

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM (MESTRADO)



DISSERTAÇÃO

**A organização da equipe matricial como ferramenta articuladora da rede para
reabilitação psicossocial**

Vanessa Alvez da Silva

Pelotas, 2013

Vanessa Alvez da Silva

**A organização da equipe matricial como ferramenta articuladora da rede para
reabilitação psicossocial**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Enfermagem em saúde mental e saúde coletiva .

Orientadora: Prof^a Enf^a Dr^a Valéria Cristina Christello Coimbra

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Luciane Prado Kantorski

Pelotas, 2013

**Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação**

S586a Silva, Vanessa Alvez da

A organização da equipe matricial como ferramenta articuladora da rede para reabilitação psicossocial / Vanessa Alvez da Silva ; Valéria Cristina Christello Coimbra, orientadora ; Luciane Prado Kantorski, coorientadora. — Pelotas, 2013.

79 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem)—Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2013.

1. Saúde mental. 2. Matriciamento. 3. Atenção psicossocial. I. Coimbra, Valéria Cristina Christello, orient. II. Kantorski, Luciane Prado, coorient. III. Título.

CDD : 610.73

Folha de Aprovação

Autor: Vanessa Alvez da Silva

Título: A organização da equipe matricial como ferramenta articuladora da rede para reabilitação psicossocial

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, para obtenção do título de Mestre em Ciências: Área de Concentração Enfermagem em saúde mental e saúde coletiva.

Aprovado em:

Banca examinadora:

Profª Drª Valéria Cristina Christello Coimbra

Profª Drª Luciane Prado Kantorski

Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho.....

Profª Drª Michele Mandagará de Oliveira

Profª Drª Vanda Maria da Rosa Jardim

Profª Drª Márcia Ribeiro

Profª Drª Ana Paula Muller de Andrade.....

Dedicatória

Ao Poder Superior por me permitir concretizar mais este sonho em minha trajetória de vida.

Agradecimentos

Ao Poder Superior, que me permitiu realizar este sonho mesmo quando pensei que não era possível, obrigada!

A minha família (mãe Marisa, irmã Helena) que sempre me apoiou em todas as minhas decisões, me encorajando, incentivando e principalmente me preenchendo com amor e carinho. Nós vencemos! Nós cumprimos mais esta etapa! Amo vocês! São a razão do meu viver!

A minha avó Marlene e minha tia Zilá, que incansavelmente me acompanharam todas as vezes que precisei ir a Pelotas, muito obrigada! Vó tu és minha inspiração de força, equilíbrio e honestidade. Obrigada por me cuidar tanto!

Aos meus familiares de Pelotas (Neu, Elo, Ika), que sempre me acolheram com muito amor e carinho! Muito obrigada!

Ao meu noivo Alamir, obrigada pelo incentivo, apoio e amor!

A minha orientadora Prof^a Dr^a Valeria Coimbra, obrigada pela acolhida e por todos os momentos de troca e ensinamentos!

A minha co-orientadora Prof^a Dr^a Luciane Prado Kantorski, que me acolheu e me incentivou quando eu fraquejava e pensava que não seria possível! Obrigada!

A todos os membros da banca que dedicaram seu tempo para leitura do estudo e que contribuíram para qualificá-lo. Muito obrigada!

Ao meu amigo Enf^o Leco, que acreditou que este momento era para ser vivido por mim e me impulsionou a esta conquista.

A Secretaria de Saúde do Município de Sant'Ana do Livramento, que sem a compreensão deles este momento não teria se tornado real.

Aos profissionais da equipe do CAPSad, que na minha ausência fizeram de tudo para que o trabalho desse certo!

Aos profissionais participantes deste estudo, que realizam um trabalho exitoso, que contribui para o processo de Reforma Psiquiátrica não só neste Município, mas que serve como modelo para outros. Muito obrigada por contribuírem para a existência deste estudo.

“Todos são peças importantes no trabalho em equipe, cada um representa uma pequena parcela do resultado final. Todos devem se unir para sua construção e reconstrução”.

(Salvador Faria)

Resumo

SILVA, Vanessa Alvez. **A organização da equipe matricial como ferramenta articuladora da rede para reabilitação psicossocial. 2013.78p.** Dissertação (Mestrado). Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A reestruturação no modelo de assistência em saúde mental, após os movimentos de Reforma Psiquiátrica tem como eixo principal a Reabilitação Psicossocial e a reinserção social dos usuários de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos. Os serviços que tem como responsabilidade articular a rede de atenção são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que podem consolidar a articulação da rede através de um dispositivo chamado Matriciamento, o qual deve proporcionar o apoio especializado da assistência, bem como um suporte técnico-pedagógico. Este estudo objetivou conhecer a organização da equipe matricial como ferramenta articuladora da rede para reabilitação psicossocial do usuário de saúde mental no município de Joinville e pressupôs que Matriciamento ou Apoio Matricial é um recurso facilitador para o cuidado em saúde mental, além de ser uma ferramenta articuladora entre rede. Foi desenvolvido em um CAPS, chamado de Centro de Atenção Diária (CAD), localizado no município de Joinville-SC, através de entrevistas semiestruturadas realizadas com quatorze trabalhadores, a coleta de dados foi realizada de julho a agosto de 2011, utilizou os diários de campo dos três entrevistadores, num total de 253 Horas. Na análise foi discutido o Matriciamento como instrumento de gestão e este tema se desdobrou em Articulação entre as equipes de diferentes serviços, Alta e Projeto terapêutico Singular (PTS). Conclui-se que o município de Joinville apresenta uma equipe matricial articulada com a Atenção Básica de Saúde o que contribui significativamente para o movimento da reforma psiquiátrica. Os profissionais deste município visualizam através do Matriciamento uma oportunidade e possibilidade de estabelecer um vínculo estreito com os demais serviços, fortalecendo a autonomia e protagonismo do sujeito.

Palavras-chave: Saúde Mental; Matriciamento; Atenção Psicossocial.

Abstract

SILVA, Vanessa Alvez. **The team organization matrix as a tool for articulating network psychosocial rehabilitation. 2013.78p.** Dissertation (Master Course). Pos graduation department in nursing. Federal University of Pelotas, Pelotas.

The restructuring in the model of mental health assistance after psychiatric reform movement has as its main axis to psychosocial rehabilitation and social reinsertion integrated to the cultural environment and the community in which they live. Services that is responsible for articulating the attention network are the Psychosocial Attention Centers (CAPS), which can consolidate the joint network through a device called Specialist Orientation, which should provide the expert support of assistance as well as technical support and pedagogical. Aims at know the organization of the staff matrix as a tool for articulating network user psychosocial rehabilitation mental health in the city of Joinville, and assumed that matricial or Matrix Support is a facilitator for the mental health care resource, besides being an articulating tool among "redes" networks . It was developed in CAPS , called Night Care Centre (DAC), in the city of Joinville - SC , through semi-structured interviews with fourteen employees , data collection was conducted from July to August 2011 , used the diaries field of the three enumerators , a total of 253 hours . In the matricial analysis was discussed as a management tool and this theme unfolded in Articulation between teams of different services , and Project High therapeutic Singular (PTS) . Was concluded that the city of Joinville has a hinged matrix team with the Primary Care Health which significantly contributes to the psychiatric reform . The pros of this municipality through the matricial visualize an opportunity and possibility to establish a close bond with the other services , strengthening the role and autonomy of the subject .

Keywords: Mental Health; Matricial; Psychosocial Care.

Lista de Figuras

Figura 1- Modelo Esquemático- Círculo Hermenêutico Dialético.....	30
Figura 2- Localização geográfica dos principais municípios do Estado de Santa Catarina, entre eles o de Joinville.....	35
Figura 3- Características dos pontos da rede de atenção em Saúde Mental no município de Joinville- Santa Catarina.....	37
Figura 4- Representação dos pontos da rede de Atenção em Saúde Mental no município de Joinville- SC.....	38
Figura 5- Fachada do Centro de Atenção Diária- CAD Nossa Casa	39
Figura 6- Apresentação dos sujeitos do estudo.....	40
Figura 7- Apresentação do grupo teatral- oficina de Saúde Mental realizada nas Unidades Básicas de Saúde.....	45
Figura 8 – Organização das mini-equipes de Apoio Matricial	46
Figura 9- Representação das mini- equipes do CAD- Nossa Casa localizado no município de Joinville-Sc	47
Figura 10- Representação das mini- equipes do CAD- Nossa Casa e suas respectivas regionais e bairros onde é realizado o matriciamento.....	48
Figura 11- Quadro representativo de dias e horários das reuniões das mini-equipes do CAD com as regionais de saúde correspondentes, no município de Joinville-SC.....	50

Lista de Abreviaturas e Siglas

Agentes Comunitários de Saúde	ACS
Centro de Atenção Psicossocial	CAPS
Diário de Campo	DC
Ministério da Saúde	MS
Projeto de Pesquisa Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil	CAPSULII
Projeto Terapêutico Singular	PTS
Rede de Atenção Psicossocial	RAPS
Santa Catarina	SC
Serviço Residencial Terapêutico	SRT
Pronto atendimento Psicossocial	PAPS
Serviços Organizados de Inclusão Social	SOIS
Sistema Único de Saúde	SUS
Unidades Básicas de Saúde	UBS

Sumário

1.	Introdução.....	11
2.	Objetivo	16
2.1	Objetivo Geral.....	16
2.2	Objetivo Específico.....	16
3.	Revisão de Literatura	17
3.1	Reforma Psiquiátrica no contexto do SUS	17
3.2	Saúde Mental na Atenção Básica de Saúde: Compatibilizando duas políticas públicas	21
3.3	Apoio Matricial: fortalecendo a rede de atenção psicossocial	23
4.	Referencial teórico	26
5.	Metodologia	29
5.1	Caracterizações do estudo CAPSUL II- O estudo maior	29
5.2	Caracterizações do estudo: um recorte do CAPSUL II	31
5.2.1	Local do estudo	31
5.2.2	Sujeitos do estudo	32
5.2.3	Procedimentos para coleta de dados	32
5.2.4	Princípios Éticos	33
5.2.5	Análise dos dados	33
6.	Visando a Análise e Discussão dos resultados	35
6.1	Contextualizando o Município de Joinville-SC e o Centro de Atenção Diária- CAD Nossa Casa	35
7.	Analisando e Discutindo os resultados	42
7.1	Matriciamento no Município de Joinville	43
7.2	Articulando as equipes de diferentes serviços	49
7.3	Alta e PTS: Utilizando duas ferramentas que incentivam o matriciamento	55
8.	Considerações Finais	60
9.	Referências	63
	Apêndices	69
	Anexos	73

1.Introdução

No século XVIII, inaugura-se o campo da psiquiatria como ciência médica, através do surgimento do tratamento moral instituído por Philippe Pinel, quando o "louco" adquire o status de doente mental. O conceito formado por Pinel, de libertação dos loucos das correntes, não deu ao doente o direito de sair do asilo, mas sim, o direito ao tratamento em uma instituição autorizada para tanto (AMARANTE, 2000).

Os manicômios foram demarcados pelo discurso médico na condução dos casos, isolamento dos portadores de transtorno mental do convívio familiar e social e cerceamento da liberdade. Sabe-se que as características mais marcantes que ocorriam nestes locais eram o constante controle do tempo, espaço e ações dos internados, submissão total (excessivas privações, punições, horário de banho, alimentação, cesso aos quartos, ala, pátio, uso de uniformes e corte de cabelo) e adestramento de corpos (VASCONCELLOS, 2011).

As primeiras críticas aos hospitais psiquiátricos surgiram após a segunda guerra mundial, com propostas para sua transformação e até mesmo sua extinção, pois estes locais excluía as pessoas da sociedade e foram responsáveis por altos índices de cronificação dos sofrimentos psíquicos (DESVIAT, 1999). Dá-se início nesta época aos primeiros pensamentos sobre Reforma Psiquiátrica, ou seja, a formação de uma nova maneira de tratar a loucura. (ROTELLI et.al., 2001).

Estas críticas envolveram um longo percurso, iniciando dentro dos manicômios até atingir sua periferia. O primeiro período caracterizou-se pelos Movimentos das Comunidades Terapêuticas (Inglaterra e Estados Unidos da América) e de Psicoterapia (França), iniciando assim a instalação da Terapia Familiar. O segundo período foi marcado pela extensão da psiquiatria ao espaço público, este foi representado pelas experiências de psiquiatria de setor (França) e psiquiatria comunitária preventiva (Estados Unidos da América).

Já o terceiro movimento, diz respeito a um projeto de desinstitucionalização,desmontagem

e desconstrução de saberes/práticas/discursos comprometidos com a objetivação da loucura e sua redução à doença (Itália) (AMARANTE, 2000). Cabe ressaltar que a palavra desinstitucionalização não se restringe a desospitalizar, esta significa extinguir as organizações hospitalares/manicomiais e desinstitucionalizar tem um significado mais amplo, como entender a instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo tanto das práticas quanto dos saberes incluindo as formas de perceber os fenômenos sociais e históricos

Segundo o Ministério da Saúde (MS), o início do processo da reforma psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário” nos anos 70 em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde e em defesa da saúde coletiva. Embora contemporâneo da reforma sanitária, o processo de reforma psiquiátrica brasileira tem uma história própria inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. A experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio é inspiradora, e revela a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas (BRASIL, 2005).

Em 2001 com a aprovação da Lei nº10. 216, Lei da Reforma Psiquiátrica, a assistência psiquiátrica passa a privilegiar o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispondo sobre a proteção e sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a promulgação da Lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil (MELLO, 2007).

Neste sentido, entende-se a política de saúde mental, como política pública, traduzida como um sistema cooperativo entre sujeitos na realização de diretrizes e ações coletivas organizadas por lógicas voltadas para a garantia dos direitos sociais (PAIM ; TEXEIRA, 2006).

A publicação da Portaria nº. 336/02 e da Portaria nº. 189/02, que atualizaram a Portaria nº. 224/92 falam sobre os avanços que conduziram uma nova proposta de assistência em saúde mental. Nesse âmbito, o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS adquire especial relevância no cenário das novas práticas em saúde mental do país, configurando-se como dispositivo estratégico na remodelação hospitalar (BRASIL,2005). Os CAPS procuram lidar com os transtornos psíquicos de maneira

diferenciada da tradicional abordagem, requerendo a construção/estruturação de novos conceitos para uma adequada aproximação e análise desses novos serviços, promovendo novas práticas sociais. A reestruturação no modelo de assistência tem, como eixo principal, a Reabilitação Psicossocial e a reinserção social dos usuários de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos.

A Reabilitação Psicossocial trata-se de uma estratégia e uma vontade política de cuidados para pessoas vulneráveis socialmente, no sentido de que essas consigam gerenciar suas vidas com maior autonomia e capacidade de escolha, possibilitando o processo de trocas sociais, a restituição plena dos direitos, das vantagens e das posições que essas pessoas tinham ou poderiam vir a ter, se as barreiras fossem minimizadas ou desaparecessem (BERTOLOTE, 2001).

Em dezembro de 2011 foi instituído pela portaria nº 3088/11 a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A mesma portaria tem como objetivo específico promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia (BRASIL, 2011).

Para que seja atingido o objetivo da Reabilitação Psicossocial é necessário pensarmos na rede de atenção psicossocial. Através da RAPS vê-se a importância do trabalho em rede, desenvolvendo ações intersetoriais a fim de prevenir e promover saúde, regularizando e ofertando informações sobre os direitos dos usuários e a disponibilidade dos serviços da rede. Esta rede é constituída da Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011).

De acordo com Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial é um conjunto de estratégias que aumenta a capacidade do usuário de estabelecer trocas sociais e afetivas nos diversos cenários: em casa, no trabalho e no tecido social. Percebe-se que estas estratégias podem e devem ser realizadas por todos os componentes da Rede de Atenção Psicossocial.

Frente a este cenário, as Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial devem organizar-se em “rede”, isto é, formando uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos (AMARANTE, 2007).

A reforma psiquiátrica não pode ir adiante com seus inovadores propósitos se a atenção à saúde mental se restringe apenas aos serviços especializados nesse campo, consoante o citado, a estratégia do Matriciamento ou também chamado de Apoio Matricial vem para constatar que não basta empenhar-se somente na rede substitutiva, é preciso estender o cuidado em saúde mental para todos os níveis de assistência da rede de saúde (SOUSA et. al, 2011;DIMENSTEIN et al., 2009).

Formulado por Campos (1999), o apoio matricial tem estruturado em nosso país um tipo de cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Desta forma, podemos utilizar para a estruturação desta rede o apoio matricial que é visto como: *“um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica”* (BRASIL, 2011 p.13). Sendo assim, constitui-se numa ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade dessas equipes e comunidades.

No processo de integração da saúde mental à atenção primária na realidade brasileira, esse novo modelo tem sido o norteador das experiências implementadas em diversos municípios, ao longo dos últimos anos.

Apoio matricial ou matriciamento pode ser definido como uma nova proposta integradora que visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referências e contra-referências, protocolos e centros de regulação, sendo que os efeitos burocráticos e pouco dinâmicos podem vir a ser atenuados por ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais (BRASIL,2011).O matriciamento deve proporcionar o apoio especializado da assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à

população, diferenciando-se da supervisão, visto que, o matriciador pode participar ativamente do projeto terapêutico .

Justifica-se a relevância deste estudo, que parte do pressuposto que Matriciamento ou Apoio Matricial é um recurso facilitador para o cuidado em saúde mental, por conhecer como se dá a consolidação de novos paradigmas de atenção em saúde mental. Tendo em vista que este estudo propõe conhecer a organização de uma equipe matricial em saúde mental e a forma como a mesma se relaciona com as equipes da Atenção Básica em Saúde. Logo, poderão surgir novas estratégias de implantação deste novo modo de produzir saúde, facilitando assim a reinserção social e a reabilitação psicossocial dos usuários de serviços de saúde mental.

Conforme descrito no texto cabe ressaltar que esta estratégia, do apoio matricial, confronta o modelo manicomial, rompendo a lógica biomédica, ampliando as estratégias em saúde mental.

Desse modo, tendo as questões de matriciamento e redes de atenção psicossocial como foco de nossa investigação pressuponho que Matriciamento ou Apoio Matricial além de ser um recurso facilitador para o cuidado em saúde mental, pode ser uma ferramenta articuladora entre "redes".

Frente ao exposto procuramos nesta pesquisa responder a seguinte questão norteadora: **Qual a organização da equipe de apoio matricial em Saúde Mental no município de Joinville-SC?**

2. Objetivos

Para dar conta desta questão elaboramos os seguintes objetivos:

2.1 Objetivo Geral

Conhecer a organização da equipe matricial como ferramenta articuladora da rede para reabilitação psicossocial do usuário de saúde mental no município de Joinville.

2.2 Objetivo Específico

- Conhecer a relação da equipe de apoio matricial em saúde mental com a Atenção Básica em Saúde.

3. Revisão de literatura

A fim de construir o objeto de estudo para este projeto, foi necessário revisar alguns aspectos como: Reforma Psiquiátrica no contexto do SUS; Saúde Mental na Atenção Básica de Saúde: Compatibilizando duas Políticas Públicas de Saúde e Apoio Matricial: fortalecendo a rede de Atenção Psicossocial.

3.1 Reforma psiquiátrica no contexto do SUS

A inauguração do campo da psiquiatria como uma ciência, fez com que o louco adquirisse o status de doente mental, instituído por Philippe Pinel, gerando o direito de este ser tratado em instituição autorizada para tanto (AMARANTE, 2000).

Após a Segunda Guerra Mundial surgem as primeiras críticas aos hospitais psiquiátricos, com propostas para sua transformação e até mesmo sua extinção, pois estes locais excluíam as pessoas da sociedade (DESVIAT, 1999).

Dá-se início nesta época aos primeiros pensamentos sobre Reforma Psiquiátrica, ou seja, a formação de uma nova maneira de tratar a loucura, na Europa e nos Estados Unidos foi motivada pela intenção de renovar a capacidade terapêutica da psiquiatria, liberando-as de suas funções arcaicas, tais como controle social, coação e exclusão, com a desinstitucionalização dos “loucos” (ROTELLI et. al., 2001).

Cardozo (2009) se refere à palavra *desinstitucionalização* a qual era utilizada para muitos e diferentes objetivos: para os reformadores, ela sintetizava precisamente esses objetivos, para os grupos de técnicos e de políticos radicais, ela significava a abolição de todas as instituições de controle social, para os administradores ela era um programa de racionalização financeira e administrativa, significando redução de leitos hospitalares e operações consequentes da crise fiscal.

Corroborando Rotelli et. al. (2001) dizem que a desinstitucionalização, é praticada pelos administradores como desospitalização, política de altas hospitalares,

redução do número de leitos e em alguns casos, fechamento de hospitais psiquiátricos.

Segundo o Ministério da Saúde, o início do processo da reforma psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, em defesa da saúde coletiva. Embora contemporâneo da reforma sanitária, o processo de reforma psiquiátrica brasileira tem uma história própria inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar (BRASIL, 2005).

O Movimento de Reforma Sanitária tem influência constitutiva no Movimento de Reforma Psiquiátrica. Nos primeiros anos da década de 80 os dois movimentos se unem, ocupando os espaços públicos de poder e de tomada de decisões como forma de introduzir mudanças no sistema de saúde. Em 1987 ocorrem dois fatos importantes para a saúde mental como o II Congresso Nacional do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, onde se adotou o lema “por uma sociedade sem manicômios”, e a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro. A Reforma Psiquiátrica torna-se um processo político e social, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, que incide em diversos territórios. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é marcada por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2004).

Segundo Lüchmann e Rodrigues (2007), os movimentos sociais são, acima de tudo, os profetas do presente, visto que, anunciam a mudança possível, não para um futuro distante, mas para o presente da nossa vida.

A partir desse Movimento, começa a construção da denúncia da violência dos manicômios, da preponderância de uma rede privada de assistência e da mercantilização da loucura, bem como, a construção coletiva de uma crítica ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas portadoras de sofrimento psíquico (BRASIL,2005). No ano de 1988 é criado o SUS que tem como princípios doutrinários a Universalidade, a Integralidade, a Equidade, a Descentralização e o Controle Social.

A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil, preconizada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica se insere além da oferta de novos serviços ou da reestruturação de modelos assistenciais. Um modelo de atenção coerente com as diretrizes da Constituição pressupõe o fortalecimento do poder público, capacitando-o a

programar políticas de impacto articuladas e integradas nas diversas áreas, buscando melhoria na qualidade de vida. A saúde, dessa forma, passa a ser entendida de forma ampla, determinada socialmente e, portanto, como sendo fruto de políticas que promovam condições adequadas de vida ao conjunto da população. (FURTADO, 2006).

Consoante com diversas experiências de reforma da assistência psiquiátrica no mundo ocidental e as recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde, contidas na Carta de Caracas (1990), o Ministério da Saúde, a partir da década de 90, define uma nova política de saúde mental que redireciona paulatinamente os recursos da assistência psiquiátrica para um modelo substitutivo, baseado em serviços de base comunitária, que oferecem cuidados na comunidade e em articulação com os recursos que a comunidade oferece. Incentiva-se a criação de serviços em saúde mental públicos e territorializados (território é a denominação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária), ao mesmo tempo em que se determina a implantação de critérios mínimos de adequação e humanização do parque hospitalar especializado (BRASIL, 2012).

Corroborando Pinho (2009) diz que território é mais do que a simples conformação geográfica de determinados atores ou instituições na sociedade. O território torna-se um espaço de produção de vida, de intercâmbio cultural, de manifestação das singularidades humanas no mundo.

Sendo assim, no campo da assistência, a Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992 do Ministério da Saúde estabelece as diretrizes para o atendimento nos serviços de saúde mental, normatizando vários serviços substitutivos como: atendimento ambulatorial com serviços de saúde mental (Unidades Básicas, Centros de Saúde e Ambulatórios), Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS), Hospital-Dia, Serviço de urgência psiquiátrica em hospital-geral, leito psiquiátrico em hospital-geral, além de definir padrões mínimos para o atendimento nos hospitais psiquiátricos, até que sejam totalmente superados (BRASIL, 2005).

No espaço de seis anos, compreendidos entre 1987 e 1993, várias articulações foram realizadas, diversos núcleos do movimento foram se constituindo e, no ano de 1993, consolidando o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, foi realizado o I

Encontro Nacional da Luta Antimanicomial em Salvador/BA (neste encontro, é elaborada a carta sobre os direitos dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental), cujo eixo principal das discussões girava em torno da organização do movimento (VASCONCELOS, 2000).

Em 2001 foi sancionado pelo Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (criado em 1989) propondo a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país, dando início as lutas do movimento da reforma psiquiátrica.

Sendo assim, a Reforma Psiquiátrica consolidou-se e ganhou maior sustentação e visibilidade a partir da promulgação da Lei Federal nº 10.216 (Lei Paulo Delgado), que redireciona a assistência psiquiátrica em Saúde Mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária.

Segundo Melucci (2001) pode-se dizer que, o Movimento de Luta Antimanicomial é uma ação coletiva cuja orientação comporta solidariedade, manifesta conflitos e implica a ruptura dos limites de compatibilidade do sistema de saúde mental no país.

O estreito compromisso com a desinstitucionalização de idéias, de práticas e de pacientes tornou-se o grande desafio. A convivência com a loucura não é algo tão simples e fácil, talvez razão pela qual a sociedade criou mecanismos de defesa contra a loucura que até hoje tentamos superar (AMARANTE, 2000).

Não por acaso, a saúde mental vem sendo um espaço para o desenvolvimento de novas formas de cuidado, de colaboração inter-profissional e, sobretudo geradora de novos modelos de atenção e funcionamento institucional (ONOCKO CAMPOS, 2003).

Os CAPS começam a surgir a partir da década de 80 nas cidades brasileiras e passam a receber uma linha específica de financiamento do MS a partir do ano de 2002. O surgimento desses serviços demonstra o início da organização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico no Brasil (BRASIL, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde é função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, acolher e atender as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais, regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte a atenção à saúde mental na rede básica. Sendo assim,

os CAPS devem organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios(BRASIL,2005).

Estes serviços devem ser substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico. De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento (BRASIL, 2005).

Os CAPS surgem como uma possibilidade de assistência em uma proposta mais ampla de uma rede de cuidados em saúde mental: a proposta de criação de um sistema de saúde que contemple a abordagem integral dos indivíduos e de suas famílias (KANTORSKI et. al., 2011).

3.2 Saúde Mental na Atenção Básica de Saúde: compatibilizando duas políticas públicas de saúde

Visto que o tratamento asilar caracterizava o isolamento da pessoa da comunidade e desrespeito com os direitos humanos, este se tornou incompatível com a política de atenção em saúde mental e atenção em saúde às quais preveem a prevenção de doenças, a promoção da saúde, a descentralização e o envolvimento da população em relação as suas ações.

Amarante (2000) diz que, a questão de saúde mental, inserida no contexto do SUS, está marcada pela busca da construção de novos modelos de atenção influenciados pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica.

Na opinião de Carvalho e Buss (2008), esse é um modelo bastante audaz, não só por prever ações intersetoriais e trabalhos interdisciplinares de forma a alcançar um ótimo nível de qualidade de vida para famílias e grupos, mas também, por seu amplo objetivo, que é o da promoção de saúde integralmente.

Em consonância, Dimenstein (2006) diz que, essa forma de atenção integral e descentralizada produz muitas vezes uma ação não muito diversificada na rede de atenção à saúde mental e sugere que haja um avanço nos processos de expansão e de articulação na rede básica e substitutiva.

Junqueira (2000) diz que, a ação intersetorial busca superar a fragmentação das políticas públicas e é entendida como a interação entre diversos setores no

planejamento, execução e monitoramento de intervenções para enfrentar problemas complexos e necessidades de grupos populacionais.

Teixeira (2002) enfatiza que em saúde, a articulação intersetorial é imprescindível para incidir sobre os determinantes sociais do processo saúde-enfermidade e promover a saúde. Os resultados de saúde alcançados por meio da intersetorialidade são mais efetivos do que o setor saúde alcançaria por si só.

De acordo com Furtado (2006) os esforços para superação da lógica da internação como única abordagem à doença e ao doente mental, deverão implicar na constituição, consolidação e expansão de uma rede de ações e serviços substitutivos a essas práticas hegemônicas.

No entendimento de Dimenstein (2006) os CAPS devem ser organizadores das redes de saúde mental, tal como o idealizado pelo Ministério da Saúde, na forma de um dispositivo transitório que interceda com a comunidade, potencializando recursos já existentes e tomando cuidado para não criar “novas cronicidades”.

Com relação à Saúde Mental na atenção primária, o Ministério da Saúde, aponta a importância da integralidade da atenção à saúde e constata que as equipes de Atenção Básica, cotidianamente, se deparam com problemas de saúde mental. Considera que, por sua proximidade com famílias e comunidades, essas equipes se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento de diversos problemas nesta área, como o uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico. Avaliando que muitas vezes as equipes não se encontram preparadas para lidar com o tema, o Ministério da Saúde tem estimulado a expansão de diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários nas ações da atenção básica, como uma forma de “responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção de equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo” (BRASIL, 2005. p. 34), criando uma rede de cuidados em saúde mental que se estruture a partir da Atenção Básica, obedecendo ao modelo de redes de cuidado de base territorial e buscando o estabelecimento de vínculos e acolhimento.

Historicamente, há uma formação acadêmica deficitária no tratamento de pessoas com morbidades que afetam a saúde mental. Conseqüentemente, durante sua formação, os profissionais, em especial os auxiliares de enfermagem, médicos e

enfermeiros, têm contato com pacientes com transtornos mentais graves e geralmente em períodos de crise. Dessa forma acabam por estigmatizar o sofrimento psíquico e julgam-se incapazes de lidar com esse problema. Alguns Agentes Comunitários de Saúde, por sua vez, associam os portadores de transtorno mental àqueles “loucos” da comunidade, com toda carga de estigma comum à população geral (BRASIL, 2011).

Através do guia de matriciamento, formulado pelo Ministério da Saúde no ano de 2011, as intervenções mais intensas, como processos psicoterapêuticos e/ou intervenções medicamentosas, podem ser de responsabilidade de centros especializados como os CAPS, mas o apoio à adesão ao tratamento, os cuidados clínicos a esses usuários e a inserção na comunidade podem (e devem) ser realizados pela equipe da atenção básica de saúde (BRASIL, 2011).

O mesmo documento recomenda para que esta rede possa se formar, deve existir educação em saúde permanente, sendo 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. No entanto, os profissionais da atenção primária deparam-se frequentemente com muitas dificuldades no acompanhamento das pessoas com sofrimento emocional e no manejo dos transtornos mentais. A identificação e a discussão dessas dificuldades devem ser feitas juntamente com esses profissionais em encontros matriciais ou em outras atividades de educação permanente da equipe (BRASIL,2011).

3.3 Apoio Matricial: fortalecendo a rede de atenção psicossocial

Segundo Ministério da Saúde do Brasil, matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (BRASIL, 2011). Em concordância a Organização Pan-Americana da Saúde, define matriciamento como um dispositivo de organização do processo de trabalho entre diferentes níveis assistenciais em que uma equipe de suporte (equipe de matriciamento) especializada em determinada área da saúde apoia por meio do compartilhamento de responsabilidades assistenciais e de atividades de educação permanente à equipe de atenção primária ou de Saúde da Família (BRASIL, 2011).

No processo de integração da saúde mental à atenção primária na realidade brasileira, esse novo modelo tem sido o norteador das experiências implementadas em diversos municípios, ao longo dos últimos anos. Esse apoio matricial, formulado por Gastão Wagner de Sousa Campos no ano de 1999, tem estruturado em nosso país um tipo de cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

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

A relação entre essas duas equipes constitui um novo arranjo do sistema de saúde:

“apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões” (CAMPOS e DOMITTI, 2007, p. 400).

O apoio matricial é distinto do atendimento realizado por um especialista dentro de uma unidade de atenção primária tradicional. Ele pode ser entendido com base no que aponta Figueiredo e Campos (2009) como um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar em saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações.

Segundo o Relatório de Gestão do ano de 2011 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), a estratégia de implementação de Equipes Matriciais de Referência em Saúde Mental está aumentando a cobertura em saúde mental, ou seja, mais pessoas com sofrimento psíquico estão recebendo atendimento.

O matriciamento deve proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população. Assim, também se diferencia da supervisão, pois o matriciador pode

participar ativamente do projeto terapêutico. Portanto, o processo de saúde-enfermidade-intervenção não é monopólio nem ferramenta exclusiva de nenhuma especialidade, pertencendo a todo o campo da saúde. Isso torna o matriciamento um processo de trabalho interdisciplinar por natureza, com práticas que envolvem intercâmbio e construção do conhecimento (BRASIL, 2011).

Esse novo modelo de saúde se desenvolve no matriciamento pela elaboração reflexiva das experiências feitas dentro de um contexto interdisciplinar em que cada profissional pode contribuir com um diferente olhar, ampliando a compreensão e a capacidade de intervenção das equipes (BRASIL, 2011).

Para tanto a Organização Pan- Americana de Saúde diz que o principal objetivo é qualificar, obviamente, a atenção aos portadores de sofrimento psíquico. Adicionalmente, cria espaços de educação permanente (discussão de casos concretos e complexos em saúde mental) e mecanismos de coordenação assistencial que podem ser adaptados para outros problemas de saúde frequentes e prioritários (BRASIL, 2011).

4. Referencial Teórico

No intuito de compreender como se dá a relação da equipe de apoio matricial como ferramenta articuladora da rede de atenção psicossocial, é necessário estar ancorado em um referencial teórico. A fim de subsidiar tal compreensão, o referencial escolhido foi o de Gestão em Saúde, aqui apoiado em conceitos de Gastão Wagner de Souza Campos (2000, 2007, 2013).

Essa nova proposta de horizontalizar as relações entre as equipes surgiu para fazer com que os profissionais de diferentes serviços possam discutir os casos dos usuários da saúde mental com o objetivo de transformar a lógica existente do sistema de referência e contrarreferência, os quais são burocráticos, pouco resolutivos e ineficientes em relação aos casos apresentados pelos usuários (BRASIL, 2011).

Para Campos (2000) institucionalizar os saberes e sua organização em práticas se daria mediante a conformação de núcleos e de campos. O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas.

Em consonância Onocko Campos (1999) sugere que, não haveria como escapar à institucionalização do saber e à administração organizada das práticas sociais, porém, elas poderiam ser organizadas de forma democrática, sendo estruturadas de forma a permanecerem abertas a distintos campos de influência.

Campos e Domitti (2007) define Apoio Matricial como um arranjo organizacional e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. Sugere que lancemos mão de equipes de referência para atingir este objetivo, nestas equipes existe um profissional de referência que deve buscar a reorganização da estrutura e do funcionamento dos serviços de saúde.

O apoio matricial surge então como uma metodologia de trabalho em saúde e pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico- pedagógico às equipes de referência. Vai depender de uma construção compartilhada (cogestão) de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Entende-se que equipe de referência é aquela que baseia seu funcionamento na construção de vínculos entre os diversos atores de tal modo que compartilha a construção e a gestão dos projetos terapêuticos dos usuários do serviço, sendo assim, o profissional ou a equipe de referência toma para si os encargos de acompanhar o usuário (CAMPOS, CUNHA e FIGUEIREDO, 2013).

Contamos com conceitos importantes que embasam a organização para implantação dos modelos de gestão, sendo eles os profissionais de referência, a equipe de referência, o conceito de clínica ampliada, conceito de matriciamento e o apoio matricial em si (ARONA, 2009).

Sendo assim, a composição de equipes de referência objetiva assegurar de um modo dinâmico e interativo a retaguarda especializada. Esta funciona em forma de rede onde a construção deve ser compartilhada entre a referência e o apoio, é complementar, personalizando a referência e contrarreferência, mantendo a responsabilidade pela condução do caso (cogestão) com a equipe de referência (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde (2011) dentro da clínica ampliada pode ser utilizado um recurso chamado de Projeto Terapêutico Singular (PTS), o qual se baseia na premissa de que nas práticas de saúde coletiva, é fundamental levar em consideração tanto o indivíduo quanto o seu contexto social.

A confecção do Projeto Terapêutico de um usuário é onde se define a direção do cuidado que o usuário necessita com metas e ações terapêuticas. Porém, muitas vezes o usuário não participa como sujeito desse processo (GRIGOLO, 2010).

Sendo assim, fazer clínica ampliada é um compromisso com o sujeito doente, visto de modo singular; é assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde é buscar ajuda em outros setores, ao que se dá nome de intersetorialidade (BRASIL, 2011).

Em um estudo realizado por Miranda e Onocko Campos (2010) sobre equipe de referência com profissionais trabalhadores de CAPS, estes defendem que o modelo de equipe de referência é útil para viabilizar a discussão interdisciplinar dos casos e o compartilhamento das responsabilidades e que isso contribui para que os usuários formem laços afetivos com mais de um técnico e para que este evite sua própria cronicidade, uma vez que, é questionado por outras concepções científicas e chamado a desenvolver práticas que ultrapassam seu núcleo profissional.

Na equipe de referência deve haver um espaço coletivo para promover a participação coletiva da gestão do serviço; a discussão sobre temas, casos e educação continuada; a elaboração de projetos operacionais e participação do planejamento geral, a equipe matricial deve agregar conhecimentos e aumentar a capacidade da equipe em resolver problemas de saúde (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Campos e Domitti (2007) sugerem que deve haver uma integração entre equipe de referência e apoio matricial, por meio de encontros periódicos para discussão de casos, definição de linhas de intervenção e de projetos terapêuticos, favorecendo a construção de novos arranjos, onde, com uma equipe mais qualificada, é possível pensar cada situação dentro de sua especificidade, sob diferentes olhares.

Onocko Campos (2003) defendem que além de produzir saúde, cabe também ao sistema de saúde contribuir para a ampliação do grau de autonomia das pessoas.

Desta forma, a busca da construção de autonomia é necessária tanto para usuários como para os profissionais da saúde, pois toda autonomia é construída na história pessoal ou social tornando-se fruto de um processo.

5. Metodologia

5.1 Caracterização do estudo CAPSUL II- O estudo maior

O Projeto de Pesquisa Avaliação dos Centros de Atenção psicossocial da região sul do Brasil CAPSUL II consiste numa segunda edição do CAPSUL realizada em 2006 que teve como objetivo investigar aspectos de estrutura, processo de trabalho e resultados dos CAPS, ouvindo usuários, familiares, trabalhadores e coordenadores dos serviços nos três estados (Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná), através de uma pesquisa que se desdobrou em um estudo qualitativo e um estudo quantitativo (KANTORSKI et. al., 2012). Neste momento, é relatada a etapa qualitativa, que foi utilizada para presente estudo.

Os dados foram coletados de julho a agosto de 2011 pela equipe da pesquisa, os procedimentos utilizados para coleta dos dados na pesquisa CAPSUL II foram entrevista (Anexo A) e observação, utilizando-se do círculo hermenêutico-dialético. As etapas da observação não seguiram um roteiro rígido e o número de horas de observação foi de 253h, de acordo com as exigências do campo para que ocorresse de fato a incorporação dos pesquisadores no mesmo.

O círculo hermenêutico- dialético permite que as primeiras entrevistas sejam menos estruturadas, deixando que o respondente fale livremente sobre o serviço. À medida que as entrevistas forem sendo realizadas, a sua análise permite que sejam identificadas questões que são colocadas nas entrevistas seguintes, de forma que serão cada vez mais estruturadas, não deixando, porém de permitir que todos os entrevistados possam colocar novas questões se assim desejarem. Dessa forma, as entrevistas classificam-se como semiestruturadas, articulando as duas formas apresentadas (Kantorski e Jardim,2011).

Descrever o processo como hermenêutico-dialético, significa que hermenêutico tem caráter interpretativo e dialético representa comparação e contraposição de pontos de vista divergentes, objetivando elaborar uma síntese de todos eles (Guba e Lincoln, 2011).

Guba e Lincoln (2011) propõe o modelo hermenêutico- dialético como uma negociação produtiva que requer certas condições incluindo o compromisso das partes em trabalharem em uma posição de integridade, sem espaço para mentiras e enganos deliberados; competência mínima das partes para se comunicar; compromisso em compartilhar poder; compromisso em mudar frente a negociações persuasivas; compromisso de reconsiderar os seus valores quando apropriado; e compromisso de dispor de tempo e energia que forem requeridas pelo processo.

O círculo hermenêutico-dialético (Figura 1) é uma técnica de entrevistas que permite a interação dos entrevistados entre si (sujeitos da pesquisa) e destes com o pesquisador. Nesta técnica, o pesquisador, mesmo realizando entrevistas individuais com cada sujeito da pesquisa, possibilita que suas falas possam ser lidas pelos outros entrevistados, que elaboram uma síntese da sua e das demais respostas, conduzindo ou não modificações na sua resposta original.

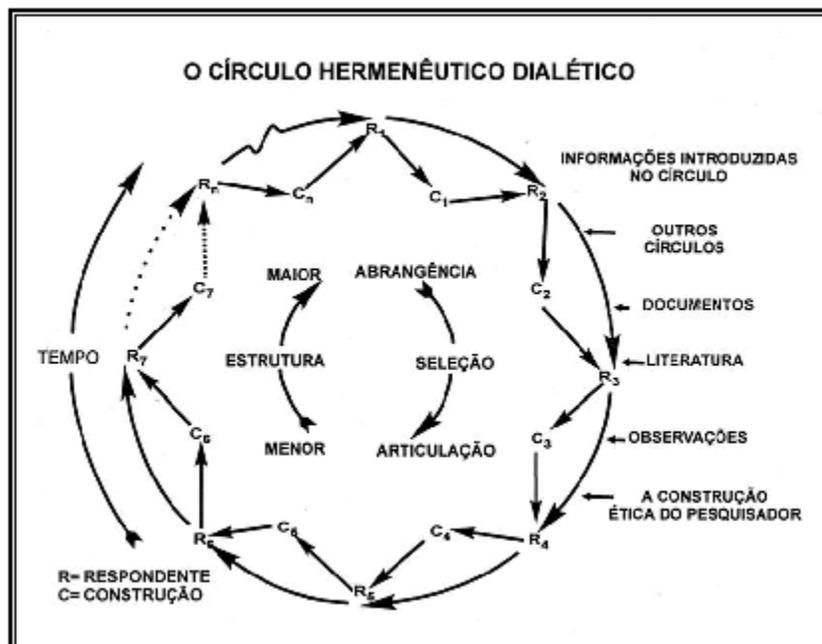


Figura 1- Modelo Esquemático- Círculo Hermenêutico- Dialético

Fonte: Guba e Lincoln (2011)

As informações disponíveis aos participantes do círculo não precisam ser limitadas àquelas que eles e o pesquisador trazem. É possível introduzir outras demandas que a oportunidade e a necessidade originam, tais como, construções que

emergem de outros grupos de interesse, dados de observação, documentos, literatura relevante e a construção ética do pesquisador.

A seleção dos entrevistados foi a partir da definição dos grupos de interesse incluídos no estudo. Foram definidos três grupos: **trabalhadores, usuários e familiares**. Toda a equipe foi entrevistada. Todas as entrevistas foram gravadas, permitindo uma maior fidedignidade na sua reprodução para posterior análise. A priori foram feitas três questões iniciais ou norteadoras que foram desdobradas em mais oito questões (Kantorski e Jardim,2011).

Os círculos não necessitam serem abertos, apenas com indivíduos similares, círculos podem ser formados por pessoas muito diferentes umas das outras. Mas as possibilidades de que condições mínimas de sucesso de encontro hermenêutico dialético diminuem porque tais círculos facilmente comportam pessoas com grande variedade de poder dentro do contexto.

5.2 Caracterização do estudo: um recorte do projeto CAPSUL II

O presente estudo é descritivo com abordagem metodológica qualitativa, sendo um recorte do Projeto de Pesquisa Avaliação dos Centros de Atenção psicossocial da região sul do Brasil- CAPSUL II, desenvolvido pela Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas com apoio financeiro do Ministério da Saúde.

Para Minayo (2011) o método qualitativo consiste no estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, que emergem das interpretações que as pessoas realizam no que diz respeito à vivência, construção de si próprios e dos artefatos, sentimentos e pensamentos.

5.2.1 Local de estudo

O desenvolvimento deste estudo se deu no contexto do município de Joinville-Santa Catarina.

Os dados foram coletados a partir do projeto CAPSUL II, sendo que a escolha do município de Joinville foi devido ao fato de que nesta cidade a rede de saúde mental

encontra-se estruturada, o que permite a articulação entre equipe de matriciamento e equipe de atenção básica em saúde.

A contextualização do município e Centro de Atenção Diária - Nossa Casa (CAD) podem ser evidenciados no Capítulo de Análise e Discussão dos Resultados.

5.2.2 Sujeitos do estudo

Os sujeitos do estudo são quatorze profissionais do CAPS II (CAD) que participaram das entrevistas. Sendo o grupo de interesse os trabalhadores, serão utilizados os dados qualitativos que partirão de observação e entrevistas realizadas no estudo supracitado.

Ao longo desta construção, foram acrescentadas falas dos sujeitos participantes do estudo, preservando sua identidade, sendo identificados pela letra T de trabalhadores e o número da entrevista, por exemplo, T1, T2. Também foram acrescentadas as observações registradas em diários de campo, como reuniões de equipe, por exemplo, pelos três pesquisadores que participaram da coleta de dados qualitativa CAPSUL II em Joinville- SC, sendo eles identificados como DC (Diário de Campo) e enumerados de 1 a 3.

5.2.3 Procedimentos para a coleta de dados

Primeiramente, foi enviada uma carta de solicitação de autorização para uso dos dados obtidos pela pesquisa CAPSUL II para a coordenadora do projeto (APENDICE A), após o aceite (APENDICE B) os dados foram analisados.

Foram elaboradas questões que nortearam a leitura das entrevistas e observações realizadas.

Posteriormente, quando de posse do material a ser analisado, realizei a leitura na íntegra das entrevistas e dos diários de campo (observações). Durante a leitura das entrevistas assinali as questões que seriam discutidas neste estudo.

Partindo do princípio de não ter ido a campo realizar a coleta, senti a necessidade de saber como o serviço se apresentava em sua forma física, então tive acesso às fotografias tiradas pelas entrevistadoras.

5.2.4 Princípios éticos

A pesquisa CAPSUL II foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, sob ofício nº 176/2011 (ANEXO B).

Os princípios éticos estiveram presentes em todos os momentos do estudo, conforme prevê a Resolução nº 466/12¹ do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, sobre Pesquisa com Seres Humanos e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem embasado na Resolução COFEN 311/2007 no seu Capítulo III, no que diz respeito a Deveres nos artigos 89, 90 e 91 e as Proibições nos artigos 94, 96 e 98².

A todos os participantes foi garantido o anonimato, o direito a desistir da pesquisa a qualquer momento e o livre acesso aos dados quando for de seu interesse (Kantoski e JARDIM, 2011). Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO C).

5.2.5 Análise dos dados

A análise dos dados foi feita a partir de questões norteadoras (APENDICE C) e utilizou-se a Análise Temática proposta Minayo (2011). Para a autora, fazer uma análise temática consiste em descobrir a essência do significado que compõe uma comunicação, cuja frequência constitua alguma coisa para o objeto que será analisado.

Para a autora a análise temática subdivide-se em três momentos distintos. A primeira etapa é a pré-análise, que consiste na escolha de documentos a serem analisados através da leitura flutuante do conjunto de comunicações, ou seja, que é o contato direto com o material de campo; da constituição do corpus, que é a organização

¹ Resolução nº 466/12 Esta Resolução incorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

² Capítulo III (dos Deveres): Art. 89 - Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação; Art. 90 - Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa; Art. 91 - Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados. Capítulo III (das Proibições): Art. 94- Realizar ou participar de atividade de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos; Art. 96- Sobrepor o interesse da ciência ao interesse e segurança da pessoa, família ou coletividade; Art. 98- Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização.

do material; da formulação e reformulação de hipóteses e objetivos, delimitando os conceitos teóricos para orientar a análise e responder aos objetivos propostos. O segundo momento é de exploração do material, onde é realizada uma associação e a classificação dos dados, definindo-se os aspectos a serem explorados. A última fase consiste em interpretar o material (MINAYO, 2011).

Foi realizada a leitura flutuante do material das entrevistas e os dados foram divididos em temas e após foram analisados.

Foram utilizados registros dos diários de campo e fotografias como demonstração da organização das equipes.

6. Visando a análise e discussão dos resultados

6.1 Contextualizando o Município de Joinville-SC e o Centro de Atenção Diária- CAD Nossa Casa

Neste capítulo os apresento o contexto do município em estudo e do CAD, com descrição dos sujeitos lá inseridos.

Joinville está localizada na região Sul do país, município pólo da microrregião nordeste do Estado de Santa Catarina. É a maior cidade catarinense, sendo responsável por 20% das exportações catarinenses. É também o terceiro pólo industrial da região Sul. A cidade concentra grande parte da atividade econômica na indústria com destaque para os setores metal- mecânico, têxtil, plástico, metalúrgico, químico e farmacêutico. O produto interno bruto também é um dos maiores do país (BRASIL,2013). A figura (2) mostra a localização geográfica dos principais municípios do Estado de Santa Catarina:



Figura 2: Localização geográfica dos principais municípios do Estado de Santa Catarina, entre eles o de Joinville.

Fonte: Imagem obtida a partir da internet: http://www.qualificar-sc.com.br/images/mapa_sc.gif.

Constituiu-se em uma cidade de grande porte, localizada no nordeste de Santa Catarina, de acordo com dados do IBGE (BRASIL, 2013), em 2010 o município contava com uma população de 515.288 habitantes e estima que em 2013 tenha 564.981 habitantes.

Há cerca de cinco mil anos a região de Joinville abrigava índios e homens que eram coletores conhecidos como sambaquis, já no século XVIII famílias portuguesas vieram para a região com seus escravos provavelmente vindas de São Paulo, ocupando lotes de terra. Em 1849 surge a colônia Dona Francisca contrato assinado entre a sociedade colonizadora e o príncipe e a princesa de Joinville (JOINVILLE- SC, 2013). A mesma fonte diz que no ano de 1851 funda-se a cidade com a primeira leva de imigrantes alemães que chegam à de Dona Francisca, sendo assim esta é elevada a Vila, em 1880 surgem as primeiras indústrias têxteis e metalúrgicas na cidade. Em 1887 Joinville é elevada a categoria de cidade e, a indústria e o comércio começam a ganhar destaque com quatro engenhos de erva-mate, 200 moinhos e 11 olarias. Produtos como madeira, couro, sapatos, louça, móveis, cigarros e mate são exportados; ferro, instrumentos musicais, artigos de porcelana e de pedra, sal, medicamentos, máquinas e instrumentos agrícolas, cerveja, vinho, trigo, sardinha e carne seca são importados. A população também se modificou com a chegada de migrantes de vários locais do país e hoje tem cerca de 500 mil habitantes.

Localizada ao nordeste de Santa Catarina está Joinville, a maior cidade do estado, com cerca de 500 mil habitantes, também conhecida como a Manchester Catarinense, por ser um dos principais pólos industriais do país, com destaque para o ramo metal-mecânico (JOINVILLE-SC,2013).

A antiga colônia Dona Francisca, atual Joinville, fundada em 09 de março de 1851, atrai pessoas de diferentes locais do Brasil e do mundo por ser um moderno centro urbano e industrial, mas que ainda contém traços típicos herdados de seus colonizadores europeus, como jardins floridos bem cuidados. No município de Joinville, os turistas podem encontrar diversas manifestações culturais, como o famoso Festival de Dança de Joinville, a Festa das Tradições, a Escola de Teatro Bolshoi (única fora da Rússia), além de Museus como o do Bombeiro, de Sambaqui, da Bicicleta, de Artes, Fritz Alt e da Fundação (JOINVILLE-SC, 2013).

O município de Joinville no ano de 2009, contava com 02 estabelecimentos público-estaduais, 73 estabelecimentos públicos- municipais e 228 estabelecimentos privados (BRASIL,2013).

Em um estudo realizado com o objetivo de descrever a rede de saúde mental no município de Joinville no ano de 2011, foi identificado que esta rede (Figura 3) destaca-se por sua dinamicidade e articulação entre os diversos dispositivos que a compõe. Esta rede é composta pelos seguintes serviços: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II, CAPS III, CAPS ad (álcool e drogas), CAPS i (infantil), leitos psiquiátricos em hospital geral, Pronto Socorro, Pronto Atendimento Psicossocial (PAPS) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Figura 4) (GUEDES et. al., 2011).

Serviço	Características
CAPS II (CAD)	Possui uma estratégia de corresponsabilização baseada em Mini-equipes, nas quais os profissionais são divididos dentro do serviço em pequenas equipes, sendo responsáveis mais próximos de determinados usuários.
CAPS III	Conta com a "hospitalidade" quando os usuários do serviço precisam de uma maior atenção, durante o período de 24 horas, assim evita-se a hospitalização destes.
CAPS ad (álcool e drogas)	Há verba para a organização de um consultório de rua, entretanto, a prefeitura não contrata profissionais.
CAPSi (infantil)	Suporte à demanda infanto-juvenil
Hospital Geral	Há reuniões semanais das equipes com os profissionais dos CAPS, quando são discutidos os casos clínicos e avaliação social da família, havendo uma presença na discussão da alta do usuário hospitalizado.
Pronto-socorro	Destaca uma boa comunicação entre o CAPS II, Hospital Geral e Pronto Socorro, tendo em vista que um mesmo profissional enfermeiro trabalha nestes locais.
Unidade Básica de Saúde (UBS)	Desenvolve o matriciamento: as equipes da UBS e do CAPS discutem em conjunto os casos mais graves e realizam visita

	domiciliar.
Pronto Atendimento Psicossocial (PAPS)	Serve de suporte para a rede, porém não há continuidade do tratamento. Auxilia na renovação de receitas e ajuste de medicação para os usuários.

Figura 3: Características dos pontos da rede de Atenção em Saúde Mental no município de Joinville- SC, 2011.

Fonte: Guedes et.al. (2011) .

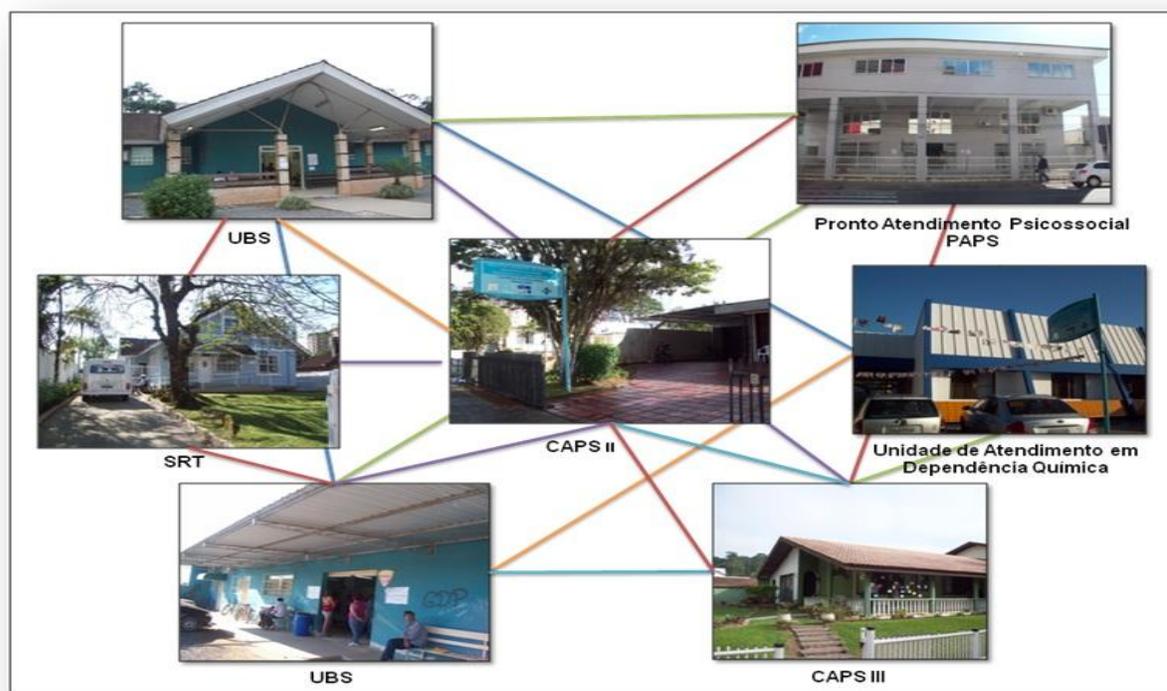


Figura4- Representação dos pontos da rede de Atenção em Saúde Mental no município de Joinville- SC, 2011.

Fonte: Guedes et.al. (2011).

Conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (2013), o município possui quatro CAPS, sendo eles, CAPS II, CAPS III, CAPSad e CAPSi e no que tange à Atenção Básica, existem 60 estabelecimentos cadastrados no sistema.

Segundo Pinho (2009), no ano de 1993 foi implantado o Centro de Atenção Diária (CAD) Nossa Casa, cuja equipe foi constituída a partir do remanejamento dos profissionais que atuavam nos ambulatórios. Porém este só foi credenciado junto ao Ministério da Saúde no ano de 2001 (Figura 5), quando passou a ser CAPS tipo II.



Figura 5: Fachada do Centro de Atenção Diária- CAD Nossa Casa

Fonte: Banco de Dados CAPSUL II, 2011.

Este serviço de saúde destina-se a acolher os pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, é um dispositivo de cuidado, substitutivo a internação psiquiátrica, visa estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu território, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Atende a população acima de 18 anos com transtornos mentais severos e persistentes. É referência para as Regionais de saúde: Centro, Fátima, Floresta e Jarivatuba. O funcionamento é de segunda a sexta-feira em horário comercial (JOINVILLE-SC, 2013).

Os sujeitos do estudo são apresentados através de uma tabela (Figura 6), a qual foi feita por ordem de entrevistas, incluindo profissão, idade e tempo de serviço no CAD.

Profissionais	Vínculo	Profissão	Tempo de serviço no CAD
T1	Concurso	Técnica de Enfermagem	07 anos
T2	Concurso	Terapeuta Ocupacional	10 anos
T3	Contrato	Terapeuta ocupacional	08 meses
T4	Concurso	Psicóloga	09 meses
T5	Concurso	Enfermeiro	03 anos
T6	Concurso	Assistente Social	03 anos
T7	Concurso	Psicóloga	10 anos
T8	Concurso	Terapeuta	08 anos
T9	Não foi possível identificar estas questões no material.		
T10	Concurso	Técnica de Enfermagem	10 anos
T11	Concurso	Terapeuta Ocupacional	09 anos
T12	Concurso	Farmacêutica	03 meses
T13	Concurso	Técnica de Enfermagem	06 anos
T14	Concurso	Enfermeira	03 anos

Figura 6: Apresentação dos sujeitos do estudo.

Fonte: Banco de Dados CAPSUL II,2011.

Nesta figura podemos observar que doze (85.71%) dos quatorze profissionais são concursados e que apenas um (7,14%) deles é contratado. Se formos levar em consideração a questão do vínculo, sabemos que com a estabilidade de um concurso diminui a rotatividade entre os trabalhadores, sendo assim, supõe-se que a criação de vínculo possa ser mais efetiva. Destes profissionais três são Terapeutas Ocupacionais, dois são Psicólogos, três técnicos em Enfermagem, dois Enfermeiros, uma Farmacêutica, uma Terapeuta e uma Assistente Social.

Em um estudo realizado com os profissionais do CAD no ano de 2006, constatou-se que a rotatividade entre os profissionais era muito alta, e que a equipe “sofria” demais pela falta de estabilidade dos profissionais. A maioria dos contratos

eram temporários e nem sempre respeitava-se o perfil do trabalhador, muitas vezes as pessoas chegavam “ cruas” no serviço, o que na maioria das vezes prejudicava o vínculo usuário- trabalhador-serviço de saúde (PINHO,2009).

No que diz respeito aos vínculos, constata-se através da tabela que dez profissionais atuam há mais de três anos no serviço.

Segundo Starfield (2002), o vínculo é caracterizado por ela como *longitudinalidade*, ou seja, por ser uma fonte regular de atenção e que usa-se ao longo do tempo. Além disso, diz que o vínculo da população com sua fonte de atenção deveria ser refletida em fortes laços interpessoais, refletindo ação mútua entre pessoas e profissionais.

Corroborando Teixeira (2004) diz que, no trabalho em saúde, não se deve falar numa relação verdadeiramente terapêutica sem que haja uma relação de confiança. E para haver relação de confiança devemos refletir sobre os afetos que para o autor são eles que dão consistência ao vínculo.

No capítulo a seguir, inicia-se a análise e discussão dos dados.

7. Analisando e Discutindo os resultados

Este capítulo apresenta a análise e discussão dos dados coletados, tendo como fundamento o referencial teórico adotado.

Com o objetivo de que o leitor possa conhecer como se dá o processo de matriciamento neste município é fundamental que dividamos os resultados em temas: a *História do Matriciamento no Município de Joinville*, possibilitando compreender como iniciou o processo de matriciamento e revelando características particulares deste município.

Em seguida, *Matriciamento como um instrumento de Gestão em Saúde* que se desdobrou em dois sub-temas. O primeiro *Articulação entre as equipes de diferentes serviços* sendo descrito como se dá a conversa entre as equipes das UBS e do CAD através das miniequipes. Em seguida, descreve-se como duas ferramentas *Alta e PTS* colaboram, para a questão do matriciamento.

Por meio deste capítulo, disponibilizo um breve roteiro a fim de que o leitor encontre o sentido da estrutura deste estudo, proposto pela autora. E que possa conhecer *A organização da equipe matricial como ferramenta articuladora da rede para reabilitação psicossocial*.

7.1 Matriciamento no Município de Joinville

O município de Joinville tem uma história muito particular quando se refere às questões de Saúde Mental, em 1986 com o fechamento do único hospital psiquiátrico do município (Clínica Nossa Senhora de Saúde), os usuários quando em crise, eram encaminhados para atendimento em outro Estado (Curitiba-Paraná), visto que Joinville não tinha planejamento para atendimento de crises (Pinho, 2009). Sendo assim, em 1987 passa a ser pensada a organização dos serviços em saúde mental.

No ano de 1978 identifica-se o início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país (BRASIL, 2005).

Podemos verificar que se passaram vinte anos do início dos primeiros movimentos sociais para que o município de Joinville planeje uma rede organizada de atenção aos pacientes com sofrimento psíquico.

Iniciou-se o atendimento em ambulatórios que a priori contavam com um médico psiquiatra e dois psicólogos (DC02).

Apesar da contratação de outros profissionais este atendimento permaneceu até o ano de 1992. Em 1993 é implantado o CAD-Nossa Casa (Pinho, 2009).

Conforme relatos, foram constituídas equipes de saúde mental nas UBS, com equipes próprias para realizar este atendimento, nesta época não existiam os CAPS nem sequer algum Centro de Convivência para os usuários. Por este motivo, podemos pensar que Joinville começou a fazer Saúde Mental e Matriciamento muito antes dos outros municípios, pois iniciaram o atendimento “*ao contrário*” (pelas UBS e não pelos CAPS). Em uma fala de um trabalhador podemos observar o que foi contado:

“Joinville já iniciou dessa forma, procurando que as equipes fizessem a realização do serviço em saúde mental nas unidades, e é onde tinham as equipes praticamente completas e à medida que foi crescendo se continuou com essa intenção de atendimento em saúde mental, nas sedes regionais, na atenção básica e depois posteriormente veio os CAPS (T11)”.

As transformações propostas pelo complexo campo da Reforma Psiquiátrica brasileira apresentam grandes desafios, especialmente aos profissionais de saúde que cotidianamente têm a tarefa de expandir e consolidar essa mudança (YASUI, COSTA-ROSA, 2008).

Corroborando Silveira e Vieira (2009) consideram a atenção básica como um elemento-chave para a promoção da equidade nas sociedades com grandes disparidades sociais .

No município de Joinville no ano de 2001 surgem os CAPS. As Atividades de Suporte Terapêutico oferecidas pelo CAD são de fundamental importância para o cuidado das pessoas em sofrimento psíquico, bem como, para o processo de inclusão social e cuidado em liberdade. No CAD as atividades são compreendidas como todas as ações e práticas realizadas em que o usuário e a família se sintam acolhidos, escutados e valorizados como cidadãos de direito. Assim, as atividades estão contidas nas práticas de acolhimento, valorização da escuta e das escolhas, grupos terapêuticos, oficinas, atividades extras CAPS e nas visitas domiciliares (DC02).

O Ministério da Saúde (2004) preconiza que os CAPS gerenciem os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico e personalizado, que promovam a inserção dos usuários através de ações intersetoriais envolvendo educação, trabalho, esporte, lazer e que principalmente escolham estratégias para enfrentamento de problemas em conjunto.

Baseado na descrição do que é preconizado para os CAPS, pode-se afirmar que o município de Joinville está no caminho certo, visto que suas ações visam promover autonomia do sujeito e inserção do mesmo no seu território.

Fernandes et.al. (2008) reconhecem a importância da intersetorialidade e da rede de serviços em saúde mental pois, quando o arsenal de recursos resolve interagir isso só vem a beneficiar a comunidade.

As equipes do CAD se organizam a fim de prestar melhor assistência ao usuário de saúde mental, sendo assim cabe salientar que o município de Joinville realiza oficinas de saúde mental na atenção básica, o que fez com que o município ficasse conhecido e ganhasse prêmios do Ministério da Saúde. A articulação que a equipe de apoio matricial consegue com serviços de atenção a saúde mental e atenção básica a saúde, fez com a cidade recebesse pela segunda vez em menos de três anos a contemplação de um projeto dado pelo Ministério da Saúde por desenvolverem oficinas de teatro (figura 7) semanalmente em quatro unidades de saúde da cidade de Joinville- SC, com usuários da saúde mental, o prêmio da 3º Chamada de Seleção de

Projetos de Reabilitação Psicossocial do Ministério da Saúde. O edital beneficia iniciativas que desenvolvam atividades de inclusão social entre os usuários do SUS(Joinville- SC, 2013).



Figura 7: Apresentação do Grupo Teatral Dê lírios- Oficina desenvolvida na UBS do município de Joinville.

Fonte: Prefeitura Municipal de Joinville- 2013.

Estas oficinas são desenvolvidas desde 2010, pela equipe de saúde mental da Regional de Saúde do Fátima, sendo direcionadas aos pacientes com sofrimento psíquico, entretanto, há a participação de outras pessoas da comunidade que tenham interesse. Neste convívio com outras pessoas da comunidade há contribuição para a reinserção social do paciente de saúde mental (JOINVILLE- SC,2013).

Sabe-se que os CAPS surgem dentro de uma política de saúde mental e tem por função articular e agregar a rede de saúde para dispor de uma atenção que reconheça as necessidades de tratamento, recuperação, prevenção e promoção de saúde (SAITO et.al.,2008), esta informação revela o quanto Joinville se preocupa com a questão da reinserção social do usuário, percebe-se que há envolvimento de outros

personagens, por exemplo, a família e comunidade, neste processo de resgate da integralidade do sujeito.

Para que ocorra um sistema de saúde integral, é necessária a articulação, não apenas dos espaços singulares dos serviços, mas entre serviços e ações setoriais e intersetoriais, tornando o acesso uma condição para que haja integralidade (SILVA, PINHEIRO e MACHADO,2003).

O município de Joinville organiza a questão do matriciamento com equipes de profissionais de referência os quais se dividem em miniequipes que vão até o local para realizar o matriciamento, são 04 miniequipes divididas por regiões e cores (Figura 8), equipe Azul, Equipe Laranja, Equipe Vermelha, Equipe Verde (DC02).



Figura 8 : Organização das mini equipes de apoio matricial no município de Joinville.
Fonte: Banco de dados CAPSUL II, 2011.

Neste processo de construção coletiva do projeto terapêutico entre as duas equipes, a de referência e a de apoio matricial, profissionais de diversas especialidades compartilham o seu saber ao se depararem com a realidade exposta (BRASIL, 2011).

Segue abaixo (Figura 9) a representação das miniequipes e profissionais que a compõe:

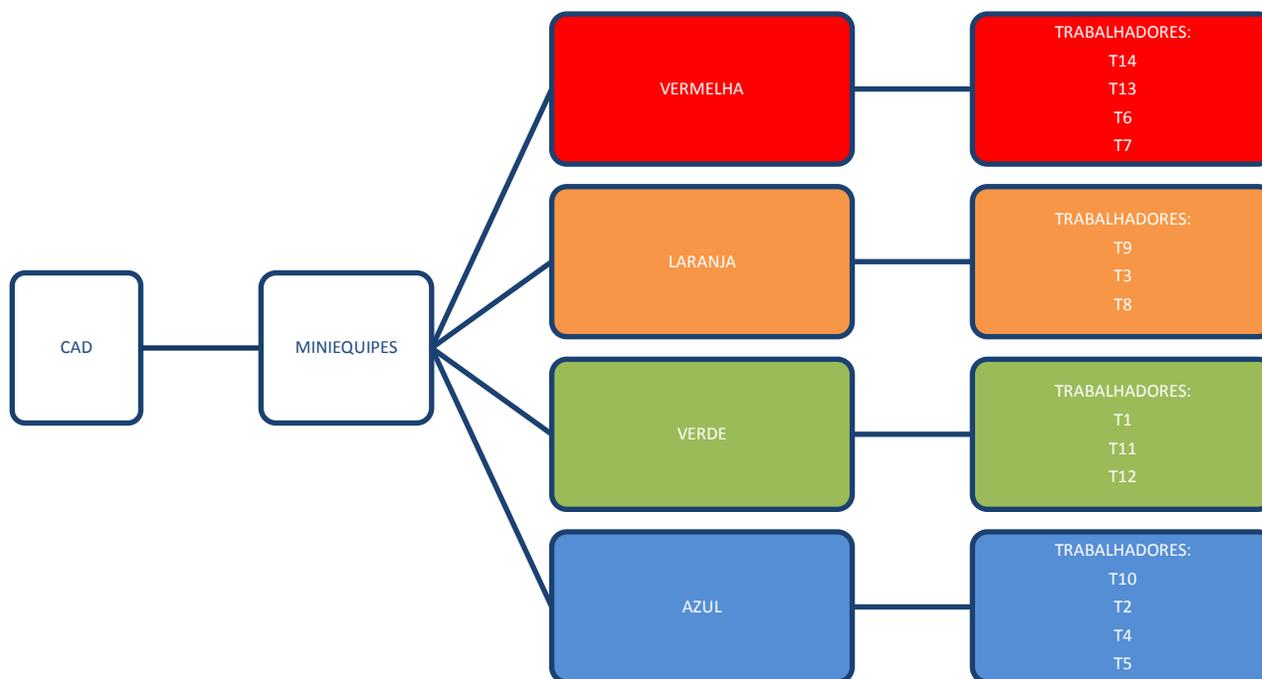


Figura 9: Representação das miniequipes do CAD- Nossa Casa localizado no município de Joinville-SC

Fonte: Dados dos Diários de Campo da pesquisa CAPSUL II(DC02).

Há dois anos estas equipes realizam matriciamento nas regionais de saúde, uma ou duas vezes ao mês, nestes encontros realizam apresentação de casos para alta, discussão, visitas domiciliares e o CAD segue fazendo monitoramento (DC 02). As regionais contam com psiquiatras, psicólogos e terapeuta ocupacional, realizam atividades, tais como, oficinas, grupos, consultas individuais e entrega de medicação. Segue abaixo uma representação (Figura 10) das miniequipes e suas respectivas regionais e bairros onde é realizado o matriciamento:

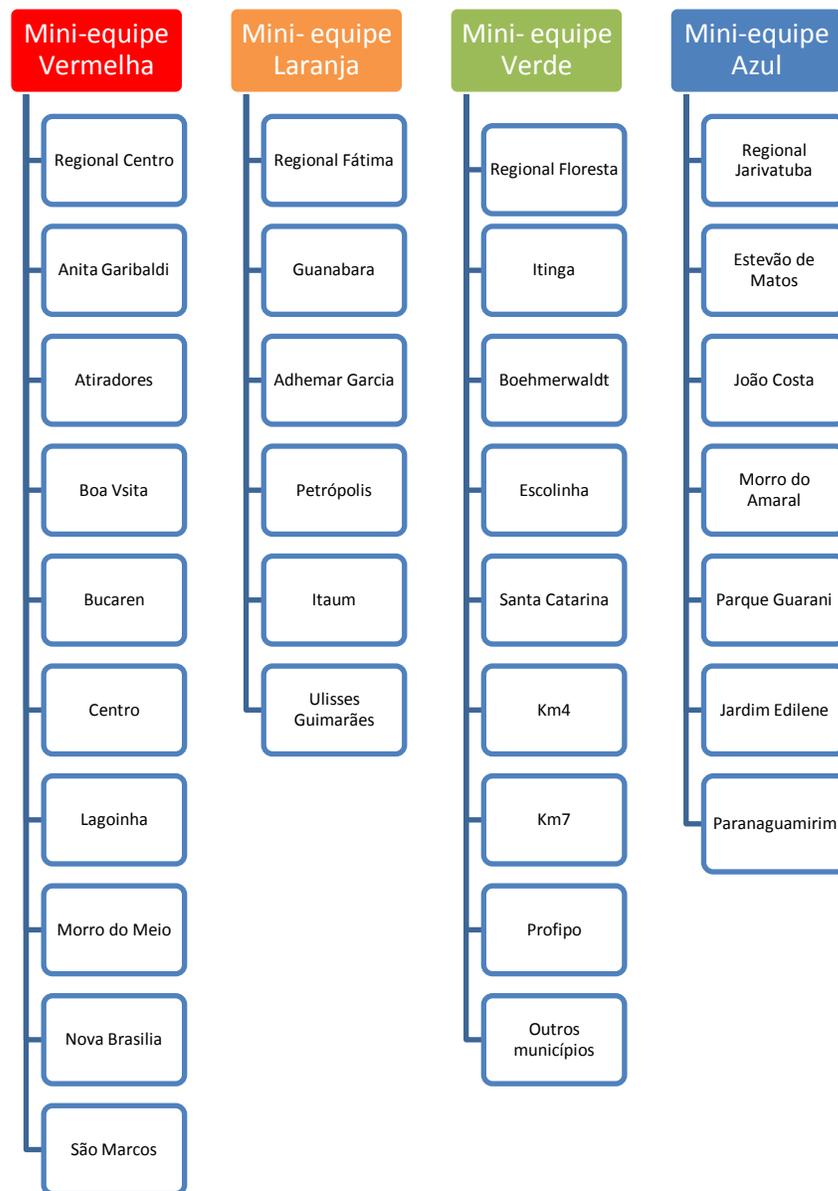


Figura 10: Representação das mini- equipes do CAD- Nossa Casa e suas respectivas regionais e bairros onde é realizado o matriciamento.

Fonte: Dados dos Diários de Campo da pesquisa CAPSUL II(DC02).

A partir da reflexão dos autores e da representação apresentada pode-se pensar que desta forma os profissionais que trabalham na atenção básica são convocados a intervirem no processo de reabilitação das pessoas com sofrimento psíquico (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

Campos (2000) explica que, existe o campo como um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina ou profissão buscaria em outras o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas comum a todos e o núcleo o qual demarcaria uma área de saber e de prática profissional e o campo.

Acredito que o principal propósito da articulação das equipes do CAD, seja levar as equipes da Atenção Básica instrumentos para que estes possam sentir-se mais a vontade no momento de realizar uma abordagem ou intervenção com os usuários de saúde mental, despindo-se assim de estigmas e preconceitos e colaborando para a melhoria da assistência e incentivo à autonomia do sujeito.

7.2 Articulando as equipes de diferentes serviços

As diversas demandas e necessidades do campo da saúde associadas à complexidade e subjetividades presentes nesta área requer um movimento interessante de articulação entre diversos saberes (Fernandes, et. al., 2008). Os mesmos autores afirmam que para responder aos diferentes perfis de necessidade é exigido um nível de integração de competências das diversas áreas do conhecimento.

A rede do município de Joinville destaca-se por sua articulação e dinamicidade(GUEDES, 2011), sendo que além da diversidade de serviços ocorre comunicação entre eles.

Sabe-se que, o que dá combustível para o matriciamento é a articulação entre as equipes dos serviços, como já foi descrito no CAD existem miniequipes que realizam o acompanhamento dos usuários em 04 regiões da cidade, estas miniequipes se reúnem mensalmente com a região correspondente. Abaixo pode ser visualizada a organização das miniequipes em dias da semana e horário de reuniões de matriciamento (figura11).

Horários	2ª F	3ª F	4ª F	5ª F
09:00h às 11:00h	Vermelha	Verde	Azul	Branco
14:00h às 16:00h	"	"	"	"

Figura 11: Quadro representativo de dias e horários das reuniões das miniequipes- do CAD com as regionais de saúde correspondentes, no município de Joinville-SC.

Fonte: Banco de dados CAPSUL II, 2011.

No tocante a organização das equipes Campos, Cunha e Figueiredo (2013) sugere que articulação entre equipes seja uma proposta de mudança dos arranjos organizacionais e das responsabilidades profissionais e gerenciais, facilitando a cogestão em locais onde necessita-se de trabalho em equipe.

O trabalho das reuniões de equipe matricial começa a partir de casos, os profissionais veem qual a prioridade e dão início ao acompanhamento deste, se houver a necessidade de articulação com os diversos serviços isto é, iniciado (DC01).

Campos e Domitti (2007) recomenda que este trabalho entre apoiador e equipe seja em grupo, apostando na construção de espaços coletivos e em um sistema de cogestão. Com a finalidade de iniciar a gestão compartilhada, ou seja, a cogestão deve-se estabelecer expectativas, regras, método de trabalho e o que mais a equipe ver como necessidade (CAMPOS E DOMITTI, 2007).

Os profissionais do município de Joinville, quando questionados quanto à forma como faziam as intervenções no território, contam que a construção dos espaços coletivos aconteceu de forma lenta para algumas equipes, o que pode ser observado nas falas abaixo:

“...facilmente através do matriciamento. Mais a gente foi, ir devagar né, vão devagar a gente tava já bem empolgado indo pro território mesmo, indo para as Unidades Básicas e tal e aí tivemos que parar tudo.(T6)”

“...É questão de assim nós buscamos e avaliamos cada caso dentro da sua necessidade, esse suporte que a gente trabalha também é com o território, através das unidades básicas e da equipe de saúde mental que tem nas regionais em cada regional (T1).

As equipes do CAD se estruturaram e fizeram uma divisão por bairros e áreas a serem atingidas pelo apoio matricial, atentando para as questões iminentes ao território do sujeito.

As reuniões das miniequipes acontecem uma vez por mês e os casos discutidos são levados à regional, os profissionais vão até a UBS discutem os casos, retornam ao usuário e decidem com ele como vai ser seu Plano Terapêutico Singular (PTS), tal como podemos observar na fala que segue:

“...o que a gente consegue fazer hoje é fazer reuniões com elas, uma vez por mês para trocar casos aí elas trazem casos novos, tem uma situação assim, assim em tal lugar...(T13)”

Para Starfield (2002) os serviços de saúde devem ter um papel na melhora da saúde, e a atenção primária (UBS) deve dar enfoque à saúde da população numa constelação de outros determinantes, tais como, o meio social e físico onde estes sujeitos vivem.

Corroborando Campos e Domitti (2007) nos diz que estas reuniões são espaços onde o grupo analisa, define tarefas e elabora projetos de intervenção, sendo assim, o apoiador compromete-se com a equipe ajudando-as na construção de espaços coletivos .

Em consonância Campos, Cunha e Figueiredo (2013) sugerem que se as equipes em suas reuniões puderem criar um espaço de jogo, produzindo ações coletivas e experiências compartilhadas, o que tende a fortalecer os laços e os vínculos, aumentando a capacidade de lidar com conflitos, que são comuns num espaço coletivo.

Nas reuniões mensais ocorrem trocas de casos, avaliam como está o paciente, referenciado para a UBS e como está aquele que por algum motivo precisou retornar ao CAD. Quando há crise de algum usuário, a fim de preservá-lo da internação, este é encaminhado para o PAPS, onde recebe o primeiro atendimento, se precisar ficar em acompanhamento, este é referenciado para o CAPSIII, e se ainda assim não for efetivo/eficiente, este pode ser encaminhado para o leito de saúde mental no Hospital Regional (DC03).

Conforme os relatos abaixo eles utilizam todas as ferramentas existentes para evitar internação do usuário. O CAD consegue realizar o atendimento da crise, e tem medicação injetável disponível para estes casos.

“...nós temos um serviço chamado PAPS que é um pronto acolhimento psicossocial que quando essa rede tava é completa vamos dizer assim, o PAPS ele servia pra dá o primeiro atendimento fazer ai um acompanhamento desse paciente, oferece o primeiro atendimento psiquiátrico(T7)”

“ cada equipe tem quatro mini equipe. uma reunião mensal da de técnicos de cada Regional com as mini equipes, cada mini equipe tem uma reunião mensal com essa a Regional correspondente.(T6)”

“...é isso fora muitas vezes até dos nossos encontro regulares que a gente acaba tendo que é uma vez por mês agente se encontra com o pessoal, a equipe de saúde mental da atenção básica, e também a gente vai nas unidade básica de saúde...então lá vem fazem PSF que e os agente comunitários de saúde que fazem um trabalho muito legal, a gente também de vez enquanto vai la, passa algumas orientações então eles ajudam a gente, vão na casa, vê como eles estão ligam pra gente sabe dão as informações de como são esses pacientes. (T2)”

“...normalmente a gente trabalha em cima de cada caso, pelo menos eu to aqui a dois meses mas eu sempre pensei dessa forma , cada caso é um caso e ai dentro de cada caso a gente vai faze as parcerias(T1)”

“...Uma vez por mês... E aí se discute o que se está se fazendo em saúde mental, juntamente com a questão das diretrizes do ministério e cada serviço elege um titular e um suplente pra participar dessa reunião né, ela (Falando sobre as reuniões de saúde mental do município).(T14)”

A articulação existente entre as equipes da rede de saúde mental é a peça fundamental no processo de reabilitação do usuário, e como vimos no município de Joinville eles conseguem utilizar bem esta ferramenta.

Cabe ressaltar que estes acontecimentos respeitam o tempo do apoiador-equipe e usuário envolvidos neste processo. Os profissionais do CAD contam também com a ajuda dos ACS, sendo que eles realizam visitas domiciliares e acompanhamento dos casos passados para a atenção básica, o CAD realiza encontros com os ACS a fim de passar orientações sobre os casos, para que eles possam acompanha-los melhor, o retorno muitas vezes não acontece somente nas reuniões mensais, os ACS mantém contato telefônico com o CAD e passam a situação do usuário (DC 02).

Teixeira (2002) enfatiza que em saúde, a articulação intersetorial é imprescindível para incidir sobre os determinantes sociais do processo saúde-enfermidade e promover a saúde. Os resultados de saúde alcançados por meio da intersetorialidade são mais efetivos do que o setor saúde alcançaria por si só.

De acordo com Furtado (2006) os esforços para superação da lógica da internação como única abordagem à doença e ao doente mental, deverão implicar na

constituição, consolidação e expansão de uma rede de ações e serviços substitutivos a essas práticas hegemônicas.

Os membros da equipe devem desenvolver uma capacidade de levar em conta a si mesmo e ao outro, construindo um ambiente de convivência e respeito, que poderá ser capaz de acolher e articular as diferentes possibilidades e os *jeitos próprios* de cada profissional (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013). Portanto, as potencialidades do trabalho em equipe devem ser consideradas mais como horizontes desejáveis do que como integralmente possíveis.

Os profissionais e usuários também contam com a Reunião de Saúde Mental mensal, onde são eleitos os profissionais participantes e suplentes de cada mês e de cada equipe, sendo este outro espaço utilizado para discussão destas questões.

Segundo os relatos podemos relacionar os fatos com o Método da Roda, proposto por Campos e Domitti (2007) o qual trabalha com a noção de que há simultaneidade entre a geração, a coleta e a análise de informações, isto significa que não há rigidez entre os fatores citados, mas que a cada rodada (reunião) se interpretam as informações e toma-se decisões, tornando-se um método construtivo de conhecimento e intervenção na realidade do sujeito. Até o presente momento, podemos perceber o engajamento destas equipes em auxiliar na reabilitação e promover autonomia destes sujeitos, comprometendo-se com os espaços por onde o sujeito circula, ou seja, o seu território.

Contudo, um dos profissionais entrevistados fez uma crítica a esta ferramenta, o matriciamento, reforçando que as pessoas precisam ser capacitadas para realizarem o matriciamento que esta política não deveria ser imposta e que algumas equipes tem mais dificuldade em realiza-lo, a seguir a fala deste trabalhador:

“...um matriciamento, e aí assim ó, teve uma equipe que foi e fez um trabalho legal mas acabou deixando o serviço descoberto e a gente também sentiu isso na pele, né.(T13)”

Campos (2007) alerta que no processo de cogestão há existência de fluxo de afetos dos participantes e isto deve ser respeitado. Para que o Matriciamento possa ser realizado de forma efetiva, os participantes devem sempre colocarem-se na roda, ou seja, participarem das discussões inclusive para discutirem questões que geram desconformidade (CAMPOS,2013),.

Cabe ressaltar que o uso do apoio matricial busca ampliar a capacidade de as pessoas lidarem com o poder, com a circulação de afetos e com o saber, ao mesmo tempo em que estão fazendo coisas, trabalham cumprindo tarefas (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013).

Para que o leitor possa compreender como acontece o matriciamento no município de Joinville, segue uma observação registrada em um dos diários de campo, com questões pontuais de uma reunião de miniequipe. Cada miniequipe possui um livro de registros de reuniões, nestes registros são descritos os casos dos usuários que são acompanhados pela miniequipe, tal como sua evolução ou retrocesso, é registrado tudo que for decidido entre as equipes do CAD e UBS (DC 03). A seguir consta um registro de diário de campo que retrata o que consta no livro ata de uma das miniequipes:

“Livro de ata – Mini equipe Azul Registro de cada usuário da mini equipe (por dia de reunião, a qual ocorre semanalmente nas terças – feiras das 12 as 13hs) – por exemplo: registro de 28 usuários, um a um, com nome, evolução e uma síntese de plano terapêutico”(DC03).

Os diários de campo têm vários registros de ata de reuniões que ocorreram nas miniequipes, o que se percebe é que estas reuniões são voltadas para discussão dos casos acompanhados pelos dois serviços e tomada de decisões, ou seja, retoma-se questões sobre os usuários que não estão respondendo ao plano terapêutico.

Conforme o método proposto por Campos e Domitti (2007) os encontros entre equipe e apoio matricial devem escolher algum tema para trabalhar, eleger uma decisão e partir para tarefas práticas, sendo assim, a cada “volta do parafuso”, a cada reunião há coleta de novas informações, análise e definição de ações práticas.

No que tange as reuniões das equipes do matriciamento pode-se observar a partir da leitura dos diários de campo, que as reuniões retomam assuntos da semana anterior, trazem relatos sobre como os usuários estão respondendo ao PTS, há um planejamento do PTS de usuários que estão sendo encaminhados para as UBS de seu território, entre outras coisas, como medicação em uso pelos usuários, abordagem a família e realização de visitas domiciliares (DC 02).

Conforme Campos e Domitti (2007) a análise das informações organizadas em texto, ou seja, os registros, ganha muito quando um grupo inclui suas práticas entre os temas de reflexão, isto nada mais é do que o fazer antecedendo e sucedendo o pensar.

O termo Apoio indica uma pressão de fora, trazer algo ou alguém externo ao grupo que opera os processos de trabalho, mas também indica que quem apoia sustenta e, ao mesmo tempo, empurra o outro. Desta forma sendo apoiado e empurrado, a equipe torna-se objeto de intervenção, assim como o usuário (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013).

Quando refletimos sobre o que fazemos, temos espaço para dimensionar a importância da participação do sujeito nas decisões, de tal modo que possamos tornar as ações feitas com os sujeitos e não para os sujeitos, relacionando as ações de forma transversal e não mais horizontal. Para tal surge uma ferramenta chamada de Projeto Terapêutico Singular, que visa respeitar o sujeito como um ser biopsicossocial.

Para Carvalho e Buss (2008) o uso do termo “singular” baseia-se na premissa de que nas práticas de saúde coletiva é fundamental levar em consideração não só o indivíduo, mas todo o seu contexto social.

O PTS trata-se de uma variação da discussão de caso clínico, que se desdobra num conjunto de propostas terapêuticas articuladas para a atenção de um sujeito, de uma família, um grupo ou um coletivo, construídos por uma equipe interdisciplinar, a partir da análise do caso (CUNHA, 2009).

7.3 Alta e PTS: Utilizando duas ferramentas que incentivam o matriciamento

Miranda (2005) pondera que a terapêutica não pode ser um conjunto de ações que proponham um resultado específico, mas sim uma imprevisível e nunca antes experimentada forma de relação com alguém com quem teremos que construir algo, ao sabor do desconhecido. Não podemos prever como será o percurso relacional, supondo que aquela pessoa a nós apresentada é única, distinguível dos demais do grupo e de nós mesmo.

Alguns profissionais ponderam que o CAPS é um processo transitório na vida do indivíduo, comparando que para o usuário seria um período intermediário, estando entre a internação e a vida na UBS, ou seja, no seu território. Neste sentido eles

promovem a autonomia do sujeito, a independência, valorizando sua liberdade de transitar entre os serviços, em seguida uma fala que identifica esta passagem:

“...verdade a gente sempre teve muita claro pra nós a questão dos CAPS são um lugar de transição ele seria um período que intermediário por exemplo, é internação e a atenção básica e que a gente trabalharia nesse sentido de estar promovendo então a autonomia, independência, fazendo com que a pessoa tenha noção de que precisa se comprometer com o tratamento (T2)”

Tomar o PTS como dispositivo significa entender que não se trata de um protocolo ou ficha a ser preenchida, mas de um projeto, uma perspectiva de mudança que aponta para o futuro, e que vai compor de forma flexível às transformações que as demandas dos pacientes e os imprevistos inerentes que a vida impõe (CAMPOS; CUNHA, FIGUEIREDO, 2013).

Corroborando Cunha (2009) nos lembra que os passos para confecção de um PTS não são estanques, pois trata-se de um processo relacional e complexo e algumas informações vão surgindo conforme o desenvolvimento das intervenções. O vínculo e a confiança são construídos aos poucos. Deve-se lembrar que não podemos mudar algo para alguém e sim com esse alguém, no caso do PTS é exatamente isso que acontece, o sujeito é protagonista do seu tratamento.

O processo de saúde-enfermidade-intervenção não é monopólio nem ferramenta exclusiva de nenhuma especialidade, pertencendo a todo o campo da saúde. Isso torna o matriciamento um processo de trabalho interdisciplinar por natureza, com práticas que envolvem intercâmbio e construção do conhecimento (BRASIL, 2011).

Os profissionais relatam não estarem contentes com a questão do documento de referência e contrarreferência, argumentando que a alta vai além do papel e que o matriciamento e o PTS consegue dar este sentido, pois pode-se dar maiores informações sobre o usuário e realizar o acompanhamento dele de forma mais eficaz (DC 02). As duas falas a seguir exprimem esta ideia:

“quando a gente ta dando alta aqui, a gente vai lá e também já da maior informação, pós o encaminhamento.” (T1).

“... precisou se aproximar mais, simplesmente uma contra referência de papel já não dava mais, precisavamos desse contato, dessa aproximação da discussão e a gente sabe que quando esse paciente precisa, ou seja, a primeira ação em saúde mental ele vai buscar na atenção básica”(T7).

Além dos profissionais reconhecerem que os mecanismos utilizados para burocratizar os serviços não auxiliam na reabilitação do usuário eles conseguem em caso de “alta” acompanhar este usuário, ou seja, discutem com o seu território, no caso a UBS, levando e trazendo informações do usuário em questão.

Partindo de uma concepção ampliada de clínica, o diagnóstico para cumprir sua função de orientar as práticas terapêuticas, deve no mínimo incluir uma compreensão mais abrangente do sujeito, seu contexto de vida, sofrimentos e conflitos (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013).

Deste modo, podemos fundamentar a Clínica Ampliada em alguns conceitos e arranjos organizacionais, tais como, reconhecer a complexidade do adoecer, da produção de saúde e a interinfluência entre eles; a ampliação do trabalho em saúde considerando o sujeito como um todo; apoio terapêutico e cogestão no projeto terapêutico, esta busca construir uma clínica compartilhada em que o usuário participe desde o diagnóstico até a instituição de métodos terapêuticos; valorização da interdisciplinaridade; reconhecimento da subjetividade das relações entre outros (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013).

Para Wetzel (2005) mesmo assim, essa necessidade de troca deve ser permanentemente questionada, entendendo o PTS como uma construção provisória, que quando necessário deve ser repensado.

Entendo que se conseguirmos pensar desta forma percebermos que o usuário pode sim retornar ao CAPS quando preciso o que jamais descartaria a possibilidade dele estar inserido junto a sua comunidade.

No tocante ao fornecimento da medicação, também é um fator levado em consideração no momento da alta, pois o usuário mesmo que continue o seu tratamento na UBS, se houver necessidade de medicação injetável, por exemplo, o Haldol decanoato, o usuário pode e deve ir até o CAPS para realizar a aplicação, o que faz com que este não perca o vínculo com o serviço, mas também não fica “preso”, “encapsulado” naquele local.

“ Além do acompanhamento do pacientes de alta também que a gente fornece a medicação (T12).”

Campos, Cunha e Figueiredo (2013) corroboram ponderando que sobre o vínculo, personalização e longitudinalidade do cuidado e da atenção em saúde, visto que, cada usuário precisa saber quem são os profissionais que irão acompanhá-lo, sendo assim, até mesmo os profissionais poderão considerar as informações que permitam a comparação do usuário consigo mesmo no decorrer do tempo, negociando propostas e avaliando resultados.

O PTS é muito importante, pois faz com que o usuário se comprometa com seu tratamento, ele faz com que o usuário participe ativamente das decisões de seu tratamento, consegue dar voz ao usuário, e os profissionais identificam isto como a maior dificuldade do serviço, revelam a importância do mesmo, porém, dizem que ainda não tem “ braços” para realizá-lo sempre.

Outros dizem que a discussão do PTS existe, porém, que colocá-lo em prática é um pouco mais difícil. As falas a seguir lançam um pouco da angústia dos profissionais em não conseguirem dar conta na prática do PTS:

“...eu acho que a gente caminha pra isso, a gente discute, nós temos um bom entendimento do que seria isso pra terapêutico singular, mas na questão da pratica as vezes ele passa...(T7)”.

“o PTS?...eu acho um grande ganho que a gente tem ai, porque eu estive aqui em 2001 como profissional da equipe e o projeto terapêutico era feito junto com o usuário tanto aqui com lá no Caps 3 também junto com ele que dia era melhor pra ele vim, qual a proposta que ele tem mais interesse, o que ele se identifica o que a gente acha que talvez seria interessante pra ele, a gente passa vê se ele concorda ou não...(T8)”.

A preocupação com todas estas questões é importante, sendo muito fácil a aplicação de um tratamento cronificador e alienante. A exigência para que isto não aconteça são alguns cuidados, tais como, discutir caso a caso (PTS), de modo a deixar claro para todos o projeto terapêutico, sendo este flexível (WETZEL, 2005).

Para Campos (2013) o reconhecimento da dimensão institucional faz parte do matriciamento, isto significa que, a gestão é coprodutora, não só de diretrizes e objetivos, mas dos profissionais também. Sendo assim, é compromisso delas não só de ensinarem o profissional do que fazer ou do que não fazer, mas também de produzir subjetividade, resultando em padrões de investimento afetivo maior ou menor nas atividades da clínica. Desta forma, podemos dizer que o PTS é uma maneira de

estruturar o trabalho em equipe interdisciplinar ao redor do sujeito individual ou coletivo, e assim facilita o trabalho da ampliação da clínica, possibilitando o enfrentamento da fragmentação dos diferentes recortes profissionais e disciplinares.

8. Considerações Finais

Ao chegar ao final deste processo de construção cabe expressar a relevância do mesmo, que está inserido no contexto de reforma na assistência em saúde mental, sendo os atores principais os trabalhadores do CAD no Município de Joinville-SC.

A cada relato dos profissionais pode-se refletir que dependendo do valor que se dá a cada usuário, pode gerar uma resposta diferente ao tratamento. No momento em que os usuários são valorizados, sendo levados em consideração seu sofrimento e suas necessidades, tende a tornar mais fácil o trabalho do profissional que estiver assistindo-o.

Lembrando que anterior aos movimentos da reforma psiquiátrica as pessoas que tivessem algum tipo de sofrimento psíquico eram excluídas da sociedade, dispendo de tratamento somente em manicômios, tornando-se vítima de preconceito e exclusão, o que na maioria das vezes gerava cronificação do seu estado mental e adestramento dos corpos.

Em meados dos anos 70 o Brasil começou a pensar em “Reformar” essa maneira de cuidar das pessoas com sofrimento psíquico e então passam a se organizar e articular com o objetivo de transformar o modelo anterior. Sendo assim, dá-se início ao pensamento do cuidado em liberdade, onde os sujeitos teriam diversos dispositivos substitutivos e territorializados.

Portanto, os CAPS surgem como dispositivo estratégico na remodelação hospitalar e do cuidado em liberdade, suporte aos egressos de longas internações e interlocutores com os outros serviços de saúde que podem vir a beneficiar o usuário no seu território.

O presente estudo objetivou analisar a organização da equipe matricial como ferramenta articuladora da rede para reabilitação psicossocial do usuário de saúde mental no município de Joinville e especificamente, conhecer a forma como a equipe de apoio matricial em saúde mental relaciona-se com as UBS .

A coleta de dados foi realizada por observações de campo e de entrevistas semiestruturadas com 14 profissionais do CAD, sendo realizada a contextualização do município e do CAD.

Com base nas entrevistas e nos registros de diários de campo identifica-se que, o Município de Joinville tem uma história muito particular em relação a organização da equipe matricial, pois os atendimentos em saúde mental já iniciaram nas UBS antes mesmo de existirem os CAPS.

Com o fechamento progressivo dos Hospitais Psiquiátricos, o município de Joinville iniciou um processo de “repensar” a Saúde Mental, sendo assim os gestores optaram por instituir equipes específicas para realizar este cuidado nas UBS.

Desta forma, a equipe do CAD é estruturada de forma articulada com as Unidades Básicas e com os outros serviços da rede de atenção psicossocial, o que é uma potencialidade desta equipe, visto que eles conseguem reunir-se mensalmente para discussão de casos, o que auxilia o usuário a reabilitar-se.

Atualmente, a RAPS do município conta com diversos serviços e atores, facilitando assim a reinserção do usuário e diminuindo consideravelmente o número de internações.

Também se identificou que a equipe do CAD utiliza-se da divisão em miniequipes com a finalidade de realizar matriciamento nas UBS, estas tem um planejamento dos dias e horários que irão realizar o matriciamento, sendo que muitas vezes além do profissional ir ao serviço ele vai também ao território onde encontra-se o sujeito a fim de enriquecer as informações para basear os estudos de caso.

Em função da relação da saúde mental com a atenção básica ser muito estreita, Joinville já ganhou dois prêmios do Ministério da Saúde, por realizar oficinas terapêuticas no espaço das UBS, sendo que estas contam com a presença de usuários da saúde mental, familiares e usuários da própria UBS.

Podemos considerar a articulação entre as equipes um fator potencializador do matriciamento.

Por conseguinte foi relacionado à alta e o PTS como ferramentas que auxiliam no processo de matriciamento, onde alguns profissionais analisam o processo do CAPS

como transitório na vida do sujeito, e dizem que conseguem visualizar este processo na forma do PTS.

O pressuposto desta pesquisa foi que, Matriciamento ou Apoio Matricial é um recurso facilitador para o cuidado em saúde mental, além de ser uma ferramenta articuladora entre "redes" o qual foi de encontro com os achados, pois é nítido que o acompanhamento do sujeito através da equipe de apoio matricial facilita a aceitação dele no seu território, visto que a equipe do CAD leva todas informações sobre este sujeito e apoia a UBS quando necessário.

Diante do exposto, cabe ressaltar a importância deste estudo no contexto de ações transformadoras e impulsionadoras para o cuidado em saúde mental, retratando a importância das ações realizadas neste município a fim de reabilitar os sujeitos, proporcionando assim, reflexão para outros serviços na questão de articulação.

O objetivo dos CAPS é o cuidado em liberdade e a reabilitação psicossocial do usuário e para que possamos atingir este objetivo é necessário, além de outras medidas, que os profissionais abram mão do seu trabalho individualizado e comecem a realizar trabalho em equipe .

Estimo que este estudo contribua para que outras equipes tomem como exemplo, o caso apresentado e que a liberdade do sujeito seja respeitada e valorizada conforme os interesses do usuário.

9. Referências

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

_____**Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

ARONA, E. C. Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. **Saude soc.** vol.18, suppl.1, p. 26-36. ISSN 0104-1290, 2009.

BARROS, R. B.; BARROS, M. E. B. **Da Dor ao Prazer no Trabalho**. In: SANTOS-FILHO, S. B., BARROS, M. E. B. de, org. Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: ed. Unijuí, – 272p. - Coleção saúde coletiva, 2007.

BERTOLETE, J. M.. **Em busca de uma identidade para a reabilitação psicossocial**. In: PITTA, Ana (Org.). Reabilitação Psicossocial no Brasil. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

BONFADA, D. - **A Integralidade da Atenção à Saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços**. Universidade Federal do Rio Grande do Norte 0588/2009 – Revista Ciência e Saúde Coletiva, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Inovando o Papel da Atenção Primária nas Redes de Atenção à Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2011.

_____**Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

_____**Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva .Guia prático de matriciamento em saúde mental / Dulce Helena Chiaverini(Organizado 65 [et al.]. [Brasília, DF], 2011a,236 p.**

_____**Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção: relatório de gestão 2003-2006**. Brasília, DF, 2007.

____ Ministério da Saúde, Relatório de Gestão do ano de 2001. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/SAS_Relatorio_de_Gestao_2011.pdf. Acesso em: 02 de dezembro de 2013.

____ Ministério da Saúde, Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>> acesso em: 02 de dezembro de 2012.

____ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil, Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. 2005.

____ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em: 01 de dezembro de 2013.

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

CAMPOS G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

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

CARDOZO A.R. A reinserção social do usuário do centro de atenção psicossocial após a alta, 2009. 60p. (Trabalho apresentado como pré-requisito para conclusão do curso de Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

CARVALHO AI, BUSS PM. **Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção**. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LV, Carvalho AI, Noronha JC, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Fiocruz; 2008. Junqueira LAP. Intersetorialidade.

CUNHA G.T. Grupos Balint- Paideia: uma contribuição para a co gestão e a clínica ampliada na Atenção Básica. Doutorado. Campinas: Unicamp, 2009.

DESVIAT, M. **A reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 1999. 167p.

DIMENSTEIN, M. **O desafio da política de saúde mental: a (re) inserção social dos portadores de transtornos mentais** *Mental*, junho, vol. IV n.006, Universidade Presidente Antonio Carlos, Barbacena- Brasil, 2006. p.69-83.

DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **saúde soc.** [online], v. 18, n. 1, p. 63-74, 2009.

FERNADES A.L.M. et.al. Integralidade na Saúde Mental: Estratégias e Mecanismos de Integração dos diferentes níveis de atenção. In: Integralidade da Atenção: organização do trabalho no programa saúde da família na perspectiva sujeito- sujeito, Organizadora: Raquel Saito. São Paulo: Martinari, 2008.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, , 2009. p. 129-138.

FURTADO, J. P. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11, n.3, 2006.

GOMES, V. G. **Apoio matricial: estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP**. 2006. Trabalho de Conclusão de Curso (Aprimoramento em Saúde Mental) - Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Campinas, 2006.

GRIGOLO, T. M. O CAPS me deu voz, me deu escuta: um estudo das dimensões da clínica nos Centros de Atenção Psicossocial na perspectiva dos trabalhadores e usuários. 2010.283p. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília.

GUBA E.G. e LINCOLN Y.S. **Avaliação de quarta geração**. Tradução Beth Honorato. Campinas SP. Editora da Unicamp, 2011.

GUEDES A. C. et. al. Descrição da rede de atenção à saúde mental do município de Joinville-SC. Banner apresentação como pré- requisito para obtenção do título de especialista em atenção psicossocial no âmbito do sistema único de saúde. 2011. Universidade Federal de Pelotas.

Guedes, Ariane da Cruz. Trajetórias terapêuticas: os usuários de saúde mental como protagonistas da própria história / Ariane da Cruz Guedes ; Luciane Prado Kantorski, orientadora. – Pelotas, 2010. 165f.

HARZHEIM, E. In: Organização Pan-Americana da Saúde, **Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras**. / Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; Conselho

Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

JOINVILLE-SC, Site de Turismo do Município de Joinville- SC. disponível em: <http://www.sctur.com.br/>. Acesso em: 20 de novembro de 2013.

JUNQUEIRA L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, 2000.

KANTORSKI, L.P. et al. Avaliação qualitativa de ambiência num Centro de Atenção Psicossocial. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2011, vol.16, n.4, pp. 2059-2066. ISSN 1413-8123.

KANTORSKI L.P. e JARDIM V.M.R. Projeto de Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil (CAPSUL II). 2011.

KANTORSKI, L.P. et. al. Relatório Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil (CAPSUL II). 2012.

LANCETTI, A. (s.n.t.) Contribuição de Antonio Lancetti para Saúde Mental, Atenção Primária Promoção da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/smlancetti.pdf> acesso em 08/07/2011.

LOBOSQUE A.M. **Experiências da loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LÜCHMANN, L.H.H.; RODRIGUES, J. O Movimento Antimanicomial no Brasil, **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, março-abril, vol 12, num 002. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva: Rio de Janeiro, Brasil, pp. 399-407, 2007.

MAIA, M. A. B. **O corpo invisível do trabalho: cartografia dos processos de trabalho em saúde** / Miguel Ângelo Barbosa Maia. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Departamento de Psicologia. Rio de Janeiro, 2006.

MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Org.). **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre, Artmed, 2007.

MELUCCI A. **A invenção do presente**: movimentos sociais nas sociedades complexas. Petrópolis, Vozes, 2001.

MIRANDA L. Transitando entre o coletivo e o individual: reflexões sobre o trabalho de referência junto a pacientes psicóticos. Doutorado. Campinas. UNICAMP, 2005.

ONOCKO CAMPOS, R. **A Gestão: espaço de intervenção, análise e especificidade técnicas**. In: CAMPOS, Gastão Wagner Souza (org.). Saúde Paidéia. São Paulo, Hucitec, 2003.

MIRANDA, L. and ONOCKO-CAMPOS, R. T. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. **Cad. Saúde Pública [online]**. 2010, vol.26, n.6, pp. 1153-1162. ISSN 0102-311X.

MINAYO, M.C.S. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 30 ed. Petrópolis: Vozes, 2011. p.61-77.

PAIM, J.S., TEIXEIRA, C.F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 40, 2006. p.73-78.

PINHO, L.B. **Análise crítico-discursiva da prática de trabalhadores de saúde mental no contexto social da reforma psiquiátrica**. 2009. 340p. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

RAMOS, L. S. **Entre Fios e Dobras: o tecer da reforma psiquiátrica no município de Santa Maria/RS** / orientação por Carmem Lúcia Colomé Beck. – Santa Maria, RS, Universidade Federal de Santa Maria, 2009. 140p.

ROTELLI, Franco et al . **Desinstitucionalização, uma outra via**. A reforma Psiquiátrica Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. IN: ROTELLI et al. **Desinstitucionalização**, São Paulo: Hucitec, 2001b, 2ª Ed.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 2001.

SAITO.R.X.S. **Integralidade da Atenção: organização do trabalho no programa saúde da família na perspectiva sujeito- sujeito**. São Paulo: Martinari, 2008.

SOALHEIRO N.I. **Da experiência subjetiva a prática política: a visão do usuário sobre si, sua condição, seus direitos [tese]**. Rio de Janeiro (RJ), ENSP, 2003.

SOUSA et.al. Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial, **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 21 [4]: 1579-1599, 2011.

STARFIELD B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília- UNESCO, Ministério da Saúde. 2002. 726p.

TANAKA O.U.; LAURIDSEN R. E. Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. **Cad Saúde Pública** 2006; 22(9):1845-1853.

TEIXEIRA, C.F. **Saúde da Família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS**. Ver. Brasileira de Saúde da Família, p.10-23,2004.

TEIXEIRA C.F.; PAIM J.S. **Planejamento e Programação de Ações Intersetoriais para a Promoção da Saúde e Qualidade de Vida**. In: Teixeira CF, Paim JS, Vilasboas AL, organizadores. Promoção e Vigilância da Saúde. Salvador, Instituto de Saúde Coletiva, 2002. p. 59-78.

VASCONCELOS EM. **Saúde Mental e serviço social: o desafio da subjetividade e interdisciplinaridade**. São Paulo, Cortez, 2000.

VASCONCELLOS, V.C. **Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS**. SMAD, Ribeirão Preto/SP, v.6,n.1. p.01-16, 2011.

YASUI S.; COSTA-ROSA A. a Estratégia atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37, jan./dez. 2008.

Apêndices

APÊNDICE A: Carta de Solicitação de Autorização para Utilização de Dados de Pesquisa

Ministério da Educação
Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem

Solicitação de autorização

Eu, Vanessa Alvez da Silva, mestranda do PPG Enfermagem solicito autorização da coordenadora da pesquisa intitulada CAPSUL II desenvolvida pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para utilizar os dados da pesquisa supracitada para a minha pesquisa de dissertação, desde que respeite os princípios éticos, ou seja, mantendo o anonimato dos sujeitos e a responsabilização para com a pesquisa.

Pelotas, 06 de dezembro de 2012.

Enf^a Mestranda Vanessa Alvez da Silva

APÊNDICE B: Carta de Autorização para utilização dos Dados de Pesquisa
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Carta de Autorização para Utilização de Dados de Pesquisa

Declaro que para os devidos fins, Vanessa Alvez da Silva, pós graduada do curso de Pós-graduação Mestrado Acadêmica em enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas está autorizada a utilizar parte dos dados coletados na pesquisa Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil II para elaborar a sua dissertação do mestrado intitulada: A organização da equipe matricial como ferramenta articuladora da rede para reabilitação psicossocial. Ressalto que esta dissertação faz parte dos produtos oriundos da pesquisa e que a aluna está ciente do compromisso de publicação de resultados em parceria com o coordenador do projeto.

Pelotas, 05 de junho de 2013.

Profª Drª Luciane Prado Kantorski
Coordenadora do projeto

APÊNDICE C- Questões Norteadoras
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Roteiro para leitura das entrevistas

QUESTÕES NORTEADORAS

1. O que é para você apoio matricial?
2. De que forma a equipe de apoio matricial se organiza?
3. Que fatores você considera como facilitadores para articular a rede de atenção psicossocial?
4. Quais os desafios encontrados na equipe de apoio matricial em relação a organização da rede?
5. Como a equipe de apoio matricial se relaciona com o CAPS e as UBS?

Anexos

ANEXO A: Roteiro Orientação das Entrevistas

Questões	
Iniciais	<p>1. Fale sobre o funcionamento aqui no CAD:</p> <p>2. Que fatores podem estar contribuindo ou dificultando o funcionamento do CAD?</p> <p>3. Como se dá a articulação do CAD com os demais serviços como o Hospital Regional, SAMU, SOIS, Atenção Básica e CAPS III e outros serviços como escolas, assistência social, habitação, judiciário?</p>
Específicas	<p>1. Quanto tempo o usuário permanece no CAD? Como se dá o processo de passagem para outros serviços e a continuidade do acompanhamento do usuário? (alta, atenção básica, oficinas de geração de renda, grupos, ambulatório).</p> <p>2. Como você avalia a estrutura física do CAD em relação à quantidade e tamanho das salas, distribuição das atividades (espaço adequado?), privacidade, ruídos.</p> <p>3. Como você avalia os recursos humanos do CAD, em relação à quantidade, à formação profissional, capacitação para o desenvolvimento do trabalho, rotatividade, tipo de vínculo/contratação?</p> <p>4. Como está sendo construído o PTI (como acontece desde que ele é acolhido, como são definidas as atividades que ele participa, de que forma é negociado)?</p> <p>5. Como se está a relação dos usuários com a sociedade e sua inserção no território, nas atividades culturais, sociais e cotidianas da cidade?</p> <p>6. Como você avalia o fornecimento de medicação de uso contínuo e as orientações ao usuário? (regularidade de distribuição, cardápio de medicações, cesta básica de medicações, protocolos de dispensação).</p> <p>7. Como se dá o atendimento à crise dentro e fora do CAD? (Grupo de 8, houve mudanças a partir da implantação do CAPS III?)</p>

	8. Que suporte o serviço oferece aos familiares? Como você avalia?
--	---

Questões de observação

Ambiência: estrutura física, privacidade, recursos humanos (rotatividade).

ANEXO B: OFÍCIO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

PARECER N ° 176/2011

Profª Dra. Luçiane Prado Kantorski e Prof. Dra. Vanda Maria da Rosa Jardim

PARECER PROJETO DE PESQUISA

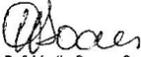
Senhoras Pesquisadoras:

De acordo com a reunião deste Comitê em 21/03/2011, Ata nº 001/2011 informamos que o projeto sob sua responsabilidade, intitulado: "**Avaliação do Centro de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil – CAPSUL II**".

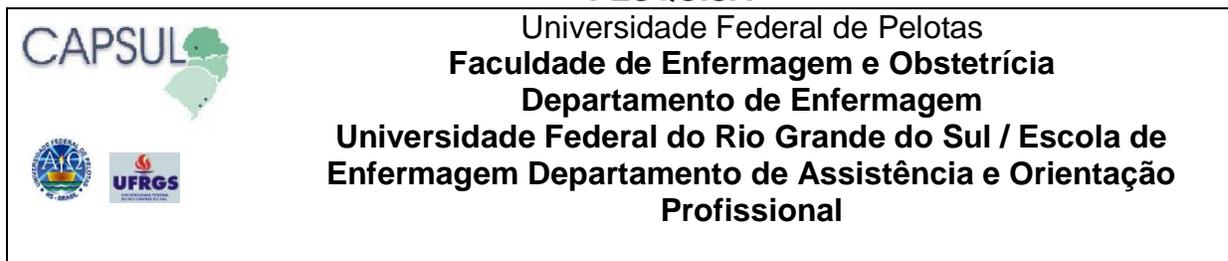
Protocolo interno N ° 017/2011

Recebeu o seguinte parecer: **APROVADO**

Pelotas, 21 de março de 2011.


Prof.ª Dr.ª Marilu Correa Soares
Coordenadora CEP-FEN-UFPEl
COREN-RS 21886

ANEXO C: CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA



CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA (Resolução 196/96 do Ministério da Saúde)

Estamos apresentando ao Sr. (a) o presente termo de consentimento livre e informado caso queira e concorde em participar de nossa pesquisa, intitulada "**AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA REGIÃO SUL DO BRASIL – CAPSUL II**", autorizando a observação, a entrevista, a realização de grupo focal e aplicação de questionários referentes as etapas de coleta de dados do estudo. Esclarecemos que o referido estudo tem como objetivo: avaliar Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná).

Garantimos o sigilo e anonimato dos sujeitos em estudo, o livre acesso aos dados, bem como a liberdade de não participação em qualquer das fases do processo. Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar como sujeito deste estudo, autorize e assine o consentimento abaixo:

Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa.

Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo e autorizo o uso do gravador nos momentos em que se fizer necessário.

Fui igualmente informado (a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos, do livre acesso aos dados e resultados; da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo; do sigilo e anonimato.

Enfim, foi garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

LOCAL/DATA: _____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE: _____

OBS: Qualquer dúvida em relação a pesquisa entre em contato com:

Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas

Profa. Luciane Prado Kantorski.

Telefone: 53-39211427 ou 53 - 99832430. E mail: kantorski@uol.com.br

HomePage: <http://ufpel.edu.br/feo/capsul>