, mas eu já aprendi muito". Essa é uma segunda questão que eu queria fazer assim. Qual a contribuição do matriciamento em saúde mental para a tua prática profissional aqui na atenção básica?

Orador B: Ah, já aprendi assim. É...eu já sei mais ou menos quando estão me enrolando, já não compro mais tudo que eles vendem, acho que um olhar um pouco mais crítico ajuda.

Orador A: Contribuiu pra tu conseguir lidar com as pessoas da saúde mental na tua prática diária?

Orador B: Isso daí eu já não acho. Antes, tudo que eles me falavam... eu ainda acredito muito neles. Mas eu consigo questioná-los de uma forma mais...mais eficaz, assim sabe? Eu sei um pouco mais o que eu tenho que perguntar para eles. Que antes eu ficava muito perdida. Eu ficava perguntando aquele monte de coisa e eu esquecia de perguntar se ele pensava em se matar. Agora eu sei que é uma pergunta importante. Eu sei de alguma forma indagar eles. Eu morria de medo de perguntar se ele queria se matar, porque eu achava que ia dar a ideia. Mas aprendi que não, A ideia tá lá, né? Eu perguntar ou não perguntar não vai fazer muita diferença. Isso me dá mais segurança na hora de perguntar e eu consigo perguntar. Essa resposta, pelo que eu entendi, é muito importante pra se avaliar um quadro de depressão por exemplo. Eu aprendi é... aprendi que algumas pessoas vão ser tristes mesmo, e que não tem o que fazer. Achava que a gente tinha que dar um jeito, entendeu? Aprendi BASTANTE sobre medicação. Medicação sobre saúde mental. Sabia muito pouco, praticamente nada. Aprendi muito de medicação. O que interage com o que. E cada vez aprendo mais entendeu? Aí já pergunto mais. Percebo um crescimento nessa parte. Não só meu quanto da médica que participava de matriciamento, que agora a gente não ta mais conseguindo, né?

Orador A: Por questão de agenda?

Orador B: Por questões de agenda, né. Trocou o dia e aí na... é uma coisa tão simples, né? Trocar um dia. Era uma terça-feira, só que uma terça-feira, que era pra

ser a mesma coisa, eu não consigo. Terça-feira é o pior dia na unidade, é o dia que tem atendimentos extras. Terça-feira é o dia do matriciamento, né? Foi o que restou, assim ela não conseguiu participar. Porque é um dia que tem demanda livre, né? E aí ela não conseguiu mais. Tanto que percebo que ela aprendeu, porque eu vejo a receita né? A gente nunca receitava nada que não fosse Litio, Carbamazepina, Fluoxetina e Sertralina. Agora eu já percebo que ela prescreve Quetiapina, eu percebo que ela prescreve Olanza, que ela prescreve...o outro com "a"...Velafaxina. E ela até prescreve com uma segurança. "Não isso aqui não vai dar porque interage". E isso a gente aprendeu no matriciamento. "

Orador A: Então, além da parte de medicação, quais os pontos fortes do matriciamento? As potencialidades do apoio matricial?

Orador B: É...nos ajudar a saber o que fazer com eles com eles. É isso que eu acho que tem que crescer. Porque tudo bem, medicamento, na minha visão, é trinta por cento. Setenta por cento é o que o indivíduo vai fazer. Pra ele resolver essa parte que o remédio não vai ajudar tem que entrar a gente. E aí nessa parte a gente...eu ainda não tenha uma segurança assim do que fazer. Ah, tem que praticar a escuta, o acolhimento. Tá, mas até que ponto eu ficar só escutando ele e ir lá de fato ajudar ele em alguma coisa? Então agora, essa parte, eu to tentando direcionar o nosso matriciamento também. Eu digo o que falei, que tarefas dei pra fazer em casa...pergunto se tá certo.

Orador A: do medicamento, né? Ampliando o cuidado.

Orador B: Por que na verdade o que acontece...quando ele chega a minha primeira angústia é que ele acerte o remédio. Se tá sem o remédio não consigo ter uma tranquilidade minha pra que a gente chegue num manejo melhor. Tendo ajeitado a parte do remédio, a gente tem que ajeitar a outra parte. Que é ele. E é aí que a gente patina. A gente tem as estagiárias da saúde mental, elas ajudam bastante. Só que eu acredito que termina, né? Um serviço que dura quatro meses, depois quatro meses. Os outros quatro meses, que não tem (estagiarias), fica comigo. E eu não sei o que fazer. E agora, quando é que tem o próximo matriciamento? Tem pacientes que vem falar comigo ainda. Que foram acolhidos com ela (estagiária). Também não pode ficar acolhendo uma vida inteira a pessoa. Aí, acaba vindo. Não sei até que ponto posso dar conselho, tem que ver até que ponto não pode dar

conselho. Vocês têm que dizer isso. Acho que essa parte a gente tinha que trabalhar. E eu digo toda vez que eu posso: digo que tem que conseguir fazer um intercâmbio, como se fez em Santo André. A gente tentou fazer isso há uns dois anos atrás, mas nós não conseguimos a adesão de ninguém. Ai quando nós não conseguimos, eu disse: Pô, nós nos dispusemos a ficar um mês lá. E aqui, no território, no município, a gente não conseguiu que os profissionais saíssem do seu serviço pra ficar uma semana no CAPS. Aí eu comecei a perceber como a gente ainda tem amarras, né? Como ainda tem resistência e como a gente não consegue. Porque, "Ah, mas como é que eu vou sair daqui pra ir pra lá?" "Como é que eu vou deixar o posto?" Eu mesma, eu fiquei ali rodando daqui pra lá e não consegui ir. Pra ir pra Santo André a gente conseguiu. Ah, não tem problema, pega e vai. Pra mim passar uma semana aqui, não consegui. Então a gente ainda tem, né. Porque qual é o nosso medo? Ah, não pode aprender muito. Porque eu já ouvi isso: "Ah E2, não pode aprender muito porque vão mandar mais pra nós". "A gente já não tem mais staff pra gerenciar." Se a gente não fizer nós vamos pegar igual. O usuário vai bater na porta, quer eu abra a porta ou não. Ele vai chegar. Eu acho que a gente tem que crescer nessa parte sim.

Orador A: Que fragilidade, que ponto fraco ainda do apoio matricial tu vê, do gestor, o que se pode melhorar. Tu já sugeriu o intercâmbio.

Orador B: eu acho que a gente tinha que conseguir uma visão maior da equipe, que acho que a equipe não tá...

Orador A: da equipe da unidade

Orador B: da unidade, porque a equipe do CAPS eu não tenho como saber se eles aderem ou não porque eu não ...

Orador A: aham.

Orador A: Mas da equipe tu fala assim, técnicos...

Orador B: técnicos... a gente fez...a gente tem um envolvimento superficial. Todo mundo sabe que tem, mas ninguém participa. Em quantas unidades já vi as pessoas entrarem pra dentro da sala e ficarem caladas. Entra ali, senta na sala, um e outro que falam, os outros ficam sentados se olhando.

Orador A: No matriciamento isso?

Orador B: Sim. Agora já não consigo mais que o técnico participe mais. O serviço nos absorveu de uma tal maneira, porque eu não consigo mais que saiam da sala, pra ficar no matriciamento...que saiam do serviço pra vir pra sala pra participar. Que no início eles entravam na sala, agora já não consigo mais.

Orador A: Mas isso tu acha que acontece em função do horário que é feito o matriciamento. Se fosse em outro horário, outro dia, teria como acomodar ou não? É uma questão dos profissionais mesmo?

Orador B: Na verdade eu não sei te responder isso. No dia que está hoje pra nós é muito complicado, porque é um dia que unidade tem impacto em tudo. Então é um dia que complica. Mas a gente acaba conseguindo de alguma forma. Mas eu acho que um pouco também é falta da gente conseguir que eles comprem a ideia. A minha equipe é muito parceira. As gurias são muito parceiras. Tudo que eu peço... falo assim: Gurias, a partir de amanhã quero que entrem no posto plantando bananeira. Elas vão entrar no posto plantando bananeira. Mas, sei lá, porque a gente não consegue ainda que elas tenham o envolvimento de fato. Que a gente tenha um vínculo com a causa.

Orador A: Que elas entendam a importância disso?

Orador B: aham. Que o matriciamento, que a gente tá lá que não é o jogo de empurra. Porque eu já percebi que não é mais um jogo de empurra, porque nenhuma de nós tem mais vaga pra entrar. Então agora a gente vai ter que fazer alguma coisa pra resolver. Eu acho que é acatar. Eu acho, não sei se e o que acontece, mas eu acho que falta a gente entender que agora a gente tem queah, não, é temporário. Daqui a pouco vai voltar pro ambulatório, vai voltar, isso tudo é temporário, não vai ficar aqui pra sempre" né...e eu acho que falta a gente se capacitar mais, eu acho que a gente tinha que conseguir encontrar instrumentos de capacitação pra todos, pra que a gente tenha uma segurança no que a gente ta fazendo. E eu acho que quando a gente tiver mais segurança no que a a gente ta fazendo, a gente vai fazer melhor, né? Eu acho que falta segurança.

Orador A: Mas essa capacitação não se dá no apoio matricial?

Orador B: Eu me senti mais segura com o apoio matricial, só que ele não instrumentaliza tanto. Entende? Eu acho que faltava a gente ter mais uns cursos. De repente aquela...eu digo...muitas coisas daquele evento do Setembro Amarelo que teve a palestra da Dra. Y, a palestra foi muito boa. Porque um monte de dúvida que eu tinha, ela foi lá e falou. E aí depois eu entendi o matriciamento. Eu acho que falta a gente cutucar alguns assuntos porque, senão, eu acho que tá bom.

Orador A: Mas e nessas capacitações teriam que ir quem...outros, porque acabam indo sempre os mesmos, né?

Orador B: É. É verdade. A gente tem que conseguir sensibilizar de uma outra forma. O que eu acho que falta assim é a gente ter empatia com a causa. Porque eu acho que a saúde mental sempre foi marginalizada. "O paciente lá e nós aqui". Eu mando pra lá e deu. O paciente tá no ambulatório, agora tá no CAPS, né... Eu acho que a gente enquanto serviço é meio que, não! O paciente está aqui. Essa coisa da ... eu percebo que as equipes entendem da boca pra fora. A gente tem que se apropriar. Não tem essa apropriação. Se for falar com os enfermeiros, vem falando sobre território, ah porque o território, a questão do território. Na prática, na prática, a gente não consegue fazer isso acontecer de fato, a gente continua querendo mandar, continua querendo mandar. E aí a a gente não consegue...Então eu acho que a gente tinha que fortalecer o vínculo pra gente conseguir...

Orador A: Fortalecer o vínculo...

Orador B: Com o serviço, com a causa.

Orador A: Da unidade com o CAPS?

Orador B: Eu acho. Fortalecer o vínculo pra gente conseguir enxergar...por exemplo hoje eu consigo enxergar melhor. Entender que o CAPS também tem problemas. Que, tipo, não ficam com o paciente, não é porque não querem. A gente tem que aprender a dividir paciente. Porque se eu não consigo absorver trinta mil pessoas da minha área com a minha médica, como é que os dois médicos do CAPS vão cobrir cem mil habitantes. Acho que é falta de ter esse vínculo, essa empatia de um serviço com o outro, acho que é dessa coisa de que "Ah tenho que mandar pra lá".

Orador A: Parceria...

Orador B: Parceria, empatia, a gente tem que quebrar esse muro que separa...

Orador A: Esse é meu esse é teu.

Orador B: Esse é meu esse é teu. E isso não da boca pra fora, porque da boca pra fora a gente já tá. Da boca pra fora todos nós..."Ah não, pega e leva. Leva, leva e devolve. Ai agora tô conseguindo. Outra coisa que eu queria fazer era ter interconsultas pra eles poderem ir lá vez em quando (no CAPS) pra dar uma olhadinha.

Orador A: Teria que ser lá (no CAPS) ou poderia ser aqui?

Orador B: Poderia ser aqui, uma interconsulta. Uma reavaliação. Perfeito, uma reavaliação psiquiátrica. Por que aí fica com a gente e a gente não sabe avaliar assim, se tá bom, a gente vai achando. "Ah eu acho que tá". Talvez tenha uma oportunidade...ó a cada dois anos vai lá, ou quem sabe vem aqui, sei lá. O psiquiatra diz.... Porque assim: Tem deus, tem os santos e tem os padres. Deus é o psiquiatra, tu vai falar com deus; o santo são os clínicos; depois a gente pode botar lá, né, as freiras, carolas... Tem todo mundo nessa nossa religião. Nem sei o que eu tava falando...então, de vez em quando eu converso com o padre, com Deus assim... Pensar se essa reavaliação não pode ser com quem ele tinha mais vínculo. Vai ser melhor para todos, porque daí vai fazer mais sentido pra todos. É produtivo, vai ser mais eficaz e eles vão se sentir amparados. Porque as vezes eles falam: "ah porque eu tava lá e me atiraram aqui". "Ah eu tava lá, eu consultava com a doutora e agora não mais.

Orador A: Não consegue fazer por falta de agenda.

Orador B: O psiquiatra quando mandava eles pra cá, mandava um bilhete, O Dr. Z, Dr. W, até a Dra. U, reavaliação com o psiquiatra de tanto em tanto tempo. É tentar de alguma forma que eles falem de vez em quando.

Orador A: Entendi.

Orador B: Acho que isso era importante assim. Talvez de forma mais regular, né... talvez assim, interconsulta, talvez alguma ideia...ai talvez aproxime os médicos né.

Orador A: Sim, entendi. Alguma pergunta? Mais alguma contribuição? Algo que eu não tenha feito de...que você se lembra... sobre fragilidade, sobre potencialidades, sugestões...

Orador B: Eu acho que a nossa maior fragilidade é a nossa maior potencialidade.

Orador A: Como assim?

Orador B: Eu acho que a nossa maior fragilidade é que a gente não consegue chegar no serviço do outro, sabe? A gente consegue se aproximar com uma certa distância, não sei se você consegue me entender. Eu acho que a maior potencialidade é quando a gente conseguir pegar um trabalho de fato juntos. E a nossa maior fragilidade é que a gente não consegue fazer com que isso aconteça. Veja por exemplo nossa reunião de rede. Não anda e não consegue que ela vá pra frente, porque não consegue criar vínculo, a gente não consegue ter uma boa rede. A gente tá tão voltada pra ela, né...nesse momento a gente tá passando por uma série de mudanças do município, que a atenção básica tá sendo soterrada. Todo mundo...

Orador A: Mas será...é um questionamento ta?! Mas será que esse sentimento é da atenção básica aqui de Guaíba ou da atenção básica como um todo?

Orador B: Como um todo...

Orador A: Tudo é atenção básica?

Orador B: Como um todo. Só que a nossa realidade é bem diferente dá de alguns municípios. Porque a nossa estrutura de atenção básica é muito restrita.

Orador A: Infraestrutura tu diz mesmo de...

Orador B: Infraestrutura mesmo...

Orador A: De material...

Orador B: De material físico, material humano. As unidades são muito pequenas. Não tem uma sala pra curativo direito. As unidades grandes têm espaço físico, mas não tem pessoal. De que adianta, né? Ai a gente tem...a gente agora tá...tem um monte de gente descentralizando, faz parte, eu acho que a gente tá atrasado

mesmo, tem que andar pra frente. Só que nesse momento é todo mundo botando uma pasta, mais uma pasta, mais uma pasta. A primeira que foi colocada foi da saúde mental. Acho que teve mais resistência que qualquer outro serviço. Porque já é um serviço que tem uma carga de preconceito muito grande né, e é um serviço pesado. Porque ninguém vai nos botar o numero de pacientes que a saúde mental botou, em volume de pacientes e em complexidade de pacientes. Serviço nenhum vai nos mandar isso.

Orador A: E bem ou mal a atenção básica acolheu. Abraçou essa quantidade toda.

Orador B: Então eu acho assim...e é por isso que eu acho que é o serviço que tem mais dificuldade de aproximação. Porque tu "linka" direto a mais trabalho...po, a consulta que eu fazia em vinte minutos, agora é quarenta minutos...porque vou ter que ouvir...porque meu melhor não vai ser um décimo do que a Dra. do CAPS vai fazer. Então acho que é isso...

Orador A: Perguntei se tu tinha mais alguma sugestão...

Orador B: Não, senão tu vai morrer né...

Orador A: Não, tá ótimo.

APÊNDICE B3 – Transcrição da entrevista com Entrevistado 3

Entrevistado 3

Legenda	
(-)	Comentários do transcritor
Orador A:	Entrevistadora
Orador B:	Entrevistado - E3

Orador A: Então tá, vamos lá, vamos então, eu vou fazer a pergunta, eu vou eventualmente anotando alguma coisa, isso está sendo gravado e depois vou transcrever, tá? Então vamos lá, E3, qual seu entendimento sobre o que é apoio matricial, sem palavras bonitas, é o que você entende que é apoio matricial?

Orador B: Apoio matricial, no meu entendimento, é algum profissional, ou uma equipe mais especializada em determinado assunto ou determinada área que pode auxiliar na atenção básica, no trabalho, saúde, enfim, pra resolver casos que a gente não consegue concluir só com os profissionais que trabalham nessa unidade, então seria alguém que tem alguma especificação a mais, especialidade, entendimento mais determinado de tal assunto pra que ele desenvolva dentro da unidade e resolva. No caso, se a gente conferir tá colocando uma referência de maior complexidade, a gente tem esse apoio pra tentar resolver a próxima, o que seria a próxima entrada pro usuário.

Orador A: E no caso que já tenha acontecido algum apoio matricial na saúde mental e qual a contribuição deste apoio matricial na saúde mental na sua prática aqui na unidade? Tem sido efetivo? Qual a contribuição disso?

Orador B: Alguns casos resolve, outros a gente fica ainda com dúvidas de cometer condutas, de realizar essa conduta pra fazer o fechamento do caso, pra ficar mais estável o acompanhamento, mas eu acho que tá ainda no início, ao meu ver tá num caminho que tem que cumprir mais alguma coisa junto assim com a unidade básica de saúde mental pra fazer um fechamento maior assim, com maior resolutividade, é efetivo em alguns casos, mas outros a gente fica ainda meio balanceado, sem saber o que fazer.

Orador A: E assim, há quanto tempo você tá fazendo apoio matricial?

Orador B: Desde maio.

Orador A: Maio deste ano?

Orador B: Deste ano.

Orador A: Tá, então alguns meses, e tem contribuído assim antes do apoio matricial a tua conduta com paciente mental era uma e hoje modificou pra melhor, pra pior? Tu acha que tá contribuindo?

Orador B: Isso sim, porque a gente começa a ter uma visão que a gente consegue resolver algum acompanhamento, nada aprofundado no caso do paciente, tá em contato mais próximo com ele, é uma conduta. Antes, o que acontecia, o paciente vinha, a gente atendia, a saúde mental era lá com o CAPS, hoje não, já está sendo de certa forma pelo modelo de centralização de compreender aquele caso, sendo da unidade, assim como outros pacientes que são atendidos e se envolver mais, eu diria, ter um envolvimento a mais junto com esse paciente pra tentar resolver dentro da unidade que ele faz parte, né, não precisa tá referenciando pra outro lugar, ele já entra como um paciente que tem diabetes, pressão alta, entra no CAPS sendo um paciente desse modelo também.

Orador A: Quais as potencialidades, pontos fortes do apoio matricial na saúde mental?

Orador B: Dá mais segurança pra equipe da atenção básica no atendimento ao caso, isso também estimula que a gente vá atrás maiores conhecimentos na área de psiquiatria. Eu vejo como um estímulo também para uma atuação maior da equipe em conjunto, não fica um atendimento só como enfermeira, o médico só como problema médico, o psicólogo só com o problema dele, não. O atendimento descentralizado da saúde mental fez a equipe mais interligada, mais comunicativa entre os próprios profissionais da unidade. Então, acho que no futuro vai encaminhar para o que a gente chama de trabalho em equipe mesmo, interdisciplinar, porque os profissionais têm que desenvolver junto, um só não consegue manter essa relação entre um e outro.

Orador A: Entendi. E as fragilidades, pontos ainda a desenvolver no apoio matricial da saúde mental? Os pontos fracos...O que precisa desenvolver?

Orador B: Vou falar sobre o meu trabalho: eu acho que o paciente tem que voltar mais e não fazer só o primeiro acolhimento com a enfermeira, porque ainda tem a questão de fazer a primeira acolhida, passar pro médico, que as vezes não retorna mais pra esse paciente. Só vai retornar quando o médico identificar algum problema. Ou a medicação não tá fazendo efeito, ou ele teve algum problema, por exemplo um surto e não tá tomando medicação, aí o médico faz retornar pra enfermeira.

Orador A: O médico da atenção básica?

Orador B: Da atenção básica.

Orador A: Tá.

Orador B: Isso causa um espaço as vezes grande, entre um atendimento e outro, tem que resgatar quando volta, pra enfermeira tem que fazer o resgate de todo o histórico do paciente, colocar ele numa rede, e as vezes quando também o médico vai passar da unidade, detectou lá que não tá fazendo uso da medicação, que os sintomas que ele apresentava e que estavam controlados e começaram a surgir de novo, ele te passa depois que atendeu e o paciente já foi embora. E aí fica o caso pra discutir com a equipe de matriciamento, só que tu não teve um trabalho em equipe “Vamos atender junto.” Ou marca uma segunda consulta com a enfermeira pra depois passar pro matriciamento, então dentro da equipe, da unidade, ainda tem essa fragilidade, acho que é uma comunicação que não tá adequada ainda.

Orador A: Entendi. E do apoio mesmo, do apoio matricial com a atenção básica, quais pontos a desenvolver? Porque isso que tu falou é algo que precisa ser trabalhado dentro da unidade, né.

Orador B: Do apoio acho que seria mais a questão de uma educação pros profissionais junto aqui com matriciamento, porque o que acontece aqui muitas vezes o médico não sabe como ter uma conduta com o paciente. O matriciamento vem e muitas vezes só os enfermeiros participam, são questões muito de medicações, então eu acho que toda equipe faça o matriciamento, toda equipe participar junto e discutir em conjunto, porque senão é um passa, repassa. É um profissional que ouve, que vai passar pro outro e fica no “disse me disse. E as vezes são muitos pacientes que vem referenciados da saúde mental pra saúde básica. Pra não ter uma confusão e as vezes é questão de conduta médica, não ficar o

enfermeiro como interlocutor disso. Eu acho que todos os profissionais deveriam tá atuantes no matriciamento. E aí, o que eu vejo também da fragilidade, a gente não conseguir uma resposta muito logo pra casos mais urgentes.

Orador A: A resposta que tu diz é o retorno do especialista de como fazer, o que proceder?

Orador B: Se volta pro CAPS, se não volta, se marca um acolhimento na saúde mental já que não conseguiu resolver, um dos contrários que eu sinto é esse. Um dos pontos fracos que eu sinto e esse, mais comunicação mesmo entre os profissionais. Um conjunto, todo mundo participar do matriciamento. Tem que tá com espaço reservado pra discutir o caso, a visão também do enfermeiro é diferente as vezes do médico, é diferente do psiquiatra que atendeu lá no CAPS.

Orador A: Existe a possibilidade de reunir toda a equipe pra fazer o matriciamento de todos juntos, tem como fazer isso, porque é necessário fechar agenda, eventualmente algum usuário tem que esperar pra algum procedimento, mas existe essa...

Orador B: É, teria que fechar a agenda médica, porque o maior problema da participação é na questão médica, teria que fechar a agenda dele pra poder fazer a discussão do caso em conjunto.

Orador A: Isso é possível?

Orador B: Sim, de acordo com a própria unidade, outra questão também é da fragilidade também as vezes, dependendo do caso, o matriciamento ser de quinze em quinze dias dificulta um pouco, porque no caso assim pra esperar discutir o caso, aí o paciente veio hoje e daqui a quinze vai ser discutido pra depois ir atrás do paciente, marcar consulta pra ser reavaliado com o médico da unidade e depois ele retorna pro matriciamento, as vezes demora quase um mês pra poder...

Orador A: Mas isso é um matriciamento presencial, mas fora isso existe uma abertura.... Tu consegue fazer um matriciamento, quando não presencial, numa urgência, via telefone, tu consegue esse contato?

Orador B: Sim, consigo mandar respostas mas demora as vezes.

Orador A: Entendi, então é rever o fluxo pra urgências, né. Mais alguma contribuição, algo que não foi questionado, que você acha que é relevante trazer?

Orador B: Não, acho que mais é isso mesmo.

Orador A: É isso?

Orador B: Do matriciamento médico até o apoio da equipe pra sentir segurança na unidade, senão fica um joga: o CAPS joga pra Unidade, a Unidade joga pro CAPS. Como tu falou, o fluxo tem que estar mais estabelecido pros profissionais nas Unidades terem mais segurança.

Orador A: Segurança que tá com a educação permanente.

Orador B: No conhecimento médico, melhorar a conduta.

APÊNDICE B4 - Transcrição da entrevista com Entrevistado 4

Entrevistado 4

Legenda	
(-)	Comentários do transcritor
Orador A	Entrevistador
Orador B	Entrevistado 4 - E4

Orador A: Então vamos iniciar a entrevista com E4, fazendo a primeira questão. No seu entendimento, E4, o que é apoio matricial?

Orador B: Eu entendo como apoio matricial a lógica do trabalho em equipe e do apoio, literalmente, de uma equipe especializada com a equipe de atenção básica nas discussões de casos e condutas que a gente possa a vir a tomar com o paciente.

Orador A: Está certo. E aqui, especificamente, qual a contribuição do apoio matricial em saúde mental na tua prática profissional na atenção básica?

Orador B: No último ano, que foi quando foi implementado o apoio matricial, a gente tem discutido os casos e esses profissionais que vem conversar com a gente, eles nos orientam, nos direcionam quanto ao cuidado do paciente na atenção básica. Às vezes a gente recebe mil pacientes com a necessidade ou a gente discute o caso e a partir do que foi acordado, específico, no caso da equipe de atenção básica ou de saúde mental, a gente segue, então, com os cuidados.

Orador A: Mas nesse último ano, desde que iniciou apoio matricial, você sente que contribuiu para tu ter mais segurança para lidar com as questões de saúde mental?

Orador B: Na verdade, as vezes a gente fica, realmente, um pouco... como posso explicar... não é sem saber o que fazer, mas um pouco inseguro em lidar com o paciente de saúde mental na atenção básica. E também, porque talvez falte formação, mas realmente a gente sente um pouco de insegurança, se aquela conduta realmente é a mais adequada, se a equipe vai dar conta de atender esse paciente. Por que, às vezes, a gente acha que o paciente tem uma gravidade e, às vezes, o apoio, o matriciamento, durante a discussão, não entende que existe essa

gravidade e o paciente fica, e às vezes a gente fica meio que... E agora? Por que antes esse paciente ia e agora ele está com a gente. Mas eu acho que contribui, mas a equipe ainda se sente despreparada com alguns casos. Em casos mais graves de depressão, uma depressão maior, ou com paciente que já teve risco de suicídio eminente, mas que agora não tem mais, fica aquela incerteza de que a qualquer momento ele pode se desestabilizar, descompensar. Então eu acho que a gente sente uma insegurança ainda, sim. Às vezes, eu acho, que até com o técnico tem isso. Inclusive, na última reunião de equipe que a gente teve esse ano na unidade, quinta-feira, a gente decidiu que os agentes todos vão participar do matriciamento, mesmo que não haja... porque antes eu chamava só os pacientes que "Ah, eu tenho um paciente X aqui que para atender precisar ver para tratar, então a gente precisa ir ver". Só que, às vezes chegava do matriciamento paciente que não estava na minha lista e muita gente não estava, então, se tinha alguém pela unidade eu chamava, mas acabava que ficava meio... A gente não conhece todo mundo, é difícil conhecer todo mundo. E o médico, a gente faz o apoio de cancelar toda vez, mas às vezes chega urgente. E agora eu estou cancelando uma hora e meia, porque antes eu cancelava só das onze ao meio-dia, mas o que acontecia? Chegava o urgente, eu não podia mandar o paciente embora e acabava que eu atendia e não conseguia participar. Agora eu cancelo às dez e o paciente chega as onze. Que é justamente para qualificar isso, porque eu sozinha não consigo tratar quase quatro mil pessoas, tem pessoas que a gente não faz nem ideia que a pessoa é atendida no CAPS porque eles não trazem essa demanda para nós, daí acabava devolvendo um paciente que você nem sabia que consultava no apoio mental, por que eles não falam mesmo. Eles vêm pegar remédio para uma doença crônica, um diabete e de repente chego com esse paciente que estava lá, fica até meio chato. Então a ideia agora é essa, para gente qualificar. Mas, realmente, às vezes a gente se sente despreparada, essa talvez seja a palavra. Tem muito paciente em crise, chega aqui chorando, que vai se matar, que vai morrer. E agora? O que que eu faço? Cinco e meia da tarde, na sexta-feira? Então a gente se sente despreparada, às vezes.

Orador A: É.

Orador B: Mas, eu acho que contribui, mas ainda eu acho que falta alguma coisa. Talvez um programa de educação permanente...

Orador A: É importante que esse programa seja, não só para a enfermeira ou para o um da equipe.

Orador B: Mas para todo mundo, com certeza.

Orador A: E quais as potencialidades, os pontos fortes que tu vê do apoio matricial em saúde mental?

Orador B: Eu acho que o principal ponto, que eu considero mais importante, pois acaba sendo uma instrução permanente, o próprio apoio matricial. A gente conhece os casos, conhece coisas novas, condutas novas, que as vezes a gente não conhece. Eu acho que seria o ponto mais forte, pois acaba sendo uma instrução permanente, claro, dentro do serviço a gente está sujeito a errar, acertar, enfim, mas eu acho que podia ser um pouco mais forte, sinceramente. E aí tem a questão, enfim, de uma consulta conjunta, que pode sempre ocorrer, de facilitar o acesso do paciente ao serviço de saúde mental, mesmo que seja de uma forma indireta. Enfim, é mesmo uma assistência a saúde mental mesmo que indiretamente. Mas eu acho que o mais importante do apoio matricial acabada sendo essa educação permanente que as vezes fica meio que... não ficando debaixo dos panos, mas de forma escondida.

Orador A: Mais informal...

Orador B: Mais informal, é! Informal é a palavra certa. Interior tem muito assim! Porque toda vez que tem o matriciamento eu penso que eu tenho que estudar mais. (risos)

Orador A: E as fragilidades, E4? Quais os pontos que há a desenvolver no apoio matricial da saúde mental?

Orador B: Eu acho que é falho poucas vezes, que a gente está tendo uma vez por mês, só. E, bom, de vez em quando a gente não tinha caso para discutir, mas se tem caso pra discutir a gente discuti e se não tem a gente podia estudar alguma coisa, sei lá, fazer desse um momento de encontro da equipe, de acerta condutas, que às vezes a gente fica meio perdido. Mas eu acho que deveria ter pelo menos duas vezes por semana.

Orador A: Duas vezes por semana ou...

Orador B: Duas vezes no mês, quinzenal. O outro ponto fraco, eu acho que o tempo é muito curto.

Orador A: Quanto tempo é hoje?

Orador B: A gente demora em torno de uma hora, mais ou menos. E cada vez mais tem aumentado a demanda. Inclusive agora, no último matriciamento as gurias saíram daqui em cima do laço, porque cada vez mais tem aumentado a demanda e a gente acaba discutindo muito rapidamente. E a outra fragilidade, que eu avaliei sozinha, foi que estava só eu participando e por isso que eu to trazendo o resto da equipe.

Orador A: Ótimo

Orador B: Acho que esses três pontos assim. E agente ficou muito tempo sem matriciamento, porque não tinha carro, precisamos de um carro. A gente ficou o verão todo, eu acho. Mas eu acho que é isso. E eu acho que a fragilidade, não do matriciamento, mas do próprio serviço de assistência, é a própria educação permanente, que a gente não tem e a gente, na verdade no dia a dia, a gente vira automático, a gente acaba lidando no automático, não se atualiza, não rele muita coisa, isso eu acho que a gente tem que, não só na atenção básica...

Orador A: Sim...

Orador B: Mas em todo serviço de saúde mental é complicado, em qualquer nível da atenção.

Orador A: Algum outro ponto que tu acha relevante pra ver que não foi questionado ou...?

Orador B: Não... uma coisa que me preocupa, é que às vezes a gente acha que não tem preparo, mas às vezes a gente tem, mas pelo menos dentro da unidade eu sinto meu médico muito inseguro quando a pessoa vai conversar com ele...

Orador A: Seguro ou inseguro?

Orador B: Inseguro para atender saúde mental. Acho que às vezes, ele se perde... até acho que é questão da língua, porque ele é cubano. Então o paciente as vezes tem uma queixa e ele entende outra coisa, e o paciente da saúde mental fala muito,

ele vai trazer muitas coisas. Até tem uma paciente, que ele jura de pé junto, que ela falou que tem visões, que ela enxerga pessoas e tal. Só que para mim ela falou que ela vê o marido dela com outra mulher, o que de fato ela viu, aconteceu isso. Então agora, eu não sei nem saber se era uma alucinação talvez ou se ela não soube explicar que de fato ela teve por causa dessa dificuldade da língua. Mas eu acho que eu também tenho uma certa dificuldade para atender os pacientes de saúde mental, acolher o paciente de saúde mental, enfim... acho que é isso.

Orador A: com certeza, obrigada E4.

APÊNDICE B5 - Transcrição da entrevista com Entrevistado 5

Entrevistado 5

Legenda	
(-)	Comentários do transcritor
TEXTO EM CAIXA ALTA	Palavra ou expressão pronunciada com ênfase
Orador A	Entrevistador
Orador B	Entrevistado 5 - E5

Orador A: Então vamos iniciar as perguntas com E5. E5, no teu entendimento, o que é matriciamento, apoio matricial?

Orador B: Apoio de uma equipe especializada para os profissionais, não é para os pacientes, é para o atendimento dos profissionais, para tirar dúvidas, para discutir diagnóstico, para discutir tratamentos, o apoio para o profissional.

Orador A: E há quanto tempo você já está fazendo matriciamento em saúde mental?

Orador B: Eu acho que dois anos. Um ano e meio, dois anos. Desde que foi implantado aqui em Guaíba.

Orador A: E no teu entendimento, qual a contribuição que o apoio matricial em saúde mental está trazendo para a tua prática profissional na atenção básica?

Orador B: Eu acho que tem auxiliado a nortear um pouco do acolhimento que eu faço, que é identificar os casos de risco, os casos que devem ser encaminhados para o atendimento especializado, porque têm que ser atendidos na unidade básica.

Orador A: ok. E hoje, olhando para o apoio matricial, quais os pontos fortes, as potencialidades que você identifica no apoio matricial?

Orador B: Eu acho que ajuda bastante a gente conseguir manejar o paciente na unidade, para que ele não tenha que se deslocar para serviço especializado, para que ele crie vínculo com os profissionais da unidade, que é importante. Principalmente isso, um auxílio para a gente completar um vínculo e não olhar só a questão de saúde mental, porque no momento que ele vai para o CAPS às vezes

ele deixa de frequentar a unidade, pode deixar de ter acesso a outras questões de saúde não relacionadas à saúde mental, que acabam ficando de lado e a questão também do paciente não precisar ter que se deslocar até outras unidades, ter o gasto com passagem e de outras questões que podem levar até ao abandono de acompanhamento, a faltas na frequência de atendimento, nesse sentido.

Orador A: E os pontos a desenvolver, sugestões, quais as fragilidades que você identifica no apoio matricial hoje?

Orador B: Eu acho que aqui o da nossa equipe está funcionando porque agora a gente tem a médica que participa mais das reuniões e que traz também os casos, porque antes os médicos não participavam e a gente tinha essa dificuldade, que o médico atendia, encaminhava para o matriciamento e a gente tinha que fazer uma nova entrevista com o paciente, avaliar a situação de todos os pacientes que o médico não especificava. Então isso é uma coisa importante, que até quando a doutora tinha dúvidas, ela conversa com a doutora X, que é a psiquiatra que é referência da nossa equipe de matriciamento e otimiza muito os casos. Eu vejo que da forma que tem funcionado vai super bem, não tenho críticas a fazer do que possa ser melhorado, porque a equipe que está nos auxiliando é uma equipe boa. Importante que venha o pessoal da infância, do AD que agora está começando a vir, que isso é importante, que antes não vinha pessoal do AD junto, então isso é uma coisa que melhorou agora. E eu não vejo outras questões que tenham que ser melhoradas, porque sempre que você tem a necessidade de antes do matriciamento de discutir algum caso, a gente liga por telefone e conversa, discute os casos e se resolvem as coisas. Se tivesse mais casos, eu acho que seria bom a gente fazer mais vezes, mas eu acho que uma vez no mês a frequência é suficiente, o que a gente fez agora foi ampliar de uma para duas horas a reunião, que foram modificações que aconteceram recentemente e que estão sendo importantes. Se tinha alguma coisa a se melhorar teria que ser o tempo de matriciamento, mas como aumentou uma hora, agora já está suficiente.

Orador A: Então, é isso. Obrigada, E5.

APÊNDICE B6 - Transcrição da entrevista com Entrevistado 6

Entrevistado 6

Legenda	
(-)	Comentários do transcritor
TEXTO EM CAIXA ALTA	Palavra ou expressão pronunciada com ênfase
Orador A	Entrevistador
Orador B	Entrevistado 6 - E6

Orador A: Vamos iniciar a entrevista com E6, com a primeira questão: E6, qual o seu entendimento sobre o que matriciamento, o que é apoio matricial?

Orador B: eu acho que matriciamento é a equipe multidisciplinar que se reúne para discutir a melhor conduta pra demanda daquele paciente; às vezes a gente se perde com muita demanda de saúde mental, e com o matriciamento facilita tu eleger aquele paciente se tem maior risco ou não. A maioria dos pacientes a gente consegue atender na atenção básica, sim. É uma reunião interdisciplinar com profissionais variados que discutem aquele caso para ver aquele paciente, pra ter uma ideia se o paciente necessita de um acompanhamento mais especializado ou ele pode ficar na unidade acompanhado pela enfermeira, pelo medico clínico geral.

Orador A: Há quanto tempo tu faz matriciamento em saúde mental?

Orador B: Estou aqui há quase dez anos, mas acho que a gente começou o matriciamento há uns dois anos, acho que não faz muito tempo.

Orador A: E nesse tempo antes e depois do matriciamento, qual tem sido a contribuição do matriciamento em saúde mental para tua prática do dia a dia, na atenção básica?

Orador B: É bem interessante, antes todo paciente que tinha indicação de psiquiatria acabava batendo no CAPS. Agora, metade deles a gente consegue resolver aqui na unidade. Minha relação com o CAPS é supertranquila, não tenho nenhuma queixa, não tenho o que questionar. Porque eu encaminho para o CAPS, quando eu

realmente não tenho condições de atender. Para minha experiência é super enriquecedora esse matriciamento.

Orador A: Matriciamento tem te ajudado no manejo das questões mentais?

Orador B: No manejo. Consigo manejar melhor, tenho oportunidade de conversar com vocês, de passar em matriciamento. Agora eu lembrei, começamos em 2015, depois que voltei de Santo André, com a XY.

Orador A: XY, a psicóloga?

Orador B: Isso, em 2015 a gente começou aqui. Foi com ela que começou o matriciamento, depois veio a ZW.

Orador A: Pensando no formato que é feito o matriciamento hoje, quais os pontos fortes, as potencialidades que tu vê no matriciamento?

Orador B: É bem importante a presença da psiquiatra, logo no início não tínhamos, e isso é perfeito e a presença do clínico geral também. É bem diferente quando a gente faz o matriciamento com o clínico geral e com a psiquiatra, ao invés de não ter esses profissionais. A gente ficava meio perdida.

Orador A: E fragilidades? Que pontos ainda pode melhorar, serem desenvolvidos, no matriciamento?

Orador B: Eu acho que uma vez por mês é pouco, a gente teria que pelo menos fazer umas duas vezes por mês. Eu acabo entrando em contato com vocês mais seguido, o melhor é que fosse no mínimo duas vezes por mês, como a presença do psiquiatra também.

Orador A: Mas tu acha isso em função da demanda?

Orador B: Da demanda. A minha demanda nos últimos meses tem aumentado muito. Não sei se porque o fator de termos parceria com a ULBRA, a gente tem os estagiários da ULBRA, a agenda delas é super cheia. Elas trazem bastante demanda.

Orador A: Por que eu lembro que inicialmente era quinzenal.

Orador B: Era quinzenal!

Orador A: A demanda não exigiu quinzenal, nós passamos para mensal, mas agora poderia estar aumentando a demanda novamente?

Orador B: Está aumentando a demanda. Só pra ter uma ideia, eu atendo saúde mental todos os dias. Eu não consigo fazer agenda, acho sem cabimento fazer uma agenda de saúde mental. Então chega aqui eu atendo. Só que eu tenho outras agendas, as pessoas ficam me esperando. Eu atendo no mesmo momento, não tem porque saúde mental atender em outros momentos. A pessoa está sofrendo mentalmente tem que ser atendida nesse momento. Acabamos fazendo acolhimento, meu acolhimento é de porta aberta, livre demanda, porque ele chega e será ouvido. Acho que a presença das estagiárias de psicologia aumentou essa demanda do matriciamento.

Orador A: Além dessa sugestão de aumentar a frequência para quinzenal, mais algum ponto que tu acha que por ter?

Orador B: Eu quero uma psicóloga aqui pro posto, que faça parte da equipe. A gente tem fragilidade. Não é todo caso que posso mandar pra estagiária. Não é qualquer situação que posso mandar pras estagiárias. Na verdade, o estágio delas é prevenção, elas acabam atendendo a parte clínica também, porque a gente tem uma demanda muito grande.

Orador A: Encerramos aqui.

APÊNDICE B7 - Transcrição da entrevista com Entrevistado 7

Entrevistado 7

Legenda	
(-)	Comentários do transcritor
Orador A	Entrevistador
Orador B	Entrevistado 7 - E7

Orador A: Vamos iniciar as perguntas com E7. Qual o seu entendimento sobre o que é o apoio matricial ou matriciamento?

Orador B: O matriciamento é uma forma de aproximação, uma equipe da saúde mental na atenção básica, auxiliando no tratamento dos pacientes, conseguindo mantê-los, pacientes que não tem ansiedade, no caso CAPS, ficando o médico mais tranquilo, apoiado na melhor solução em função das intercorrências do que o paciente vai apresentar no meio do caminho. Porque a gente tem a alta do CAPS mas ele é dinâmico, a questão é dinâmica e vão se apresentando situações onde o paciente pode ter algumas alterações, e a gente o auxilia, mantém ele dentro da Rede, no território, para que seja bem assistido.

Orador A: E hoje, da forma que é feito o matriciamento no município, qual a contribuição que ele tem dado para a prática diária?

Orador B: Muito importante, positivo.

Orador A: Há quanto tempo você está participando do matriciamento?

Orador B: Noventa dias.

Orador A: Da forma que é feito o matriciamento quais as potencialidades, os pontos fortes que tu percebe da forma que é feito o apoio hoje?

Orador B: O ponto forte é essa integração e empoderar o médico do posto, da atenção básica no sentido de ter apoio, ele tem um respaldo, discute o caso. Ele também se sente seguro no momento que ele precisa de um ajuste de medicamento, uma discussão ou até um retorno daquele paciente, ele está apoiado

pelo matriciamento e não se sente sozinho nessas decisões. A saúde mental é muito mistificada pela atenção básica e isso vem ajudar a desmistificar a saúde mental e aproximar os profissionais, e quem ganha é o paciente.

Orador A: Com certeza. Mas a gente sempre pode melhorar! Quais fragilidades ou pontos a desenvolver ainda existem no apoio matricial? Sugestões que tu terias.

Orador B: Vou falar pelos dois lados: já trabalhei na saúde mental e na saúde básica; desmistificar a saúde mental. Que podem ser tratado assim como um paciente da gineco, que é da reumato, consulta no seu posto de bairro.

Orador A: Desmistificar por parte da equipe?

Orador B: Da equipe. Dizem: o paciente da saúde mental tem que ser do CAPS. O matriciamento tem essa grande valia, de estar aqui (na unidade de atenção básica) desmistificando isso. O clínico, o pediatra, eles compõem a rede, e o paciente não é candidato mental efetivo do CAPS.

Orador A: De que forma tu acha que poderia trabalhar esse entendimento que a equipe da atenção básica tem sobre a saúde mental?

Orador B: Uma coisa que é fundamental é a presença do médico no horário do matriciamento.

Orador A: Dos médicos da unidade?

Orador B: Dos clínicos e dos pediatras, juntos, com vocês no horário. Senão fica ainda uma lacuna.

Orador A: Então é aproximar os médicos...

Orador B: Aproximar os médicos.

Orador A: Do encontro de matriciamento?

Orador B: Do encontro de matriciamento. Muitos não sabem o que é o matriciamento, como funciona ou é uma coisa muito vaga: "saúde mental, tenho algum colega que gosta de trabalhar", então já passa aquele paciente pro colega, "pode me passar um caso de reumato mas não me passa um caso de saúde mental." Então desmistificar, tentar quebrar isso, e o matriciamento tem um papel

fundamental nessa aproximação, não é fragmentada, é um todo. O paciente pode ter hipertensão, pode ser da saúde mental, ele é único.

Orador A: Mais alguma sugestão, mais algum ponto que você acha que a gente pode reforçar no matriciamento?

Orador B: Eu acho que o matriciamento vem sendo rico. Melhoraria se, cada vez mais, as pessoas que estão na atenção básica conseguissem participar do matriciamento.

Orador A: Tá bom! Obrigada!

APÊNDICE B8 - Transcrição da entrevista com Entrevistado 8

Entrevistado 8

Legenda	
(-)	Comentários do transcritor
TEXTO EM CAIXA ALTA	Palavra ou expressão pronunciada com ênfase
Orador A	Entrevistador
Orador B	Entrevistado 8 - E8

Orador A: Vamos iniciar as entrevistas com E8. A primeira questão, E8. Qual o teu entendimento, a tua compreensão sobre o que é apoio matricial?

Orador B: O apoio, como a palavra bem disse, é o acompanhamento daquele tipo de paciente com alguma doença do tipo psicológica ou psiquiátrica. Esse apoio é dado pelo médico que trata de um segmento, conjuntamente com todo o pessoal do CAPS que tem uma doutora especializada em psiquiatria e aí, entre os dois, há uma série de conversas, com a ficha daquele paciente que tem esse tipo de doença, para que ele tenha um bom tratamento, uma boa conduta e um bom segmento. É o que eu acho.

Orador A: Esse tempo que tu tá aqui, o apoio matricial vem te ajudando de alguma forma? Qual a contribuição que o apoio matricial tem dado na tua prática aqui no dia a dia?

Orador B: O que acontece... há vários tipos de pacientes com um tipo de doença de saúde mental que precisam de um acompanhamento muito superior de um especialista, um psiquiatra que... de repente, eu aqui no posto como um médico especialista leigo da comunidade não posso dar uma solução. Aí, eu preciso de um apoio, como esse tipo de apoio matricial, para facilitar que esse paciente melhore em sua doença e depois possa haver uma continuação no posto de saúde.

Orador A: Na tua opinião, quais são os pontos fortes que existem no matriciamento hoje?

Orador B: Precisamente, aquele paciente que tem uma doença do tipo crônica e que

tem um risco de ser suicida, aquele paciente que... se há uma gravidade, no caso, se é tipo crônica ou um quadro agudizado, esse tipo de doença... e tipo violência física, violência social e um tipo de paciente aquele que o posto de saúde não pode dar o tipo de tratamento, e aí precisam de um apoio muito superior. Aqui no posto tem bastante casos desse tipo de...

Orador A: E através do apoio matricial, tem conseguido encaminhar para esse atendimento?

Orador B: Não é em todo caso que funciona o apoio matricial. Você teria um caso com risco suicida, vários casos em que realmente o apoio matricial é necessário. Eu encaminho para o CAPS, falo com a enfermeira e com a equipe do CAPS sobre o risco do suicida. Se chega no CAPS, eles não avisam. Depois, eu falo com a enfermeira para... juntos, os dois, encaminharem para o apreçamento do apoio matricial. E nesse caso do risco do suicida, conduta social é grave, drogas e pacientes com doenças crônicas bem fortes.

Orador A: E sugestões, quais os pontos que tu acha que o apoio matricial ainda precisa desenvolver? Sugestões que tu teria para melhorar o matriciamento.

Orador B: É preciso um matriciamento não somente com aquele paciente como indivíduo, devendo estar alguma pessoa tipo um familiar junto com aquele paciente. Porque em geral o paciente com risco de suicídio não pode falar. O paciente vem, fala com a psiquiatra, mas, na realidade, não se conhece como é a família nem como é esse conjunto.

Orador A: E se chamar o familiar, ele não vem?

Orador B: Não vem um familiar, mas é preciso alguém estar junto com uma psiquiatra, junto com uma psicóloga daqui do posto e também com algum tipo de familiar que contribua com esse tipo de doença que ele tem. Às vezes, o paciente fala sucinto e o familiar não fica aqui ou não fica lá fora.

Orador A: Deixa eu ver se eu entendi. O que tu tá sugerindo é: aqueles que são atendidos por um psicólogo aqui no posto, que talvez se possa fazer um atendimento, uma escuta ou um grupo de familiares.

Orador B: Exatamente, não somente um médico com uma psiquiatra...

Orador A: Mas que os familiares também sejam orientados. Entendi.

Orador B: Com a psicologia que vão também, no atendimento no posto, alguma pessoa ou familiar de primeiro grau, de primeiro contato...

Orador A: Que conviva com aquele paciente para que ele também seja orientado.

Orador B: Às vezes, o paciente não fala, não se dá valor... e daí só o que soma no tratamento é o que fala o paciente, mas é preciso ouvir o que fala a família, saber o que está acontecendo junto com a família.

Orador A: E em relação ao matriciamento que já acontece hoje, tu teria alguma sugestão, formas para melhorar esse matriciamento? Não só no atendimento ao paciente, mas com a equipe do CAPS que vem. Teria alguma sugestão?

Orador B: Sobretudo, planejar bem esse tipo de momento. Planejar esse momento com esse tipo de paciente, ter um prontuário completo com a ficha do paciente, com todos os medicamentos certos, ter uma psicóloga que tem um atendimento no posto e, outra coisa é, sobretudo, a vida familiar, o ambiente onde moram as pessoas que contribuam também.

Orador A: Que tragam mais informações.

Orador B: Exatamente, porque na realidade, de repente o paciente não é.. Mas o meio social em que ele está e aí provoca a crise essas questões.

Orador A: Claro, está certo. Está bom, obrigada, E8.

ANEXO A – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS – Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul



UFRGS - PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do Apoio Matricial como dispositivo de Educação Permanente em Saúde Mental para os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Guaíba - RS

Pesquisador: Camila Giugliani

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 76735417.7.0000.5347

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.421.124

Apresentação do Projeto:

Trata-se de segunda versão de projeto de pesquisa realizado no âmbito de um mestrado que pretende analisar o matriciamento como dispositivo de Educação Permanente em Saúde Mental para os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Guaíba - RS. Para tanto, será realizado um estudo exploratório de abordagem qualitativa, com entrevistas a trabalhadores da APS e posterior análise de conteúdos. Espera-se que, ao final dessa pesquisa, seja possível construir um plano de educação permanente para os trabalhadores da APS, com a criação de uma equipe de apoio matricial mais ampla, constituída por trabalhadores de diversas especialidades da área de saúde no município de Guaíba. A pergunta principal da pesquisa é a seguinte: O matriciamento em saúde mental para os profissionais da APS no município de Guaíba está contribuindo como ferramenta de educação permanente na abordagem e no manejo dos problemas de saúde mental nos seus territórios?

Como metodologia, o estudo prevê a realização de entrevista semi-estruturadas realizadas nas unidades de saúde de Guaíba com os seguintes sujeitos: cinco enfermeiras coordenadoras de unidades e cinco médicos clínicos das mesmas, envolvendo ao todo 10 trabalhadores da APS.

Como critério de inclusão / exclusão das unidades de saúde, serão referência para a pesquisa as três UBS localizadas em territórios com maior densidade populacional e consequente maior demanda em saúde mental, bem como as duas ESF (Estratégias de Saúde em Família), por

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



UFRGS - PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO



Continuação do Parecer: 2.421.124

realizarem um cuidado integral em saúde, totalizando cinco locais. Para a escolha da amostra de entrevistados, usaremos como critério a participação dos profissionais da atenção primária nas atividades matriciais, bem como a frequência de contato com usuários com queixas em saúde mental. Como forma de coleta de informações, será utilizado um roteiro prévio composto por cinco questões norteadoras sobre o processo de apoio matricial e o cuidado em saúde mental. O projeto também prevê uma análise documental dos livros de registros dos encaminhamentos da APS para os serviços especializados em saúde mental no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

- Analisar a contribuição do apoio matricial em saúde mental como instrumento de EPS para os trabalhadores da APS no município de Guaíba.

Objetivos específicos

- Analisar o entendimento dos trabalhadores da APS sobre apoio matricial;
- Analisar a contribuição do apoio matricial para as práticas de saúde mental na APS;
- Analisar a evolução do número de encaminhamentos de usuários da APS ao CAPS desde 2015, bem como a adequação dos encaminhamentos;
- Estimular a construção coletiva de um Programa de EPS, envolvendo profissionais da APS e serviços especializados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios são apresentados em todos os documentos relacionados ao projeto, sendo descritos da seguinte forma:

Riscos: algum eventual desconforto ou constrangimento ao responder as perguntas da entrevista.

Benefícios: melhor funcionamento da ferramenta de apoio matricial em saúde mental a atenção primária à saúde; melhora das práticas no atendimento das pessoas com demandas de saúde mental no contexto da atenção primária.

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



UFRGS - PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO



Continuação do Parecer: 2.421.124

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta temática relevante, buscando o aprimoramento da formação permanente para os trabalhadores da Atenção primária de Saúde no município de Guaíba. O projeto está bem delineado e justificado, apresentando com clareza seus objetivos e aspectos metodológicos, além de apresentar os cuidados éticos necessários.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresentou os seguintes documentos e termos de apresentação obrigatória:

- Roteiro para entrevista semi-estruturada;
- TCLE dirigido aos participantes, prevendo os riscos e benefícios envolvidos na participação da pesquisa;
- Termos de anuência das instituições coparticipes devidamente assinados (Unidades Básicas de Saúde envolvidas: termo assinado pelo Secretário de Saúde de Guaíba e pela Coordenadora da Unidade Básica de Saúde de Guaíba;
- Termo de responsabilidade do uso de dados assinados pelas proponentes do projeto, para a utilização dos dados contidos nos livros de registros dos encaminhamentos da APS para os serviços especializados de saúde mental.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foi apresentada uma carta-resposta listando todas as pendências resolvidas:

- inclusão no projeto e no TCLE, que a responsável pelo projeto é a professora da UFRGS e que a mestranda faz parte da equipe como pesquisadora assistente: ATENDIDO;
- os riscos e benefícios para participação na pesquisa foram incluídos no texto do projeto: ATENDIDO;
- foi explicitado no projeto como será feito o convite aos participantes, bem como foi incluído o modelo de convite para chamamento dos mesmos: ATENDIDO;
- apresentação dos termos de anuência devidamente assinados pelas instituições coparticipes (Secretaria Municipal de Saúde de Guaíba e Coordenação da Atenção Básica de Guaíba): ATENDIDO;
- apresentação do termo de responsabilidade do uso de dados para a utilização dos dados contidos assinado pelas proponentes: ATENDIDO.

Considerando o atendimento das solicitações, o CEP é de parecer favorável para a aprovação do

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



UFRGS - PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO



Continuação do Parecer: 2.421.124

projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_974286.pdf	14/11/2017 10:21:17		Aceito
Outros	carta_anuencia_atencao_basica_assina_da.bmp	14/11/2017 10:20:28	Camila Giugliani	Aceito
Outros	carta_anuencia_secretario_saude_assinada.bmp	14/11/2017 10:19:50	Camila Giugliani	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_responsabilidade_dados_Evelise.pdf	14/11/2017 10:19:12	Camila Giugliani	Aceito
Outros	carta_resposta_CEP_141117.pdf	14/11/2017 10:18:40	Camila Giugliani	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_revisado_141117.pdf	14/11/2017 10:18:07	Camila Giugliani	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_Evelise_revisado_141117.pdf	14/11/2017 10:17:43	Camila Giugliani	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_Giugliani_propesq.pdf	26/10/2017 13:53:31	Camila Giugliani	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 07 de Dezembro de 2017


 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

ANEXO B – Carta de Anuência Institucional – Secretaria Municipal de Saúde de Guaíba

Carta de Anuência Institucional

Eu, Itamar Costa, Secretário Municipal da Saúde de Guaíba, estou de acordo com a realização da pesquisa "Avaliação do apoio matricial como dispositivo de Educação Permanente (EP) em saúde mental para os trabalhadores da Atenção Primária a Saúde (APS) no município de Guaíba - RS", de responsabilidade da profª. Dra. Camila Giugliani, do Programa de Pós-graduação Ensino na Saúde - Faculdade de Medicina / Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), tendo como pesquisadora assistente a mestranda e psicóloga Evelise Motta dos Santos.

O estudo terá por objetivo analisar e efetiva contribuição do apoio matricial em saúde mental como instrumento de Educação Permanente em Saúde (EPS) para os trabalhadores da atenção primária em saúde no município de Guaíba - RS e envolve a realização de levantamento documental e entrevistas com trabalhadores da Atenção Básica de Saúde do município.

Declaro conhecer e cumprir as disposições éticas relativas a pesquisa, em especial a Resolução CNS nº 466/2012. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança dos dados que serão coletados.

Guaíba, 06 de NOVEMBRO de 2017.

Itamar Costa

Secretário Municipal de Saúde de Guaíba


Itamar J. da COSTA
CPF 888 219 270-01
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO C – Carta de Anuência Institucional – Coordenação da Atenção Básica do município de Guaíba

Carta de Anuência Institucional

Eu, Catia Fernandes Garcia, Coordenadora da Atenção Básica do município de Guaíba - RS, estou de acordo com a realização da pesquisa "Avaliação do apoio matricial como dispositivo de Educação Permanente (EP) em saúde mental para os trabalhadores da Atenção Primária a Saúde (APS) no município de Guaíba - RS", de responsabilidade da profª. Dra. Camila Giugliani, do Programa de Pós-graduação Ensino na Saúde - Faculdade de Medicina / Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), tendo como pesquisadora assistente a mestranda e psicóloga Evelise Motta dos Santos.

O estudo terá por objetivo analisar e efetiva contribuição do apoio matricial em saúde mental como instrumento de Educação Permanente em Saúde (EPS) para os trabalhadores da atenção primária em saúde no município de Guaíba - RS e envolve a realização de levantamento documental e entrevistas com trabalhadores da Atenção Básica de Saúde do município.

Declaro conhecer e cumprir as disposições éticas relativas a pesquisa, em especial a Resolução CNS nº 466/2012. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança dos dados que serão coletados.

Guaíba, 06 de outubro de 2017.

Catia Garcia
Matrícula 489417
SMS Guaíba

Catia Fernandes Garcia

Coordenadora da Atenção Básica do município de Guaíba - RS

ANEXO D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar de uma pesquisa intitulada: “Avaliação do serviço de Apoio Matricial enquanto dispositivo de Educação Permanente em Saúde Mental para os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Guaíba - RS”. O tema escolhido se justifica pela importância da discussão sobre o matriciamento como tecnologia de educação permanente em saúde, identificando potencialidades e fragilidades dessa ferramenta para o alcance dos princípios do cuidado no território preconizados pelo SUS.

O estudo terá como pesquisadora principal a Profa. Dra. Camila Giugliani, Professora do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e está vinculada ao Programa de Pós Graduação em Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina da UFRGS, sendo orientadora da mestranda do curso Ensino na Saúde e pesquisadora assistente Evelise Motta dos Santos. Para alcançar os objetivos desta pesquisa, você será convidado(a) a participar de uma entrevista, com duração de aproximadamente trinta (30) minutos e que, se concordar, será gravada. A entrevista será sobre o seu entendimento acerca do apoio matricial em saúde mental, bem como sobre a contribuição do mesmo nas suas práticas profissionais. Seus dados de identificação e as informações obtidas por meio desta pesquisa serão confidenciais e será assegurado o sigilo sobre sua participação.

Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir de participar, a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo ou constrangimento para você.

Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pela pesquisadora principal durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 466/12).

Eu, declaro que fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e concordo em participar da pesquisa. Declaro que também fui informado (a):

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa.
- De que minha participação é voluntária e de que terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal.
- Da garantia de que não serei identificado (a) quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para os objetivos do presente projeto de pesquisa.
- De que não se identificam riscos relacionados à minha participação nesta pesquisa, a não ser algum eventual desconforto ou constrangimento ao responder as perguntas da entrevista.
- De que os benefícios da minha participação estão relacionados ao melhor funcionamento do apoio matricial em saúde mental e, conseqüentemente, à melhora das práticas no atendimento às pessoas com demandas de saúde mental no contexto da atenção primária.

Em qualquer etapa do estudo é possível esclarecer suas dúvidas sobre o projeto com a pesquisadora assistente Evelise Motta dos Santos, através do telefone (51) 991162032 ou através do email: evelisem@cpovo.net.

Você também poderá entrar em contato, no caso de dúvidas quanto a questões éticas, com o **Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, pelo telefone (51) 3308- 3738, endereço Av. Paulo Gama, 110 – Sala 317, Prédio Anexo 1 da Reitoria, Campus Centro – Porto Alegre/RS. E-mail: etica@propesq.ufrgs.br, no horário de atendimento de segunda-feira à sexta-feira, das 8h30 às 12h e das 14h às 18h.

Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Guaíba, _____, de _____ de 2018.

Assinatura do Participante:

Nome:

RG / CPF.....

Assinatura da Pesquisadora assistente:

Nome: Evelise Motta dos Santos
CPF: 45651744053
CRP: 07/07217

ANEXO E – Termo de responsabilidade e compromisso para uso, guarda e divulgação de dados e arquivo de pesquisa

TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO PARA USO, GUARDA E DIVULGAÇÃO DE DADOS E ARQUIVOS DE PESQUISA

Titulo do Projeto: "Avaliação do Apoio Matricial como dispositivo de Educação Permanente em Saúde Mental para os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Guaíba - RS"

Camila Giugliani (Pesquisadora principal e orientadora)
Professora Adjunta
Departamento de Medicina Social
Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde
Faculdade de Medicina
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Evelise Motta dos Santos (pesquisadora assistente e mestranda)
Aluna de pós-graduação (Mestrado)
Programa de Pós-Graduação em Educação em Saúde
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Local a ser pesquisado : Livros registros dos encaminhamentos de usuários da Atenção Básica para a Saúde Mental CAPS II - VIVER no município de Guaíba - RS nos anos de 2015 a 2017.

As pesquisadoras envolvidas na pesquisa supracitada, declaram-se cientes e de acordo:

a) de todos os termos do presente instrumento, assumindo toda e qualquer responsabilidade por quaisquer condutas, ações ou omissões que importem na inobservação do presente e conseqüente violação de quaisquer das cláusulas abaixo descritas bem como por outras normas previstas em lei, aqui não especificadas, respondendo de forma ilimitada, irretirável, irrevogável e absoluta perante a fornecedora dos dados e arquivos em eventuais ações regressivas, bem como perante terceiros eventualmente prejudicados por sua não observação.

b) de que os dados e arquivos fornecidos deverão ser usados, guardados e preservados em sigilo e que eventual divulgação dos dados deverá ser feita em estrita observação aos princípios éticos de pesquisa, resguardando-se ainda aos termos da Constituição Federal de 1988, especialmente no tocante ao direito a intimidade e a privacidade dos consultados, sejam eles pacientes ou não.

c) de que as informações constantes nos dados ou arquivos disponibilizados deverão ser utilizados apenas e tão somente para a execução e pesquisa do projeto acima descrito, sendo vedado o uso em outro projeto, seja a que título for, salvo expressa autorização em contrário do responsável devidamente habilitado do setor.

d) de que eventuais informações a serem divulgadas, serão única e exclusivamente para fins de pesquisa científica, sendo vedado uso das informações para publicação em quaisquer meios de comunicação de massa que não guardem compromisso ou relação científica, tais como televisão, jornais, periódicos e revistas, entre outros aqui não especificados.

e) sem prejuízo dos termos da presente, que deverão ser respeitadas as normas da Resolução 466/12 e suas complementares na execução do projeto em epígrafe.

Porto Alegre, 01 de junho de 2017



Camilla Giugliani
Pesquisadora responsável



Evelise Motta dos Santos
pesquisadora assistente