**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Carla Cristina do Nascimento

**Apoio Matricial em Saúde Mental:
possibilidades e limites no contexto da
Reforma Psiquiátrica**

**São Paulo
2007**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Carla Cristina do Nascimento

**Apoio Matricial em Saúde Mental:
possibilidades e limites no contexto da
Reforma Psiquiátrica**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, Área de Concentração
Enfermagem Psiquiátrica, da Escola
de Enfermagem da Universidade de
São Paulo, como exigência parcial,
para a obtenção do título de mestre,
sob orientação da Prof^a. Dr^a. Márcia
Aparecida Ferreira de Oliveira.

**São Paulo
2007**

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Nascimento, Carla Cristina do.

Apoio matricial em saúde mental: possibilidades e limites no contexto da reforma psiquiátrica. / Carla Cristina do Nascimento.
– São Paulo, 2007.

176 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira.

1. Enfermagem psiquiátrica 2. Serviços de saúde mental
3. Desinstitucionalização I. Título.

DEDICATÓRIA

À Minha querida e amada
mãe. Sem ela...

AGRADECIMENTOS

Primeiro e sempre, a Deus, que permitiu que este trabalho se concretizasse apesar dos obstáculos encontrados neste período.

À Márcia, minha orientadora. Obrigada sempre pelo carinho, amizade e por me mostrar que a vida pode ser vivida de forma mais “leve” e alegre. Além disto, por ter me orientado, possibilitando meu crescimento.

À Rosângela e Chris, pessoas lindas, afetivas e, acima de tudo, muito companheiras.

Aos profissionais da equipe verde do Centro de Saúde Dic I e do Centro de Saúde Vista Alegre, locais onde fui matriciadora e que, no contato com tais profissionais, pude construir e inquietar-me para a produção deste trabalho.

Aos grandes amigos feitos no Centro de Saúde Vista Alegre.

Aos amigos do CAPS Davi Capistrano, aos quais recorri muitas vezes.

À Lucimara, que além de sorrir comigo no cotidiano do nosso trabalho, também acolheu muitas angústias e, me ensinou muito sobre ser um profissional comprometido com o sofrimento do outro.

À Marina e Stelinha, que juntas comigo, formavam as “três mosqueteiras” às voltas com as alegrias e angústias do primeiro emprego, além do incentivo para o mestrado. Foi um período lindo.

À Regina Bichaff, que em período anterior fez parte da minha formação profissional e, neste processo esteve presente materializando afeto, escuta e acolhida.

À Cláudia R. Nogueira, encontro feliz que ajudou a organizar meu cotidiano e a ressignificar a palavra castigo, me coloquei de castigo muitas vezes para a concretização deste trabalho.

Às amigas do coração: Maria, Eli, Natali, Roberta, Denise, Marina, Juliana e Laura, por estarem sempre, cada uma ao seu modo, presentes na minha vida.

E, às crianças: Vitória, Júlia, Mariana, Cainã, Murilo e Bruno, vidas que estão começando e que nos enchem de alegrias e esperança.

RESUMO

Nascimento Carla Cristina do. Apoio matricial em saúde mental: possibilidades e limites no contexto da reforma psiquiátrica. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2007.

De acordo com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, a assistência ao sofrimento psíquico deve ocorrer em uma rede de cuidados que esteja, preferencialmente, na comunidade, ou seja, de base territorial. Nesta rede deve estar contemplado todo e qualquer recurso que o território disponha, seja ele de saúde ou não, incluindo a Atenção Básica. Desta forma, este estudo teve por objetivo analisar o significado do Apoio Matricial em saúde mental desenvolvido na rede de Atenção Básica de Saúde de Campinas (SP), por meio das falas dos profissionais que estão vivenciando tal prática. O Apoio Matricial em saúde mental é um arranjo organizacional implantado com a intenção de reorientar as ações de saúde mental na saúde básica, ampliando as possibilidades de o usuário ser atendido de forma integral; tal arranjo busca desconstruir a lógica da referência/contra-referência, instituindo uma noção de coresponsabilização pelos usuários e suas famílias, produzindo, assim, maior resolutividade nos casos que se apresentam. Para a análise do significado do Apoio Matricial em saúde mental, utilizou-se a pesquisa qualitativa e, o referencial lógico-conceitual que respaldou tal análise foi a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Da apreensão das falas, emergiram quatro categorias empíricas para a análise, a saber: Apoio Matricial em Saúde Mental; Processo Saúde-Doença Mental; Processo de Trabalho e Política Nacional de Saúde Mental, tais categorias permitiram maior compreensão teórica da realidade e, foram operacionalizadas pela categoria analítica: Representação Social. Diante da análise feita, conclui-se que o Apoio Matricial é um arranjo de fundamental importância na atenção aos usuários e na capacitação/suporte das equipes de saúde, potencializando a desinstitucionalização e, ao mesmo tempo, sendo ferramenta importante para evitar internações arbitrárias. Assim, faz-se necessário a implantação e implementação de equipes de saúde mental matriciadoras para a atenção básica e, conseqüente articulação destas com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial e dos outros recursos da comunidade.

Palavras-chave: Apoio Matricial; Saúde Mental; Desinstitucionalização.

ABSTRACT

Nascimento Carla Cristina do. Matrix support in mental health: possibilities and limits in the context of the psychiatric reform. Dissertation (Master degree). São Paulo: School of Nursing of the University of São Paulo, 2007.

According to the presupposition of the Psychiatric Reform, the assistance to the psychic suffering must occur in a net of attention in which must be preferentially in the community, in other words, in a territorial ground. All and any kind of resource the territory has must be in this net, being from health or not, including Basic Care. This way, this study had as objective to analyze the meaning of the Matrix Support in mental health developed at the Basic Health Attention Net of Campinas (SP), thought the speech of the professionals who are living such practice. The Matrix Support in mental health is an organizational arrangement implanted with the intention of keeping the actions of mental health and basic health, enlarging the possibilities of the user to be attended in a integral way; such arrangement searches for the deconstruction of the logic of reference/counter-reference, establishing a notion of co-responsibility among users and their families, thus, producing more results in the cases presented. For the analysis of the meaning of the Matrix Support in mental health, it has been used qualitative research and the Brazilian Psychiatric Reform was the logic-conceptual reference that held such analysis. From the understanding of the speeches, four empirical categories emerged from the analysis, to wit: Matrix Support in mental Health; Process Mental Health-Disease; Process of Work and National Politics of Mental Health. Such categories permitted a larger theoretical understanding of reality and they have been practiced by the analytical category: Social Representation. In the face of the analysis made, it could have been concluded that the Matrix Support is an arrangement of fundamental importance in the attention to the users and the qualification/support of the health staff, strengthening the deinstitutionalization and at the same time being important tool to avoid arbitrary internment. Therefore, it is necessary the implantation and implementation of staffs of mental health matrix for the basic attention and their consequent articulation with the staffs of the Psychosocial Attention Centers and other resources of the community.

Key-words: Matrix Support; Mental Health; Deinstitutionalization.

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO.....	08
I - INTRODUÇÃO.....	12
1. Reformas sanitária e psiquiátrica, no contexto do Sistema Único de Saúde.....	12
2. Estratégia de Saúde da Família. Equipe de Referência e Apoio Matricial.....	20
3. Apoio Matricial em Saúde Mental	32
II. OBJETIVOS DO ESTUDO.....	45
III. PERCURSO METODOLÓGICO.....	46
1. Referencial lógico conceitual: Reforma Psiquiátrica.....	46
2. Categoria Analítica.....	60
3. Cenário da Pesquisa.....	62
4. Sujeitos da Pesquisa e Coleta de dados.....	63
5. Análise dos dados.....	65
IV. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	68
1. Apoio Matricial em Saúde Mental.....	68
1.1. Implantação do arranjo organizacional para a atenção em Saúde Mental.....	68
1.2. Implementação do novo modelo.....	91
2. Processo saúde-doença mental.....	100
3. Processo de Trabalho.....	110
3.1. Produção do cuidado em Saúde Mental no Apoio Matricial: apontamentos e anseios.....	110
4. Política Nacional de Saúde Mental.....	149
V. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	162
VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	167
VII. ANEXOS.....	174

APRESENTAÇÃO

Desde a graduação, em Terapia Ocupacional na Universidade de São Paulo, minha área de interesse era a atenção em saúde mental em moldes diferenciado do que ocorre nos grandes manicômios existentes em nosso país, desta forma, para mim, tornou-se necessário buscar entender os caminhos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a constituição de uma rede substitutiva ao manicômio – os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), entendendo que estes são serviços nos quais é possível implementar uma assistência humanizada àqueles que sofrem psiquicamente.

Diante disto, o meu trabalho de conclusão de curso versou sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos no Grande ABC, que inclui os municípios de São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Santo André, Diadema, Ribeirão Pires e Mauá; resultante da vivência, enquanto estagiária, na moradia assistida implantada pelo Centro de Atenção Psicossocial Professor Luis da Rocha Cerqueira¹ (CAPS) em parceria com o Programa de Integração Docente Assistencial (PIDA).

Já como terapeuta ocupacional, estive no Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, serviço destinado às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Tal experiência foi importante, pois o CAPS Itapeva – como é conhecido – representa um marco

---

¹ O Centro de Atenção Psicossocial Professor Luis da Rocha Cerqueira, inaugurado em 12 de março de 1987, foi o primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Brasil, é um serviço de assistência, ensino e pesquisa, inserido na rede pública de atenção à saúde mental e destina-se ao atendimento de pacientes portadores de transtornos mentais graves (Goldberg, 2001).

na processo da Reforma Psiquiátrica, sendo o primeiro serviço extra-hospitalar instituído na rede, produto das reivindicações e reflexões do movimento acima citado.

Este serviço foi berço de muitas reflexões e experiências inovadoras na busca de propiciar uma assistência digna às pessoas com transtornos mentais, inseridos na comunidade. Minha experiência no Centro de Atenção Psicossocial foi como aluna do curso de aprimoramento em saúde mental, o aprimoramento me possibilitou entrar em maior contato com os pressupostos da Reforma e denotou o quanto as diretrizes, no que diz respeito ao funcionamento dos serviços substitutivos ao manicômio, estão distante das práticas no cotidiano institucional e, sendo assim, há que se articular a teoria com as práticas institucionais a fim de propiciar mudanças nos modelos assistenciais.

Após a passagem pelo Centro de Atenção Psicossocial Professor Luis da Rocha Cerqueira, fui trabalhar em Campinas, na Rede de Atenção Básica – no Programa Saúde da Família, PSF/Paidéia. Esta prática foi o berço dos questionamentos que me levaram a produzir este trabalho.

No Programa Saúde da Família, PSF/Paidéia, eu atuava como componente de uma equipe de saúde mental que tinha como função atender aos usuários do serviço, assim como estar com as equipes de família discutindo os casos que surgiam, capacitando tais equipes com relação à assistência em saúde mental e os envolvendo nos casos a fim de que as equipes, também, se responsabilizassem pela saúde mental da população de referência.

A equipe para qual fui contratada era denominada de equipe matriciadora e não pertencia a nenhum Centro de Saúde específico da área, a idéia central era de que fôssemos referência para um conjunto de quatro Centros de Saúde, que estavam localizados na periferia da região sudoeste do município. É importante ressaltar que entrei, com mais uma psicóloga, num momento que a saúde mental para a Atenção Básica praticamente não existia e, portanto, havia uma demanda muito grande pela nossa inserção na rede.

Neste meu percurso pude perceber que com todos os avanços que tivemos no que diz respeito à atenção em saúde mental, temos uma parcela importante da população desassistida – aqueles que não são considerados loucos graves, que ainda não tiveram nenhuma internação psiquiátrica, mas que estão a sofrer em seus contextos de vida e, que o Programa Saúde da Família, de alguma forma, resgatou para a unidade de saúde e se sente na obrigação de dar respaldo.

Além disto, pude perceber que os serviços substitutivos, tais como os Centros de Atenção Psicossocial, que estão no mesmo território carecem de outros recursos de saúde mental para conseguir dar conta da demanda que para eles se apresenta no cotidiano.

A experiência de Campinas foi singular, pois possibilitou a ampliação do meu olhar com relação à assistência em saúde mental; além de me permitir inferir que, no contexto da Reforma Psiquiátrica, temos que avançar na constituição da rede de cuidados e, que a Atenção Básica é de fundamental importância neste avanço a fim de possibilitar respaldo a uma

população que sofre, evitando atrocidades como internações que, talvez, não fossem necessárias e uma “medicalização” em massa que dá conta, somente, dos sintomas e não dá o suporte que o indivíduo necessita.

Além desta observação, entrei em contato, mais uma vez, com a discrepância entre a prática e as diretrizes norteadoras da prática e, neste caso, a prática, por vezes, era muito difícil, pois eu estava numa proposta de trabalho que era preconizada pelo Ministério da Saúde, mas que não respondia, minimamente, ao que era recomendado, a começar pelo porte da equipe; além de a mesma ir contra a maré do que era concebido até então para a saúde e, especificamente, para a saúde mental: assistência em saúde pautada no profissional médico e numa atenção fragmentada; o que nos impunha um desafio maior.

Desta forma, eram muitas as questões que emergiam para desenvolver a prática do Apoio Matricial em saúde mental.

As observações acima citadas e, considerando que o Apoio Matricial em saúde mental é diretriz do Ministério da Saúde dentro do contexto do Sistema Único de Saúde (SUS); fomentaram o meu interesse em desenvolver um estudo acerca da atenção em saúde mental na rede de atenção básica, mais, especificamente, sobre o Apoio Matricial na Estratégia de Saúde da Família, a fim de estender as discussões para este arranjo organizacional, à luz da Reforma Psiquiátrica.

I – INTRODUÇÃO

1- Reformas Sanitária e Psiquiátrica, no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro

No final da década de setenta, do século passado, emergiu o movimento denominado Reforma Psiquiátrica, este movimento por sua vez estava no contexto de outra reforma, denominada de Reforma Sanitária.

A Reforma Sanitária fazia crítica à conjuntura na assistência em saúde que se dividia em ações de caráter individual/curativo – sob a responsabilidade da previdência social, que dizia respeito àqueles que trabalhavam no mercado formal e, portanto, contribuía com a previdência – e em ações de caráter coletivo/preventivo – sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, tais ações eram dirigidas aos que não estavam incluídos no mercado de trabalho e às camadas pobres em geral, imprimindo intervenções da saúde pública:

“... intervenções de caráter focal, emergencial, sem que as causas fundantes dos problemas de saúde fossem alvo da ação” (Bertolozzi, 2003).

Além disto, havia a necessidade de se repensar o uso do dinheiro público, uma vez que os setores privados estavam sendo contratados para prestarem assistência aos segurados da previdência, contratações estas que foram se estendendo, posteriormente, para outros setores. Tais contratações levaram a um aumento significativo dos leitos privados, além de fomentarem:

“... as práticas médicas biologizadas e hospitalocêntricas, amalgamadas pela medicalização dos processos saúde-doença, fruto da reforma flexneriana, e que mais e mais começam a colocar em tela, necessidades crescentes de especialização, deslocando o sujeito doente da vivência na sociedade” (Bertolozzi, 2003).

O fato acima citado encontra-se num período denominado “milagre econômico”, no qual o desenvolvimento econômico era prioritário, mesmo em detrimento de uma política social. O período foi marcado pela concentração de renda, pela privatização e pelo autoritarismo (Nick, Oliveira, 1998).

Neste período, portanto, assistimos ao crescimento da rede privada, possibilitada pelas políticas da Previdência Social, conformadora de um sistema de atenção hospitalocêntrica, em que o Estado era o

grande financiador do sistema por meio da Previdência Social; o setor privado nacional como o maior prestador de serviços de atenção média; o setor privado institucional como o mais significativo produtor de insumos, sobretudo, equipamentos biomédicos e medicamentos (Oliveira, 2002).

Tais fatos fazem presente a dicotomia entre as ações de caráter individual, sob o alvo da Previdência Social, e as ações coletivas, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde.

Este mal estar impulsiona de forma significativa a Reforma Sanitária na tentativa de superar o modelo acima citado e, os atores desta reforma achavam imprescindível fazer distinção entre os termos saúde pública e saúde coletiva, sendo o último um termo vinculado à determinação histórica dos processos saúde-doença e ao esforço para ações de transformação radical nas ações em saúde (Fonseca, Bertolozzi, 1997).

Desta forma, o que se discutia então era a necessidade da saúde ser um direito de todos e dever do Estado; a necessidade de acesso aos bens sociais que determinavam a melhoria da qualidade de vida da população e, portanto, a saúde da mesma e; a necessidade de o acesso ser universal e igualitário (Merhy, 1997).

Para tanto, a assistência em saúde, deveria ser modificada em sua base financeira e deveria se situar:

“... no campo da seguridade social e não no do seguro...” (Merhy, 1997).

Assim, a Reforma Sanitária, em poucas palavras, poderia ser definida como um movimento que buscou a universalidade do cuidado em saúde e, considerava que a porta de entrada para este cuidado tinha que ser a Unidade básica, uma vez que a mesma está no contexto de vida dos indivíduos, entretanto:

“... a rede básica teria de ser” inventada “tecnologicamente, não bastando incorporar o que já se acumulou em outras experiências, simplesmente agregando assistência médica à saúde pública ou combinando-as no mesmo espaço institucional. A experiência, sem um repensar mais radical sobre a publicização da gestão do processo de trabalho em saúde e sobre a natureza e sentido das tecnologias em saúde, além do tipo de incorporação tecnológica, já vinha mostrando que desembocaria em uma medicalização do modelo” (Merhy, 1997).

A Reforma Psiquiátrica, como dito antes, insurgiu neste contexto, trazendo consigo críticas acerca dos cuidados destinados aos

denominados loucos, cuidados estes que eram pautados na violência; na segregação social e na tutela; praticados nos grandes manicômios existentes – muitos dos quais eram privatizados; fator que potencializou um aumento estrondoso do número de leitos em função da política previdenciária citada acima, que possibilitava a mercantilização da loucura e, que sendo assim, alavancou o período denominado “indústria da loucura” (Amarante, 2001).

De acordo com Rotelli (2001), os hospitais psiquiátricos são “espaços zero de troca”, devido aos mecanismos de atenção destinados aos usuários, que seqüestra toda e qualquer possibilidade de trocas afetivas e/ou materiais, ou seja; os atores da Reforma apontavam para o fato de tal tratamento ser ineficaz, cronificador e estigmatizante.

A Reforma Psiquiátrica, por sua vez, caracteriza-se como um movimento amplo constituído por diversos atores e outros movimentos que tiveram sua importância em determinados momentos da história (Yasui, 1999), entretanto, tais atores, assim, como o percurso do movimento, serão mencionados em outro capítulo.

Este capítulo será dedicado à formação do Sistema Único de Saúde (SUS) – conseqüente das lutas dos movimentos acima citados – e da Estratégia de Saúde da Família no contexto de tal sistema, uma vez que o objetivo deste estudo é colocar em pauta as discussões acerca do vínculo necessário entre saúde mental e a rede de atenção básica.

De acordo com Cohn (1996), o Sistema Único de Saúde – com os princípios e diretrizes de: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização e participação da comunidade – era o objetivo último da Reforma Sanitária, uma vez que este traria consigo a adoção do conceito de saúde como direito de todos e dever do Estado.

A busca por tais conceitos foi consolidada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu no ano de 1986 e, o relatório final desta – que teve como temas principais: "Saúde como dever do Estado e direito do cidadão", "Reformulação do Sistema Nacional de Saúde" e "Financiamento setorial" –, serviu como base para a elaboração do capítulo que discorreria acerca da saúde, na Constituição Federal de 1988 (Ministério da Saúde, 1986). Sendo assim, no texto constitucional, mais especificamente no Artigo 198 da Seção II – correspondente à saúde –, o Sistema Único de Saúde é caracterizado pelos seguintes conceitos:

- descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- participação da comunidade (Brasil, 1988). Diante do exposto acima:

“A regulação infraconstitucional do SUS, objeto de intensa discussão, completa, em 1990, com a edição de duas Leis. A Lei nº 8.080 em 19 de setembro,

tratando do processo de descentralização, das competências das diferentes esferas de governo e da organização do sistema, e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro, versando sobre a participação da comunidade e os mecanismos de transferência de recursos financeiros às demais instâncias de gerência, estabelecendo a previsão de remessas regulares e automáticas do governo federal” (Negri, 2002).

A década de noventa, do século passado, foi uma década de grande transformação do setor saúde no país, década de árduo trabalho para a fixação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, sobretudo, por causa da forma como o setor saúde estava sendo financiado; contudo a partir da segunda metade de tal década, o orçamento da saúde cresce e se fixa e, neste mesmo contexto; as soluções que foram instituídas emergencialmente foram substituídas por formulações que garantissem a correção necessária no orçamento federal e no compromisso das instâncias estatais e municipais, por meio das Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB-SUS) (Negri, 2002).

A Estratégia de Saúde da Família emergiu no contexto acima citado, tendo como um forte instrumento a Norma Operacional Básica (NOB/SUS-96), que ao ser introduzida, em 1998, criou condições administrativas para os Estados e Municípios; além de inovar no financiamento ao fixar o Piso de Atenção Básica, que rompia com a

remuneração de procedimentos e representava um caráter redistributivo no campo dos recursos financeiros (Souza, 2002); pois outra dificuldade imposta na implantação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, devido ao financiamento da saúde, foi a desigualdade na distribuição do montante destinado à saúde entre as regiões do território brasileiro, uma vez que regiões como o Norte e Nordeste recebiam os menores valores destinados à saúde e detinham um percentual maior de pessoas carentes e, o Nordeste tinha um alto índice de morbimortalidade infantil e materna.

2-Estratégia de Saúde da Família – Equipe de Referência e Apoio Matricial.

O embrião da Estratégia de Saúde da Família (ESF) – que antes era denominada como Programa Saúde da Família (PSF)² – foi o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), tal programa foi criado, em 1991, para responder aos altos índices de morbimortalidade infantil e materna no Nordeste brasileiro, o programa foi pensado e, primeiramente, implantado em tal região porque, além do fato acima citado, esta região concentra, como dito anteriormente, a maior parcela da população carente e, portanto, expostos a maiores riscos de adoecer e morrer.

Desta forma, os agentes comunitários – residentes das comunidades locais, na intenção de que a identidade cultural das populações fosse preservada – eram responsáveis pelo acompanhamento de 150 a 200 famílias, de sua comunidade, fator que foi importante para que os princípios de vigilância sanitária de responsabilidade regional fossem ampliados:

“A criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACSS) recuperou diversas e diferentes

---

² Na instituição da Estratégia de Saúde da Família, a mesma era denominada como Programa Saúde da Família. Neste estudo a nomenclatura Programa Saúde da Família será citada na contextualização de como o mesmo foi implantado, contudo, no decorrer de tal trabalho será a nomenclatura atual, Estratégia de Saúde da Família a utilizada, estando assim, de acordo com a Portaria nº 648, de 28 de Março de 2006.

experiências no país, a exemplo do Projeto Casa Amarela, em Recife (PE), do Vale do Ribeira, no Estado de São Paulo e de Rondonópolis (MT). Mas, foi a experiência de agentes comunitários do Ceará que, com pioneirismo e abrangência estadual, mais contribuiu para o desenho da execução do programa nacionalmente” (Souza, 2002).

Para que tal programa alcançasse os objetivos esperados, os agentes eram orientados e supervisionados por enfermeiros. Inicialmente, o programa foi implantado nos pequenos municípios que careciam de oferta de serviços de saúde, expandindo mais tarde para municípios maiores e outras regiões do país; a partir desta experiência, a assistência em saúde começa a ter a família como foco e, não o indivíduo; introduz-se a noção de área adscrita e; uma postura ativa no sentido de não esperar a demanda chegar para intervir, mas agir sobre a mesma preventivamente; além do permanente contato com as famílias (Canesqui, Oliveira, 2002).

Simultâneos, ao Programa de Agentes Comunitários, foram sendo desenvolvidas algumas experiências de programas de famílias, sendo o município de Quixadá (CE) o pioneiro de tal experiência no Estado do Ceará. Em 1994, foi proposto pelo Ministério da Saúde o Programa Saúde da Família e, nesta conjuntura o Programa de Agentes Comunitários passa a ser uma estratégia transitória para a posterior instituição do

Programa Saúde da Família que, de acordo com o Ministério da Saúde (1996), teria como principal propósito: reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, centrado no hospital, além de assumir o desafio de garantir o acesso igualitário de todos aos serviços de saúde.

A partir de 1998, observa-se uma expansão das áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família, nos municípios, estados e regiões do país, consolidando-se assim, como estratégia prioritária para a reorganização da rede de Atenção Básica (Canesqui, Oliveira, 2002).

De acordo com a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, a Atenção Básica caracteriza-se por:

“... um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza

tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável” (Ministério da Saúde, 2006).

E, ainda de acordo com a Portaria acima citada, a Estratégia de Saúde da Família é prioritária na organização da Atenção Básica sob os preceitos do Sistema Único de Saúde, ou seja, visa um trabalho com o princípio da vigilância à saúde, que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde familiar, de todas as pessoas, de forma integral e contínua; incorporando e reafirmando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, além de seus próprios princípios que são:

- ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as equipes de saúde da família atuam;
- atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua;
- desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional, sendo a família e a comunidade o foco de tais planejamentos e atividades;
- buscar a integração com instituições e organizações, em especial em sua área de abrangência, desenvolvendo assim parcerias e colaborando a articulação da rede de cuidados à comunidade e;
- ser espaço de construção de cidadania (Ministério da Saúde, 2006).

A atenção em saúde nesta Estratégia deve ser desenvolvida por uma equipe interdisciplinar – composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (Souza, 2002). Tais equipes de saúde da família devem se responsabilizar pela saúde de uma comunidade – três a quatro mil pessoas – estabelecendo vínculos que possam:

“... envolver os pacientes, famílias e comunidade na produção de sua própria saúde. Estimular o autocuidado valer-se da educação em saúde para

aumentar a capacidade das pessoas serem terapeutas de si mesmas. Considerar cada grupo como agentes de saúde de sua própria família e de sua própria comunidade. Compartilhar conhecimentos de saúde com os pacientes e grupos, estimulando posturas saudáveis. Descobrir dentro da própria comunidade pessoas ou grupos de cuidadores que ajudem a equipe no cuidado de casos complexos: voluntários que apóiem idosos, vizinhas que ajudem mães sobrecarregadas, etc” (Campos, 2005).

Assim, o conceito de equipamento sólido cai por terra e emergem os espaços coletivos e de convivência; e mais, nesta estratégia assistencial não é a área de clínica – ginecologia, ortopedia ou pediatria, por exemplo – que define a equipe e o trabalho a ser desenvolvido, mas sim as famílias – os usuários – e seus projetos terapêuticos e/ou de atenção (Campos, 2001).

Os cenários de implantação da Estratégia de Saúde da Família são diversos e, portanto, as implantações acabam por responder às características e realidades sanitárias de cada município.

O cenário deste estudo foi a Estratégia de Saúde da Família do município de Campinas – no qual os serviços são denominados Programa Saúde da Família – PSF/Paidéia – e, como dito anteriormente, tal

estratégia assistencial foi ganhando os contornos que tinha a ver com a realidade sanitária do município de Campinas. Contrário a outros municípios nos quais, a Estratégia de Saúde da Família foi implantada de forma paralela às Unidades Básicas de Saúde (UBS), Campinas utilizou os recursos já existentes na rede – 44 Centros de Saúde, este era o número de serviços quando foi implantada a estratégia assistencial, em 2001 – para aderir à Estratégia de Saúde da Família.

Neste município, as equipes de referência são ampliadas, além do mínimo preconizado pelo ministério – médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde – a população conta com pediatra, ginecologista, dentista e auxiliar de consultório dentário, além das equipes de apoio especializado que serão explicadas adiante; estas equipes ampliadas são responsáveis por, aproximadamente, 1400 famílias.

Esta forma de ir se consolidando foi uma tentativa de ampliar o conceito de Saúde da Família e combinar os princípios desta com outros, tais como: acolhimento, responsabilização, co-gestão, entre outros, para reorientar a rede de Atenção Básica do município e; nesta conjuntura, as áreas específicas, tais como a saúde mental e a reabilitação física, passam a ocupar o lugar de apoio junto às equipes de Saúde da Família e, portanto, equipes de referência para um número de famílias do território adscrito (Figueiredo, 2005).

Diante do referido, anteriormente, acerca das áreas específicas, Campinas começa, então, a redefinir seu processo de trabalho, pois nesta

nova conjuntura não há espaço para as Equipes Mínimas em saúde mental para Atenção Primária à Saúde, como era em períodos anteriores no município.

Paidéia é uma noção grega e indica a formação integral do ser humano; a escolha de tal nome acata a sugestão e, porque não dizer, o desafio de reorientar as práticas de saúde no sentido de co-produzir autonomia e, portanto, ampliar a capacidade de análise e co-gestão dos indivíduos – usuários e trabalhadores – para inclusive poder lidar com as limitações, próprias ou impostas pelo contexto.

A inserção da Estratégia de Saúde da Família no Sistema Único de Saúde impõe a necessidade de se repensar processo de trabalho e gestão dos serviços na Atenção Básica, pois, processos de trabalho centrados em procedimentos burocráticos, e que se restringem a prescrever, tendem a fragilizar o envolvimento dos profissionais de saúde com os usuários dos serviços.

Para evitar tais tendências é preciso investir na mudança da estrutura assistencial e gerencial dos serviços de saúde. É preciso criar novas formas de organização e gestão, novos arranjos organizacionais, capazes de produzir outra cultura e de lidar com a singularidade dos usuários. Estes novos arranjos devem ser transversais, no sentido de produzir e estimular padrões de relação entre trabalhadores e usuários, favorecendo assim, a troca de informações e a ampliação do compromisso dos profissionais com a produção de saúde (Ministério da Saúde, 2004).

As Equipes de Referência e o Apoio Matricial são dois arranjos organizacionais que apresentam as características acima citadas, como também, de transversalidade. Tais arranjos são contemplados pela Estratégia de Saúde da Família objetivando a superação do modelo tradicional de atenção em saúde. O Apoio Matricial em saúde mental em Campinas é o objeto deste estudo, mas não há como falar em Apoio Matricial sem pautar Equipe de Referência.

Desta forma, Equipe de Referência é aquela que responde pela condução do projeto terapêutico, seja ele individual ou coletivo, de algumas famílias do território, uma vez que quando não se tem Equipe de Referências a tendência é de os usuários e/ou famílias ser responsável de todos e, contudo ser responsável de ninguém, pois, o que ocorre são intervenções isoladas e pontuais.

As Equipes de Referência devem ser compostas por um conjunto de profissionais de áreas distintas, mas encarregados de intervir em num mesmo objeto, buscando objetivos comuns (Campos, Domitti, 2007).

Este arranjo além de pautar a interdisciplinaridade na condução dos projetos terapêuticos, também tem outra função como o explicito a seguir:

“A equipe de referência contribui para tentar resolver ou minimizar a falta de definição de responsabilidades, de vínculo terapêutico e de

integralidade na atenção à saúde, oferecendo um tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo” (Ministério da Saúde, 2004).

O apoio matricial é um arranjo na organização dos serviços que visa dar suporte às equipes de referência, uma vez que esta, enquanto responsável pelo usuário e/ou sua família, não os encaminha, e sim, requisitam apoio para a atenção necessária; tal pedido de apoio parte da atenção básica para toda e qualquer área de cuidado em saúde (oncologia, reabilitação física, nutrição...), esta junção de olhares é importante para o usuário, pois permite:

“... enxergar outros aspectos de sua vida (sua inserção social, situação afetiva, outros problemas orgânicos, etc.). Isto garante que, no conjunto das intervenções terapêuticas, ocorram mais benefícios do que danos e que o projeto terapêutico envolva um compromisso com o usuário” (Ministério da Saúde, 2004).

Sendo assim, o apoio matricial é uma forma de ampliar a oferta das ações em saúde, que busca saberes e práticas especializados, mas não permite que o usuário deixe de ser da equipe de referência, ou seja:

“Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais” (Campos, Domitti, 2007).

Desse modo, Equipes de Referências e o Apoio matricial são arranjos que viabilizam a ampliação da clínica e a integração entre distintas especialidades e profissões, uma vez que nenhum especialista de modo isolado garantirá uma atenção integral. Estes são, também, indispensáveis para uma atenção humanizada à saúde.

Simultâneo a expansão e consolidação da Estratégia de Saúde da Família e, conseqüentemente, ao que foi discutido acima; o campo da saúde mental, também, vinha passando por transformações, conceituais e operacionais, importantes na qual o modelo assistencial passa a ser de

base comunitária em substituição ao modelo centrado no hospital psiquiátrico e no confinamento. Sendo assim, a incorporação de ações de saúde mental na rede de Atenção Básica contribuirá para a consolidação deste novo modo de pensar e cuidar da saúde mental. Nesta compreensão, este estudo, como citado anteriormente, estará abordando o Apoio Matricial em saúde mental.

3- Apoio Matricial em Saúde Mental

“... ou eu encontro o caminho, ou eu faço...”
(Autor desconhecido).

O desenvolvimento e expansão, nos últimos anos, da Estratégia de Saúde da Família e dos serviços substitutivos aos manicômios tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT's), marcam um progresso na política do Sistema Único. Contudo, os serviços substitutivos têm se dedicado à desinstitucionalização dos usuários que permaneceram por longo tempo num regime asilar e aos casos de transtornos graves e persistentes e, sendo assim, o sofrimento psíquico menos grave continua sendo objeto de intervenção de ambulatorios e/ou da rede de Atenção Básica (Ministério da Saúde, 2003).

De acordo com estimativas internacionais e do Ministério da Saúde, 3% da população (portanto 5 milhões de pessoas) necessita de cuidados contínuos – são aqueles que têm transtornos mentais graves e persistentes –, e mais 9% (obtendo um total de 12% da população geral do Brasil, ou seja, 20 milhões de pessoas) precisam de atendimento eventual – situações de transtornos menos graves (Ministério da Saúde, 2003).

Desta forma, faz-se necessário a articulação entre saúde mental e Atenção Básica, pois a maior parte dos transtornos mentais menos graves estão sendo assistidos pela Atenção Básica; dentre tais transtornos pode-se citar: queixas psicossomáticas, uso abusivo de álcool e outras

drogas, transtornos de ansiedade menos graves, estados depressivos menos graves, dentre outros.

Tal fato denota que há que se ter claro que os Centros de Atenção Psicossocial não podem ser considerados os únicos serviços de saúde mental existentes, pois a atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados, rede esta composta, também, pela Atenção Básica (Ministério da Saúde, 2003).

Com o advento da Estratégia de Saúde da Família, que tem como uma de suas posturas não ficar esperando a demanda chegar, há um maior confronto com as questões relacionadas à saúde mental, pois nesta estratégia assistencial as equipes de família estão nos contextos nos quais emergem os problemas e nos quais, conseqüentemente, estão pessoas sofrendo das mais variadas formas e sem estarem sendo assistidas:

“... 56% das equipes de saúde da família referiram realizar “alguma ação de saúde mental”. Por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da Atenção Básica são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico” (Ministério da Saúde, 2004).

Entretanto, nem sempre os profissionais dão conta da resolutividade de um caso que se apresenta no cotidiano dos serviços por motivos que, por vezes tem a ver com a escassez de profissionais nas equipes de saúde e, por vezes diz respeito à falta de capacitação para lidar com uma demanda tão complexa como é o caso da saúde mental.

Nesta compreensão, faz-se fundamental incentivar, nas políticas de expansão, formulação e avaliação da Atenção Básica, diretrizes que levem em consideração a subjetividade dos usuários e, portanto o sofrimento psíquico. As ações em saúde mental na Atenção Básica devem ser respaldadas pelos princípios do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica e, a síntese destes princípios na articulação entre saúde mental e Atenção Básica são as seguintes:

- noção de território;
- organização da atenção à saúde mental em rede;
- intersetorialidade;
- reabilitação psicossocial;
- multiprofissionalidade/interdisciplinaridade;
- desinstitucionalização
- promoção da cidadania dos usuários;
- construção da autonomia possível de usuários e familiares (Ministério da Saúde, 2003).

Com o objetivo de alavancar a inclusão e/ou articulação da saúde mental na Atenção Básica, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde promoveu os seguintes eventos:

- Oficina de trabalho para “Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica”, este evento ocorreu em março de 2001 e contou com a presença do Departamento de Atenção Básica e de alguns municípios que estavam vivenciando a inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica, a saber: Curitiba/Pr, Quixadá/CE, Sobral/CE, Cabo de Santo Agostinho/PE, Recife/PE, Camaragibe/PE, Araçuaí/MG, Natal/RN, Aracaju/SE e Projeto Qualis da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. O resultado aguardado deste evento era um relatório final no qual estivessem contempladas as principais estratégias para a implementação do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica.
- Seminário Internacional sobre Saúde mental na Atenção Básica. Tal evento ocorreu por meio das parcerias entre o Ministério da Saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde, a Universidade Federal do Rio de Janeiro e a Universidade de Harvard.
- Oficina de Saúde Mental no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – ABRASCO, esta oficina foi intitulada como “Desafios da Integração com a rede básica”. Este evento contou com a participação do Departamento de Atenção Básica, com a Coordenação Geral de Saúde Mental, com Coordenadorias estaduais e municipais de saúde mental e trabalhadores

de saúde mental de diversas regiões do território nacional (Ministério, 2003).

Os trabalhos acima citados forneceram subsídios para que a Coordenação Geral de Saúde Mental e a Coordenação de Gestão da Atenção Básica propusessem as seguintes diretrizes para a organização das ações de saúde mental na Atenção Básica:

- Apoio Matricial da saúde mental às equipes da Atenção Básica;
- Formação como estratégia prioritária pra inclusão da saúde mental na Atenção Básica e;
- Inclusão da saúde mental no Sistema de Informações da Atenção Básica (Ministério da Saúde, 2003).

Todavia, este estudo irá se ater, mais especificamente, ao Apoio Matricial da saúde mental às equipes da Atenção Básica, não excluindo que para que este ocorra da forma como está contemplado é necessário pontuar as outras duas diretrizes.

Como já dito, o Apoio Matricial é um arranjo organizacional que visa fornecer suporte especializado às equipes de saúde da Atenção Básica. O prefixo Matri vem do latim mãe, origem, de onde se vem e; o matriciamento está relacionado a esta noção – de onde se gera – pois, é uma oferta especializada da saúde mental às equipes de saúde da família, na geração de um novo olhar, de um novo saber – que se

pretende transdisciplinar e não multidisciplinar –, de uma nova forma de assistência ao sofrimento psíquico (Campos, Nascimento, 2003).

A equipe de saúde mental desempenha ações de supervisão e capacitação junto às equipes, além de atendimento em conjunto e atendimento específico (Ministério da Saúde, 2004).

A idéia central do Apoio Matricial em saúde mental é a responsabilização compartilhada dos casos, visando à exclusão da lógica de encaminhamento e o aumento da resolutividade dos casos que se apresentam para as equipes de saúde e de matriciadores; pautando dimensões que não sejam somente as biológicas e sintomáticas, além disso, possibilitar a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica nas equipes. Por meio do Apoio Matricial, equipes de saúde e matriciadores irão distinguir as situações individuais e coletivas; as situações que são do cotidiano da vida e, que, portanto, podem ser acolhidas pela equipe do Centro de Saúde e por outros recursos sociais da comunidade, das situações que demandam atuação especializada de saúde mental, evitando assim práticas que levem a “psiquiatrização” e “medicalização” do sofrimento humano (Figueiredo, 2005).

É importante ressaltar, que a equipe de apoiadores matriciais, também, tem por missão difundir a noção das práticas antimanicomiais, além de articular a rede de recursos do território a que pertence.

A equipe de Apoio Matricial deve ser composta, minimamente, por um médico psiquiatra (ou generalista com capacitação em saúde mental),

dois técnicos de nível superior (psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, dentre outros) e auxiliares de enfermagem – para no mínimo seis e no máximo nove equipes de saúde da família (Ministério da Saúde, 2004). E, de acordo com o dito acima:

“... este Sistema Matricial que combina o Método de Referência (trabalho tendente à polivalência e à integralidade) com a oferta horizontal de serviços (trabalho mais específico e especializado) permite valorizar todas as profissões de saúde, tanto conservando a identidade de cada uma delas, quanto empurrando-as para superar uma postura burocratizada, típica do modo tradicional de organizar os serviços de saúde” (Campos, 1998).

Para a organização das ações do Apoio Matricial, o Ministério da Saúde (2003) propõe que: nos municípios onde houver CAPS, Oficinas e/ou outros equipamentos de saúde mental, serão os profissionais destas equipes que desempenharão o Apoio Matricial junto à Atenção Básica, sendo assim, os mesmos devem organizar sua carga horária semanal para encontros semanais com as equipes de família e formas de contatos para as possíveis intercorrências. E, nos municípios que não tiver oferta

de serviços de saúde mental, deve ser criada uma equipe de Apoio Matricial para responder às demandas de saúde mental.

Ainda, de acordo com o Ministério acima citado; os municípios onde o número de CAPS é insuficiente para garantir Apoio Matricial a todas as equipes de Atenção Básica é possível compor e implantar uma equipe matriciadora e/ou planejar a expansão do número de Centro de Atenção Psicossocial.

O município de Campinas enquadra-se neste requisito, pois o mesmo está adquirindo “status” de metrópole, com uma população aproximada de 1 milhão de habitantes e, portanto com uma rede de CAPS insuficiente para o Apoio Matricial às equipes da Atenção Básica. Todavia, antes de pautar o Apoio Matricial no município de Campinas – objeto deste estudo – faz-se importante citar o Programa de Saúde Mental do Projeto Qualis/PSF, no município de São Paulo.

Como já dito antes, alguns municípios já vinham vivenciando a inclusão da saúde mental na Atenção Básica quando se deu a oficina de trabalho para a “Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica”, dentre estes, no Estado de São Paulo, estava o município de São Paulo com o Programa de Saúde Mental para o projeto Qualis/PSF.

Tal iniciativa começara no ano de 1998 com dois desafios, a saber:

- 1) implantar a atenção em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família em duas regiões (Norte e Sudeste) de uma megalópole, que vinha

de um período de total desconstrução das iniciativas que haviam ocorrido na saúde mental na gestão anterior³ e; 2) intensificar o cuidado integral ao indivíduo – contemplando o sofrimento psíquico, não mais tendo como único caminho possível à internação psiquiátrica – dentro do seu contexto de vida, pois, o Projeto Qualis/PSF apresentava-se como um complexo de ações combinadas e articuladas entre si – ambulatório de especialidades clínicas, saúde bucal e atenção específica às gestantes da região de Sapopemba – e, nesta conjuntura havia que se começar a ter resposta para as demandas de saúde mental (Lancetti, 2001).

Nesta experiência, anterior ao estabelecimento do Apoio Matricial como uma diretriz da inclusão da saúde mental na Atenção Básica, falava-se em equipe de saúde mental volante, ou seja, tal equipe não estava locada em nenhuma das unidades de saúde e, sempre atuavam em parceria com as equipes de saúde da família, tendo sempre presente que o usuário é primeiro um cidadão, detentor de direitos e deveres, e somente depois vem à questão do quadro psicopatológico. As ações foram pensadas e operacionalizadas com base na escuta ao sofrimento do indivíduo, entendendo escuta como uma ação que:

“... impõe uma disposição interna de acolher signos,

---

³ A referência aqui é acerca da criação, na gestão malufista, do PAS (Plano de Assistência à Saúde), sistema baseado na privatização e em motivações eleitoreiras. Tal fator, no que se refere à saúde mental, desarticulou tudo o que vinha sendo construído na administração democrática e popular no período de 1989 a 1992, ou seja, equipes de saúde mental em unidades básicas, centros de convivência, enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais, emergência e hospitais-dia, pois, a maior parte dos profissionais de saúde mental foi desviada para outras secretarias com a implantação do PAS (Lancetti, 2001).

ora claros, ora obscuros e buscar alcançar alguma inteligibilidade, algum registro que viabilize um campo de trocas. Admite de antemão um espaço intersubjetivo de interpretação, onde o que se escuta traz necessariamente um apelo do “escuta-me”...” (Pitta, 1994).

E, também na intersetorialidade, entrando em ação, junto com a saúde mental e a Saúde da Família o Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (CEDECA), prontos-socorros, Febem, abrigos, juizados, centros espíritas e diversas organizações não governamentais, desta forma ia sendo tecida a rede de sustentação da reabilitação psicossocial, pois de acordo com a fala abaixo:

“A surpresa, a escuta e a influência que exercíamos eram quase fascinantes, mas sabíamos que iriam repetir: recair, voltar a agredir-se, a surtar-se... Era premente produzir agenciamentos que conectassem as pessoas com as redes trançadas pela organização sanitária, e com o que Benedetto Saraceno chama de recursos escondidos da comunidade (Lancetti, 2001).

Embora, ainda, não se usasse o termo Apoio Matricial, era esta a

tônica do trabalho desenvolvido, daí a importância de se pautar tal experiência e de sua participação nas discussões e nas oficinas de trabalho para discutir a saúde mental na Atenção Básica e, já nesta experiência também estavam em pauta as outras duas diretrizes acima citadas e, mais fortemente a questão da formação, pois:

“O vínculo e a continuidade exigem lidar com o sofrimento humano, processo para o qual os técnicos não estão preparados. Tudo isto exige dos profissionais um trabalho psíquico e uma capacitação continuada...” (Lancetti, 2001).

Já no ano de 2001, ano em que foi implantada a Estratégia de Saúde da Família em Campinas, o Apoio Matricial foi pauta na I Conferência Municipal de Saúde Mental, na qual, dentre os outros temas, pautou-se a necessária efetivação da inserção das equipes de saúde mental, com a proposta do matriciamento, no Programa Saúde da Família PSF/Paidéia e; a capacitação específica das equipes de saúde mental para o Apoio Matricial, tais como cursos e supervisão clínica continuada (Campinas, 2001).

O Apoio Matricial é entendido como um dos pontos fundamentais no processo de implementação da Estratégia de Saúde da Família (o Paidéia) e na transformação do modo de intervir na saúde mental na

Atenção Básica do município, conferindo a estas mudanças significativas na resposta à demanda de saúde mental que se apresenta, (Campos, Nascimento, 2003):

“O que permanece e continua, na saúde mental, são nossos usuários vindo dos mais diferentes caminhos da exclusão e que de nossa assistência necessitam: psicóticos, alcoolistas, drogaditos, crianças violentadas ou negligenciadas, etc. Contudo, vale reafirmar que o *setting* tradicional da clínica – o consultório – reparte e cede lugar a rua, a casa, a praça, quando o determinante na terapêutica é a relação – a escuta e o discurso – seja em qualquer desses lugares, possibilitar a inclusão da pessoa na vida social passa a ter valor psicoterapêutico” (Campinas, 2001).

Desta forma, atualmente, o Apoio Matricial se dá por uma equipe de apoiadores que se encarrega de um grupo de Centros de Saúde – hoje são 47 Centros de Saúde e 13 módulos de Saúde da Família⁴ - e, por profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial, caracterizando um

---

⁴ Os módulos de Saúde da Família são como “mini” Centros de Saúde, que foram criados para ampliar a cobertura dos Centros de Saúde às populações que moram em locais muito afastados e de difícil acesso aos Centros de Saúde responsável por tal área (Figueiredo, 2005).

híbrido no Apoio Matricial em saúde mental no município de Campinas, que por vezes traz conflitos importantes no tocante responsabilização, um dos pontos importantes do Apoio Matricial. Como se trata de um município de grande porte populacional, o Apoio Matricial ganha contornos específicos de acordo com a região, com as instituições de saúde e/ou comunidade. Este estudo foi desenvolvido num conjunto de Centros de Saúde que está na periferia sudoeste de Campinas.

II – OBJETIVOS DO ESTUDO

Diante do exposto, este estudo teve por objetivo:

1. Identificar e analisar a representação e o significado do Apoio Matricial em saúde mental, por meio das falas dos profissionais da rede de Atenção Básica que estão vivenciando tal modelo; à luz da Reforma Psiquiátrica.
2. Contribuir na produção de noções norteadoras para a compreensão da prática das equipes matriciadoras.

III – PERCURSO METODOLÓGICO

“Senhores:

As leis, os costumes, concedem-lhes o direito de medir o espírito. Esta jurisdição soberana e terrível, vocês a exercem segundo seus próprios padrões de entendimento... Sabe-se - nunca se saberá o suficiente - que os asilos, longe de ser "asilos", são cárceres horríveis onde os reclusos fornecem mão-de-obra gratuita e cômoda, e onde a brutalidade é norma”.

(Antonin Artaud – carta aos diretores de asilos de loucos)

1- Referencial lógico-conceitual – Reforma Psiquiátrica

No Brasil, no fim da década de 70, do século passado, insurgiu como já mencionado, o movimento da Reforma Psiquiátrica. Neste, foram identificados três períodos importantes, denominados como trajetória no movimento da Reforma Psiquiátrica, sendo eles os seguintes: “trajetória alternativa” (referente aos últimos anos da década de 70, do século passado), “trajetória sanitarista” (do início da década de 80, do século passado, até a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental) e, “trajetória da desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção”. Tal divisão tem finalidade metodológica, pois:

“... talvez seja mais correto pensar em uma periodização composta de trajetórias do que propriamente por etapas ou conjunturas apenas. A idéia de trajetória permite uma visualização de percursos, de caminhos que, muitas vezes, se entrecruzam, se sobrepõem. A trajetória refere-se mais

à existência e desenvolvimento de uma tradição de uma linha prático-discursiva, do que de determinada conjuntura” (Amarante, 2001).

Sendo assim, as primeiras manifestações do movimento foram no sentido de propor a produção de alternativas para transformação do modelo assistencial destinado às pessoas com transtornos mentais, modelo este que tinha como respaldo o paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico.

O paradigma psiquiátrico transforma a loucura em doença e produz uma demanda por tratamento e assistência, sendo tal assistência o distanciamento do louco do espaço social com a justificativa de periculosidade e marginalidade. Diante disto, a relação estabelecida entre o sujeito que sofre e quem trata é pautada numa hierarquia de saberes, na qual o médico é detentor do saber e, portanto, é o mesmo que determina o que é “bom” para o usuário e, sendo assim, vai por terra qualquer possibilidade de uma leitura subjetiva e histórico-social do sofrimento apresentado:

“Uma codificação dos comportamentos é justificada pelo saber competente, multiplicado no imaginário social da modernidade. É a passagem de uma visão trágica da loucura – perfeitamente integrada no

universo social do renascimento – para uma visão crítica, produtora de redução, exclusão e morte social” (Amarante, 2001);

E, ainda, acerca do paradigma psiquiátrico e, conseqüentemente, da internação psiquiátrica como resolução para o sofrimento psíquico:

“... aquele que entra no manicômio, não assume o papel de doente e sim o de internado, que deve expiar uma culpa da qual não conhece as características nem a sentença, nem a duração de sua expiação. Há médicos, aventais brancos, enfermeiros e enfermeiras, como se tratasse de um hospital, mas na realidade, se trata somente de um lugar de custódia, onde a ideologia médica é um álibi para a legalização de uma violência, que nenhuma organização está destinada a controlar...” (Basaglia, 1974).

A Reforma Psiquiátrica foi, também, influenciada pelas experiências ocorridas em países como Estados Unidos, França, Inglaterra e, especialmente, pela Psiquiatria Democrática Italiana⁵; o

---

⁵ Com uma crítica radical ao paradigma psiquiátrico, a tradição iniciada por Franco Basaglia e continuada pelo movimento da psiquiatria democrática italiana afirmam a necessária e urgente revisão das relações, a partir das quais o saber médico funda sua

movimento contou com a maciça participação dos trabalhadores em saúde mental, dos usuários e seus familiares e as questões versavam acerca da garantia dos direitos dos usuários e da inclusão destes no cotidiano social. Sendo assim, a Reforma Psiquiátrica no Brasil caracteriza-se como um movimento contra-hegemônico que foi construindo paradigmas, produzindo cisões em vários segmentos e ampliando e estabelecendo alianças com outros setores da sociedade; o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), dentre outros atores, teve fundamental importância neste contexto, pois:

“... assumiu o relevante papel de produzir o debate público sobre a questão psiquiátrica, denunciando as condições desumanas de vida no interior dos manicômios, a cronificação, reclusão e discriminação dos doentes mentais, as péssimas condições de trabalho dos profissionais e a privatização da assistência psiquiátrica por parte da Previdência Social. A violência das instituições psiquiátricas foi apresentada à sociedade civil: cenas impressionantes dos grandes manicômios do Brasil, como o Juqueri, no Estado de São Paulo, a Colônia Juliano Moreira, no Estado do Rio de Janeiro, e o Hospital de Barbacena,

---

práxis. *“A tradição basagliana vem matizada com cores múltiplas; traz em seu interior a necessidade de uma análise histórico-crítica a respeito da sociedade e da forma como esta se relaciona com o sofrimento e a diferença”* (Amarante, 2001).

no Estado de Minas Gerais, foram veiculadas pelos meios de comunicação” (Nicácio, 2003),

Além disto, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental trouxe à tona a psiquiatrização do social e o uso da psiquiatria como instrumento técnico-científico de controle social (Amarante, 2001).

A partir da década de 80, do século passado, inicia-se a segunda trajetória citada, a sanitarista e, nesta foram se somando outros atores e setores da sociedade brasileira e, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental começa a se instalar no aparelho estatal em substituição às antigas lideranças administrativa com o objetivo de elaborar novas propostas e produzir e reproduzir novas idéias, produzindo assim, mudanças no sistema de saúde.

A trajetória sanitarista se encerra quando ocorre a I Conferência Nacional de Saúde Mental, entretanto cabe dizer que esta foi produto de muitas discussões e, por que não dizer, conflitos acerca dos caminhos da Reforma e, antes que tal Conferência ocorresse foram muitos os encontros municipais e estaduais, além da I Conferência Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro. Pode-se dizer então, que a trajetória sanitarista foi um período de reflexões e embates importantes para os rumos da Reforma Psiquiátrica (Amarante, 2001).

Como dito acima, a trajetória sanitarista se encerra com o advento da I Conferência Nacional de Saúde Mental e, esta ocorreu em 1987 com os seguintes temas:

- Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental;
- Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental e;
- Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental (Ministério da Saúde, 1988).

E, em seu relatório final estavam contempladas as seguintes recomendações, dentre outras: participação da sociedade civil na elaboração, implementação e tomadas de decisão nas políticas de saúde mental e; a prioridade dos investimentos para os serviços extra-hospitalares (Ministério da Saúde, 1988).

A trajetória acima citada foi um campo fértil para a constituição da trajetória denominada de desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção, pois como dito antes, o período foi rico em suas construções. O período da trajetória da desconstrução/invenção foi e vem, ao longo destes anos, sendo de muitas reflexões e transformações, fato denotado no II Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental que, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios” produziu:

“... uma ruptura com os marcos conceituais e as estratégias políticas e operativas até então delineados

e abriu um novo campo de possibilidades e de desafios éticos, teóricos, sociais, institucionais e jurídicos” (Nicácio, 2003).

De acordo com Amarante (2001), o lema acima citado retomou a questão da violência praticada nos manicômios, ganhando espaço nos meios sociais e, sendo assim deve ser entendido como estratégico quando:

“... propositadamente utiliza a expressão manicômio, tradicionalmente reservada ao manicômio judiciário, para denunciar que não existe diferença entre este ou um hospital psiquiátrico qualquer” (Amarante, 2001) e,

Ainda, segundo o autor acima citado é, também, no Congresso de Bauru – nome pelo qual ficou conhecido o II Congresso dos Trabalhadores em Saúde Mental – que surge a idéia de instituir o Dia Nacional da Luta Antimanicomial⁶.

---

⁶ A princípio havia se pensado no dia 13 de Maio para tal comemoração, dia da aprovação da Lei nº 180 na Itália, da abolição da escravidão e, coincidentemente, do nascimento de Lima Barreto (1881-1922), autor de *O cemitério dos vivos*, *Diário do hospício* e de *O triste fim de Policarpo Quaresma*. Contudo, o dia de comemorar a luta antimanicomial é 18 de Maio (Amarante, 2001).

Esta trajetória deflagrou a necessidade de novas instituições e intervenções que possibilitasse mais do que a saída dos hospitais, ou seja, que possibilitassem trocas subjetivas, materiais e sociais e, conseqüente, apropriação da vida. Desta forma dá-se a criação do Centro de Atenção Psicossocial Luis da Rocha Cerqueira, o primeiro no Brasil, que se propunha a uma nova prática assistencial aos com transtornos mentais e, sendo assim sua equipe profissional foi:

“... constituída, portanto, de profissionais, em sua grande maioria, com experiência na rede pública e, mais do que isso, com um forte desejo de transformar os modelos de atenção em saúde mental. Participar da construção daquele trabalho, naquele momento histórico era participar, por um lado, de uma espécie de núcleo de resistência a desmontagem que estava sendo empreendido e, por outro, da construção de um lugar de possibilidades, de invenção, de criação” (Yasui, 1999).

Nesta trajetória, em 1989, dá-se a intervenção na Casa de Saúde Anchieta em Santos e, posterior criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), serviços que se pretendiam substitutivos às internações. Além disto, neste mesmo ano foi proposto ao Senado o

Projeto de Lei 3.657/89 (Projeto Paulo Delgado), que dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, além de regulamentar a internação compulsória e, no ano seguinte foi aclamada a Declaração de Caracas (OMS/OPAS), que dispunha acerca da necessidade de reestruturação da assistência psiquiátrica na América Latina (Nicácio, 2003).

Somado a isto, há que pontuar a II Conferência Nacional de Saúde Mental, que ocorreu no ano de 1992 e, portanto, já encontrou o Sistema Único de Saúde em implementação. Esta foi produto da mobilização de milhares de pessoas e de diferentes atores/setores sociais e, tinha os seguintes temas como centrais:

- rede de atenção em saúde mental;
- transformação das leis e cumprimento das mesmas;
- direito à atenção e direito à cidadania (Ministério da Saúde, 1994).

As recomendações, no relatório final, desta Conferência versaram acerca da afirmação, garantia e reconstrução dos direitos de cidadania das pessoas com sofrimento psíquico e; a transformação do modelo assistencial em saúde mental de forma a superar o hospital psiquiátrico (Ministério da Saúde, 1994).

Nos anos que se seguiram, diversas experiências e iniciativas foram realizadas, nos campos: assistencial, jurídico e cultural,

demonstrando a viabilidade de uma rede substitutiva ao modelo asilar, modelo que é predominante até os dias de hoje.

Depois de vários trâmites pelo Senado e várias mudanças, o Projeto de Lei Paulo Delgado foi aprovado sob a forma de Lei nº 10.216 de 06 de Abril de 2001, que prevê a diminuição progressiva dos hospitais psiquiátricos, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, normatizando e regulando a expansão da rede de Centros de Atenção Psicossocial em todo o território nacional (Ministério da Saúde, 2004). Diante das transformações que vieram ocorrendo, neste mesmo ano ocorreu a III Conferência de Saúde Mental.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu em dezembro de 2001 e trazia a seguinte insígnia: “Cuidar, sim. Excluir, não – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”. A mesma teve como eixo temático central a reorientação do modelo assistencial e, este por sua vez teve os seguintes subtemas:

- financiamento;
- recursos humanos;
- controle social e;
- acessibilidade, direitos e cidadania (Ministério da Saúde, 2002).

Em tal evento, além de ter sido possível destacar a evolução da rede de Centro de Atenção Psicossocial/Núcleo de Atenção Psicossocial

– fato que entusiasma – foi possível verificar que, a despeito das recomendações, ainda era prevalente o alto número de leitos em hospitais psiquiátricos e ainda era uma realidade no país a violação dos direitos humanos fundamentais das pessoas com transtornos mentais (Nícácio, 2003). Desta forma, a III Conferência representa:

“... um inequívoco fortalecimento do consenso em torno da proposta da Reforma Psiquiátrica, com toda a sua pluralidade e diversidade interna, elaborando propostas e estratégias para efetivar e consolidar um modelo de atenção em saúde mental totalmente substitutivo ao manicomial” (Ministério da Saúde, 2002).

A Reforma Psiquiátrica, diante do exposto até o momento, já não pode ser considerada como um movimento, pelo contrário, esta deve ser entendida como estratégia assistencial – uma vez que busca a transformação dos saberes, práticas, valores sociais e culturais – e, também, política na assistência aos que sofrem psiquicamente.

Desta estratégia foram obtidas conquistas no que diz respeito a assistência à pessoa com transtornos mentais graves e persistentes – reconhecendo que ainda não existe um consenso prático na atenção a tal população, pois, o hospital psiquiátrico continua sendo um forte

instrumento de intervenção, fato que justifica a sua co-existência com a rede extra-hospitalar e que denota que ainda há muito que se conquistar.

Tais conquistas se deram, também, no âmbito legal – Leis Federais e Estaduais, Portarias do Ministério da Saúde e Resoluções e Deliberações, sendo importante citar a Lei nº 10.216/01 – já citada anteriormente – e a Portaria GM/MS nº 336 de 19 de Fevereiro de 2002 – que estabelece parâmetros para o funcionamento dos serviços substitutivos, acrescentando serviços específicos para as áreas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas e à infância e adolescência (Ministério da Saúde, 2004).

Faz-se importante ressaltar que o processo da Reforma Psiquiátrica não se concretiza apenas com Leis e propostas, estas devem ser, efetivamente, implantadas e exercitadas no dia-a-dia das instituições e das práticas assistenciais.

Além de não poder ser reduzida a ganhos legislativos apenas, a Reforma Psiquiátrica não pode, também, ser reduzida à mera organização dos serviços⁷; esta iniciou como um movimento – e hoje, pode ser, como dito anteriormente, considerada uma estratégia, tanto assistencial, como política na assistência em saúde mental – que busca, além da transformação das práticas, a transformação dos saberes e do

---

⁷ Cabe tal ressalva, uma vez que, “... tanto autores quanto técnicos consideram o que se denomina por reforma psiquiátrica como um processo restrito à reorganização de serviços, vinculando-a a pura reestruturação do modelo assistencial psiquiátrico, pode-se concluir, em outras palavras, que consideram reforma psiquiátrica sinônima de modernização das técnicas terapêuticas. É comum ainda ver-se considerá-la como humanização das características violentas e perversas da instituição asilar, o que constitui uma luta e uma transformação muito importante, mas que certamente reduz a amplitude do processo em questão” (Amarante, 2003).

modo como a sociedade se relaciona com a loucura. Desta forma, pode-se dizer que a Reforma Psiquiátrica é um processo complexo, entendendo que processo:

“... indica algo em permanente movimento, que não tem um fim predeterminado, nem um objetivo último ou ótimo. Aponta para a constante inovação de atores, conceitos e princípios que marcam a evolução da história” (Amarante, 2003);

E, que a noção de complexidade:

“... atende ao desafio de resgatar a singularidade da operação ocultada pelo conceito, sem que esse desmascaramento signifique “descobrir” a “verdadeira realidade” do objeto. É uma atitude epistemológica no sentido de reabrir a possibilidade de recomplexificação do fenômeno” (Amarante, 2003).

Sendo assim, pode-se pensar a Reforma Psiquiátrica hoje, de acordo com Amarante (2003) tendo quatro dimensões, a saber: 1) epistemológica ou teórico-conceitual: que diz respeito ao campo de produção de saberes e conhecimentos; 2) técnico-assistencial: nesta,

vem à tona a questão de qual modelo assistencial é possibilitado por uma determinada concepção de loucura; 3) jurídico-político: nesta dimensão, segundo o autor acima citado, o mais importante é rediscutir e redefinir as relações sociais e civis, no que diz respeito à cidadania e aos direitos humanos e sociais; 4) sociocultural: expressa a necessidade de transformar o lugar que a loucura ocupa na nossa sociedade; sendo assim, esta dimensão diz respeito às estratégias e ações que visam transformar a concepção de loucura no imaginário da sociedade, transformando as relações entre a loucura e o social.

Diante do exposto até o momento, podemos dizer que a Reforma Psiquiátrica tratou de colocar a doença entre parênteses – e não o indivíduo – e, desta forma, busca a cisão com práticas e saberes que não consideram a experiência-sofrimento e, enclausuram e segregam aqueles que sofrem psiquicamente.

Nesta compreensão, assume-se que a assistência em saúde mental deve ocorrer numa rede de cuidados. Sendo assim, atualmente, discute-se tal assistência na rede básica para pessoas com transtornos graves e persistentes e para os casos de transtornos mentais menos graves, sendo que, como dito antes, os Centros de Atenção Psicossocial se ocupam primordialmente dos transtornos graves e persistentes, ficando os transtornos menos graves a cargo da Atenção Básica.

2- Categoria Analítica

Categorias analíticas são aquelas que retêm, historicamente, as relações sociais fundamentais e podem ser consideradas balizas para o conhecimento do objeto nos seus aspectos gerais, que comportam vários graus de abstração, generalização e de aproximação (Minayo, 1992).

“A palavra categoria, em geral, se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si” (Gomes, 1994).

A categoria analítica utilizada, neste estudo, foi a Representação Social. As Representações Sociais são modalidades de conhecimento prático orientadas para a comunicação e compreensão do meio social em que vivemos, desta forma, as Representações Sociais são:

“... formas de conhecimento que se manifestam como elementos cognitivos — imagens, conceitos, categorias, teorias —, mas que não se reduzem jamais aos componentes cognitivos. Sendo socialmente elaboradas e compartilhadas, contribuem para a construção de uma realidade comum, que possibilita a comunicação. Deste modo, as representações são,

essencialmente, fenômenos sociais que, mesmo acessados a partir do seu conteúdo cognitivo, têm de ser entendidos a partir do seu contexto de produção. Ou seja, a partir das funções simbólicas e ideológicas a que servem e das formas de comunicação onde circulam” (Spink, 1993).

A escolha por esta categoria analítica se justifica porque a representação é uma construção do sujeito enquanto sujeito social, ou seja, sujeito que nem apenas é produto de determinações sociais e nem produtor independente, uma vez que as representações são construções resultantes do contexto no qual emergem; além disto, de acordo com Spink (1993), tal categoria abre espaço para as forças criativas da subjetividade e, ao abrir tal espaço, traz para a discussão a questão do afeto, denotando que as representações são expressões cognitivas permeadas, também, pelo afeto.

Sendo assim, esta categoria foi utilizada, entendendo que os pensamentos, ações e sentimentos expressos pelos profissionais matriciadores em saúde mental, exprimem a realidade que estão vivenciando nesta prática assistencial e servem para explicar, justificar e questionar tal realidade.

3- Cenário da pesquisa

O cenário deste estudo foi a Estratégia de Saúde da Família (Paidéia) do município de Campinas. Atualmente, tal programa conta com a proposta de Apoio Matricial em Saúde Mental em, praticamente, todos os Centros de Saúde do município e, este trabalho foi desenvolvido com a equipe de Apoio Matricial de um grupo de Centros de Saúde que estão localizados na periferia da região sudoeste.

O projeto de pesquisa foi enviado à Secretaria de Saúde do município para análise e, após a aprovação, foi enviada uma carta (Anexo 1) aos coordenadores dos Centros de Saúde, bem como o projeto solicitando permissão para a efetivação das entrevistas.

4- Sujeitos da pesquisa e coleta de dados

Os sujeitos desta pesquisa foram os profissionais de saúde mental que estão na prática do apoio matricial num conjunto de Centros de Saúde na região sudoeste do município de Campinas.

A coleta dos dados foi feita por meio de entrevistas gravadas, com o prévio consentimento dos participantes; entrevistas estas que foram transcritas, posteriormente, pela pesquisadora.

De acordo com Minayo (1992), a entrevista (Anexo 3) é o procedimento mais utilizado no trabalho de campo, pois nesta o pesquisador busca informações contidas nas falas dos atores sociais; uma vez que a entrevista não se pretende a uma conversa despretensiosa e neutra, pelo contrário, nesta busca-se dados oferecidos por alguém que vivencia uma determinada realidade. E, ainda sobre a importância da entrevista:

“Mesmo que o pesquisador já domine questões da história que indaga e muito embora cada participante já tenha para si uma história guardada, por ocasião da entrevista, como retomada deliberada e provocada dessa história, ela será efetivamente refeita: pelo entrevistado, através de associações, repetições ou desqualificações de idéias e nexos que se constroem

no presente da entrevista; pelo pesquisador, na dinâmica do relato – pelos fatos que este traz e em seu encadeamento, totalmente originais, na narrativa...” (Schraiber in Peduzzi, 1998).

5- Análise dos dados

Os dados foram analisados de acordo com a proposta de interpretação qualitativa dos dados proposta por Minayo (1992); na qual:

“... a fala dos atores sociais é situada em seu contexto para melhor ser compreendida. Essa compreensão tem, como ponto de partida, o interior da fala. E, como ponto de chegada, o campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala” (Gomes, 1994).

Para a operacionalização da tarefa acima citada, foram seguidos os seguintes passos:

- a. **Ordenação dos dados:** Nesta fase foi feito um mapeamento de todos os dados obtidos no estudo de campo, tais como transcrição das entrevistas, releitura do material e organização dos dados obtidos, ou seja, dos relatos fornecidos pelos profissionais.
- b. **Classificação dos dados:** Por meio de leituras exaustivas da bibliografia e dos relatos transcritos, emergiram interrogações e reflexões importantes que, num segundo passo foram norteadoras na construção das categorias

específicas, que estarão na análise do material. Nesta fase, é importante ter claro que o dado não existe por si só, este é constituído a partir de questionamentos com base em fundamentações teóricas.

- c. Análise final:** Por meio da articulação dos dados obtidos e os referenciais teóricos que respaldam este estudo, foi feita a análise com base nos objetivos estabelecidos. Este momento foi para promover as devidas relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular e, a teoria e a prática.

6- Cuidados Éticos

Este estudo obedeceu aos aspectos éticos, conforme determinado na Resolução nº 196 de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que diz das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas em Seres Humanos.

A fim de que os entrevistados tivessem seus direitos resguardados, este estudo foi submetido:

1. À análise e aprovação da Comissão de Ética em pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob o parecer nº 542/2006.
2. Foi facultado aos sujeitos da pesquisa a possibilidade de participarem ou não do estudo, sendo que no caso de o mesmo não querer participar ficou claro que isto não lhe acarretaria nenhum prejuízo.
3. Além do citado acima, foi disponibilizado um termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2), o qual foi lido e esclarecido junto com os colaboradores. Após a leitura, tal termo foi assinado pelos participantes e pela pesquisadora.

IV – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

*“... mais fazejamento e menos planejamento...”
(David Capistrano)*

Da operacionalização dos dados coletados, que visa identificar e analisar a representação e o significado do Apoio Matricial em Saúde Mental por meio das falas dos profissionais da rede de Atenção Básica que estão vivenciando tal prática emergiu quatro categorias empíricas, a saber: Apoio Matricial em Saúde Mental; Processo Saúde–Doença Mental; Processo de Trabalho e Política Nacional de Saúde Mental. Tais categorias, construídas com base nos elementos fornecidos pelos profissionais que são sujeitos da pesquisa, nos possibilitam maior amplitude na compreensão teórica da realidade e, estas foram balizadas pela categoria analítica: Representação Social.

1 – Apoio Matricial em saúde mental

1.1 – Implantação do arranjo organizacional para a atenção em saúde mental

A instituição da estratégia assistencial Saúde da Família, como o dito anteriormente, acirrou a discussão acerca do papel da rede de Atenção Básica na assistência à saúde mental, da necessidade de uma

maior articulação a fim de incluir a saúde mental em tal âmbito, uma vez que a Estratégia de Saúde da Família denota um movimento que busca a superação da assistência tradicional, preconizando um trabalho desenvolvido com os vários saberes existentes, incluindo o dos usuários do serviço; o vínculo dos profissionais com aqueles que são assistidos por eles, a existência de equipes de referência e uma organização institucional menos burocrática e verticalizada.

Tal modelo, além da equipe mínima proposta pelo Ministério da Saúde, que é composta por médicos generalistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários; permite e requer a incorporação de outros saberes em saúde, tais como o do fisioterapeuta, do fonoaudiólogo, do nutricionista e, na saúde mental que é o nosso foco neste estudo, o do terapeuta ocupacional, do psicólogo e do assistente social; a fim de somar conhecimento e implementar a clínica (Silveira, 2003).

Desta forma, as ações em saúde mental (incluindo intervenções com álcool e drogas) são indissociáveis da Atenção Básica, esta seria uma medida, também, preventiva, uma vez que de acordo com Ministério da Saúde (2004) é tendência mundial o aumento dos quadros de sofrimento psíquico, especialmente os que estão diretamente ligados à crise urbana, à violência, ao desemprego e a outros fatores culturais e socioeconômicos.

“Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – de saúde mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a Atenção Básica” (Ministério da Saúde, 2005).

O Apoio Matricial, de acordo com o descrito anteriormente, é um arranjo organizacional que viabiliza suporte técnico em áreas específicas para as equipes de referência, tal arranjo potencializa a resolutividade das ações das equipes. Os profissionais denotam tal fato por meio das seguintes falas:

“... conforme a necessidade da equipe, ela procura, ela me procura para que..., discutir algum caso que apareceu lá, alguma urgência e..., ou até mesmo para fazer algum acolhimento que a equipe não está dando conta de fazer e que acredita ser mesmo da saúde mental...” (E 1.2);

“... nós fazemos assistência direta com o usuário e uma assistência indireta que eu acho que se dá através do matriciamento né, onde se discute o perfil, a característica, caso específico de cada usuário, se pensando no projeto terapêutico singular para este”.
(E 4.1).

Por meio das falas dos profissionais, foi possível apreender que a proposta do trabalho desenvolvido é buscar ações conjuntas na atenção aos usuários que demandam assistência em saúde mental, de acordo com as diretrizes⁸ estabelecidas pela articulação das políticas de saúde mental e da atenção básica (Ministério da Saúde, 2005):

“... o Apoio Matricial seria um espaço, né, que as equipes, tanto a equipe de referência quanto alguém da saúde mental, poderia ter para que, se discutisse casos e tentasse pensar cada vez mais neste ser humano de forma integral né, e não tão segmentado como, na verdade, se dá...” (E 1.10),

---

⁸ No intuito de relembrar, como já foi referido anteriormente, podemos sintetizar como princípios fundamentais da articulação entre saúde mental e atenção básica, conforme proposto pelo Ministério da Saúde, a noção de território; organização da atenção à saúde mental em rede; intersetorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade/interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção da cidadania dos usuários e construção da cidadania, o que será explicitado mais adiante.

“... uma das estratégias de uso do Apoio Matricial era o fazer junto e criar e responsabilizar o profissional por ações que ele de certa forma viu na sua formação, mas pelo dia a dia acaba se esquecendo...” (E 4.26).

Tais atitudes buscam produzir uma responsabilidade compartilhada pela atenção ao usuário, não há mais espaço para a lógica na qual o remédio é do médico a escuta fica a cargo do psicólogo, a “ocupação do tempo” por meio de alguma atividade é do terapeuta ocupacional e, as intercorrências mais graves como uma crise psicótica tem caminho certo: a internação.

O Apoio Matricial deve ser pautado na transversalidade, a fim de que as discussões e o conhecimento perpassem por todos os profissionais envolvidos e, na transdisciplinaridade para que as competências técnicas específicas sejam articuladas entre si:

“... aquilo que a gente fazia, que era feito, né, antes, de o paciente chegar e eu pegar o caso e ficar só para mim e eu pensar sozinha né, no que ia ser feito para esse paciente; agora é diferente..., agora a gente pode ter todos os saberes juntos pensando

num projeto terapêutico para esse paciente...” (E 5.9),

“... o Apoio Matricial tem este significado de construir junto...” (E 2.15) e,

“... possibilita uma troca e uma responsabilização por parte de uma equipe e não de um indivíduo...” (E 4.10).

Não se trata de uma perda da identidade profissional, das competências específicas, pelo contrário, trata-se de encontros e trocas, de estar envolvido no processo de uma forma coesa, não fragmentada e, que acarretará na forma como o usuário será enxergado – no todo ou em partes (Nascimento, 2004):

“... tenho que estar atenta assim, de sensibilizar esta equipe né, para o projeto terapêutico; atenta para que todos;... é...; troque um pouco seu saber né, não fiquem só no seu núcleo de conhecimento e, para que a equipe trabalhe junta para o melhor planejamento para esta família...” (E 2.13) e ainda,

“... você pode pensar em ações mais globais..., mais integradas e, o interessante do apoio matricial é que ele amplia o olhar da rede de ajuda, da rede de assistência...” (E 4.22).

De acordo com Lancetti (2006), este arranjo assistencial e a integração das equipes são fundamentais, uma vez que se trabalha levando em consideração o contexto do indivíduo, suas relações e sua produção social, emergem os casos mais difíceis, ou seja, tal prática é, também, de alta complexidade:

“Agimos junto àquele que fuma 15 pedras de crack por dia, ao que está ameaçado pelo tráfico, em briga de gangues, em torno da violência dentro de casa, criança vítima de maus-tratos, estuprada, psicóticos em surto, à pessoa que está tocando fogo no barraco, onde tem risco de morte, eclosão psicótica...” (Lancetti, 2006).

E ainda, para o autor acima citado, o Apoio Matricial, além de ampliar as ações de saúde mental, permite o avanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira, movimento que, como dito anteriormente, emerge

no interior da Reforma Sanitária Brasileira, no final da década de 70, do século passado e, que preconiza assistência digna àquele que sofre psiquicamente, buscando que o mesmo não perca sua rede de relações e vivências cotidianas.

O Apoio Matricial permite o avanço da Reforma Psiquiátrica porque a mesma traz consigo reflexões importantes acerca da necessidade de transformações na prática assistencial e nas relações existente em tal prática, além de preconizar que a assistência seja feita por uma rede de serviços de cuidado, da qual a Atenção Básica não pode ser excluída, o que é proposto na implantação e implementação do Apoio Matricial. Tal fato é denotado, também, na fala dos profissionais entrevistados:

“... eu acredito que isso faz com a Reforma né, ela se coloque com mais realidade, porque aí ela está no contexto, no território, nos profissionais de saúde né, não só nos técnicos de saúde mental e sim, também, nos outros profissionais...” (E 3.8),

“... eu achei que essa estratégia foi bem pensada..., eu acho que o Apoio Matricial é..., foi um grande passo na questão da atenção em saúde mental na rede...” (E 4.20) e ainda;

“... então o Apoio Matricial, ele vem aí como..., um grande..., disseminador da idéia da Reforma né, de que o outro..., que o chorar não é tão assustador assim...” (E 3.9).

O cuidado respeitando o contexto, a história de vida e os limites de cada indivíduo também estão pautados e vêm sendo batalhados pelo movimento da Reforma, pois o tratamento que desvincula o indivíduo de sua rede social e é baseado na violência, além de não ter efeito algum, maltrata, cronifica e traz perdas irreparáveis ao longo da vida do sujeito.

Como dito anteriormente, as intervenções em saúde mental na atenção básica devem estar respaldadas nos princípios do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica, princípios estes que versam acerca da necessidade de as ações em saúde mental obedecerem a um modelo de rede de cuidados, com base na territorialidade e, na transversalidade com outras políticas específicas, de saúde ou não. Sendo assim, vale ressaltar, novamente, que a articulação entre saúde mental e atenção básica foi sintetizada por meio dos seguintes princípios fundamentais:

- Noção de território;
- Organização da atenção à saúde mental em rede;
- Intersetorialidade;
- Reabilitação Psicossocial;
- Multiprofissionalidade/Interdisciplinaridade;

- Desinstitucionalização;
- Promoção da cidadania dos usuários e/
- Construção da autonomia, possível, dos usuários e familiares.

Mediante o exposto, há que se pensar em projetos terapêuticos singulares, capacitar os profissionais para escutar e acolher o sofrimento dos que chegam buscando ajuda, as equipes de família, que trabalha nos contextos de vidas das pessoas têm que desempenhar, também, este papel quando necessário, pois esta proximidade e o vínculo das equipes com as famílias traz fatores fundamentais na construção do projeto terapêutico:

“... como então eu vou olhar uma pessoa e vou criar para ela um projeto onde eu esteja contemplando a necessidade dela né, e este projeto aí inclui a visão do dentista, da agente de saúde, do médico generalista né, do terapeuta ocupacional ou do psicólogo né, então todos da equipe contribuem um pouquinho...” (E 3.6).

Diante do exposto acima, faz-se importante explicar os conceitos acolhimentos e vínculos, além dos princípios propostos para o Apoio Matricial em saúde mental, preconizados pelo Sistema Único de Saúde e pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Acolhimento, nos moldes tradicionais de atenção à saúde faz alusão à recepção administrativa e a um ambiente físico confortável, ou ainda, a uma triagem da queixa apresentada pelo indivíduo e, conseqüente, repasse para serviços especializados, fato que caracteriza uma prática de assistência que determina quem vai ou não ser atendido, materializando assim, a exclusão social, também no âmbito da saúde e, de acordo com o Ministério da Saúde (2004), este modo de operacionalizar o acolhimento em saúde produz sofrimento e baixa qualidade de vida, não só dos usuários, como também dos profissionais.

Na Reforma Psiquiátrica Brasileira e, portanto, no Apoio Matricial em saúde mental, acolhimento não é um espaço físico, mas sim uma postura ética diante do sofrimento do outro, este não pressupõe hora marcada e nem profissional de áreas específicas para fazê-lo como aponta um dos profissionais matriciadores:

“... dependendo, este acolhimento eu faço junto com algum profissional da equipe...” (E 1.5).

Desta forma, este modo de acolher se difere da tradicional triagem, pois não se constitui como parte de um processo, mas como ação que deve ocorrer, quando necessário, e em todos os locais dos serviços de saúde, tal modo de acolher o sofrimento psíquico implica, dentre uma série de fatores, em:

- Envolvimento no processo de produção de saúde;
- Elaboração de projetos terapêuticos sem hierarquização de saberes;
- Postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário do serviço, entendendo que dar resposta não significa “saber tudo” e de pronto resolver o problema, mas sim ouvi-lo – as angústias, os medos, as expectativas, quando houver e, nisto verificar o quão vulnerável o mesmo está e, se existe algum risco de vida –, compartilhar com a equipe, buscar recursos que possam estar sendo somados nesta devolutiva e, acima de tudo, incluir nesta construção os saberes e a cultura do usuário que busca por atendimento. Tal postura e uma articulação coesa da rede de cuidados, de acordo com um dos entrevistados, são importantes, pois:

“... acho que deveria se investir mais né, para que não aconteçam estas coisas que estão acontecendo, por exemplo, pessoas tentam se matar, várias tentativas de suicídio, aí vai para o PS (pronto socorro), encaminha para o Centro de Saúde...” (E 2.30).

- Trabalhar com o conceito de rede/intersectorialidade, senão incorre-se no risco da não continuidade de um determinado processo e de

compartimentalização das demandas trazidas pelo usuário (Ministério da Saúde, 2004).

Diante do exposto, acolhimento na produção de cuidados em saúde mental, no Apoio Matricial é:

“... uma ação tecnoassistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos” (Ministério da Saúde, 2004).

A noção de vínculo traz que o mesmo se dá devido à proximidade das equipes de saúde às famílias de um determinado território e, quanto mais a relação equipe/usuário for horizontal, saindo do estereótipo de que a equipe é a única detentora de saber – esta tem um saber específico, mas quando se trata da vida, este saber não pode ser o único a ser contemplado –, mais coeso é o vínculo, pois os usuários terão nomes, histórias, demandas e, não serão mais um, na lista dos que buscam atendimento nos serviços de saúde.

O vínculo existente entre os usuários e as equipes de família deve ser utilizado, pelos apoiadores, como um catalisador na transformação das práticas assistenciais, pois de acordo com Campos (2006), a existência do vínculo pressupõe sujeitos e, sendo assim, a equipe terá que assumir a condição de sujeito dos usuários, sujeitos que falam, que desejam, que choram, que sofrem e sorriem:

“Vínculo, mais desmistificação dos meios diagnósticos e terapêuticos, mais estímulo ao autocuidado, mais trabalho em equipes com maior autonomia profissional e concomitante maior responsabilidade pela solução de problemas de saúde e pela gerência dos processos de trabalho, e..., são

todos caminhos para se vencer a resistência da clínica mecanicista e biologicista...” (Campos, 2006).

Os profissionais, por meio de suas falas, mostram a tentativa de pautar junto às equipes de família a importância do vínculo estabelecido com as famílias e, com isto, também, buscam incentivar a interação das equipes na resolução dos casos que se apresentam:

“... porque às vezes é aquele profissional que está com o vínculo; eu, enquanto psicóloga, às vezes, não posso ajudar tanto quanto, por exemplo, um ginecologista que já tem o vínculo há anos com aquela cliente..., então eu acho que isto funciona sabe, de a gente pegar mesmo a questão do vínculo e mostrar que a saúde mental não é uma coisa excluída, que pertence ao ser humano e pertence a todos nós...” (E 2.24),

“... na verdade às vezes até o vínculo nem é com a gente né, o vínculo já está com o generalista, ele já está dando conta, então ele só está precisando de um apoio, de um entendimento...” (E 5.16).

Produzindo assim, mudanças na forma como a população se relaciona com a loucura e, sobretudo, no como os profissionais de saúde e dos outros setores se relacionam com o sofrimento psíquico.

Além do vínculo entre equipes e usuários de serviços, há que se pautar que este também é importante na prática do Apoio Matricial, pois o vínculo entre matriciadores e equipe é fundamental na produção e concretização dos cuidados em saúde mental, daí a importância de a equipe se reunir com o matriciador para as discussões, pois este é o espaço no qual, por excelência, se constrói o vínculo equipe/matriciador, como um dos apoiadores diz:

“... um espaço para essa discussão, assim, para pensar projeto terapêutico, para pensar..., para pensar assim: o como lidar com isso e poder, de alguma forma, estar qualificando junto, equipe e a gente, enquanto profissional, um qualificando o outro...” (E 1.11) e,

“... equipe que já matricio, então as pessoas já me têm como referência no Centro de Saúde...” (E 1.3).

Acerca dos princípios propostos para a atenção em saúde mental na rede de atenção básica, o conceito território na Estratégia de Saúde

da Família e na assistência em saúde mental é de suma importância, pois este não é apenas um espaço delimitado geograficamente, é um espaço geográfico que ganha contornos reais a partir das construções sócio-histórica-econômicas que nele se dão e mais, a partir das relações entre os atores que o ocupam. É no território que as pessoas sonham, trabalham, amam, odeiam, fazem trocas materiais e simbólicas (Santos, 2000). Território na assistência em saúde e, especificamente no Apoio Matricial em saúde mental é:

“... sem dúvida, um espaço humano socialmente selecionado para a vida e a sobrevivência de um sistema no interior do qual uma prática social se faz, e, é a noção de territorialidade no sentido mais subjetivo, mais fenomenológico, com todos os que nele habitam e/ou transitam, seus signos e significados, a melhor nomeação para um terreno sobre o qual uma rede de iniciativas múltiplas agencia cuidados de saúde e inclusão social” (Pitta, 2001).

Desta forma há que fazer parte do território um espaço que seja suporte para a dor, a angústia e o sofrimento profundo, materializando assim, os conceitos citados acima: vínculo e acolhimento e; um dos profissionais aponta:

“... é adequado porque todo mundo passa a conhecer, passa a estar mais próximo né, e..., até mesmo os profissionais passam, todos não só os agentes de saúde ou auxiliares de enfermagem passam a estar no território, a estar mais próximo daquela pessoa, daquela história...” (E 1.30).

Entretanto, para tais ofertas, há que ter uma rede de serviços articulada, pois a saúde, enquanto área de conhecimento, não é onipotente e, portanto, não consegue suprir a demanda que, por vezes, o sofrimento dos usuários apresenta; fator que nos impõe a necessidade de articular os serviços de saúde – no caso da saúde mental, sobretudo, os Centros de Atenção Psicossocial, que podem ser considerados agenciadores da maior parte da demanda em saúde mental e que devem ocupar lugar central na articulação territorial – com os outros serviços de saúde ou não que estejam no contexto de uma determinada comunidade; sendo assim, o conselho tutelar, o serviço social, as casas de apoio e/ou abrigos, os grupos de auto-ajuda, dentre outros recursos, ganham notoriedade na resolutividade de alguns casos que chegam para as equipes, ou seja, uma rede de serviços articulados entre si, traz um modelo de:

“... compartilhamento de recursos que contempla a continuidade e complementaridades necessárias. Mais que em qualquer outra área da saúde, para pensar uma estratégia resolutiva de cuidados que tenha de responder necessidades múltiplas, de ordem afetiva (amor, família, amizade, reciprocidade, etc.), material (renda, moradia, comida, trabalho, habilitação, cultura, lazer, etc.), clínica (psiquiátricas, psicológicas, psicossociais, sistêmicas, etc.), que requerem cada vez mais ações solidárias de governos, voluntariado, cidadãos comuns, e, particularmente, as famílias consanguíneas ou consentidas” (Pitta, 2001).

A análise dos dados obtidos denota que, embora os profissionais entrevistados estejam em sintonia com a proposta do trabalho a ser desempenhado e, mostram entendimento da importância de tal estratégia na Reforma Psiquiátrica, como o explícito abaixo:

“... a gente precisa ter uma maior autonomia enquanto profissional para discutir os projetos, para ajudar a melhorar a comunidade; porque não adianta ficar só passando caso e ficar tratando..., assim...,

isoladamente, tem que trabalhar com a família, te que trabalhar intersetorialmente...” (E 2.35),

“... acredito que quando se põe um modelo antipsiquiatria Basaglia, eu estando na unidade básica, eu penso num processo de construção de rede...” (E 4.4),

“... o que teria faltado..., é..., envolver as outras secretarias nessa parceria...” (E 4.23).

Então, fica uma lacuna importante no que diz respeito às ações concretas no território, pois assim como as equipes de família, as equipes matriciais devem estar, também, no território, seja em visitas domiciliares, nas quais a equipe está mais próxima à família e pode intervir em situações a fim de minimizar os conflitos e propiciar a esta família maior entendimento do sofrimento de um dos seus entes; em reuniões ou atividades junto à comunidade, também difundindo certo conhecimento e, além disto, levantando discussões e reflexões acerca da inclusão escolar e da inserção no mercado de trabalho das pessoas que tem algum tipo de comprometimento.

Estes encontros podem ter como pano de fundo a igreja da comunidade, a associação de moradores, a escola, enfim, outros lugares

que não, somente, o espaço do Centro de Saúde, que por vezes, evidencia mais a doença e as incapacidades do que as potencialidades do indivíduo.

Os profissionais entrevistados não pautaram as ações no território como sendo um dos fatores importante na articulação dos setores e mobilização e conscientização da comunidade; foram citadas ações pontuais que ocorreram fora do Centro de Saúde devido a uma demanda específica, tal como:

“... é numa escola, eu estou chamando de uma reunião com a escola, porque era uma escola que encaminhava muitos casos, e a cada quinze idas eu estou indo lá para a gente pensar sobre os casos; estou até devolvendo bastante para a escola”.(E 5.1).

A necessidade das intervenções respeitarem as características de cada grupo social, como se observa na seguinte fala:

“... eu acredito que é importante não se uniformizar a questão do matriciamento e se lembrar da especificidade do território, da população...” (4.38).

Além disto, as falas versaram sobre as reuniões com as equipes de família, os atendimentos individuais, os atendimentos conjuntos, o papel em capacitar e supervisionar as equipes de saúde – denotando a dupla dimensão do Apoio Matricial: técnico-pedagógica e assistencial –, mas não da inserção do matriciador no território como um catalisador da intersectorialidade e da disseminação do proposto pela Reforma Psiquiátrica junto aos grupos sociais.

E, ainda, com relação aos princípios propostos pelo Sistema Único de Saúde pela Reforma Psiquiátrica, a Reabilitação Psicossocial vêm de encontro com a necessidade de romper com os moldes tradicionais de acolher o sofrimento psíquico, entendendo este em sua totalidade e inserido no seu contexto de vida, sendo assim, Reabilitação Psicossocial é uma estratégia de intervenção global que não pode ser entendida como uma abordagem para que o usuário saia de um estado de incapacidades/desabilidades para um outro de capacidades/habilidades, mas sim como uma abordagem que:

“... implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, para sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente: a dinâmica da negociação é contínua e não pode ser codificada de uma vez por todas, já que os atores (e os poderes) em jogo são muitos e reciprocamente multiplicantes” (Saraceno, 2001).

A Reabilitação Psicossocial posta como referido acima, possibilita o processo de desinstitucionalização psiquiátrica – não só dos manicômios, mas também das práticas assistenciais pautadas no paradigma hospitalocêntrico –, pois:

“... o processo de desinstitucionalização consiste em uma progressiva superação das condições de dependência dos pacientes psiquiátricos das instituições da psiquiatria, hospitalares ou não, e dos automatismos invalidantes que caracterizam o círculo vicioso doença/resposta invalidante...” (Saraceno, 2001).

O que equivale dizer que, somente com práticas nas quais os usuários possam exercer os seus direitos às relações e às trocas materiais e afetivas, o mesmo será validado como sujeito social.

Os profissionais não pontuaram, no momento das entrevistas, os princípios de Reabilitação Psicossocial, Desinstitucionalização e Promoção de cidadania, mas a despeito disto, quando os mesmos responderam às perguntas, falando do cotidiano do trabalho desempenhado, das dificuldades encontradas e, até mesmo, das angústias, estavam implícitos tais princípios.

1.2 – Implementação do novo modelo

A inserção da Estratégia de Saúde da Família, como política ministerial se deu devido às dificuldades na transformação da Atenção Básica que a despeito dos apontamentos tanto do meio acadêmico, quanto político, tinha como foco de sua clínica a doença e o corpo, em detrimento das necessidades do usuário e do trabalho em equipe (Cunha, 2005).

Contudo, isto é recente na história da Atenção Básica brasileira e, apesar dos avanços, ainda é presente a necessidade de discutir as práticas clínicas de todos os profissionais e a necessidade de agregar à equipe básica da Estratégia Saúde da Família outras equipes de apoio como, por exemplo, a de saúde mental (Campos, 2006).

O Apoio Matricial em saúde mental, emerge nesta conjuntura, pois de acordo com Campos (2006) não faz parte da formação e da prática dos profissionais das equipes de saúde lidar com o subjetivo, com o afetivo e o psíquico dos usuários ou comunidades.

Implementar significa *praticar, fazer, perpretar algo*. Desta forma, fica claro que não basta implantar o Apoio Matricial em saúde mental, ou em outra área qualquer; há que se pôr em prática o projeto proposto e, assim ir aprimorando uma prática pautada no sujeito e no contexto de vida destes. Os profissionais trouxeram à tona o quão difícil vem sendo implementar esta prática assistencial:

“... acho que é um processo né, que é muito difícil de ser implantado e implementado...” (E 1.52),

“... é um processo mais lento né, que exige maior disponibilidade de todo mundo da equipe, não só da saúde mental...” (E 1.24).

Pois esta proposta é nova e vem na contramão de como os serviços estavam acostumados a se organizarem para atender a população que deles necessitassem.

Os profissionais trazem que uma das dificuldades em implementar o matriciamento está na forma como algumas equipes de saúde concebem o trabalho do apoiador matricial em saúde mental e, da não disponibilidade interna para incorporar o modelo de trabalho:

“... na verdade eles entendiam que a saúde mental tinha que dá conta de muita coisa que era angústia para a equipe..., está chorando então tem que ir para a saúde mental...” (E 5.6),

“... muitas vezes tem aquele negócio: eu vou passar o caso, eu vou passar o caso né; mas não é só passar, é discutir, é construir...” (E 2.14) e,

“... eles têm uma resistência enorme de voltar o caso para eles, então na verdade o que eles querem é: me passar o nome, o FF, a queixa básica sem uma história mais..., nem uma análise do prontuário...” (5.17).

E ainda, na fala dos entrevistados fica evidente que outras equipes entendem o Apoio Matricial como sendo uma equipe que irá dar respostas para o que precisa ser feito em determinados casos, tal como o dito abaixo:

“... eu percebo assim, que o apoiador chega como aquele que coordena a reunião, então todos os casos são voltados para ele e ele é que dá as respostas...” (E5.46).

Mas, como não é este o objetivo, os matriciadores – ou apoiadores matriciais e/ou apoiadores – na busca de implementar o trabalho desenvolvido, entendem que, também, têm a função de envolver a

equipe, de fazer com que a mesma participe das discussões, que os profissionais tragam suas contribuições:

“... estimular na hora da reunião, sempre pedir sabe, informação para as pessoas, pedir a opinião delas, tentar não dar respostas assim, tentar tirar deles né, para que seja uma coisa, assim, conjunta...” (E 2.17),

“... estou tentando sempre devolver, mas e aí? Você coletou o histórico? Você ouviu? Como é que foi né?..., e a gente poder discutir melhor e, aí eu sempre devolvo isto: como é que a gente vai pensar no projeto terapêutico...” (E 5.18).

Os profissionais mostram, por meio de suas falas, que requer tempo para que se possa falar no Apoio Matricial com menos angústias:

“... o Apoio Matricial tem lá suas..., seus..., pontinhos né..., seus nós, é difícil fazer porque leva um pouco mais de tempo até a equipe combinar né, até haver uma harmonia assim né, na própria comunicação da equipe...” (E1. 23).

Mas, independente disto o Apoio Matricial tem se mostrado muito importante, porque:

“... às vezes, o profissional, ele não sabe lidar com aquilo, não é por que..., às vezes é má vontade, mas às vezes ele não sabe lidar e, às vezes um toque que a gente dá, de falar assim: ai conversa melhor, tenta colher a história da família, tenta ver se está passando por algum problema, é..., tenta ver na escola...” (E 2.23),

“... eu penso muito assim, eu fui formada neste processo, então para mim que sou formada nesse processo é muito mais fácil de pensar isto, mas, por exemplo: aí eu me deparo com profissionais de vinte anos (de formação) que estão fazendo aquilo como eles têm que fazer planilha e, não como uma construção, um pensamento né, algo assim a produzir alguma coisa diferente naquele sujeito, naquele trabalho...” (E 1. 28).

E, também, porque no dia a dia da prática, mudanças, mesmo que pequenas estão ocorrendo.

De acordo com os profissionais, o matriciamento não tem como uma de suas metas dar conta de toda demanda que se apresenta, demanda esta que também, é produto de um modelo tradicional que não acolhia o indivíduo quando o mesmo buscava o serviço, mas sim o colocava numa fila de espera que podia acarretar em meses de sofrimento e angústia, até que o atendimento ocorresse; sendo assim, existe o que é chamado de demanda reprimida e as que emergem a cada dia e:

“... a função do Apoio Matricial nem é suprir demanda né, se supre a demanda? O Apoio Matricial não é a resposta tá. O Apoio Matricial vem aí na linha de uma reforma mesmo, de a gente pensar a saúde integral né e não, necessariamente, em eu dar conta do que está acontecendo no território...” (E 3.15).

Mas, o mesmo tem conseguido transformar a lógica das filas de espera, pois:

“... não supre na questão assim, do atendimento mais formatadinho, mas a pessoa passa por aquele..., não

tem uma lista de espera absurda, entendeu?” (E 1.33) e,

“... de alguma forma, aquela pessoa foi acolhida, por alguma pessoa do Centro de Saúde; ela não chegou lá para ir passar, por exemplo, pelo psicólogo e aí ela tem uma lista de espera...” (E 1.34).

Sendo assim, mesmo com as dificuldades no processo de implementação, o Apoio Matricial, segundo os profissionais entrevistados está dando frutos para a população, pois:

“... é uma estratégia com que a gente lida com esta demanda, o Apoio Matricial tem..., nos possibilita enxergar melhor esta demanda...” (E 3.14),

“... eu acho que a população teve um grande ganho...” (E 4.18),

“... muitas coisas nem chegam para a saúde mental porque aí as outras..., os outros saberes podem dar conta...” (E 5.11).

E, está dando frutos, também, para os profissionais, permitindo que os mesmos vivenciem na prática a importância do trabalho em equipe, explícito nas seguintes falas:

“... eu me sinto muito pequena para pensar no projeto terapêutico de um paciente, então o que a gente puder discutir em equipe com certeza vai ser muito mais qualificado”.(E 5.20),

“... agora, o que eu..., trabalhando na especialidade sozinha, sem uma equipe de referência..., a demanda que eu posso assistir num Apoio Matricial é muito maior...” (E 4.29).

Embora os profissionais tenham apontado alguns fatores relevantes para a dificuldade na implementação do Apoio Matricial e, também, tenha apontado produtos resultantes desta prática, independente das dificuldades encontradas, existem fatores estruturais que devem ser discutidos na implementação do Apoio Matricial e, estes fatores estão diretamente ligados às outras categorias empíricas que emergiram no trabalho de campo, já citadas anteriormente: Processo Saúde-Doença Mental; Processo de Trabalho e Política Nacional de

Saúde Mental. Tais categorias serão discutidas a seguir e, as mesmas trazem consigo conceitos teóricos e práticos que interferem, diretamente, na implementação do Apoio Matricial em saúde mental.

2 – Processo saúde-doença mental

A compreensão do processo saúde-doença se dá de acordo com as diferentes visões de mundo de cada indivíduo, assim como os outros fenômenos existentes na nossa sociedade; sendo que:

“... visão de mundo é um sistema de pontos de vista sobre a realidade que permite ao homem elaborar uma atitude perante a mesma. Está na base de compreensão e ação do homem..., a elaboração da visão de mundo não é atemporal, desvinculada do momento histórico pelo qual passa a sociedade que a origina”.(Fonseca, 2005).

Na visão realista ou materialista, o processo saúde-doença não pode obedecer a padrões estabelecidos de normalidade, pois o mesmo é determinado historicamente, por meio da inserção social do homem e de sua rede de relações. Nesta, saúde e doença são expressões de um mesmo processo e, este por sua vez, é determinado pelos processos de produção e reprodução social do indivíduo, ou seja, do seu trabalho e a forma como vive (Fonseca, 2005). As doenças crônico-degenerativas e os casos de saúde mental, tais como síndrome do pânico e depressão, nos dias atuais são expressões do dito acima.

Desta forma, saúde e doença mental, também, são manifestações de um mesmo processo e, sendo assim, o sofrimento psíquico não pode ser reduzido à expressão de uma anormalidade psíquica somente, pois o mesmo está intimamente ligado aos contextos sócio-econômicos e culturais da sociedade e, diante disto, como, por exemplo, seria possível encaminhar um projeto terapêutico para uma mulher que busca um serviço de saúde com sinais de depressão sem levar em consideração sua inserção no mercado de trabalho, se a mesma é ou não arrimo de família, sua estrutura familiar, seus afetos e frustrações, se há alguma questão orgânica, dentre outros fatores.

E, também, como construir o projeto terapêutico de um indivíduo que passou parte de sua vida em hospitais psiquiátricos, segregado da sua comunidade e de sua família, sem levar em consideração o processo de institucionalização e cronificação dos manicômios, os laços, concretos e subjetivos rompidos e, o estigma que este carrega. Eis o que dizem alguns dos profissionais entrevistados acerca de saúde e doença mental:

“... entendo que a doença mental se instala por questões sociais, por questões econômicas, orgânicas e genéticas..., as pessoas adoeçam por falta de referência, rompimentos de vínculos..., com o trabalho, vínculos afetivos vínculos culturais e econômicos”.(E 4.5).

“... concepção saúde-doença?... eu acredito que assim, faz parte de uma construção né, que ele é sócio, histórico, político, econômica e..., cultural, territorial...” (E 1.8).

Além do citado acima, há que se colocar no âmbito da discussão que a determinação social do processo saúde-doença requer que o conceito “cura” seja reconstruído, pois este não deve ser, somente, a remissão dos sinais e sintomas, trata-se, também, de fomentar o aumento da autonomia do indivíduo e/ou de grupos sociais (Campos, 2006).

De acordo com o exposto acima, a assistência em saúde subjaz uma visão de mundo e, a assistência pautada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde tende à teoria da determinação social do processo saúde-doença, pois neste a saúde foi definida como:

“... “direito universal e resultante de condições de vida e trabalho” garantida mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação...” (Brasil, 1988).

Assim, a saúde não é, simplesmente, ausência de doença, mas sim o resultado de fatores sócio-econômicos e culturais que se associam de forma particular em cada grupo social e conjunturas específicas, resultando em grupos, mais ou menos, saudáveis.

O Apoio Matricial em saúde mental, em compasso com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde, foi implantado em sintonia com a determinação social do processo saúde-doença e neste, saúde-doença mental não é desvio da norma, mas sim a expressão da existência-sofrimento de um indivíduo, que não pode e nem deve ser assistido de acordo com o paradigma da tutela e segregação do louco, pelo contrário, se esta forma de existir está relacionada a um determinado contexto sócio-econômico e cultural, o indivíduo deve ser assistido neste contexto de vida, com as suas relações pessoais e subjetivas preservadas e, esta assistência deve ocupar-se de transformar o modo de viver e sentir o sofrimento deste usuário, assim como, ao mesmo tempo intervir em situações cotidianas e concretas que estejam alimentando tal sofrimento (Rotelli, De Leonardis, Mauri, 2001);

“... se fala muito em doença e tinha aquela coisa da hospitalização, tinha que estar isolado tinha aquele preconceito né, e hoje é muito importante a gente pensar na questão da saúde mental...” (E 2.9).

Nesta visão de mundo e, conseqüente, modo de enxergar a saúde-doença mental, a “cura” entendida como aumento da autonomia é muito importante, já que de acordo com Kinoshita (2001), autonomia seria a capacidade que os sujeitos e/ou grupos sociais têm de gerar normas e ordens para sua vida, a partir das diversas situações com as quais possam se deparar e, esta autonomia deve ser exercida no que Saraceno (2001) define como cenário, os cenários (habitat), mercado de trocas afetivas e materiais e, por fim, trabalho:

“... acho importante a gente pensar numa questão da saúde, mesmo, como um bem estar social, como produção de vida mesmo...” (E 2.35).

Desta forma, não haveria como produzir um trabalho no Apoio Matricial em saúde mental que não fosse pautado no sujeito e no seu contexto de vida, no intercâmbio dos saberes e, na intersetorialidade:

“... como é que a gente pensa o sujeito a partir do momento que a gente..., com toda a concepção do SUS né, da Reforma Psiquiátrica; que a gente começa a entender que o sujeito não é só..., que a doença..., que a saúde não é só ausência de doença,

a gente começa a ver o sujeito como um todo e..., a pensar em todas as outras possibilidades...” (E 5.4)

e,

“... é um rompimento de um estigma, de uma barreira com relação à dicotomia corpo/mente...” (E 4.9).

Contudo, o que está implícito como concepção de saúde-doença no Sistema Único de Saúde, trata da esfera estatal, das políticas públicas de saúde, de problematizar que a assistência em saúde é direito de todo e qualquer cidadão, ou seja, em última instância trata-se de governabilidade. Ao passo que, no plano assistencial, que envolve o conhecimento, as relações interpessoais e intersubjetivas das equipes com os usuários, não podemos falar em governabilidade (Schraiber, 1995) e, este fato denota que a concepção da determinação social do processo saúde-doença não é hegemônica, pelo contrário, impera ainda hoje, a concepção pautada no positivismo científico, que entende saúde e doença como manifestações de equilíbrio e desequilíbrio ou de normalidade e anormalidade, respectivamente, neste, saúde ideal é ausência de doença e perfeito funcionamento das dimensões físicas, psíquicas e biológicas, adaptadas às condições do meio social (Fonseca, 2005). E, sendo o homem fragmentado em físico, psíquico e biológico, a busca do equilíbrio ou da normalidade se dá, também, de forma

fragmentada, ou seja, reflete em uma prática assistencial fragmentada e que busca, pautado na queixa-conduta, um ideal de saúde e, mais do que isto estabelece um ideal de viver:

“Pode-se tomar como estabelecido que uma condição necessária para a vida social é que todos os participantes compartilhem um único conjunto de expectativas normativas, sendo as normas sustentadas, em parte, porque foram incorporadas. Quando uma regra é quebrada, surgem medidas restauradoras; o dano termina e o prejuízo é reparado, quer por agências de controle, quer pelo próprio culpado” (Goffman, 1988).

No que diz respeito à saúde mental, o local de assistência seria o Hospital Psiquiátrico, uma vez que o sofrimento psíquico e a forma de existir de quem sofre fere o modo ideal de viver estabelecido pelo social, o manicômio exerce a função de ocultar o sofrimento, a miséria e os distúrbios sociais:

“... assume o dever de absorver no seu interior tudo aquilo que resta da lógica problema-solução que a governa e, portanto, todos os problemas que ao

resultarem incoerentes, insolúveis e irredutíveis são por isso expulsos” (Rotelli, De Leonardis, Mauri, 2001).

A fala de alguns profissionais demonstra como se dá, na prática cotidiana da assistência, esta forma fragmentada de enxergar o homem e, conseqüentemente de assisti-lo:

“... uma coisa até que me incomoda muito, é que quando eu tento questionar, tento pensar junto mesmo, com a equipe o que a gente pode estar fazendo, que estratégias que a gente pode estar usando né, que recursos que a gente tem..., fica uma coisa assim: ah, isso é da saúde mental, isso vocês resolvam...” (E 1.15),

“Mas será que tudo é para a saúde mental? Será que não tem coisa que faz parte do sujeito como um todo?” (E 5.7) e,

“... manda para a saúde mental que vai resolver...” (E 2.25).

A apreensão do que significa saúde e doença para as equipes de família e, até mesmo, para os profissionais da saúde mental que estão como apoiadores, uma vez que alguns denotaram ambigüidade ao falar disto:

“... pensar em saúde mental, falar significa pensar em promover espaços de convivência social. É..., espaços onde se possa falar sobre as questões da vida, existenciais, em que muitas vezes não se tem espaços sobre isto, que aí acaba gerando a doença, depressão, ansiedade...” (E 2.10),

“A doença mental né, ela..., ela está inserida no indivíduo né, assim, ele..., mesmo ele tendo uma doença mental não quer dizer que ele não possa viver com saúde né, com uma qualidade de vida, com uma produção, com autonomia, com direitos garantidos né, com cidadania. Então, a doença mental em si não é um problema né, é como ela é tratada, cuidada, referenciada né, como que ela está sendo observada...” (E 3.2).

De fato, apresenta relevância porque se trata de mudanças no campo ideológico, sendo ideologia um conjunto de idéias, valores e regras sobre a vida que determinam como os indivíduos devem pensar e agir, correspondendo, assim, aos interesses do grupo social a que pertence. Assim sendo, o que fica implícito na fala dos entrevistados é uma necessária transição paradigmática, pois:

“... qualquer projeto mudancista que aspire ao sucesso deveria tentar, ao mesmo tempo, tanto a mudança das pessoas, dos seus valores, da sua cultura ou ideologia, quanto providenciar alterações no funcionamento das instituições sociais. Dizendo de outra maneira, temos que mexer, simultaneamente, com as pessoas, com as estruturas e com as relações entre elas” (Campos, 2006).

Diante do que foi dito até agora, torna-se explícito porque o processo saúde-doença é um dos fatores na dificuldade de implementar o Apoio Matricial, pois a forma como os profissionais concebem a saúde e a doença será determinante na prática e produção de cuidado, ou seja, será determinante no processo de trabalho dos profissionais, categoria que, também, emergiu no trabalho de campo e será foco da próxima discussão.

3 – Processo de trabalho

Na análise de tal categoria, evidenciou-se uma temática, a saber: produção do cuidado em saúde mental: apontamentos e anseios.

3.1 – Produção do cuidado em saúde mental no Apoio Matricial: apontamentos e anseios

De acordo com o inferido anteriormente, a prática assistencial desenvolvida é determinada pela concepção do que é saúde e doença, sendo assim, o modo como os profissionais concebem e se relacionam com o sofrimento psíquico determinará a sua intervenção em tal sofrimento.

As intervenções pautadas na busca de uma determinada normalidade, desconsiderando a existência-sofrimento do sujeito, ainda hoje, estão pautadas na tríade pineliana, que determina para o tratamento daquele que sofre: 1) um *saber*, que está pautado na ciência positivista; 2) uma *relação* específica entre o médico e o doente, na qual o médico, detentor de um saber específico, exerce o poder e dita o que é melhor ou não para o doente, que aqui assume o lugar reduzido de substrato para a doença e; 3) um *lugar* para o exercício deste poder, para acolher o que não serve à sociedade e para descobrir a causa da

anormalidade, que neste caso seriam os hospitais psiquiátricos (Aranha e Silva, 2003).

Em contrapartida, as intervenções dos profissionais que concebem a doença mental de acordo com o paradigma da determinação social exigem, a priori, a re-significação da tríade acima citada e, nesta: 1) o saber é entendido como uma construção que emerge a partir de necessidades humanas reais e o mesmo é elaborado a várias mãos; 2) a relação usuários-profissionais de saúde tende a horizontalização, uma vez que o saber dos usuários, de seus familiares e dos recursos do seu contexto de vida, devem estar contemplados na proposta de assistência ao mesmos, pois:

“... se não alterarmos o modo como os trabalhadores de saúde se relacionam com o seu principal objeto de trabalho – a vida e o sofrimento dos indivíduos e da coletividade – não basta corrigirmos procedimentos organizacionais e financeiros das instituições de saúde. Um dos grandes desafios é à busca de um outro modo de operar o trabalho em saúde e de construir a relação do trabalhador com os usuários, efetivos e potenciais...” (Merhy, 2006).

E, por fim: 3) o lugar para o exercício deste saber deve ser no contexto do indivíduo a fim de que o mesmo possa se apropriar do seu processo saúde-doença e viva de forma mais autônoma possível, ou seja, as intervenções devem ser produzidas no campo psicossocial e:

“Quem a produz é um sujeito, também socialmente constituído, o que traduz, no limite da interação, o saber e o poder aderente ao seu lugar social. Desta forma, as práticas concretas representam ou reproduzem dada ideologia...” (Aranha e Silva, 2003).

A fala de um dos entrevistados explicita o dito acima:

“Então é..., eu vejo desse jeito e eu tento trabalhar numa linha assim, mais horizontal sabe, muito entendendo o que o paciente é... tem muito a trazer, tem muito saber e que muitas vezes que é o paciente que encaminha né...” (E 5.51).

O Apoio Matricial está inserido num contexto no qual a tríade pineliana não tem espaço e sendo assim, será discutido a seguir o processo de trabalho de uma clínica pautada no sujeito. Entendendo que processo de trabalho é a intervenção dos profissionais de saúde – que

utilizam um determinado conhecimento e de uma série de recursos para atingir a finalidade do trabalho – e, o objeto deste trabalho é o usuário, sendo que a finalidade do processo é a construção e operacionalização de um projeto terapêutico singular no qual estará contemplado o saber de toda a equipe e do usuário, no qual as necessidades e potencialidades deste tenham lugar garantido, ou seja, a proposta é a de co-gestão dos projetos terapêuticos, pois esta é:

“... uma maneira de aumentar a capacidade de análise e de intervenção dos grupos de técnicos e da comunidade. De diminuir a impotência diante de desafios considerados impossíveis. De diminuir a cegueira dos grupos diante da força do cotidiano. De construir parcerias antes não imaginadas. De descobrir alternativas antes impensadas. Mas, principalmente, é uma maneira de obrigar os técnicos a considerar os valores e a cultura da comunidade, sem o que não há mudança. E, principalmente, é uma forma de envolver as vítimas na luta contra o contexto que as oprime” (Campos, 2005).

Diante do exposto, uma das funções do matriciador, que detém a compreensão da intervenção, é a de se retirar do lugar da especificidade e se colocar como parte de um projeto terapêutico coletivo:

“... a gente acaba falando né porque tem algumas estruturas de personalidades, a gente acaba né..., é uma linguagem que a gente usa né, mas a gente não pode ficar só no diagnóstico, a gente tem que ir para o projeto terapêutico né!” (E 2.11).

Não se trata, como dito anteriormente, de perda da especificidade, mas de promover uma construção que privilegia o usuário e suas necessidades, em detrimento do conforto técnico-teórico dos profissionais (Aranha e Silva, 1997):

“... tirando um pouco daquela coisa que a gente tinha de ver o médico, uma hierarquia, o médico e o paciente numa linha vertical...” (E 5.8) e,

“... às vezes tem aquele negócio de hierarquização e tal, a gente tenta fazer da melhor maneira possível né, mas muitas vezes a gente encontra resistência...” (E 2.20).

Refere-se a uma flexibilidade na rígida divisão de trabalho que veio sendo construída ao longo da história, ou seja, em última análise a um trabalho interdisciplinar, no qual saberes e ações são integrados e operacionalizados, concretamente, por diferentes profissionais, a fim de ampliar a assistência para além do modelo médico psiquiátrico tradicional – internações, medicalização –, produzindo vida e qualidade nesta produção de vida, pois de acordo com Campos (2006), a definição rígida das atribuições de cada profissional, recorta a história do usuário de uma maneira que lhe é, totalmente, desconhecida e:

“Além de fragmentar o doente e sua doença, este cristal de pureza hierárquica também diminui a abertura das unidades à variedade dos problemas individuais e coletivos de saúde” (Campos, 2006).

O discurso dos profissionais a seguir, denota esta busca de ampliar o olhar e a assistência, sem que se perca a especificidade de cada um, pois existe uma dicotomia presente neste processo, o apoiador é aquele que atende e dá suporte às equipes:

“Tem psicoterapia, tem acolhimento, tem grupo”.(E

1.7),

“... trabalho com grupo; é..., às vezes é uma demanda assim: às vezes é do próprio Centro de Saúde e às vezes é fora..., também tem os grupos terapêuticos, a gente quer fazer grupo com crianças..., grupo de mulheres que eu faço...” (E 2.5),

“... o trabalho inclui né, várias atividades, desde atendimento individual até o atendimento grupal..., a gente estar passando informações, abrindo é..., as cabeças dos profissionais que trabalham com saúde para poder olhar a saúde mental dentro da saúde integral...” (E 3.1).

Somado a isto, a fala dos entrevistados salienta que esta construção tem dupla via, pois o matriciador, também, apropria-se de um certo conhecimento da equipe de família e, os mesmos apontam, para a necessidade de esta construção ser pautada no respeito aos limites pessoais de cada profissional, seja ele da equipe de família ou apoiador matricial:

“... a gente não está trabalhando só com a saúde mental propriamente dita”.(E 5.13),

“... estar atendendo as prioridades e as necessidades maiores do sofrimento mental mesmo, e o que a gente considera que o outro profissional consegue lidar e lidar de uma forma tranqüila e que aquilo seja tratamento, que aquilo seja benéfico para a pessoa, a gente opta no caminho aí do Projeto Terapêutico Singular (PTS).” (E 3.7).

Os dados obtidos, além de explicitar a concepção dos apoiadores matriciais acerca da produção de cuidados em saúde mental nesta modalidade assistencial, trazem à tona contradições no modo de conceber esta mesma produção e de seu próprio processo de trabalho, a saber:

“... o Apoio Matricial, ele passa por uma questão..., por um viés de..., ele acaba sendo um..., uma supervisão da equipe, ele acaba sendo um espaço que horizontaliza as relações né..., ele é um local onde você precisa distanciar o seu papel, você não é um membro da equipe, então você precisa se isentar da assistência e promover a discussão, ampliar o olhar..., por aí...” (E 4.11).

“... na realidade o Centro de Saúde é um lugar que a gente oferece né, atendimento..., tratamento...” (E 5.30).

Embora os profissionais entrevistados citem, em vários momentos de suas entrevistas, a importância do Projeto Terapêutico Singular (PTS):

“... se não existe reunião de equipe, se não existe um lugar onde as pessoas possam conversar e trocar conhecimento, não tem como se construir projeto terapêutico, vai ficar uma “passação” de caso, então vai ter o encaminhamento via papel...” (E 2.22).

Porém, os mesmos não explicitam como este é elaborado e operacionalizado, ou seja, mesmo citando a necessidade de o planejamento do processo de trabalho ser colocado em pauta:

“... acho que poderia também ser..., ser pontuado a questão de..., do planejamento do processo de trabalho...” (E 4.19).

Os profissionais não apresentam um dos pontos do planejamento do próprio processo de trabalho. Desta forma, de acordo com Campos (2005), um projeto de intervenção em saúde deve ter cinco etapas, a saber:

1. Definição das questões que são prioridades;
2. Análise do contexto do usuário, ou seja, como a situação que vem causando sofrimento está sendo produzida e reproduzida no cotidiano do indivíduo em questão e, nesta análise devem estar envolvidas as perspectivas dos vários sujeitos inseridos no Projeto – usuário, equipe de família (médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários e, outros profissionais que, por ventura possa existir na equipe), matriciadores e outras organizações produtoras de bens e serviços. Além disto, deve ser considerando o conhecimento que já foi acumulado sobre tal demanda;
3. Com base no que foi construído a partir da análise citada acima e nos conhecimentos agregados a esta, eleger diretrizes e construir um modo de intervenção para o tema a ser enfrentado;
4. Definição das tarefas a serem desenvolvidas para a alteração do contexto que traz sofrimento à pessoa. Esta etapa é de fundamental importância, pois de acordo com o autor citado acima, tarefas são intervenções, efetivas, que devem ser

executadas por pessoas concretas e, toda e qualquer ação – no contexto que está causando sofrimento, no território, junto aos outros serviços, de saúde ou não – exige pessoas responsáveis por sua execução e, por fim;

5. Análise do resultado das intervenções e, reelaboração do projeto, se necessário, em função de dificuldades encontradas no processo.

Esta seria uma forma de, também, organizar o processo de trabalho dos profissionais e, além disto, poder trazer à tona a noção de tomada de responsabilidade pelo usuário e pelo projeto desenvolvido, ou seja, o aumento da responsabilidade do trabalhador sobre o processo de trabalho e da possibilidade do usuário dar-se, também, como responsável por sua condição (Batista e Silva, 2005).

Trabalhar com o sujeito do projeto terapêutico qual a sua responsabilidade neste processo não significa, de forma alguma, colocá-lo no lugar de culpado, mas sim de não coloca-lo no lugar de “coitado”, trata-se de considerar que:

“... os fatores históricos-políticos, econômicos e ideológicos que promovem a exclusão de vários segmentos da população não significam situar os excluídos como vítimas da sociedade. Análogo a este

equivoco é aquele que comete alguns psicanalistas, quando situam o sujeito adulto, em sua condição patológica, como vítima da infância ou da família. Exterior ao sujeito não significa exterior ao indivíduo, como, por exemplo: um fator político, que é evidentemente exterior ao indivíduo, que não é o culpado da política que o exclui. Mas, no plano do sujeito, é preciso que cada um se responsabilize mesmo daquilo que lhe é exterior no sentido social ou individual do termo. Se excluirmos o sujeito de sua responsabilidade, nós o mantemos, sob pretexto de ajudá-lo e de lutar contra sua exclusão, sob a tutela de nossa responsabilidade, nós o desresponsabilizamos, e o mantemos alienado de sua condição. Nada mais útil para nossos pacientes ou usuários do que poderem nos transformar em sucata, de que eles não, mais precisem no imediato do aqui e agora, sabendo que podem nos procurar e reencontrar em qualquer outro momento, se a vida o apertar” (Elia, 2004).

Chamar os profissionais à reflexão acerca da concepção de saúde-doença e, portanto, chamá-los a refletir sobre suas práticas profissionais no cotidiano institucional não é tarefa fácil, pois como dito anteriormente, trata de mobilizar construções ideológicas cristalizadas.

No Apoio Matricial esta reflexão está presente o tempo todo, pois em todas as ações que estão preconizadas para o apoiador – atender os usuários com demandas que exijam mais do campo específico, discutir os casos com as equipes e, conseqüente, construção do projeto terapêutico, articular os setores da comunidade, dentre outras ações – obrigam este e a equipe a sair do lugar de meros reprodutores de uma determinada ação em saúde:

“... Apoio Matricial significa, eu, enquanto psicóloga, uma profissional de saúde mental, inserida numa equipe né, eu preciso estar auxiliando estes profissionais a como olharem para as famílias de uma maneira diferente né...” (E 2.12).

Os entrevistados denotam que as dificuldades com as equipes de saúde são anteriores às mudanças advindas da inserção do Apoio Matricial, ou seja, a assistência prestada apresenta ruídos importantes no que diz respeito ao cuidado integral e a um processo de trabalho que lida com a noção de território e promoção de saúde, o que está diretamente ligado à implantação da Estratégia de Saúde da Família – o ESF/Paidéia. Sendo que ruído aqui está relacionado à quebra do silêncio do cotidiano institucional e, portanto:

“... deve ser, percebido como a presença de processos instituintes que não estão sendo contemplados pelo modelo de organização e gestão do equipamento institucional em foco, mostrando os distintos possíveis caminhar dos processos de ações dos agentes envolvidos, e, portanto, abrindo possibilidades de interrogações sobre o modo instituído como se opera o trabalho e o sentido de suas ações, naquele equipamento” (Merhy, 1999).

E diante disto, os profissionais dizem:

“... tem equipes que fluem, tem outras equipes que não, que são resistentes; não querem e outras equipes que você sente falta assim, que a equipe nem se reúne...” (E 2.19),

“... mais uma questão de saúde e não ficar se falando só sobre doença né; é mais uma questão da convivência social né, sair de casa, falar um pouquinho, ter onde viver...” (E 2.5) e também,

“Quando o projeto Paidéia foi instituído na rede, eu acho que ele veio, de uma forma; muito é...; vou dizer autoritária...” (E 4.13).

Aliado a isto, os matriciadores pontuam as dificuldades em mobilizar as equipes na atenção à saúde mental, que evidencia mais do que a concepção de saúde e doença evidencia a forma como o social lidou ao longo da história com o sofrimento psíquico:

“... ainda está esta coisa de “passar o caso” né...” (E 5.25),

“... tem algumas pessoas que topam fazer mudanças, topa fazer as coisas, e têm outros que, simplesmente, não topam..., fica difícil em alguns momentos você levar esta proposta...” (E 1.20),

“... acho que assim, de alguma forma diz de um pensamento né, de se construir mesmo né e, não né..., então de construir, de que isso não se dá assim né, como algo que parece que ao tem implicação, principalmente assim, nisso que chega para a gente da saúde mental..., fica no ar que a pessoa não tem

a mínima implicação naquilo que ela está vivendo...”

(E 1.50),

“... eu não consigo isto, eu não consigo nem uma equipe disponível para ir comigo na escola, eu não consigo uma equipe..., alguém da equipe para vir comigo numa triagem..., vem junto comigo na triagem alguém da equipe, para poder devolver o caso, só que não acontece...” (E 5.43).

Nesta discussão, é importante, também, pautar a forma como os próprios matriciadores lidam com as concepções das equipes com as quais trabalham, pois em alguns momentos das entrevistas, os mesmos deixam claro, em suas falas, a “falta de vontade” e o “descompromisso” das equipes, sem a compreensão de que este modo de funcionar é determinado por uma série de fatores que, não apenas, o descompromisso; por vezes as falas chegam a ser contraditórias, pois os profissionais pautam a doença mental como um processo que está inserido num contexto, numa construção histórica, mas não pautam que o processo de trabalho, o modo de se implicar ou não se implicar pelos usuários advém disto, ou seja, também está inserido numa construção histórica; a seguir serão expostas falas que denotam a compreensão de alguns matriciadores acerca da resistência de algumas equipes:

“... não há este comprometimento com o Apoio Matricial...” (E 1.17),

“... parece que há sempre um jogo, e as pessoas não se responsabilizaram, não se comprometeram, não se implicaram né, como se saúde e doença; fossem coisas bem opostas, não como um processo né, que se dá e que se constrói...” (E 1.51),

“... de ser mais um jeito burocrático de funcionar o fluxo, não necessariamente com esta proposta de pensar sobre, de refletir, de discutir...” (E 1.18).

Em contrapartida, compondo este movimento contraditório com relação às equipes de saúde que não estão conseguindo trabalhar no molde preconizado; outros matriciadores relacionam ao fato do como se deu a implantação do modelo, que se somou a uma Estratégia que já tinha suas questões, e sendo assim, os profissionais dizem:

“... não se teve um tempo para se sensibilizar os profissionais para assimilarem este modelo; então ele veio de uma forma impositiva...” (E 4.14),

“... não há uma construção, vem como algo assim: é uma ordem fazer isto né...” (E 1.27),

“... eu acho que o Apoio Matricial, ele veio meio que “goela abaixo”, teve que descer...” (E 1.19),

“... acabava sendo algo um pouco não vantajoso porque o profissional às vezes poderia se sentir lesado pela repartição do seu conhecimento teórico, não recebendo uma remuneração devida...” (E 4.33).

Contudo, há que se valorizar esta riqueza de conflitos e contradições, pois as transformações ocorridas nos vários âmbitos da sociedade não são lineares, nestas contém contradições, conflitos e antagonismos (Aranha e Silva, 1997). Além disto, a riqueza de conflitos e contradições denota um movimento dialético na ocorrência das construções:

“... dialético, porque compreende a realidade em constante transformação, onde operam contradições e antagonismos, que ao se resolverem colocam novas contradições...” (Barros, 2000).

Portanto, a prática na Estratégia de Saúde da Família e, conseqüentemente, no Apoio Matricial e, sobretudo no Apoio Matricial em saúde mental não está consolidada, pelo contrário está sendo construída e reconstruída a todo o tempo, mostrando-se complexa, uma vez que a base teórico-conceitual que a respalda, funda-se na interface com a filosofia, psicologia, ciências sociais e humanas (Aranha e Silva, 2003).

Há uma forte distinção entre o processo de trabalho em saúde dos processos de trabalhos outros, tal como uma linha de produção de uma determinada fábrica porque, embora a temática seja o trabalho – ação intencional sobre o mundo com a intencionalidade de produzir bens/produtos –, no trabalho desenvolvido no âmbito da saúde, a produção é de bens/produtos simbólicos, que por sua vez, satisfazem necessidades humanas e reais (Merhy, 1997).

Ao discorrer sobre as intervenções/ações em saúde, Aranha e Silva (2003) as definem como a materialização do saber e do fazer e, esta materialização envolve condições objetivas, tais como: o contexto sócio-histórico-econômico, político e cultural, dentre outros e, condições subjetivas, que se trata do contexto sócio-histórico-econômico e cultural

dos profissionais, ou seja, seus saberes, suas crenças, dentre outras construções, que foram sendo acumuladas ao longo da vida, respaldadas por uma determinada visão de mundo e, conseqüente, visão de homem.

Desta forma, os meios tecnológicos na produção do cuidado em saúde devem ser referenciados de forma distinta, ou seja:

“... discutir a tecnologia não é discutir equipamento e nem o moderno e o novo, mas discutir o proceder eficaz de determinados saberes e suas finalidades. Em saúde, a tecnologia está nos diferentes saberes que procuram ler o nosso mundo humano do ponto de vista da saúde e da doença, do normal e do patológico, da vida e da morte, procurando construir procedimentos eficazes de intervenção nestes processos. Assim, a tecnologia em saúde está marcada pela própria conformação do que é saúde e doença; normal e patológico; vida e morte, além da conformação de um determinado saber que permita ler, em nós, a linguagem destes processos” (Merhy, 2006).

E, sendo assim, o autor acima citado classifica as tecnologias em saúde em três categorias, sendo elas: duras, leve-duras e leves. As tecnologias determinadas como duras se referem aos equipamentos

tecnológicos como, por exemplo, máquinas de raios-X e de exames laboratoriais, às normas e, às estruturas organizacionais, sendo que as duas últimas estão, também, relacionadas à gestão do processo de trabalho. As tecnologias de cunho leve-duras estão relacionadas aos saberes bem estruturados que estão presentes no processo de trabalho em saúde, tais como uma determinada especialidade médica, a clínica do psicólogo, a clínica do terapeuta ocupacional, dentre outras, cabe ressaltar que a denominação leve-dura se dá porque tal tecnologia é:

“... leve ao ser um saber que as pessoas adquiriram e está inscrita na sua forma de pensar os casos de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles, mas é dura na medida que é um saber-fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável e normalizado” (Merhy, 1999).

As tecnologias leves são referentes às tecnologias relacionais, ou seja, à constituição de vínculo com o usuário, produção de acolhimento para aquele que chega buscando algum tipo de ajuda e, gestão como forma de gerir o processo de trabalho e que, portanto, acabem por possibilitar momentos criadores e/ou criativos neste mesmo processo. As tecnologias leves são fundamentais nas possibilidades de intervir,

concretamente, no contexto social e no que causa sofrimento ao indivíduo, ou seja, na construção do projeto terapêutico individual.

A produção do cuidado em saúde mental desempenhada no Apoio Matricial intersecciona as tecnologias acima citadas, entretanto, as tecnologias leves, estão, essencialmente, ligadas a esta estratégia assistencial, uma vez que nesta produção deve ser considerado que todos os profissionais, independente do cargo e/ou função, são operadores de atos de cuidados em saúde e, sendo assim devem ser capacitados a atuar no campo das tecnologias leves, produzindo acolhimento, escuta e vínculos, como evidencia alguns dos entrevistados abaixo:

“... melhorar essa escuta, para poder melhorar esse atendimento, esse suporte..., esse acompanhamento que, né, se daria...” (E 1.12),

“... na atenção básica, a gente está fazendo um projeto para a promoção da saúde mental né...” (E 2.29).

Além disto, o manejo das tecnologias leves vai para além da atenção ao usuário, pois são fundamentais na integração da equipe matriciadora junto às equipes de família na busca de transformar a

produção do cuidado em saúde mental; a fala a seguir pontua tal fato, pois a disponibilidade interna dos atores em questão está ligada com o uso da tecnologia acima citada e, sendo assim:

“... você vê que as equipes que tem o apoio mais qualificado, mais estruturado, a equipe é cada vez mais apropriada dos casos, cada vez mais disponível a discutir..., a pedir ajuda..., a oferecer ajuda...” (E 5.45).

Outro fator de interesse quando o assunto é trabalho e, especificamente neste caso, trabalho em saúde, há que se pautar que sempre haverá a saída deste ou daquele profissional – porque tem outra proposta de trabalho, porque chegou o momento de se aposentar ou até mesmo porque está afastado do serviço por questões de saúde – como bem apontam os entrevistados:

“... GO's (ginecologistas), a gente tem..., a gente está contando com duas GO's (ginecologistas) trabalhando né, as outras duas estão de LTS (licença temporária do serviço)...” (E 3.20),

“... nós tivemos as equipes ampliadas e o quadro de profissional esteve completo...” (E 4.32).

Entretanto, os usuários permanecem existindo, com suas demandas de saúde, de produção de vida com qualidade. Desta forma, um processo de produção de cuidado pautado numa responsabilidade compartilhada, no qual todos os profissionais de uma determinada equipe estejam a par, em maior ou menor grau, do projeto terapêutico dos usuários para os quais são referências, é fundamental, pois as ações de cuidado tendem a serem mantidas mesmo com a saída de um ou outro profissional, ou seja, de acordo com um dos entrevistados:

“... com a ausência de uma profissional ou outro não se perdia o andamento de um caso; ou não se perdia o olhar para determinada questão né...” (E 4.31).

No âmbito desta discussão, há que se pontuar o papel das instituições de ensino nesta construção, pois o processo de trabalho, também, tem relação com o como este ou aquele profissional foi formado e, sendo assim, as escolas, sobretudo, as de nível superior, também tem uma missão na busca de transformar os processos de trabalho na assistência em saúde e em saúde mental. Desta forma, cabe às instituições de ensino se questionarem de que forma seria possível

formar um profissional que tenha um saber específico, mas ao mesmo tempo se comprometa com uma produção de cuidado interdisciplinar e transversal e, que se comprometa com a promoção e a proteção da saúde, tanto no plano individual quanto no coletivo, respeitando as necessidades destes.

Além disto, existe outra via que pode ser otimizada na formação tanto dos profissionais que estão adentrando no mercado de trabalho; quanto dos que já estão na prática da assistência, sendo esta a educação permanente em saúde⁹; uma vez que, no cotidiano das práticas assistenciais co-existem os saberes tradicionais ligados ao modelo biologicista e os saberes pautados numa abordagem histórico-social que buscam a superação do modo tradicional e hegemônico de produzir cuidado e, sendo assim, há que se pensar em formas de compor tais saberes a fim de propor uma clínica que paute as necessidades reais dos sujeitos e, ao mesmo tempo, seja terapêutica.

Além disto, seria a possibilidade de trabalhar a retirada dos profissionais da condição de recursos humanos para a condição de atores sociais do processo de trabalho e do ordenamento de práticas acolhedoras e resolutivas na gestão e na produção de cuidados em saúde.

Diante disto, a educação permanente em saúde deve ter um compromisso político com a formação dos perfis dos profissionais e dos

---

⁹ Educação permanente em saúde entendida, neste estudo, como uma estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, de atenção, de gestão e de controle social no setor da saúde.

serviços, além da postura de levantar temas que possam gerar discussão e auto-análise acerca do como está sendo produzido o cuidado em saúde.

No caso do Apoio Matricial, seria uma auto-análise do como está ocorrendo a produção de um cuidado em saúde mental que deve ser compartilhado entre os profissionais envolvidos e outros setores da comunidade do usuário, ou seja, construir, junto com os trabalhadores, caminhos que possibilitem implicação pela população referenciada, mudanças nos pensamentos, produzindo rupturas com o instituído socialmente, com as fórmulas e/ou modelos, produzindo assim, conseqüente mudança no cotidiano institucional na forma de lidar com o sofrimento psíquico (Ceccim, 2005).

Entretanto a educação permanente em saúde exige um cuidado muito bem apontado pelo autor acima, pois:

“Em geral, as áreas, os intelectuais especialistas e os consultores trabalham com dados gerais que possibilitam identificar a existência dos problemas e sugerir sua explicação, mas, não permitem compreender sua singularidade, sua vigência subjetiva, suas conexões de sentido local. O olhar, a escuta e o assessoramento que permitem compreender a especificidade da gênese de cada problema é

necessariamente afetiva e local, portanto, é imprescindível que haja encontro entre intelectuais e consultorias docentes com a gestão de sistemas e serviços locais para a elaboração de estratégias adequadas ao enfrentamento efetivo dos problemas. Todos e cada um dos que trabalham nos serviços de saúde, na atenção e na gestão dos sistemas e serviços têm idéias, noções e compreensão acerca da saúde e de sua produção, do sistema de saúde e de sua operação e do papel que cada profissional ou cada unidade setorial deve cumprir na prestação das ações de saúde. É a partir dessas idéias, noções e compreensão que cada profissional se integra às equipes ou agrupamentos de profissionais em cada ponto do sistema. É a partir dessas concepções, mediadas pela organização dos serviços e do sistema, que cada profissional opera. Ao analisarmos um problema institucional, regional ou nacional de maneira contextualizada, descobrimos a complexidade de sua explicação e a necessidade de intervenções articuladas. As capacitações não se mostram eficazes para possibilitar a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas – tanto de gestão, como de atenção e de controle social – por trabalharem

de maneira descontextualizada e se basearem principalmente na transmissão de conhecimentos” (Ceccim, 2005).

Diante disto, para que a educação permanente em saúde alcance mudanças efetivas tanto na gestão quanto na produção de cuidados, há que se pensar num diálogo, permanente, entre as práticas ocorridas nos serviços e as concepções vigentes acerca de tais práticas, a fim de problematizá-las no concreto do trabalho das equipes; de acordo com Merhy (2005), não se trata de jogar fora as experiências construídas até então, mas construir outros modos para produzir educação em saúde e trabalho em saúde, uma vez que não há como separar tais termos, um produz o outro.

Com o pretexto de concluir uma discussão que, certamente, não se encerra aqui, pelo contrário, há muito que discutir, batalhar por políticas efetivas na atenção em saúde mental e, até mesmo, pesquisar, pois sobre a pesquisa um dos entrevistado faz a seguinte observação:

“... eu acho muito legal ter uma pesquisa nisso né, porque acho que tem que ter mais coisa em relação ao nosso dia-a-dia, em relação à nossa luta, é importante!” (E 2.36).

O trabalho interdisciplinar, o uso de tecnologias que se encontram nos próprios profissionais e o respeito ao contexto do sujeito que sofre, abre a possibilidade de uma produção de cuidado voltado para indivíduo, aumentando assim a resolutividade dos casos que se apresentam. A frase abaixo ilustra tal idéia e denota a importância de se pensar em processo de trabalho centrado em quem busca assistência:

“Se pensarmos num jogo de cartas, buraco, por exemplo: e fizermos uma associação com a vida de nosso usuário, iremos imaginar que ele recebeu uma mão ruim de cartas, nenhum coringa e quase nenhuma possibilidade de articulação das cartas para poder fazer algum jogo. Ele não tem possibilidade de estar de igual para igual com seus adversários de partida e provavelmente irá perder aquela jogada. Porém, o jogo continua, ele irá “comprar” outras cartas e fazer novas combinações. Nosso serviço talvez lhe ofereça algum coringa, o que possibilita que faça algum arranjo inesperado e consiga fazer alguns pontos” (Bichaff, 2001).

Assim, o trabalho interdisciplinar, o uso de tecnologias que se encontram nos próprios profissionais e o respeito ao contexto do sujeito

que sofre – citados anteriormente, não bastam para a construção de um processo de trabalho em saúde mental que não seja centrado na doença, na exclusão social e no estigma, estes são componentes para esta possibilidade, mas não encerram a questão em si mesmo. Além das características acima citadas, temos que contar com uma política em saúde que seja efetiva para tal construção, a fala dos entrevistados traz tal assunto à tona em vários momentos das entrevistas e apresentam alguns apontamentos acerca das necessidades das equipes.

Nas entrevistas, os profissionais pautaram dificuldades que as equipes vêm enfrentando tanto na Estratégia de Saúde da Família (o Paidéia), quanto no Apoio Matricial, no que diz respeito às faltas:

“... falta profissional, falta recurso humano, falta isso, falta aquilo, que nem adianta ficar falando...” (E 1.36),

“... a gente precisa de mais profissionais. Eu acho que precisava investir mais...” (E 2.28),

“... a solução né, a gente poder contar com esse RH, porque aí o Programa Saúde da Família seria mesmo um programa territorializado né, com a integralidade, com a qualidade da saúde garantida; aí teria como

garantir isto; agora nos moldes que está hoje não sei se isso é garantido...” (E 3.19),

“... as pessoas caem numa impotência muito grande com relação ao trabalhador no contexto do nosso país né..., na questão de falta de recursos..., a questão de falta de..., de falta de...” (E 4.24) e,

“... a gente sempre escuta o que? Mas não tem médico..., não tem agente de saúde..., mas não tem isso, não tem aquilo..., como é que a gente vai fazer?” (E 5.40).

De acordo com Machado (1995), referir-se a recursos humanos é referir-se a pessoas que, devem ser ouvidas e percebidas como um conjunto de pessoas que tem, além de habilidades, conhecimento e funções, tem, também, desejos e necessidades próprias.

Os profissionais que trabalham na Estratégia Saúde da Família e no Apoio Matricial estão expostos a uma gama de situações-limite de sobrevivência, aos mesmos foi delegada a missão de estarem no território e de assistirem uma população na qual a miséria, a violência doméstica, sobretudo, contra criança e adolescente, o desemprego; dentre outras situações-limite, saltam aos olhos, denotando a

marginalidade na qual sobrevivem tais populações, sendo que a marginalidade é aqui entendida como um duplo processo de desligamento, sendo um em relação ao trabalho, ou seja, não inserção no mercado de trocas de bens e valores e, o outro em relação à fragilidade relacional dos indivíduos (Castel, 1994).

Desta forma, nenhum profissional fica impune, pois o trabalho a ser desenvolvido exige comprometimento ético e envolvimento emocional.

As faltas apontadas acima pelos profissionais entrevistados são importantes, pois:

“Entre os distintos problemas que afloram com a implantação do PSF (Programa Saúde da Família) nenhum é mais grave que a carência de profissionais em termos quantitativos e qualitativos para atender a esta nova necessidade” (Campos, Belisário, 2001).

Além disto, tais apontamentos nos remetem a duas questões muito importantes, a saber: 1) com tal déficit o quão fica comprometido os projetos terapêuticos e as ações em saúde mental? Pois como bem aponta um dos entrevistados:

“... o déficit de RH (recursos humanos) seria na continuidade dos PTS's (Projetos Terapêuticos Singulares) né, hum..., e na própria multiplicidade de ações que nós temos no dia-a-dia...” (E 4.36).

E, além disto, 2) como fica a saúde do trabalhador, pois se trata de uma interação que traz angústias e exige do profissional, em situação de tantos déficits como o apontado pelos profissionais, disponibilidade interna, dedicação, atenção e responsabilidade; sem, contudo, esperar por retribuições materiais e/ou simbólicas. Com relação à primeira questão, os profissionais relatam que os projetos ganham contornos que são possíveis diante dos desfalques, como aponta um dos entrevistados:

“Isto é assim? O que eu penso ou o que eu pratico?”
(E 1.9).

E, no dia-a-dia as equipes vão se organizando do jeito que é possível para atender a demanda, situação que traz muito desconforto para as equipes de famílias e para os matriciadores, isto sem falar das situações que ocorrem num determinado momento e necessita de intervenção imediata, que acaba por gerar internação devido à falta de suporte:

“... a gente realmente vem apagando incêndio...” (E 3.24).

Com relação à segunda questão, a saúde dos trabalhadores, os fatores citados acima, de acordo com os matriciadores, geram uma sobrecarga de trabalho na tentativa de dar conta da demanda que se apresenta:

“... a gente acaba atendendo muito mais gente do que o determinado...” (E 3.18),

“... em alguns momentos a gente até consegue fazer isto, não tem a gente não vai fazer, mas na maioria das vezes a gente acaba tendo que dividir o trabalho né; e isto sobrecarrega...” (E 5.39),

“... a psiquiatra está se disponibilizando a vir num dia que não dia de trabalho dela para descontar mais para frente e a gente tentar alguma coisa junto com a equipe; a psicóloga a mesma coisa né...” (E 5.42).

E, esta sobrecarga, associada ao contexto dos usuários, acaba trazendo à tona, somente, os aspectos negativos da produção do trabalho como, por exemplo, a frustração, a sensação de impotência diante de algumas situações, além da sensação de que podia ter feito mais nesta ou naquela situação, fato que culminam, por um lado, na desmotivação e/ou no adoecimento dos profissionais envolvidos – caracterizados pela exaustão emocional e indisponibilidade afetiva para estar se comprometendo com o processo de trabalho – como destacam as falas a seguir:

“... muitos estão desgastados, assim, porque é longe, porque é na periferia, porque a população é ingrata, porque a coordenadora é isso... e, daí, entram as licenças, entram os vários, os vários atestados né, e com isto quem sofre é a população...” (E 1.43),

“... as portas supostamente foram abertas... é..., o funcionário adoeceu né..., porque eram várias questões a serem... ahhh..., repensadas..., as relações de trabalho serem repensadas..., depois do modelo assimilado...” (E 4.17).

Por outro lado, faz com que o profissional aliene-se de seu processo de trabalho, ou seja, o mesmo torna alheio, à sua consciência, a realidade vivida no seu contexto de trabalho, como se tal contexto não fizesse parte de sua vida e este não tivesse nenhuma participação na construção do mesmo (Chauí, 1995).

Entretanto, cabe aqui uma análise mais profunda, no sentido de questionar se seria somente a falta de recursos e, portanto a falta de condições de trabalho, que acarreta em desmotivação, adoecimento e alienação dos trabalhadores – formas importantes de se protegerem de um contexto de trabalho que está causando sofrimento – deixando claro que este não está sendo colocado como fator menor, mas sim como não sendo o único.

Os profissionais, em suas falas acerca da falta de recurso e de condições de trabalho, reivindicam, sobretudo, para a cobertura do déficit de profissionais a categoria médica, neste caso específico, a psiquiatria:

“... a gente é..., está sempre tentando dar um jeitinho, porque falta médico..., assim, tem vaga; mas, não pode contratar, daí sai o agente de saúde..., aí não tem...” (E 5.37),

“... a gente compôs a equipe com uma médica psiquiátrica que era muito parceira, que acreditava no modelo...” (E 3.21) e,

“... a gente tem dificuldade de ter o profissional médico...” (E 3.25).

Isto denota que, embora, os profissionais façam um discurso acerca da interdisciplinaridade, de o projeto terapêutico singular não estar centrado num único profissional e da necessidade de tais projetos não estarem centrados nas ações médicas de sintoma/medicamento – ações que vem se mostrando, concretamente, no cotidiano das instituições e dos usuários, falidas – mantém-se a lógica da prática assistencial centrada na pessoa do médico e do mesmo, por vezes, ditando os atos dos outros profissionais no que diz respeito ao usuário e, sendo assim, na falta deste profissional, a equipe acaba por paralisar nas ações, entendendo que sem o médico não há o que ser feito, evidenciando a lógica na qual:

“... o profissional médico detém todo o processo de tratamento e os instrumentos de intervenção (instrumentos de trabalho): estabelece o diagnóstico; prescreve e controla as ações; decide, com base em

protocolos bem definidos, o tratamento, o prognóstico e as ações restauradoras. As demais práticas sociais em saúde (enfermagem, terapia ocupacional, psicologia, serviço social) subsidiam o profissional médico...” (Aranha e Silva, 1997).

Tal fato traz à tona que, na prática assistencial, o modelo hegemônico ainda impera e que se as equipes, tanto de família, quanto do Apoio Matricial, não forem capazes de transcender o espaço do consultório médico e proporem ações numa abordagem integralizadora/interdisciplinar, não lograrão avanços significativos no dia-a-dia da produção do cuidado em saúde (Campos, Belisário, 2001). Um dos entrevistados traz em sua fala a seguinte exclamação:

“... o psiquiatra tem seis horas de trabalho para um território de noventa e cinco mil pessoas...” (E 3.23).

Diante da discussão acima, caberia a seguinte pergunta: todos do território demandam assistência em saúde mental? E, será que os usuários que tem esta demanda são competência somente do psiquiatra? Sendo assim, fica evidente que não se trata apenas de quantidade, mas, também e, sobretudo, de qualidade como apontaram Campos, Belisário (2001), qualidade na formação dos profissionais e, conseqüentemente,

qualidade na assistência ao usuário e no contexto dos profissionais que produzem tal ação, sugerindo assim um possível caminho na indagação de um dos entrevistados:

“... o que poderia ser feito para propiciar uma melhor qualidade para a saúde do trabalhador?” (E 1.45).

Os outros apontamentos trazidos pelos profissionais estão relacionados à categoria política nacional de saúde, que será discutida a seguir.

4 – Política Nacional de Saúde Mental

Esta é uma categoria que, juntamente com a categoria processo de trabalho emergiram com base nas angústias dos trabalhadores que estão na prática do Apoio Matricial em Saúde Mental; angústias estas, que versam sobre o modo como: tal assistência foi implantada, vem sendo implementada e gerenciada pelas instâncias políticas competentes.

Embora o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira tenha seu marco inicial no final da década de setenta do século passado, pode-se inferir que, o ano de 2001 foi um marco concreto, pois neste ano foi aprovada e promulgada a Lei 10.216, que além de dispor sobre a proteção e os direitos de quem sofre psiquicamente, também, redireciona o modelo assistencial em saúde mental (Ministério da Saúde, 2004), este é um marco porque tal lei foi apresentada sob a forma de projeto de lei em 1989 – projeto de autoria do deputado Paulo Delgado – e aprovado em 1990 e, somente em 2001, com uma série de mudanças, foi decretada a Lei.

E desde a aprovação desta, vem-se ampliando a rede de serviços substitutivos aos manicômios tais como os Centros de Atenção Psicossocial e, além destes é importante citar os Centros de convivência e os Serviços Residenciais Terapêuticos.

Este rol de serviços vem buscando aumentar o acesso à assistência em saúde mental e, é neste contexto que o Apoio Matricial em saúde mental emerge, pois não há como pensar em ampliação de acesso à assistência em saúde mental respeitando a história de vida do indivíduo e seu contexto de vida, sem contemplar a rede de Atenção Básica, que, por excelência, está mais próxima do contexto acima citado e das histórias de vida das pessoas que demandam cuidados.

Diante do exposto, os entrevistados pautam a necessidade de que, além da implantação, haja esforços, das instâncias políticas, no sentido de viabilizar que o projeto proposto deslanche, deste modo, um dos profissionais diz:

“... parece que há sim, um investimento para que a máquina continue funcionando, muito bem; que é de produzir tudo isso..., de algum modo faz sentido manter esta máquina né, de cada vez ter uma produção de demanda muito maior, uma quantidade pouca né, de RH (recursos humanos), e essa produção da loucura, e essa produção da violência, e essa produção... é..., na parte infantil das escolas, de comportamentos inadequados das crianças...” (E 1.46).

De acordo com os profissionais, tem que existir “vontade política” para que ocorram transformações no cotidiano institucional, não adianta pautar visão de mundo e, conseqüentemente, o modo como o profissional concebe saúde e doença, se não houver esforços para mobilizar tais concepções, se não houver estímulo para a produção do trabalho a ser desenvolvido e, mais, se não houver capacitação para quem é contratado para desempenhar o papel de apoiador matricial e, também, das equipes de saúde. Nas entrevistas, existem referências de esforços na tentativa de capacitar as equipes de saúde, mas como uma ação isolada, deste ou daquele matriciador e/ou deste ou daquele Centro de Saúde, tal como o dito abaixo:

*“Então, a gente até fez uma capacitaçãozinha lá no
Dic (Centro de Saúde) para as equipes...” (E 5.3).*

Além disto, os mesmos pautam a falta de condições materiais para desenvolver um trabalho de qualidade, pois estão, segundo os entrevistados, sempre trabalhando com menos, num projeto que demanda mais e, sendo assim:

*“... há a necessidade de se abrir concurso..., para se
ter mais RH (recursos humanos), há necessidade de
haver material e espaço físico para intervenção*

específica né..., nesse sentido a demanda também fica reprimida...” (E 4.28) e, também de,

“... os postos estarem mais equipados, os equipamentos da comunidade contarem com o apoio da prefeitura, e aí a gente poder oferecer núcleo, poder oferecer associação de bairros, outros espaços onde as pessoas possam estar desenvolvendo atividades de saúde no sentido de qualidade de vida...” (E 3.17).

Somando os fatos acima citados, o que permeia a fala dos profissionais entrevistados acerca da ampliação do acesso à assistência em saúde mental e das políticas que vêm disparar tal processo, é a inexistência de tais políticas:

“... eu acho que o investimento não é, é..., produzir uma melhor qualidade de vida, né, assim, acho que há um investimento mais de tapar o sol com a peneira...” (E 1.42) e,

“... não há uma política..., que parece que assim..., estou falando do que sinto né; parece que a política

não é para fazer a comunicação entre as secretarias..., e dentro da própria saúde...” (E 1.47).

Os profissionais trazem à discussão a necessidade de existir “vontade política” para que o Apoio Matricial funcione tal qual o preconizado, entretanto, cabe nesta análise pautar o que é ser político, será esta uma característica exclusiva de um grupo social que elabora leis e determina como estas devem ou não devem ser aplicadas ou uma característica de todos, uma vez que vivemos em sociedade? Tal questionamento é importante, uma vez que discursar acerca das ações no Apoio Matricial em saúde mental, significa pautar a práxis na assistência em saúde mental, sendo práxis ações nas quais estão presentes, permanentemente, o diálogo entre a teoria e a prática, Aristóteles define práxis como:

“... ação voluntária de um agente racional em vista de um fim considerado bom. A práxis por excelência é a política” (Chauí, 1995).

A consideração acima não pretende, de forma alguma, isentar os políticos/gestores de suas competências, pois está claro que quem se dispõe a ocupar um cargo que está relacionado à elaboração de políticas, gestão e implementação de um determinado projeto que, neste caso é a

assistência em saúde mental e, mais especificamente o Apoio Matricial em saúde mental, tem atribuições importantes e exclusivas e, os profissionais sinalizam a necessidade de ser revisto a forma como tais atribuições vêm sendo produzidas e, em relação a isto um dos entrevistados pontua:

“... o que será que as pessoas que estão se organizando querem com isso?” (E 1.41).

Quando os entrevistados apontam as questões acima e, julgam que estas estejam ligadas à má articulação das políticas que estão sendo elaboradas e implantadas na assistência em saúde mental, não há como não pautar a ética, pois, se as políticas estão a serviço de uma assistência digna, para a produção de saúde e vida, o que seria o mínimo de dignidade para o humano, a política torna-se inseparável da ética e, sendo assim, a preocupação de não transformar tais discussões em algo somente do âmbito técnico, perdendo de vista a questão ética, tem que existir (Mângia, Nicácio, 1999), pois senão, como pontuam os entrevistados, o discurso é o de transformações e a prática é a pautada na psiquiatria tradicional, denotando uma dicotomia entre o discurso e a prática, os profissionais dizem:

“... a gente; acho que está trabalhando lá atrás, sabe...” (E 5.22) e,

“... é complicado porque a gente vai voltar para trás né. É voltar para trás..., é voltar para trás na Reforma Psiquiátrica, é voltar para trás na Reforma Sanitária, é voltar para trás de tudo.” (E 2.34).

Os profissionais entrevistados são da rede do município de Campinas e, os mesmos trouxeram questões mais específicas acerca do como o Apoio Matricial está funcionando e de como se encontra a rede de assistência em saúde mental, contudo, evidencia-se o fato de que tais situações, em maior ou menor espectro, abrangem outras partes do território nacional e, não somente o município de Campinas.

Quando se deram as entrevistas, os profissionais apontaram a situação de não desempenharem o trabalho para o qual foram contratados e que deveria ser o realizado no contexto dos serviços; a equipe matriciadora tal qual o preconizado não existe e, nem tão pouco, a estruturação de tantos profissionais para tantas equipes de saúde como o sugerido pelo Ministério da Saúde.

No momento, numa região que tem quatro Centros de Saúde – cada um com, no mínimo, 4 equipes de saúde da família, equipes estas que também estão desfalcadas e, que devem responder por um território,

como dito anteriormente, que é muito carente e no qual o sofrimento psíquico demanda muito das equipes de saúde – para terem o apoio especializado da saúde mental, a situação é a seguinte: 1 psicóloga e 1 terapeuta ocupacional num Centro de Saúde e 2 terapeutas ocupacionais e 2 psicólogas num outro Centro de saúde, na maioria das vezes respondendo à demanda dos próprios Centros de Saúde em que estão, num modelo que se assemelha aos dos antigos ambulatórios de saúde mental e, dando algum suporte aos outros dois Centros de Saúde e, nesta conjuntura entram os funcionários do Centro de Atenção Psicossocial da região, também, tentando dar algum tipo de suporte nas ações dos Centros de saúde, da forma que é possível para a equipe do Centro de Atenção Psicossocial.

Embora exista a necessidade de se construir uma forma de trabalho não centrado na pessoa do médico, há a necessidade de tal profissional nas equipes e, os entrevistados trazem que em função de não se conseguir este profissional, no caso o psiquiatra, existem os acordos extras oficiais, tal como o seguinte:

“... com o médico que a gente tem, compondo só seis horas de trabalho (semanalmente), fica muito complicado..., é irrisório a resolutividade e efetividade dele aqui...” (E 3.22).

Tais acordos trazem um desconforto importante às equipes de matriciadores e prejudica a atenção aos usuários do serviço, sem dizer na dificuldade de conseguir o atendimento, quando necessário, junto aos médicos do Centro de Atenção Psicossocial.

Além, do citado acima, os profissionais levantam uma questão que também vem dificultando o desempenho dos mesmos: a necessidade de as ações de saúde, de saúde coletiva e de saúde mental – em suma, do Sistema Único de Saúde, suas diretrizes e princípios – serem incorporadas como um bem público que deve ser responsabilidade de todo e qualquer gestor, independente de qual partido político este pertença, pois a cada quatro anos em nosso país, presencia-se a mudança de uma série de construções que foram feitas ao longo do tempo, porque a nova gestão não concorda e/ou não se interessa por aquilo, dentre outros fatores. Os profissionais entrevistados estão vivenciando isto, pois com a mudança da gestão política, no município de Campinas, no ano de 2005, as construções que vinham sendo feitas, mesmo estando ainda muito pouco estruturadas devido aos fatos citados ao longo deste estudo foram definidas, pelos profissionais, como:

“... acho que esse período foi bastante rico né...” (E 4.37),

“... se por um lado o Apoio Matricial não supre tudo, porque acho que, talvez, nem sei se é meta nossa suprir tudo né, mas pelo menos aquela pessoa não vai ter um..., muito tarde para ser atendida...” (E 1.38),

“... permite sair de um..., de um modelo que parece que agora a gente está retornando de queixa-conduta...” (E 4.21).

Estas construções foram aos poucos desconstruídas, deixando a população sem saber o que acontece, pois cada dia é de um jeito no Centro de Saúde e deixando as equipes, ao mesmo tempo, confusas e desanimadas, como pontuam os profissionais:

“... o Centro de Saúde está vivendo um momento meio particular com a mudança da coordenação e que a mudança da coordenação vem para propor assim: voltar os acolhimentos de saúde mental (nos moldes ambulatoriais)!” (E 1.22),

“... o acolhimento nosso, agora está para novembro só (a entrevista foi feita no mês de junho), sendo que

com o Apoio Matricial isto não acontecia, porque? Porque naquela semana aquela pessoa ia passar pelo acolhimento da Enfermagem, da Enfermagem ia discutir na semana seguinte e, daí naquela discussão a gente ia pensar numa estratégia.., com essa outra estratégia ela tem que esperar para ser ouvida....” (E 1.35),

“... o tempo que demorou, para ser construído isto, de repente em uma semana..., não, três semanas; foi por água abaixo...” (E 1.25),

“... agora é que, essa coisa de a gente está né..., (com político X), antes tinha que fazer as reuniões né, agora é difícil eu ouvir este discurso...” (E 2.33) e,

“... o apoio matricial não está acontecendo como até a alguns meses atrás estava acontecendo...” (E 4.25).

O fato explicitado pelos profissionais entrevistados não é exclusivo do município de Campinas, como dito anteriormente e afirmado por um dos matriciadores:

“... não é somente desta gestão, eu acho que o problema no Brasil é que a cada quatro anos tem um novo governo e este novo governo desfaz, não dá continuidade em ações já alavancadas no governo anterior, então há um desmonte muito grande e não há uma continuidade, enquanto processo de trabalho...” (E 4.15).

Sendo assim, fica o apelo para que as políticas de saúde sejam um compromisso do Estado e não dos partidos políticos, pois:

“Pensar uma rede de atenção às pessoas que sofrem por transtornos mentais no âmbito do Sistema Único de Saúde, é um desafio que mexe com nossos desejos e utopias de enfrentar injustiça, iniquidade e exclusão social, transformando-as em ajuda, equipes e serviços decentes que melhorem as chances de boa qualidade de vida dessas pessoas. Trata-se de fazê-lhes chegar, respeitando as suas características de singularização, subjetivação e sociabilidade; dispositivos sócio-sanitários, habitualmente, regidos por lógicas de planejamento e políticas públicas, que

somente com esforço e decisão política se transformam em dispositivos culturalmente sensíveis, que alcançam as singelas e banais necessidades de quem precisa de ações, exercícios de equidade e cidadania ativa para garantir o cuidado oportuno quando delas necessitem” (Pitta, 2001).

Diante disto, um dos entrevistados pontua e, ao mesmo, protesta:

“E o que eu recomendo, e é um pedido enquanto funcionário público, é que enquanto cidadão também é comum que aja continuidade em todos os processos instaurados né. Eu acho que quando a gente entra num carro e arranca as rodas dele em movimento é muito complicado né, eu acho que a gente tem que parar, trocar o pneu né, calibrar o pneu..., isso é importante!” (E 4.39).

V – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das discussões que foram feitas, ao longo deste estudo, este capítulo, à guisa de concluir, pontuará alguns fatores considerados relevantes na implantação e implementação do Apoio Matricial em Saúde Mental, assim como relevantes, também, na construção de eixos norteadores para este arranjo institucional.

A fala dos profissionais e as experiências existentes para além do município de Campinas denotam que, o Apoio Matricial em saúde mental está sendo de fundamental importância nas construções de inclusão da saúde mental na Atenção Básica, pois como primeiro passo vem conseguindo fazer com que a saúde mental saia do isolamento dos núcleos especializados e passe a fazer parte de um todo na saúde dos usuários, diminuindo assim, as barreiras e as pré-concepções dos profissionais que não são da saúde mental, da população usuária da rede de Atenção Básica e da comunidade circundante.

É fato que o caminho a ser trilhado é longo, mas os primeiros passos já foram dados; em alguns lugares tal arranjo foi mais e melhor aceito e, em outros não, mas de alguma forma as pessoas estão sendo mobilizadas e envolvidas.

Além disto, na análise dos dados foi possível verificar que as populações que estão contando com esta forma de trabalho vêm apresentando ganhos importantes no que diz atenção ao sofrimento

psíquico, pois há uma resposta à demanda apresentada, ou seja, o usuário não está sendo incluso nas filas de espera e retornando para casa sem sequer ter conseguido escuta para sua queixa; pelo contrário, o Apoio Matricial em saúde mental vem possibilitando a materialização da escuta e da acolhida para os que chegam ao serviço com tal demanda.

Outro fator de interesse é que a capacitação/supervisão e os atendimentos conjuntos, além dos específicos vêm possibilitando que as equipes tenham um outro olhar para o sofrimento psíquico e, sendo assim, os casos de transtornos mentais graves e persistentes passam a ganhar espaço nestes serviços, quando necessário, sem tantos medos e desconfianças, até porque mesmo quando existe um Centro de Atenção Psicossocial se responsabilizando por tais casos, as outras demandas de saúde – casos de hipertensão, diabetes e/ou acompanhamento de rotina – devem ser atendidas na Atenção Básica e, este usuário deve ser acolhido como um cidadão pertencente àquela comunidade.

O Apoio Matricial em saúde mental não pode ser reduzido como sendo, apenas, atenção aos usuários e capacitação/supervisão dos profissionais, pois esta é uma tarefa complexa que, como visto ao longo deste estudo, lida com as concepções de mundo e de saúde-doença mental, que são determinantes nas intervenções cotidianas, portanto, busca-se, nesta prática, outras formas de lidar com o sofrimento psíquico; interação da comunidade com a questão deste sofrimento e, conseqüente, mudança no modo de enxergar e se relacionar com tal questão; a não psiquiatria e medicalização do social e; a

transdisciplinaridade, pois somente por meio desta é possível chegar aos objetivos postos acima, uma vez que nenhuma categoria e/ou especialidade é onipotente o suficiente para dar conta das demandas tão complexas que se apresentam no dia-a-dia das instituições.

Diante da análise feita e das considerações acima, faz-se necessária a implementação de medidas que consolidem o Apoio Matricial em saúde mental como, também, uma política na assistência em saúde mental. Além disto, diante da complexidade das ações, faz-se necessário separar as ações das equipes dos Centros de Saúde Atenção Psicossocial e das equipes matriciadoras. Os Centros de Atenção Psicossocial devem se ocupar, primordialmente, dos casos graves e persistentes, este deve ser o serviço de referência para tal população; enquanto que as equipes matriciadoras devem se ocupar das construções junto às equipes de saúde na atenção em saúde mental e nos atendimentos dos casos menos graves – que não são demanda para os Centros de Atenção Psicossocial, mas não podem ser abandonados, incorrendo no risco de internações arbitrárias e, de uma possível inserção num ciclo de internação/medicação. O fato de a equipe matriciadora estar mais voltada para os casos menos graves, não exime, de forma alguma, a assistência aos casos graves que tenham o posto de saúde como referência e a articulação com o Centro de Atenção Psicossocial.

Nesta compreensão, faz-se necessário repensar um dos itens da proposta feita pelo Ministério da Saúde (2003) no tocante à organização das ações de Apoio Matricial, pois tal item recomenda que: nos

municípios onde houver Centro de Atenção Psicossocial, Oficinas e/ou outros equipamentos de saúde mental, o Apoio Matricial seja feito por tais equipes, que deverão reorganizar sua carga horária a fim de ter encontros semanais com as equipes da Atenção Básica. Este item abre a possibilidade de que quando a rede de Centro de Atenção Psicossocial for insuficiente para tal apoio, sejam implantadas equipes de matriciadores e/ou o planejamento da expansão do número de serviços de saúde mental de base comunitária. Contudo, para pensar a consolidação da política do Apoio Matricial deve-se repensar tais propostas, até porque a realidade dos serviços da Atenção Básica vem demonstrando que o respaldo dado pelas equipes dos Centros de Atenção Psicossocial – que por si só já tem uma demanda de ações bastante complexa e importante no caminho da desinstitucionalização – é incipiente.

Sendo assim, no contexto atual da Reforma Psiquiátrica Brasileira, são importantes a implementação e a consolidação, enquanto política de saúde, do Apoio Matricial em saúde mental e, separar as funções das equipes dos Centros de Atenção Psicossocial e das equipes matriciadoras, a fim de haver de fato a responsabilidade compartilhada pelos casos. As duas equipes são importantes no atual contexto da reforma, as dos serviços de saúde mental de base comunitária (os Centros de Atenção Psicossocial) na assistência aos casos graves e persistentes, possibilitando inclusão e, portanto, desinstitucionalização e, as do Apoio Matricial com as demandas já citadas e atuando no campo da

desinstitucionalização quando impossibilita as internações arbitrárias dos casos menos graves, mas que acaba por achar que este seja o único caminho, dando início aí a uma, possível, carreira manicomial.

VI – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amarante PDC coordenador. Loucos pela vida. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.

Amarante PDC. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: Amarante PDC coordenador. Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Nau; 2003.

Aranha e Silva AL. O Projeto Copiadora do CAPS: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1997.

Aranha e Silva AL. Enfermagem em saúde mental: a ação e o trabalho de agentes de enfermagem de nível médio no campo psicossocial [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2003.

Barros S. O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem psiquiátrica subjúdice. São Paulo: Cabral; 2000.

Basaglia F. O homem no pelourinho. 1974 (mimeo). Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Batista e Silva MB. Atenção Psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva. 2005; 15(1): 127-150.

Bertolozzi MR. O sistema de saúde brasileiro: em que ponto estamos? Rev. Nursing, 2003; 64 (6): 27-34.

Bichaff R. A percepção do usuário sobre o modelo assistencial. In: Ministério da Saúde (BR). Caderno de textos da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília (DF); 2001.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Senado Federal (BR): Brasília (DF); 1988.

Campos FCB. As reformas, sanitária e psiquiátrica, mudando a atenção em saúde mental de Campinas/SP. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde de Campinas; 2001.

Campos FCB, Nascimento SP. Reciclando a herança do preventivismo: das equipes mínimas em UBS ao Apoio Matricial em Saúde Mental às equipes de Saúde da Família. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde de Campinas; 2003.

Campos FE, Belisário AS. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface: comunicação, saúde, educação*, 2001; 5 (9): 133-58.

Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1998.

Campos GWS. Sete considerações sobre saúde e cultura. *Rev. Saúde e Sociedade*, 2002; 11 (1): 60-8.

Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2005.

Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecílio LCO organizador. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec; 2006.

Campos GWS. *Reforma da Reforma*. São Paulo: Hucitec; 2006.

Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2007; 23(2): 399-407.

Canesqui AM, Oliveira AMF de. Saúde da Família: modelos internacionais e estratégia brasileira. In: Negri B, d'Ávila Viana AL organizadores. *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime e Cealag; 2002.

Castel R. Da indigência à exclusão, a desfiliação – precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: Lancetti A organizador. *Saúde Loucura 4*. São Paulo: Hucitec; 1994.

Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface: comunicação, saúde, educação*. 2005; 16 (9): 161-77.

Chauí M. *Convite à filosofia*. São Paulo: Ática; 1995.

Cohn A. Caminhos da reforma sanitária. *Rev. de Cultura e Política Lua Nova*. 1989; 19: 123-139.

Cunha GT. *A construção da clínica ampliada na Atenção Básica*. São Paulo: Hucitec; 2005.

Elia L. Responsabilidade do Sujeito e Responsabilidade do Cuidado no Campo da Saúde Mental. *Rev. Academus* (versão preliminar). 2004.

Figueiredo MD. Saúde Mental na Atenção Básica: Um estudo hermenêutico – narrativo sobre o Apoio Matricial na rede SUS [dissertação]. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2005.

Fonseca RMGS da, Bertolozzi MR. A Epidemiologia social e a assistência à saúde da população. In: Fonseca RMGS da, Egry EY. A classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva e o uso da epidemiologia social. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem; 1997. (série didática; enfermagem no SUS II).

Fonseca RMGS da. O processo saúde-doença (das mulheres) como fenômeno social. In: Egry EY, Fonseca RMGS da. Atualização em saúde coletiva (textos de apoio). São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005.

Goffman E. Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC; 1988.

Goldberg JI. Reabilitação como processo – o centro de atenção psicossocial. In: Pitta AMF organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2001.

Gomes R. Análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS organizadora. Pesquisa Social – Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1994.

Kinoshita RT. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: Pitta AMF organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2001.

Lancetti A. Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: Lancetti A organizador. Saúde Loucura 7: Saúde Mental e Saúde da Família. São Paulo: Hucitec; 2001.

Lancetti A. Jornal de Psicologia. 2006.

Machado MH. Trabalhadores de saúde: um bem público. Rev. Saúde em debate. 1995; 48: 54-57.

Mângia EF, Nicácio MF. Terapia Ocupacional analisa reforma psiquiátrica. In: Rev. O COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. 1999; 3: 15-19.

Marques RM, Mendes A. Atenção básica e programa de saúde da família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? Rev. Ciência &. Saúde Coletiva. 2003; 8(2): 15-22.

Mattos RA de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Mattos RA de. Pinheiro R organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2001.

Merhy EE. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: Merhy EE, Onocko R organizadores. Agir em saúde – um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.

Merhy EE. Um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo: pensando sobre as lógicas do trabalho em saúde. (mimeo); 1999. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Merhy EE. A dimensão cuidadora da produção em saúde: e a tensão procedimento - cuidado na produção dos modelos de atenção. (mimeo); 1999. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. Interface: comunicação, saúde, educação. 2005; 16 (9): 161-77.

Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: Cecílio LCO organizador. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1992.

Ministério da Saúde (BR). 8ª Conferência Nacional de Saúde – Relatório Final. Brasília (DF); 1986.

Ministério da Saúde (BR). I Conferência Nacional de Saúde Mental – Relatório Final. Brasília (DF); 1988.

Ministério da Saúde (BR). II Conferência Nacional de Saúde Mental – Relatório Final. Brasília (DF); 1994.

Ministério da Saúde (BR). Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília (DF); 1996.

Ministério da Saúde (BR). Relatório da oficina de trabalho para “Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica”. Brasília (DF); 2001.

Ministério da Saúde (BR). III Conferência Nacional de Saúde Mental – Relatório Final. Brasília (DF); 2002.

Ministério da Saúde (BR). De volta para casa – manual do programa. Brasília (DF); 2003.

Ministério da Saúde (BR). Saúde mental e Atenção Básica – o vínculo e o diálogo necessários. Brasília (DF); 2003.

Ministério da Saúde (BR). Legislação em Saúde Mental 1990-2004. Brasília (DF); 2004.

Ministério da Saúde (BR). Acolhimento com avaliação e classificação de risco. Brasília (DF); 2004.

Ministério da Saúde (BR). Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília (DF); 2004.

Ministério da Saúde (BR). Equipes de Referência e Apoio Matricial. Brasília (DF); 2004.

Ministério da Saúde (BR). Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil - Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília (DF); 2005.

Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006. Brasília (DF); 2006.

Nascimento CC do. Intencionalidade e operacionalidade nas intervenções pautadas na Reabilitação Psicossocial [monografia de conclusão de aprimoramento] São Paulo; Programa de integração docente assistencial em saúde mental (PIDA/SES/CAPS); 2004.

Negri B. A política de saúde no Brasil nos anos 1990: avanços e limites. In: Negri B. d'Ávila Viana AL organizadores. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime e Cealag; 2002.

Nicácio MFS. Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental [Tese]. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2003.

Nick E, Oliveira SB. Tendências políticas de saúde mental no Brasil. J. Bras. Psiq. 1998; 47(11): 583-89.

Oliveira MAF de. O canto (lugar) maldito ao porto (lugar) seguro: representações do manicômio. São Paulo: Selecta; 2002.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [dissertação] Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas; 1998.

Pitta AMF. Os centros de atenção psicossocial: espaços de reabilitação? J.Bras. Psiq. 1994; 43(12): 647-54.

Pitta AMF. Reorientação do modelo de atenção: equidade e justiça social na organização de serviços de saúde mental. In: Ministério da Saúde (BR). Caderno de textos da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília (DF); 2001.

Rotelli F. O inventário das subtrações. In: Nicácio MF organizadora. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 2001.

Rotelli F, Leonardis O de, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via – A Reforma Psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: Nicácio MF organizadora. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 2001.

Santos JLF, Westphal MF. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. Estudos avançados (SciELO), 1999; 13 (35).

Santos M. Território e Sociedade. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2000.

Schraiber LB. Limites e possibilidades da reorganização das práticas sanitárias na perspectiva da vigilância em saúde. In: Seminário Nacional de Vigilância da Saúde. Salvador (BA); 1995.

Saraceno B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta AMF organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2001.

Saraceno B. Libertando Identidades – da reabilitação psicossocial à cidadania possível. São Paulo: TeCorá; 2001.

Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. I Conferência Municipal de Saúde Mental. Campinas (SP); 2001.

Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Saúde Mental: o Apoio Matricial no Paidéia – Saúde da Família. Campinas (SP); 2001.

Silveira, DP. Sofrimento Psíquico e Serviços de Saúde: cartografia da produção do cuidado em saúde mental na atenção básica de saúde [dissertação] Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública; 2003.

Souza HM. Saúde da família: desafios e conquistas. In: Negri B. d'Ávila Viana AL organizadores. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime e Cealag; 2002.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Spink MJ. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. Cad. Saúde Pública, 1993; 9(3): 300-08.

Yasui S. A construção da reforma psiquiátrica e o seu contexto histórico [dissertação] Assis (SP): Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 1999.

VII – ANEXOS

Anexo I

**Pedido de autorização institucional
Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem**

São Paulo, Julho de 2006.

Ao Coordenador.

Vimos solicitar autorização para Carla Cristina do Nascimento, aluna do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para realizar a pesquisa intitulada “Assistência em saúde mental na rede de Atenção Básica – Apoio Matricial no Programa Saúde da Família” (título provisório), que tem por finalidade a obtenção de título acadêmico, nível mestrado.

Na oportunidade, esclareceremos que, conforme projeto anexo, a pesquisa será realizada com profissionais vinculados a rede de atenção básica do município de Campinas.

A pesquisa tem por finalidade contribuir para com a discussão sobre a estratégia assistencial denominada Apoio Matricial em Saúde Mental, na perspectiva de ampliação de rede de cuidados em saúde mental.

Os objetivos da pesquisa são: 1) Identificar e analisar a representação e o significado do Apoio Matricial em saúde mental, por meio das falas dos profissionais da rede de Atenção Básica que estão vivenciando tal modelo; à luz da Reforma Psiquiátrica e, 2) Contribuir na produção de noções norteadoras para a compreensão da prática das equipes matriciadoras.

Agradecendo antecipadamente, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos que forem necessários.
Atenciosamente

Prof^a.Dr^a. Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira
Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil
e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo

Ilmo.sr. Coordenador.
Município de Campinas.

Anexo II

Termo de consentimento livre e esclarecido

- 1) Dados de identificação do sujeito da pesquisa
- 2) Nome do entrevistado _____
- 3) Dados sobre a pesquisa
- 4) Título da pesquisa: Assistência em saúde mental na rede de Atenção Básica – Apoio Matricial no Programa Saúde da Família (título provisório).
- 5) Pesquisadora: Carla Cristina do Nascimento – Aluna do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – nível mestrado – Área de concentração Enfermagem Psiquiátrica. CREFITO: 6997 – TO. Fone: 8173-8699.
- 6) Orientadora: Professora Doutora Márcia Aparecida F. de Oliveira
- 7) Cargo/Função: Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. COREN: 29.149. Fone: 3066-7611
- 8) Registro das explicações da pesquisadora ao participante da pesquisa:
O presente estudo tem por objetivo: 1) Identificar e analisar a representação e o significado do Apoio Matricial em saúde mental, por meio das falas dos profissionais da rede de Atenção Básica que estão vivenciando tal modelo; à luz da Reforma Psiquiátrica e, 2) Contribuir na produção de noções norteadoras para a compreensão da prática das equipes matriciadoras.
Solicitamos que para isso você responda a algumas das questões. Sua participação é voluntária e você não é obrigado a participar deste estudo, tendo o direito de sair da pesquisa a qualquer momento que quiser, sem que isto lhe cause qualquer prejuízo nem interfira de qualquer forma na sua vida profissional. Você poderá fazer qualquer pergunta acerca do estudo e de sua participação nele e se tiver alguma dúvida, será esclarecido no decorrer da pesquisa. Os dados referentes a essa pesquisa serão gravados, posteriormente serão transcritos e analisados, porém o seu anonimato será preservado e nem seu nome ou qualquer outro dado que o identifique será revelado, nem mesmo na fase de conclusão deste estudo. Todos os dados relativos ao estudo serão guardados em local seguro.
- 9) Garantias do sujeito da pesquisa:
Você tem o direito de a qualquer tempo ter acesso às informações relacionadas à pesquisa, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas. Tem liberdade para retirar em qualquer momento o consentimento e deixar de participar da pesquisa, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo. Tem assegurado sua privacidade, seu sigilo e confidencialidade.
- 10) Consentimento livre e esclarecido:
“Declaro que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa”.
São Paulo, ____ de _____ de 2006.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura do pesquisador

Assinatura do orientador

Telefone para contato com Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: 11-30667548

Anexo III**Roteiro da entrevista**

Identificação

Sexo feminino ( )

Masculino ( )

Idade: _____

Estado civil: _____

Graduação ( ) Sim

( ) Não

Pós-Graduação ( ) Lato Sensu

( ) Stricto Sensu

Tempo de formação: _____

Cargo/Função: _____

Tempo de trabalho como componente da equipe matricial?

_____

1. Descreva um dia típico de seu trabalho.
2. Qual é a sua concepção do processo saúde/doença mental?
3. O que, para você, significa apoio matricial em saúde mental?
4. Para você, esta estratégia assistencial está sendo adequada? Por quê?
5. Esta estratégia, em sua opinião, está conseguindo suprir a demanda?
Se não, qual seria a solução?
6. Com relação ao Recurso Humano, como você concebe a distância entre o que está preconizado pelo ministério e o que existe de profissionais nesta prática?
7. Você gostaria de fazer mais alguma contribuição acerca do apoio matricial?