



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Tais Fernandina Queiroz

**O APOIO MATRICIAL NO MUNICÍPIO DE ARACAJU-SE:
a perspectiva dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial**

SALVADOR

2012

TAIS FERNANDINA QUEIROZ

**O APOIO MATRICIAL NO MUNICÍPIO DE ARACAJU-SE:
a perspectiva dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vânia Sampaio Alves

SALVADOR

2012

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

- Q3a Queiroz, Tais Fernandina.
O apoio matricial no município de Aracaju-SE: a perspectiva dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial / Tais Fernandina Queiroz. – Salvador: T. F. Queiroz, 2012.
88f.
Orientador(a): Prof.^a Dr.^a Vânia Sampaio Alves.
Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Bahia.
1. Reforma Psiquiátrica. 2. Apoio Matricial. 3. Atenção Básica. 4. Saúde Mental. I. Título.

CDU 616.89

Tais Fernandina Queiroz

**O APOIO MATRICIAL NO MUNICÍPIO DE ARACAJU-SE:
a perspectiva dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial**

Dissertação apresentada em 23 de abril de 2012 ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva e aprovada em sua forma final.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a. Vânia Sampaio Alves

Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (CCS-UFRB)
Orientadora

Prof.^a Dr.^a Mônica de Oliveira Nunes

Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA)

Prof.^a Dr.^a Maria Thereza Ávila Dantas Coelho

Instituto de Humanidades, Artes e Ciências, Universidade Federal da Bahia (IHAC-UFBA)

Prof.^a Dr.^a Vlândia Jamile dos Santos Jucá

Instituto de Humanidades, Artes e Ciências, Universidade Federal da Bahia (IHAC-UFBA)

A todos que utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente às pessoas com transtorno mental que são usuárias da Rede de Atenção Psicossocial do Município de Aracaju-SE. Também aos trabalhadores desta Rede.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, por permitir tantas benesses em minha vida.

Aos meus pais, em especial à minha mãe, que me ensinou desde muito cedo o valor do conhecimento.

Aos meus irmãos, meus grandes exemplos de força e superação diante da vida.

A Felipe e Lucas, meus queridos filhos, obrigada pela paciência e pela companhia nessa caminhada. Estejam certos de que também irei acompanhá-los na trajetória de vocês! Tenho um amor imenso pelos dois!

Gilvan, obrigada por ter passado pela minha vida!

A Silvia e Patrícia. Foi muito bom tê-las encontrado durante esse mestrado. Agradeço pelo carinho e pela acolhida em tantos momentos difíceis, mas também por tanta alegria que compartilhamos.

À minha grande amiga Lia Raquel. A saúde mental nos apresentou e permitiu tantas “discussões calorosas” que muito me ensinaram. Tenho-lhe grande carinho e admiração.

A Karlene. Muito obrigada, minha amiga, por ter suportado com tanto amor e carinho tudo o que há de melhor e de pior em mim! Aprendi muitas coisas com você: sobre saúde mental, sobre amizade, sobre afeto, enfim, sobre a vida! Tenha certeza de que, se não fôssemos grandes amigas, seríamos irmãs.

A Vânia, minha orientadora, por ter aceitado o desafio dessa orientação “a distância” e por ter sido sempre muito disponível.

Aos colegas do CAPS David Capistrano Filho, por compartilharem as alegrias e as angústias de “fazer saúde mental” no SUS. Tenho orgulho de fazer parte dessa equipe!

E... Ainda do CAPS David Capistrano Filho, agradeço aos meus “amigos para sempre”: Joana Rita, Mirna, Margô, Kelley, Elba, Zaira, Carlos, Denizia e Carminha. Obrigada por dividirem comigo, além do trabalho, a vida!

“... precisamos, então, mexendo em nossas caixas de ferramentas e de instrumentais, cuidar para que não nos tornemos novos cronificadores, novos assistencialistas ou novos instrumentos da medicalização e do falso cuidado desses sujeitos com os quais criamos novos ambientes e novos espaços de tratamento”.

Jorge M. P. de Andrade

RESUMO

O movimento denominado Reforma Psiquiátrica tem como principal objetivo substituir o modelo de cuidado às pessoas com transtorno mental. Para tanto, busca o desenvolvimento de estratégias de intervenções que combinem o tratamento clínico especializado e a reinserção social. Nesta perspectiva, a proposta de apoio matricial surge como alternativa para articular esse modo de atenção à saúde mental. Dentro deste debate, o presente estudo intenta descrever a percepção dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) acerca do desenvolvimento das ações de saúde mental na atenção básica do município de Aracaju-SE. Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 11 profissionais de nível superior dos CAPS da rede de atenção psicossocial. O conteúdo de tais entrevistas foi sistematizado através de uma matriz de análise construída a partir da revisão da literatura e dos objetivos específicos desta pesquisa. Através da análise de conteúdo das entrevistas, foi possível identificar que as ações de apoio matricial são desenvolvidas de forma diversa nos CAPS, porém, em todos os serviços, estas ações podem ser caracterizadas pelo enfoque na assistência. Percebeu-se ainda que a postura de indiferença e desconhecimento dos profissionais da atenção básica a respeito do apoio matricial pode gerar conflitos na relação com a equipe dos CAPS, dificultando muitas vezes o acompanhamento do usuário ou até mesmo limitando o escopo das ações. Acredita-se na relevância deste estudo na medida em que poderá contribuir para qualificar as ações desenvolvidas pela rede de atenção psicossocial junto à rede de atenção básica em Aracaju, contribuindo assim para consolidar a reforma psiquiátrica no município.

Palavras-chave: Reforma psiquiátrica. Apoio matricial. Atenção básica. Saúde mental.

ABSTRACT

The movement called Psychiatric Reform has as main purpose the substitution model of care for persons with mental disorder. Therefore, it seeks development of intervention strategies that match the specialized medical treatment and social reintegration. In this perspective, the proposed matrix support is an alternative to the articulation of this mode of mental health care. Within this discussion, this paper aims to describe the workers' perception of the Centers for Psychosocial Care (CAPS) on the development of mental health services in primary care in the city of Aracaju-SE. To collect data were semi-structured interviews with 11 top-level professionals CAPS psychosocial care network. The content of such interviews was systematized by an analysis matrix constructed from the literature review and the specific objectives of this research. Through content analysis of interviews, it was found that the actions of matrix support are developed differently in CAPS, but in all the services these actions can be characterized by a focus on assistance. It was noticed also that the attitude of indifference and ignorance of the primary care team in relation to the matrix support can lead to conflict in the relationship with the staff of CAPS, which can hinder the monitoring of the user or even limiting the scope of actions. It is believed in the importance of this study in that it may contribute to the qualification of the actions developed by the network of psychosocial care by the primary care network in Aracaju, thus contributing to the consolidation of the Psychiatric Reform in the town.

Keywords: Psychiatric reform. Support matrix. Primary care. Mental health.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas

CAPS i - Centro de Atenção Psicossocial Infantil

ESF - Estratégia de Saúde da Família

MS - Ministério da Saúde

MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONG - Organização Não Governamental

PM - Portaria Ministerial

PTS - Projeto Terapêutico Singular

REAE - Rede de Atenção Especializada

REAP - Rede de Atenção Primária

REAPS - Rede de Atenção Psicossocial

REAST - Rede de Saúde do Trabalhador

REHOSP - Rede Hospitalar

REUE - Rede de Urgência e Emergência

RT - Residência Terapêutica

SRHAD - Serviço de Referência Hospitalar para Álcool e Drogas

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1 A reforma psiquiátrica brasileira e o processo de desinstitucionalização	19
2.2 O processo de construção da rede de atenção psicossocial no Brasil.....	23
2.3 A relação entre atenção básica e saúde mental: implicações para a rede de atenção psicossocial	27
2.4 O apoio matricial em saúde mental.....	31
3 METODOLOGIA	38
3.1 Desenho do estudo	38
3.2 Caracterização do local do estudo e dos sujeitos da pesquisa	38
3.2.1 Caracterização do local do estudo.....	38
3.2.2 Caracterização dos sujeitos da pesquisa	42
3.3 Procedimentos de coleta de dados	43
3.4 Procedimento de análise dos dados e interpretação dos resultados	45
3.5 Considerações sobre os aspectos éticos	46
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
4.1 A percepção dos trabalhadores dos CAPS do município de Aracaju acerca da relação entre as equipes deste serviço e as equipes de saúde da família.....	48
4.2 Ações de apoio matricial	55
4.2.1 Ações assistenciais	55
4.2.2 Ações educativas.....	57

4.3 Desafios e facilidades para o desenvolvimento das ações de apoio matricial em saúde mental na atenção básica	59
4.3.1 Desafios organizacionais	60
4.3.2 Desafios assistenciais	64
4.3.3 Facilidades organizacionais e assistenciais	67
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77
ANEXO A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	86
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	87

1 INTRODUÇÃO

Este estudo tem por objeto investigativo a percepção dos trabalhadores dos CAPS do município de Aracaju-SE acerca do desenvolvimento das ações de saúde mental na atenção básica. Trata-se de um enfoque sobre o apoio matricial que pressupõe um arranjo organizacional visando a ofertar suporte especializado em áreas específicas às equipes responsáveis pelas ações de saúde no território (CAMPOS,1999). Esta forma de operacionalizar o cuidado em saúde mental faz parte de um conjunto de ações para a reorientação do modelo assistencial propostas pelo movimento denominado Reforma Psiquiátrica.

A Reforma Psiquiátrica brasileira teve como principal referência teórica a experiência italiana liderada por Basaglia. Surge de forma mais concreta nos últimos anos da década de 1970, questionando as instituições psiquiátricas clássicas, dentro do agitado contexto político-social que caracteriza a conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 1995). Este período foi marcado pela intensa mobilização de vários segmentos sociais. Os diversos questionamentos, motivados inclusive por uma parcela dos próprios trabalhadores da saúde, constituíram-se enquanto luta e acabaram por questionar não só a forma organizacional da assistência à saúde, como também os conceitos e princípios que perpassam este campo (PACHE; CRUZ, 2006).

No Brasil, o movimento de Reforma Psiquiátrica não eclodiu isoladamente, mas fez parte de uma mobilização maior, denominada Reforma Sanitária. Esta se constituiu como movimento político questionador de um modelo de atenção à saúde, centrado na figura do médico e no hospital, de caráter assistencial-privatista, em que predominava a ótica biologicista do homem. Os diversos atores envolvidos no processo da Reforma Sanitária preconizavam o acesso igualitário e universal à saúde, com ações estatais voltadas para a coletividade e para a melhoria da condição de vida da população, uma vez que as condições de saúde seriam condicionadas pela qualidade de vida (MERHY, 1997).

A evolução desta luta de base política e ideológica culmina, na década de 1980, com a criação do Sistema Único de Saúde — o SUS —, através das Leis nº 8.080/1990 e

8.142/1990. A saúde deixa então de ser privilégio de quem contribuía com o sistema previdenciário para se tornar direito de todo cidadão e dever do Estado. Assim, no artigo 196 da Constituição da República, “destaca-se que o dever do Estado seria garantido mediante políticas econômicas e sociais que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” (PAIM, 2009, pp. 43-44).

Além dos princípios de universalidade e igualdade de acesso às ações assistenciais, a lei orgânica da saúde garante a integralidade da assistência, constituída por um conjunto de ações que sejam articuladas e contínuas, envolvendo os serviços de atenção primária, secundária e terciária, no âmbito individual e coletivo em todos os níveis de complexidade do sistema. Dessa forma, as propostas de mudanças no modelo de atenção à saúde, ancoradas até então em reflexões teóricas e ideológicas, encontram respaldo legal, possibilitando construir novas formas de conceber e operacionalizar o cuidado em saúde. O conceito de assistência integral, viabilizada pela articulação de diferentes serviços e ações, concretiza-se na proposição de ajustamento de uma rede de assistência à saúde.

Nesse período, a oferta de cuidado em saúde concentrava-se na atenção secundária e terciária, em que as ações eram voltadas para a patologia, com o objetivo de curá-la. Essa visão hospitalocêntrica, que já não atendia às necessidades de saúde da população em geral, ganhava dimensões ainda maiores nos interiores dos hospitais psiquiátricos, onde o tratamento dispensado, além de não respeitar princípios e diretrizes constitucionais, segregava, excluía e privava os cidadãos de seus direitos (TENÓRIO, 2002; DEVERA; COSTA-ROSA, 2007). Portanto a trajetória a ser seguida pela Reforma Psiquiátrica seria mais lenta e mais árdua que aquela precipitada pela Reforma Sanitária, pois se fazia necessário reunir forças a fim de iniciar uma nova luta político-ideológica, dessa vez em defesa de uma minoria: os pacientes psiquiátricos, que se encontravam reclusos em instituições hospitalares, sem direito à voz e desprovidos de razão.

Não se tratava apenas de garantir acesso à assistência de qualidade aos cidadãos, mas sim de libertar os “loucos”, garantir-lhes acesso à sociedade, devolver-lhes a cidadania e, por fim, oferecer-lhes um cuidado em saúde pautado na universalidade, integralidade e igualdade da assistência. Tal pretensão faz da Reforma Psiquiátrica Brasileira um campo bastante

heterogêneo, envolvendo diferentes atores, representantes da clínica, da política, do social, do cultural e do jurídico (TENÓRIO, 2002).

O interior dos hospícios, antes referido como espaço de aprisionamento e de práticas alienantes, também foi palco de libertação, promovido inicialmente pelos próprios trabalhadores, quando trouxeram a público a trágica situação existente nos manicômios. Esta se encontrava atrelada principalmente aos seguintes aspectos: questões salariais; formação de recursos humanos; relação entre instituição, clientela e profissionais; modelo médico-assistencial; e condições de atendimento (AMARANTE, 1995). Segundo este autor,

Os grupos formadores de opiniões e as discussões dos encontros denunciam e criticam a assistência tradicionalmente deficiente dispensada à população, propondo o cumprimento das alternativas baseadas em reformulações preventivas, extra-hospitalares e multidisciplinares. (*ibidem*, p. 58).

O contexto de reconstrução do sistema de saúde, possibilitado pelo advento do SUS, e somado à mobilização pela reforma na assistência psiquiátrica, ganhou força política com o Projeto de Lei nº 3.657/89 do então deputado Paulo Delgado. A culminância do debate ocorreu em 1991, quando foi instituída a Coordenação Nacional de Saúde Mental, instância responsável por formular e implantar políticas na área. Desde então, várias portarias¹ foram publicadas com o objetivo de induzir a desospitalização e legalizar a substituição do modelo de assistência em saúde mental (BORGES; BAPTISTA, 2008).

Além das portarias supracitadas, merecem destaque as PM nº 224/92 e nº 106/00. A primeira legitima o funcionamento dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); a segunda dispõe sobre a criação e regulamentação dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Tanto o NAPS quanto o CAPS trazem em sua organização de base os princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações, podendo ser caracterizados como unidades de saúde regionalizadas que ofertam atendimentos de cuidado intermediário entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar para uma população adscrita definida pelo nível local. Tais serviços constituíam-se

¹ Portarias: SNAS Nº189/91; SNAS Nº 224/92; SAS Nº 88/93; SAS Nº145/94; SAS Nº147/94.

ainda como porta de entrada da rede de serviços para ações de saúde mental, atendendo pacientes encaminhados de outros serviços de saúde, da urgência psiquiátrica, como também egressos de internação hospitalar (BRASIL, 1992). Este último grupo poderia beneficiar-se também das “residências terapêuticas” — casas inseridas na comunidade, com a finalidade de acolher enquanto moradia àqueles pacientes que perderam seus vínculos familiares em função dos longos períodos de internação em instituições asilares.

Nessa conjuntura de mudanças, vale ressaltar a importância da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que pode ser considerada, segundo Tenório (2002), como marco histórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O relatório final dessa Conferência foi adotado pelo Ministério da Saúde como diretriz oficial para a reestruturação da atenção em saúde mental no País. Este documento reforça a necessidade de implantar programas de atenção em saúde mental, na perspectiva da municipalização, e com ações voltadas para integralidade e cidadania.

Com a aprovação da Lei nº 10.216/01², os movimentos sociais que lutavam pela reorientação do cuidado à pessoa com transtorno mental são legitimados, impulsionando a formulação da Política Nacional de Saúde Mental, assim como responsabilizando os Estados pelo desenvolvimento desta política a nível local. A referida Lei assegura os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, garantindo-lhes o acesso a um tratamento humanizado, realizado preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental, e proibindo as internações em instituições com características asilares. Tal medida visava ao controle das internações em hospitais, o que se configura como importante desafio da citada Reforma. Esta Lei garantiu ainda mudanças na assistência ao paciente que apresentava quadro de cronicidade em função dos longos períodos de internamento e consequente perda dos vínculos familiares e sociais.

Em conformidade com a política nacional de reorientação do modelo de atenção em saúde mental, o município de Aracaju-SE, no ano de 2001, iniciou um projeto pioneiro denominado Equipes Itinerantes de Saúde Mental, em que o psiquiatra realizava atendimento

² De acordo com Tenório (2002), a aprovação desta Lei aconteceu depois de decorridos doze anos de apresentação do projeto original pelo deputado Paulo Delgado, Segundo o autor, o texto da Lei foi amenizado em função das diversas modificações sofridas no período citado; apesar disso, produziu-se uma lei progressista.

ambulatorial nas Unidades de Saúde da Família. Segundo o relatório de gestão municipal (ARACAJU, 2001), o programa de saúde mental em Aracaju teve início a partir das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), em consequência do grande número de casos de saúde mental procedentes destas unidades. Porém tal iniciativa não teve a eficácia esperada, pois predominava o modelo de atenção centrado na doença e na figura do médico (LIMA, 2007).

Dessa forma, a construção de uma rede de serviços de saúde mental em Aracaju iniciou-se, de fato, a partir de 2002, embasada nas experiências dos municípios de Campinas e Santos, no Estado de São Paulo. Naquele ano, implantou-se um Colegiado Gestor para traçar a política municipal de saúde mental, e adotou-se um modelo de atenção com foco na articulação entre trabalhadores, usuários, seus familiares e na comunidade em que vivem. Assim o ano de 2002 pode ser considerado um divisor de águas da assistência à saúde mental no município de Aracaju (SERGIPE, 2011).

Essa reorientação do modelo de atenção em saúde mental a nível local teve como principal marco a inauguração do primeiro CAPS público de Aracaju — o CAPS II David Capistrano Filho — seguido pela implantação de um CAPS AD, um CAPS I e um CAPS III. Este último foi implantado onde antes funcionava o serviço de emergência psiquiátrica. A partir da implantação destes serviços, a cidade foi dividida em três territórios, com base no número de Unidades Básicas de Saúde e na população atendida. Assim, os CAPS funcionavam como referência para o território e ofertavam suporte na área de saúde mental, através de suas equipes, às unidades de atenção básica, mediante agendamento prévio, para discussão de casos, formação de grupos e atendimento individual, quando necessário (ARACAJU, 2002).

A inserção profissional desta autora no contexto descrito ocorreu no ano de 2004, por meio de aprovação em concurso público realizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju. A lotação foi no CAPS David Capistrano Filho, primeiro serviço substitutivo do município que ainda funcionava como CAPS II, transformando-se neste mesmo ano em CAPS III. Constituiu-se então uma nova equipe técnica, substituindo os trabalhadores que antes atuavam no serviço. Esta passagem foi bastante conflituosa, principalmente por conta dos vínculos estabelecidos entre usuários e trabalhadores. No entanto, os conflitos iniciais foram diluídos gradativamente, e o envolvimento e a responsabilidade do novo grupo com o

trabalho possibilitou construir novos vínculos, permitindo a operacionalização desse novo modelo de cuidado em saúde mental.

A proposta de realização do apoio matricial às equipes de Saúde da Família é preconizada pelos integrantes da gestão neste contexto e não contou inicialmente com a aderência das equipes no serviço. Talvez isso tenha ocorrido porque tal ação não fora devidamente amadurecida e significada com os trabalhadores, tanto da saúde mental, quanto da saúde da família, havendo resistência das duas partes. Tal realidade foi se modificando com o decorrer do tempo, e a necessidade crescente de realizar ações conjuntas com as equipes de saúde dos territórios foi se apresentando para esta autora, não mais como acúmulo de trabalho, e sim como possibilidade de ofertar um cuidado mais integral à pessoa com sofrimento psíquico, assim como de promover sua ressocialização enquanto sujeito. Para além destas questões, o apoio matricial pressupõe também ações de prevenção de agravos e promoção da saúde, na medida em que possibilita o acompanhamento dos casos de transtorno mental leve e moderado de forma precoce.

O debate ocorrido a nível local mantinha afinidade com a realidade nacional, conforme mostra o Relatório de Gestão da Coordenação Nacional de Saúde Mental/Álcool e Drogas – 2003/2006 (BRASIL, 2007, p. 22): “a estratégia de implementação de Equipes Matriciais de Referência em Saúde Mental está sendo articulada junto aos gestores, e cada vez mais os municípios têm aderido a essa proposta”. Um dos principais avanços para a concretização desta ideia foi a publicação da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, recomendando a inclusão de profissionais de saúde mental no Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF (BRASIL, 2008). Tais iniciativas nos remetem ao princípio da integralidade, ou seja, à necessidade de ofertar o cuidado ao usuário, dentro do seu território, sem afastá-lo de sua rede social.

O município de Aracaju conta atualmente com os seguintes serviços especializados de atenção psicossocial: 03 CAPS III, 01 CAPS I/AD, 01 CAPS AD, 01 CAPS II. Tais serviços atendem a demanda dos transtornos mentais considerados severos, ficando os casos leves e moderados sob responsabilidade dos ambulatórios de referência em saúde mental, que totalizam 06 unidades e fazem parte da Rede de Atenção Primária (REAP). A única urgência psiquiátrica existente atende todo o Estado e regula o fluxo dos internamentos, que podem ser realizados nos dois hospitais psiquiátricos conveniados com o SUS ou na ala de psiquiatria

instalada no Hospital Universitário, que possui 08 leitos para adultos, excluindo-se os usuários de álcool e outras drogas.

A partir da análise da atual conjuntura, infere-se que a rede de atenção psicossocial, com destaque aos componentes da atenção psicossocial especializada e da atenção básica em saúde (BRASIL, 2011d), encontra-se em processo de implantação no município de Aracaju. Neste cenário, pressupõe-se que existem ações de saúde mental sendo desenvolvidas junto às unidades de saúde da família. É no âmbito desta discussão que o presente trabalho questiona: **Como os trabalhadores dos CAPS do município de Aracaju-SE percebem o desenvolvimento das ações de apoio matricial em saúde mental no âmbito da atenção básica?**

Dessa forma, esta pesquisa tem por objetivo geral descrever a percepção dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial do município de Aracaju-SE acerca do desenvolvimento das ações de apoio matricial em saúde mental na atenção básica. Como objetivos específicos, o estudo propõe-se a: a) caracterizar a relação estabelecida entre as equipes de saúde mental e de atenção básica segundo o ponto de vista dos trabalhadores dos CAPS; b) identificar e caracterizar as ações propostas pelos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial para realização do apoio matricial em saúde mental na atenção básica; c) identificar e analisar facilidades e desafios percebidos pelos trabalhadores dos CAPS no desenvolvimento das ações de apoio matricial em saúde mental na atenção básica.

Acredita-se na relevância deste estudo, haja vista que poderá contribuir para qualificar ações de saúde mental junto à Estratégia de Saúde da Família, consolidando a Reforma Psiquiátrica em Aracaju, uma vez que esse município conta com uma cobertura adequada de serviços substitutivos (CAPS, Residências Terapêuticas e ambulatórios de referência em saúde mental). Ademais, pretende-se preencher uma lacuna do conhecimento científico, visto que a região Nordeste ainda é carente de estudos empíricos desta natureza.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A reforma psiquiátrica brasileira e o processo de desinstitucionalização

O movimento denominado Reforma Psiquiátrica Brasileira tem início no período compreendido entre os anos 1978 e 1980, motivado por diversos atores e segmentos sociais (AMARANTE, 1995) e alimentado pelos ideais da Reforma Sanitária. Esta busca reorganizar a assistência à saúde do País através de um modelo de atenção que se pretendia universal e igualitário, visando atender de forma integral às necessidades de saúde de todo e qualquer cidadão (PAIM, 2009).

A assistência psiquiátrica no País encontrava-se distante dessa proposta. Seu objeto de cuidado, o doente mental, trazia consigo uma série de estigmas que o destituía dos seus direitos enquanto sujeito e principalmente enquanto cidadão. Desse modo, a doença mental precisava ser isolada a fim de ser compreendida e tratada, justificando-se a segregação e o tratamento exclusivamente asilar em hospitais psiquiátricos. Nestes locais, predominava o poder e o saber médico orientado pela visão biologicista do homem, cujo cerne era a cura da patologia.

Respalhada pelos paradigmas da ciência, a psiquiatria passa a se ocupar da doença “e não do sujeito que a vivencia” (AMARANTE, 2007, p. 66), desconsiderando suas possibilidades, sentimentos, sofrimentos, enfim, a singularidade de sua relação com o mundo. Para Basaglia (2005), esses componentes da subjetividade são aniquilados a partir do momento em que o doente mental adentra os muros do internamento, experimentando uma nova dimensão de vazio emocional, tendo em vista que “deve deixar atrás de si os vínculos que não pode mais manter, os projetos que já não poderá realizar, enfim, a vida que não pode viver” (*ibid.*, p. 25), pois o hospital o impede de dar continuidade a essa busca, oferecendo-lhe apenas um lugar de total objetificação.

[...] o doente que já sofre de uma perda de liberdade, vê-se aderindo a um novo corpo que é o da instituição, negando qualquer desejo, qualquer ação, qualquer aspiração autônoma que o fariam sentir-se ainda vivo e ainda ele mesmo. (*ibid.*, p. 118).

Ampliando o debate para o cenário internacional, registra-se a ocorrência de mudanças importantes no modelo de assistência psiquiátrica. Como exemplos, há a psicoterapia institucional e psiquiatria de setor, na França; as comunidades terapêuticas na Inglaterra; a psiquiatria comunitária ou preventiva, nos Estados Unidos; e principalmente a experiência italiana, liderada por Franco Basaglia. Esta última utiliza algumas contribuições das comunidades terapêuticas, porém trazendo a experiência da desinstitucionalização de forma bastante positiva, na medida em que propõe a construção de uma nova política de saúde mental baseada numa transformação radical, tanto das relações que imperavam no modelo manicomial, quanto dos equipamentos de saúde existentes (TENÓRIO, 2002).

Rompendo com o modelo biomédico, a proposta de desinstitucionalização vislumbrava um olhar que se desviava da cura da patologia e buscava a terapêutica voltada para produção de vida, de sentido, de sociabilidade, de construção de espaços coletivos permeados por afetividade e solidariedade, promovendo a articulação entre a materialidade do espaço institucional e a potencialidade dos recursos subjetivos (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

As ideias revolucionárias, propagadas pelo movimento reformista italiano, aliadas às transformações que aconteciam no campo da assistência à saúde, motivada pela Reforma Sanitária Brasileira, impulsionaram a nível nacional o questionamento e o enfrentamento do modelo de atenção em saúde mental tradicional. Segundo Amarante (1995), o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) ocupa lugar de destaque nesse contexto,

cujo objetivo é constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um *locus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade. (*ibid.*, p. 52).

Essa mobilização ganha forças junto à sociedade e faz surgir a Articulação Nacional da Luta Antimanicomial, além de conquistar espaços nas diferentes instâncias governamentais, influenciando inclusive na formulação das políticas de saúde do País. Tais conquistas culminam com a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, que marca o início da trajetória da desinstitucionalização.

A estratégia de transformar o sistema de saúde mental encontra uma nova tática: é preciso desinstitucionalizar/desconstruir/construir no cotidiano das instituições, uma nova forma de lidar com a loucura e o sofrimento psíquico, é preciso inventar novas formas de lidar com estas questões, sabendo ser possível transcender os modelos preestabelecidos pela instituição médica, movendo-se em direção às pessoas, às comunidades. (*ibid.*, p. 94).

Neste contexto, iniciava-se um novo modo de relacionar-se com o “louco”. Este deixa de circular exclusivamente pelos corredores dos grandes manicômios para fazer parte do movimento do ir e vir das grandes cidades. Essa ideia é reforçada por Basaglia (2005), ao afirmar que a reabilitação social do louco deve ser promovida pela sociedade onde se encontra inserido, principalmente quando existe afastamento do seu núcleo familiar. De acordo com Saraceno (1996), a reabilitação social ou psicossocial constitui-se numa abordagem complexa, visto que ultrapassa o âmbito da saúde mental, ou da saúde em geral, e ganha magnitude de ordem política, técnico-assistencial, social, cultural e econômica, envolvendo, portanto, profissionais, usuários, família, enfim, a comunidade como um todo. Assim, conclui-se que “o processo de reabilitação seria, então, um processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania, e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: *habitat*, rede social e trabalho com valor social” (*ibid.*, p. 16).

Segundo Amarante (1996, p. 115), “a questão da desinstitucionalização possui ainda uma dimensão ética, na medida em que vai de encontro ao estigma, à exclusão, à violência, como também no reconhecimento ‘do louco’ enquanto sujeito de direito e na possibilidade de criação de novos direitos para tais sujeitos”. Dessa forma, o movimento da luta antimanicomial não intencionava apenas superar a estrutura física que constituía o manicômio, mas pretendia, sobretudo, romper com a ideologia que sustentava a lógica da internação, propondo o resgate do poder de contratualidade do sujeito em sofrimento psíquico, através de sua reintegração ao meio social e da ampliação de sua autonomia

(ALVES, C.; RIBAS; ALVES, E. *et alii*, 2009; TYKANORI, 1996). Tais pressupostos são complementados por Devera e Costa-Rosa (2007), na seguinte afirmação:

Além da luta pela hegemonia ideológica, teórico-técnica e ética, é necessário superar, ainda, uma série de outras dificuldades como toda a inércia do imaginário popular sobre a loucura e os modos de lidar com ela, tanto por parte da sociedade (com destaque para os familiares) quanto por parte dos próprios trabalhadores como agentes institucionais, dos quais se espera a construção dos dispositivos substitutivos ao Hospital Psiquiátrico. (*ibid.*, p. 72).

A primeira tentativa de garantia legal desse direito ocorre com a Declaração de Caracas, no ano de 1990, considerada por Desviat (1999, p. 135) como “um momento inaugural da Reforma Psiquiátrica nos países ibero-americanos”, uma vez que proclama tanto a necessidade de superação do hospital psiquiátrico, quanto o estabelecimento de modalidades de atenção que disponibilizem recursos terapêuticos na própria comunidade, respeitando os direitos humanos e civis dos pacientes portadores de distúrbios mentais.

No Brasil, esse debate já vinha acontecendo no meio acadêmico, científico e nas Conferências Nacionais de Saúde, passando a ser formalizado em 1989, com o Projeto de Lei nº 3.657, do deputado Paulo Delgado, que propõe extinguir progressivamente a assistência manicomial, além de proibir a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e exercer maior controle sobre convênios com financiamento do Estado. Essa nova proposta de modelo assistencial traz consigo ideais de reconstrução do cuidado em saúde mental, respaldada inclusive pela própria Constituição Federal. Em seu artigo 196, a Carta Magna afirma a garantia à saúde como direito de todos os cidadãos, sendo dever do Estado assegurar o acesso universal e igualitário às medidas e serviços destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde (PAIM, 2009).

2.2 O processo de construção da rede de atenção psicossocial no Brasil

A força teórica e ideológica da desinstitucionalização impulsionava a mobilização social e tinha como lema “uma sociedade sem manicômios”. Encontrava, porém, sua fragilidade nas estruturas asilares existentes, como também na equipe técnica que ocupava o interior dos hospitais. Fazia-se urgente construir novos dispositivos para concretizar o cuidado alternativo, assim como era preciso manter o sentimento de militância por parte dos trabalhadores (AMARANTE, 1996).

O primeiro destes dispositivos, denominado Centro de Atenção Psicossocial — CAPS — Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo, conhecido posteriormente como CAPS da Rua Itapeva (BRASIL, 2004d). Este se configurava, desde a sua criação, como um serviço público da rede de atenção à saúde mental, que se destinava ao atendimento de pacientes graves, além de servir como campo de ensino e pesquisa (GOLDBEG, 1996).

Inspirados nesta iniciativa surgiam outros serviços alternativos aos manicômios³, em vários outros estados brasileiros, porém ainda de forma bastante incipiente e informal. Tais experiências somaram-se às pressões exercidas pelos movimentos sociais, às conferências nacionais de saúde e à mobilização dos próprios usuários e familiares que denunciavam e tornavam pública a precarização, os maus-tratos e os abusos cometidos no interior dos hospitais psiquiátricos, para impulsionar a regulamentação da Lei nº 10.216, sancionada em 06 de abril de 2001.

Com a aprovação da referida Lei e posterior publicação da Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, dezenas de novos CAPS foram implantados fortalecendo o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A nova legislação reorienta o modelo de assistência em saúde mental, através da proibição da abertura de novos hospitais psiquiátricos públicos; regulamenta as indicações de internação; reafirma a responsabilidade do Estado no

³Centro de Atenção Psicossocial Juiz de Fora - Minas Gerais (CAPS/JF); Centro Integrado de Assistência Social do Pará (CIASPA); CAPS Ceará; Instituto de Saúde Mental do Distrito Federal (ISMI); Associação Franco Basaglia - Brasília (ASF); Centro de Ação Integrada em Saúde Mental - Angra dos Reis - RJ (CAIS). (PITTA, 1996).

desenvolvimento de políticas públicas de saúde mental que garantam a assistência e a promoção de saúde das pessoas acometidas por transtorno mental (BRASIL, 2002).

A Lei nº 10.216/2001 garante ainda, em seu artigo 5º, o desenvolvimento de uma política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial para os pacientes egressos de longa internação psiquiátrica e/ou com grave dependência institucional em função da ausência de suporte social. Esta recomendação transforma-se posteriormente no Programa *De Volta para Casa*, criado pelo Ministério da Saúde, que institui, através da Lei nº 10.708/2003, o auxílio-reabilitação psicossocial. Este auxílio é o principal componente do Programa, sendo composto por um pagamento mensal concedido por um período de um ano, podendo ser renovado enquanto o paciente não adquirir condições para sua reintegração social.

Os Centros de Atenção Psicossocial destinavam-se, desde sua criação, a funcionar como um serviço público, aberto e comunitário de saúde, objetivando prestar assistência às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, que necessitassem de cuidado intensivo, comunitário e principalmente que promovessem sua reabilitação e reinserção social, através do trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Por esses motivos, são considerados, dentro da atual política nacional de saúde mental, “como dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental” (BRASIL, 2003, p. 78).

Quanto à modalidade de atendimento, a definição se fazia da seguinte forma: CAPS I para os municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funcionando das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira; CAPS II para municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionando das 8 às 18 horas, podendo ter um terceiro período de funcionamento até as 21 horas, de segunda a sexta-feira; CAPS III para municípios com população acima de 200.000 habitantes, funcionando 24 horas, diariamente, também nos feriados e finais de semana; CAPS i para municípios com população acima de 150.000 habitantes, funcionando das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo ter um terceiro período, funcionando até as 21 horas; e CAPS AD⁴ para municípios com população acima de

⁴ A Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, caracteriza também o Centro de Atenção Psicossocial 24 horas – CAPS AD III. Este serviço deverá ser voltado ao atendimento de adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Deve possuir, no máximo 12 leitos para observação

70.000 habitantes, funcionando das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo ter um terceiro período funcionando até as 21 horas (BRASIL, 2004d).

Compondo esse processo de oferta de serviços de base comunitária, foram criadas as Residências Terapêuticas (RT), através da Portaria nº 106/GM, de 11 de fevereiro de 2000, que são definidas como moradias para pessoas com transtorno mental severo com histórico de internações de longa permanência em instituições asilares. Estas residências estariam inseridas na comunidade, tendo como referência de suporte o CAPS, a equipe de atenção básica e os demais dispositivos do território (BRASIL, 2004c).

A expansão destes serviços substitutivos pode ser observada através dos dados do Ministério da Saúde, que apontam para significativo crescimento no período de oito anos — em 2002, havia um total de 424 CAPS, representando uma cobertura de 21%; no final de 2010, o número de CAPS em funcionamento no país era 1.620, atingindo-se 66% de cobertura populacional. No que diz respeito às Residências Terapêuticas, os avanços são menores, pois o alargamento destes serviços esbarra tanto nas dificuldades políticas, técnicas e sociais do processo de desinstitucionalização, quanto na baixa articulação entre o programa e a política habitacional dos Estados. Nesse caso, havia, em 2002, 85 residências instaladas, aumentando para 570 em 2010. De forma paralela, ocorre a diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos nesse mesmo período, passando de 51.393 para 32.735 (BRASIL, 2011b).

Percebe-se, dessa maneira, que os CAPS foram criados com objetivo de substituir o modelo hospitalar onde predominavam internações psiquiátricas, que excluía o sujeito do seu convívio social, restringindo sua rede de relações a dois grupos: o primeiro deles formado pelo corpo técnico da instituição, em sua maioria portador de um discurso com conteúdo “clínico”; e o segundo constituído pelos demais pacientes, também em situação de cronicidade.

Portanto, para reorientar o modelo de atenção, não bastava “desospitalizar” o doente mental. A proposta da desinstitucionalização era reabilitá-lo socialmente. Esse processo pretendia buscar e enfatizar as partes mais sadias e potenciais do indivíduo, através de um suporte emocional, social, educacional e recreacional que respondesse à singularidade das

e monitoramento, funcionando 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, sendo indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.00 habitantes (BRASIL, 2011d).

suas demandas de modo personalizado (PITTA, 1996). Na ótica de Goldberg (1996), a finalidade do tratamento destes indivíduos seria proporcionar o direito de escolha, possibilitando o alcance de patamares cada vez mais elevados do seu grau de autonomia e conseqüentemente da capacidade de gerenciar suas vidas.

Diante desse contexto, considera-se que a articulação em rede⁵ é necessária para efetivar a proposta de desinstitucionalização e ressocialização da pessoa com transtorno mental — principal premissa do movimento da Reforma Psiquiátrica. Esta articulação deve ser sustentada necessariamente pelo constante diálogo entre os diversos serviços, sejam eles de saúde, de assistência social, dispositivos comunitários, ou mesmo suporte familiar. A fim de concretizar esse modo de reorganizar o cuidado em saúde mental, torna-se imprescindível a interlocução com a atenção básica que tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para a sua organização, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006a).

⁵As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde — prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada — e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (MENDES, 2010).

A Portaria nº 4.279/10 define a Rede de Atenção à Saúde (RAS) como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade, a continuidade e a humanização do cuidado, através do acesso, da equidade e da eficácia clínica e sanitária (BRASIL, 2010c).

Ainda mais recentemente, em 2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Fazem parte da constituição dessa rede, os seguintes componentes: I - Atenção Básica em Saúde; II - Atenção Psicossocial Especializada; III - Atenção de Urgência e Emergência; IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório; V - Atenção Hospitalar; VI - Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial. (BRASIL, 2011d).

2.3 A relação entre atenção básica e saúde mental: implicações para a rede de atenção psicossocial

O Programa de Saúde da Família⁶ foi criado em dezembro de 1993, propondo reestruturar o sistema de saúde através da organização da atenção primária e da substituição dos modelos tradicionais existentes (BRASIL, 2010a). Tais modelos encontravam-se voltados para a prática assistencial predominantemente biomédica, centrada na doença e no tratamento prioritariamente hospitalar (AMARANTE, 2007).

A Saúde da Família⁷ torna-se estratégia prioritária de organização da atenção básica, que se caracteriza 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 com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe dirigidas a populações de território definidos, pelos quais assume a responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2011c p. 3).

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, retoma em seus fundamentos princípios e diretrizes do SUS, reforçando a necessidade de valorizar os profissionais, como também de acompanhar e monitorar as ações de saúde através dos resultados alcançados (BRASIL, 2011c).

A partir da definição desta política, depreende-se a mobilização para a mudança na lógica de atenção à saúde, tanto no campo na atenção básica quanto no campo da saúde mental. De acordo com Vieira (2006):

⁶ A Portaria nº 648, de 2006, traz a mudança de nomenclatura, passando a ser denominada *Estratégia de Saúde da Família*, uma vez que o termo “programa” nos remete à ideia de um acontecimento pontual, com previsão de terminalidade (BRASIL, 2006b).

⁷Cada equipe de saúde da família é composta, no mínimo, por: médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (SOUZA, 2009).

Esses dois modelos — PSF na atenção primária, e Reforma Psiquiátrica na atenção à saúde mental — se complementam e caminham num mesmo sentido conceitual e operacional: autonomia e participação. Ambos definem o processo de saúde-doença de forma integral e apresentam novas formas de cuidado, que visam à melhoria da qualidade de vida das pessoas a partir de um processo participativo. (*ibid.*, p. 20).

Trata-se de prestar assistência em saúde na própria comunidade em que o sujeito reside, ou seja, no seu território. O conceito de território não se restringe somente ao espaço geográfico ou “área adscrita”, mas se amplia para um conjunto de fatores que envolvem vivências, afetos, desafetos, enfim, toda a dinâmica possível das relações interpessoais presente em uma coletividade. Trazendo essa compreensão para o âmbito da saúde mental, percebe-se uma evolução lógica do cuidado, uma vez que o principal propósito da desinstitucionalização é a oferta do tratamento sem a exclusão social. Assim, é possível perceber que a saúde mental e a estratégia de saúde da família compartilham princípios pautados na atuação a partir do contexto familiar e social e na continuidade do cuidado que deve ser ofertado por uma rede de atenção à saúde.

A primeira experiência de oferta de cuidados de saúde mental a partir da atenção básica aconteceu em 1998, quando foram criadas equipes itinerantes de saúde mental para apoiar o Projeto Qualis/PSF no município de São Paulo. Para a concretização desta experiência, optou-se pelo rompimento com os antigos dispositivos da clínica, — como consulta psiquiátrica, psicológica ou visita domiciliar —, tendo em vista que o atendimento desta demanda acaba impulsionando a “cronificação dos pacientes e dos próprios dispositivos de atenção” (LANCETTI, 2000, p. 20). Este processo foi então iniciado a partir da capacitação dos agentes comunitários de saúde, propositadamente sem a presença do psiquiatra. Segundo as ideias de Lancetti, com essa ausência intencionada pretendia-se impedir o processo de patologização do sofrimento que se inicia com a consulta e encerra dentro dos muros do manicômio.

Com a iniciativa relatada, nascia a possibilidade de atuação conjunta entre as equipes do PSF e de saúde mental, que posteriormente veio a ser denominada “apoio matricial em saúde mental” (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009). Com o objetivo de potencializar tal debate, 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” (Março de 2001); “Seminário Internacional sobre Saúde Mental na Atenção Básica” (Abril de 2002); “Oficina de Saúde Mental no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva - ABRASCO (Julho de 2003).

Este movimento estava respaldado em dados da Organização Mundial de Saúde e do próprio Ministério da Saúde que apontam para a necessidade de cuidado em saúde mental por parte de aproximadamente 12% da população geral, sendo que somente 3% demandam o acompanhamento contínuo, sendo estes portadores de transtornos mentais graves e persistentes. A maioria representada pelos 9% restantes seria de portadores de transtornos menos graves, necessitando de intervenções eventuais. Esta realidade foi confirmada em um levantamento do Departamento da Atenção Básica, quando 56% das equipes de saúde da família afirmaram realizar alguma ação de saúde mental (BRASIL, 2003).

Diante do presente panorama, o Ministério da Saúde formaliza um plano⁸ para incluir ações de saúde mental na atenção básica, propondo que as diretrizes sejam estruturadas de acordo com o modelo de redes de cuidados que possuam base territorial e que atuem de modo transversal com outras políticas específicas, buscando ofertar uma assistência pautada no acolhimento e no vínculo. Dessa maneira, os princípios fundamentais desta articulação, de forma sintetizada, envolvem: I - *noção de território*, que deve ser entendido não apenas como área geográfica, mas como um espaço por onde as pessoas circulam e constituem suas relações; II - *organização da atenção à saúde mental em rede* com objetivo de contar com os diversos recursos existentes (afetivos, sociais, sanitários, culturais, econômicos etc.), a fim de potencializar o cuidado ofertado ao portador de transtorno mental; III - *intersectorialidade*, considerada como uma articulação necessária entre os diversos setores (saúde, educação, justiça, assistência social) a fim de atender a demanda complexa do sujeito em sofrimento psíquico; IV - *reabilitação psicossocial*, caracterizada como um conjunto de ações que tem por finalidade promover a saúde e a reintegração do indivíduo ao seu meio familiar e social; V - *multiprofissionalidade/interdisciplinaridade*, entendida como prática realizada por diferentes categorias profissionais que interagem e complementam-se com a finalidade de garantir a integralidade do cuidado em saúde; VI - *desinstitucionalização*, que abrange um

⁸ Plano denominado “Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários” (BRASIL, 2003).

conjunto de mudanças na forma de compreender e tratar o doente mental, implicando na desconstrução de um antigo modelo de assistência e conseqüente reconstrução de outro que se encontra ainda em processo nos dias atuais; VII - *promoção da cidadania dos usuários*, proposta como meio de garantir aos usuários da saúde mental o exercício dos direitos e deveres de cidadania, tal como aplicado aos demais indivíduos; VIII - *construção da autonomia possível de usuários e familiares*, através da própria reabilitação psicossocial e da reorientação do modelo de atenção à saúde mental (BRASIL, 2003).

Dando continuidade ao processo de mudanças no campo da saúde com vistas a ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, o Ministério da Saúde, através da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)⁹. Este dispositivo deve estar comprometido com a organização territorial dos serviços de saúde, visando primordialmente à integralidade da assistência, através das ações intersetoriais e interdisciplinares. Para tanto, devem compor este serviço profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, atuando de maneira integrada e conjunta com as Equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2008).

A atuação das equipes dos NASF deve ser orientada para prevenir e promover a saúde do coletivo, que compõe seu território de abrangência, devendo fomentar também a busca pelos espaços comunitários e o fortalecimento dos laços sociais. Esta atitude tem por finalidade auxiliar o processo de autonomia do sujeito, para que ele possa participar ativamente do seu processo de adoecimento/cura, considerando-se que os fatores sociais, econômicos, políticos e culturais estão diretamente vinculados ao estado de saúde das populações.

Ressalta-se que o NASF traz a saúde mental e a reabilitação na composição das oito áreas de ações estratégicas. Recomenda-se que cada equipe de NASF conte com pelo menos um profissional da área de saúde mental, incluindo, quando necessário, no escopo de suas

⁹ Existem atualmente as seguintes modalidades deste equipamento: NASF I; NASF II e NASF III. As duas primeiras modalidades diferenciam-se apenas quanto ao número de profissionais e de equipes de Saúde da Família as quais devem estar vinculadas. Enquanto o NASF III, que foi criado em setembro de 2010, visa promover a atenção integral em saúde e saúde mental, prioritariamente para usuários de crack, álcool e outras drogas na atenção básica (BRASIL, 2010b).

ações, o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2009a).

Recentemente a Portaria nº 3.088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial, definiu as responsabilidades das equipes de atenção básica na atenção em saúde mental. Dentre as ações de saúde mental a serem desenvolvidas pelas equipes de atenção básica, constam “ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”, de forma compartilhada com outros serviços que integram a rede de atenção, particularmente os CAPS (BRASIL, 2011d).

Nota-se a existência de uma mobilização no sentido de reordenar a assistência à saúde, em que se busca instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das equipes de Saúde da Família. Nesta ótica, pressupõe-se a aproximação do processo de trabalho do Centro de Atenção Psicossocial e da Unidade de Atenção Básica através de um “arranjo organizacional” que se configura como suporte técnico especializado ofertado a uma equipe interdisciplinar com o objetivo de ampliar e qualificar suas práticas. No presente trabalho, adota-se o conceito de apoio matricial formulado por Campos (1999), o qual tem sido aplicado no campo da saúde mental, norteando algumas experiências relatadas na seção seguinte.

2.4 O apoio matricial em saúde mental

A reorientação do modelo de atenção à saúde mental depende tanto da ampliação e diversificação de novos dispositivos para compor a rede de atenção psicossocial (BRASIL, 2011d) quanto da reorganização das práticas de trabalho entre as equipes, com o objetivo de ofertar um cuidado integral, pautado na lógica do acolhimento, do vínculo e da referência. Essa possibilidade de reorganizar o cuidado, agregando os conceitos referidos, pode ser concretizada pela criação de “arranjos organizacionais” que produzam novos padrões de relacionamento entre equipe e usuário, como também entre os próprios profissionais (CAMPOS, 1999). Segundo este autor, a finalidade de tais inovações seria construir uma nova

subjetividade profissional, que priorizasse o diálogo e o compromisso com a saúde dos usuários.

Neste sentido, faz-se necessário compreender a equipe de referência e o apoio matricial como propostas para uma nova perspectiva na operacionalização do trabalho na área de saúde. O ajustamento de uma equipe de referência deve adotar uma composição multiprofissional, orientada para a ampliação da clínica, com vistas à construção e ao acompanhamento longitudinal de projetos terapêuticos singulares, sejam eles individuais ou coletivos. Essa estratégia proporciona a transversalidade nas práticas de saúde, no sentido de produzir e estimular novos padrões de relação que perpassem todos trabalhadores e usuários, favorecendo a troca de informações e a ampliação da responsabilidade das equipes com o seu território de abrangência. Assim, “cada equipe de referência torna-se responsável pela atenção integral do doente, cuidando de todos os aspectos da sua saúde, elaborando projetos terapêuticos e buscando outros recursos terapêuticos quando necessário” (BRASIL, 2004b).

De forma complementar, Figueiredo e Campos (2009) sugerem que as equipes interdisciplinares de referência necessitam de um suporte técnico especializado a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações. Esta ferramenta de trabalho, denominada apoio matricial, foi formulada por Campos (1999), com o anseio de potencializar o grau de resolutividade das ações de saúde, através da superação do modelo médico dominante, que se caracteriza pelo trabalho fragmentado e pela produção excessiva de encaminhamentos aos especialistas. O apoio matricial tem o seguinte objetivo:

Oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes e profissionais de referência, encarregados da atenção a problemas de saúde, de maneira personalizada e interativa. (CUNHA; CAMPOS, 2011, p. 964).

O trecho anterior salienta duas dimensões importantes de suporte na área de saúde: a dimensão assistencial e a dimensão técnico-pedagógica. A primeira permite produzir uma clínica mais integral, construída a partir da contribuição de diferentes núcleos¹⁰ profissionais,

¹⁰ De acordo com Campos (2000), o núcleo profissional é representado pelo conjunto de teorias e práticas que constituem a identidade de cada especialidade. De forma complementar e paralela, define

através do debate de casos, da visita domiciliar, do atendimento conjunto e da interconsulta. A segunda dimensão pretende promover mudanças nas práticas profissionais e na organização do trabalho, através da educação permanente, que permite articular o processo de aprendizagem com a reorganização do sistema de saúde (BRASIL, 2010a).

De forma sintética, Campos e Domitti (2007) definem o apoio matricial e a equipe de referência como metodologia de trabalho e modo para se realizar a gestão de atenção em saúde. São também “arranjos organizacionais que buscam diminuir a fragmentação imposta ao processo de trabalho decorrente da especialização crescente em quase todas as áreas do conhecimento” (*ibid.*, p. 402).

Desse modo, a principal finalidade dessas duas metodologias seria alcançar a clínica ampliada e conseqüentemente ter maior resolutividade dos problemas de saúde, na medida em que isso estimularia uma atividade interdisciplinar voltada para a construção da autonomia do sujeito. Esse modo de operar em saúde nos remete aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica que preconiza a interdisciplinaridade, a possibilidade de construção de uma nova *práxis* e principalmente a implicação do sujeito no seu projeto terapêutico, devolvendo-lhe o direito de expressão, de circulação, enfim, de relação com seu meio social.

Formula-se, portanto, a proposta de apoio matricial em saúde mental como uma possibilidade de ofertar o cuidado especializado, pautado na possibilidade de diálogo entre as equipes de saúde mental e as equipes da atenção básica, objetivando reabilitar psicossocialmente o indivíduo em sofrimento psíquico. Nesta direção, Dimenstein *et al.* (2009) afirmam que o apoio matricial às equipes da atenção básica deve originar-se dos CAPS, pois estes ocupam lugar central na proposta da reforma psiquiátrica, funcionando como ordenadores da rede de saúde mental, regulando o fluxo e servindo de retaguarda tanto para residências terapêuticas quanto para atenção primária.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde publica o “Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental” (BRASIL, 2011a), ampliando as diretrizes para a inclusão de ações de saúde mental na atenção básica, que já vinham sendo adotadas desde o ano de 2003 (BRASIL, 2003). O guia pretende fornecer elementos para capacitar profissionais da atenção básica e da

também campo profissional, que seria o espaço de encontro e interação entre as especialidades, onde buscariam apoio para desenvolver seus saberes.

saúde mental, auxiliando-os para o exercício de práticas integradas e horizontais, no que diz respeito ao cuidado e ao tratamento do sofrimento psíquico. Para tanto, adota as formulações teóricas construídas por Campos (1999), acerca dos conceitos de equipe de referência e apoio matricial, e amplia as orientações para o campo da prática, apresentando uma série de instrumentos que podem ser utilizados como norteadores das ações.

Na revisão de literatura, identificaram-se algumas pesquisas realizadas com objetivo de investigar a operacionalização do apoio matricial em saúde mental e das equipes de referência como uma construção possível dentro do SUS. Figueiredo e Campos (2009) retratam de forma pioneira a experiência de Campinas (SP), com análise do funcionamento do apoio matricial da saúde mental no “Programa Paideia - Saúde da Família”.

A pesquisa se propôs a investigar os diferentes olhares dos sujeitos envolvidos na implantação e realização do apoio matricial. O grupo formado pelos profissionais de saúde mental demonstrou a tendência de responsabilizar os profissionais da referência pela dificuldade de realizar o matriciamento. Nesse caso, as equipes resistiam em trabalhar com intervenções de caráter não medicamentoso, como também entendiam o apoio como imposição da gestão. Ficou evidente que a equipe de saúde mental apresenta pouco conhecimento sobre sua própria dificuldade de compreender a proposta de apoio matricial e assumir o lugar de apoiadores compartilhando seu saber.

No estudo de Figueiredo e Campos (2009), as equipes de referência de unidades que dispunham de equipes de saúde mental expressaram angústia ao entrar em contato com o sofrimento psíquico, salientando que a formação acadêmica não os instrumentaliza para intervir no campo de saúde mental, predominando, nesses casos, o encaminhamento ao especialista. Os profissionais enfatizaram também a necessidade de retaguarda especializada, em função da alta demanda e do atendimento dos casos mais graves. Esse grupo identificou o apoio matricial como estratégia educacional importante para orientar os atendimentos. No caso das equipes de referência que não possuem equipe de saúde mental em suas unidades, percebeu-se que a demanda de saúde mental é absorvida pela equipe de USF, somente acionando o apoio matricial nos casos de extrema necessidade e quando todos os recursos possíveis foram esgotados. O grupo de gestores avaliou que as equipes de referência modificaram a maneira de lidar com a subjetividade, provocando um redimensionamento de

fluxo para a saúde mental e facilitando o acesso dos usuários. Os gestores enfatizaram, neste estudo, a função preventiva e educativa da atenção básica, além da oferta clínica e curativa.

Segundo os autores, os resultados encontrados evidenciaram, de forma geral, que o apoio matricial tem sido uma importante ferramenta para propagar a reconstrução do modo de operacionalizar a atenção em saúde mental, visto que traz um conceito mais ampliado do processo de saúde/doença. Dentro desse ponto de vista, algumas propostas assistenciais, voltadas para a reabilitação, estão sendo desenvolvidas, a exemplo de grupos de convivência e de artesanato. Estimula-se também o fortalecimento dos laços sociais e o aumento do grau de autonomia e contratualidade das pessoas. Entretanto existem ainda alguns desafios a superar, principalmente relacionados à compreensão quanto ao processo de adoecimento psíquico e à necessidade de agregar os conceitos de apoio matricial, enquanto prática transformadora do trabalho em saúde.

O funcionamento do apoio matricial no município de Natal (RN) foi investigado por Dimenstein *et al.* (2009) através do discurso dos técnicos da equipe de saúde da família que realizavam tal prática. Os resultados desse estudo mostram que ainda há uma alta demanda por renovação de receita médica na unidade de saúde da família, demonstrando a permanência da hegemonia do modelo médico e da conduta medicalizante como principal prática terapêutica. Essa ideia reforça a crença, tanto dos profissionais quanto dos usuários, na impossibilidade de enfrentar os problemas de saúde sem recorrer à terapêutica medicamentosa. Nesta perspectiva, os técnicos acabam respondendo aos pedidos de receituário, sem maiores questionamentos acerca dessa prática, quando poderiam problematizar ou propor alternativas de intervenção. Isto se deve, em parte, à constatação de que a proposta do apoio matricial ainda não está clara para os profissionais desta equipe, embora percebam a necessidade de ter um suporte para o acolhimento em saúde mental. É importante frisar que existe a perspectiva do atendimento efetivo em saúde mental na unidade básica, porém ainda sendo vislumbrada no modelo hierarquizado de atendimento por especialistas, e não na possibilidade de um trabalho articulado entre a USF e o serviço especializado em saúde mental.

Outro aspecto descrito pela pesquisa foi que a principal dificuldade relatada a fim de implementar o apoio matricial seria a falta de conhecimentos específicos em saúde mental por parte dos profissionais, cuja formação é generalista. Entretanto esta dificuldade não foi

percebida como um entrave definitivo, tendo em vista que pode ser superado através de suporte e orientação adequados.

De modo geral, os resultados encontrados indicam que ainda há fragilidades quanto ao entendimento e à execução de uma clínica ampliada, predominando o modelo biomédico especializado e centrado no tratamento medicamentoso individualizado. De acordo com os autores, este modo de funcionamento gera obstáculos não só à expansão, como também à sustentabilidade da Reforma Psiquiátrica, chamando atenção para alguns aspectos importantes que devem ser observados: “a necessidade de redimensionamento do financiamento do modelo; a ampliação das equipes e capacitação técnica; o desenvolvimento de mecanismos de avaliação dos serviços; a incorporação das ações de saúde mental na atenção básica” (DIMENSTEIN *et al.*, 2009, p. 71).

No município de Salvador, o estudo de Jucá, Nunes e Barreto (2009) investigou o modo como a equipe de PSF lida com o sofrimento mental dos usuários de sua área adscrita. Os achados desta pesquisa revelaram que os profissionais conseguem identificar sinais de sofrimento mental nas pessoas que atendem, porém têm dificuldades de intervir nessas situações. Observou-se também a tendência da equipe em ressaltar fatores sociais como causa do sofrimento psíquico, rompendo com o modelo biologicista dominante. Outro aspecto destacado refere-se à presença do estigma, do preconceito e da falta de preparo, apresentada pelos profissionais, no manejo de situações que envolvem sofrimento mental, especialmente aquele relacionado aos comportamentos compulsivos.

Em linhas gerais, observou-se que a equipe do PSF apresenta certa sensibilidade com relação à demanda psicossocial da comunidade, no entanto não consegue prestar o cuidado efetivo em saúde mental. Frente a este cenário, as autoras consideram importante instrumentalizar a equipe para inseri-la na rede de cuidado em saúde mental, recomendando as seguintes estratégias: oferta de cursos de capacitação com conteúdo referente à reforma psiquiátrica e ao processo de desinstitucionalização; adoção de um apoio institucional ou de uma equipe de profissionais a quem a equipe de saúde da família pudesse recorrer para auxiliá-la acerca da assistência e do fluxo de saúde mental.

A partir dos resultados das pesquisas descritas, depreende-se que o debate sobre a inserção de ações de saúde mental na atenção básica se encontra em um estágio inicial. Isto se

deve, em parte, à própria formação acadêmica dos profissionais de saúde, ainda centrada em um modelo biologicista do ser humano. Considera-se também a dificuldade que vários trabalhadores encontram em lidar com o campo da subjetividade, foco do cuidado em saúde mental. Ademais, trabalhar com o sujeito no seu território requer disponibilidade para encarar toda sorte de demanda possível das relações sociais, desafiando muitas vezes os trabalhadores a superar suas próprias limitações enquanto profissionais.

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho do estudo

Para o estudo da percepção dos trabalhadores dos CAPS do município de Aracaju - SE acerca do desenvolvimento das ações de apoio matricial em saúde mental no âmbito da atenção básica, foi realizada uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa. Esta tem por objetivo explorar as diversas interpretações acerca da temática investigada (GASKELL, 2003). A escolha por este desenho metodológico justifica-se pela natureza do próprio objeto investigativo, uma vez que serão necessárias contribuições acerca da experiência dos sujeitos, que pode ser relatada apenas pelos mesmos. Ou seja, as informações fornecidas pelos sujeitos da pesquisa contêm elementos de sua reflexão subjetiva acerca da realidade vivenciada (MINAYO, 2002, 2008). Esta autora afirma ainda que o objeto das ciências sociais é essencialmente qualitativo, na medida em que aborda o conjunto das expressões humanas constantes nas estruturas, nos processos, nos sujeitos, nos significados e nas representações.

3.2 Caracterização do local do estudo e dos sujeitos da pesquisa

3.2.1 Caracterização do local do estudo

Aracaju, capital do Estado de Sergipe, é uma cidade litorânea que hoje apresenta cerca de 571.149 habitantes e área aproximada de 182,00 km² (IBGE, 2012). A assistência em saúde prestada à população está organizada em redes assistenciais, conformadas da seguinte maneira: Rede de Atenção Primária (REAP); Rede de Atenção Psicossocial (REAPS); Rede de Urgência e Emergência (REUE), Rede Hospitalar (REHOSP), Rede de Atenção à Saúde do

Trabalhador (REAST) e Rede de Atenção Ambulatorial Especializada (REAE) (ARACAJU, 2010).

A assistência em saúde mental no município de Aracaju-SE envolve dispositivos de diferentes níveis de complexidade. A Rede de Atenção Psicossocial (REAPS) do município é atualmente composta por: 03 CAPS III, funcionando cada um com oito leitos para acolhimento noturno; 01 CAPS AD; 01 CAPS i/AD e 01 CAPS II que pertence à Organização Não Governamental (ONG) “Luz do Sol”, conveniada com o município. Integram ainda a REAPS 04 Residências Terapêuticas onde residem cerca de 28 moradores que realizam acompanhamento nos CAPS e em outras unidades de saúde de referência.

A rede ambulatorial é composta por 05 Ambulatórios de Referência em Saúde Mental para adultos e um para infância e adolescência, que funcionam dentro das Unidades de Saúde da Família, fazendo parte da Rede de Atenção Primária (REAP), ofertando acompanhamento psiquiátrico e psicoterápico para casos leves e moderados.

Para assistência hospitalar, o município conta com 02 Hospitais Psiquiátricos conveniados com o SUS, que disponibilizam um total de 280 leitos, além de 08 leitos psiquiátricos no Hospital Universitário, que atende usuários adultos, exceto casos de dependência química. Encontra-se em funcionamento uma Urgência Psiquiátrica, dispositivo que faz parte da Rede de Urgência e Emergência (REUE) e funciona como retaguarda para atenção aos episódios de crises agudas. Recentemente foi implantado o Serviço de Retaguarda Hospitalar para Álcool e outras Drogas (SRHAD),¹¹ que disponibiliza 16 leitos de retaguarda clínica para adolescentes e mulheres (ARACAJU, 2010).

Nesta pesquisa, adotou-se como campo empírico os Centros de Atenção Psicossocial, os quais compõem a REAPS e são referências para 43 Unidades Básicas de Saúde, compostas por 133 equipes de Saúde da Família, e responsáveis pelo atendimento de um total de 141.725 famílias cadastradas, garantindo atualmente a cobertura de cerca de 93,91% (SIMIS/SMS, 2011). Os CAPS são serviços de base territorial, cabendo a eles realizar o apoio matricial nas USF existentes em seu território de abrangência, considerando que o município não dispõe do

¹¹ Este serviço foi implantado para atender a uma solicitação do Núcleo de Apoio à Infância e Adolescência (NAIA), junto ao Ministério Público, considerando-se o aumento do número de usuários nessa faixa etária.

NASF. De acordo com a disposição territorial dos CAPS, tem-se a seguinte configuração para o apoio matricial da atenção básica (Quadro 1). Ressalte-se que o CAPS i/AD Vida e o CAPS AD Primavera atendem todo o município de Aracaju.

Quadro 1 – Caracterização da disposição territorial dos CAPS da Rede de Atenção Psicossocial no município de Aracaju-SE, 2011

CAPS	ÁREA ADSTRITA	BAIRROS	
DAVID CAPISTRANO FILHO	USF Antônio Alves USF Augusto César Leite USF Augusto Franco USF João Bezerra USF Niceu Dantas USF Santa Terezinha(Robalo) USF Hugo Gurgel USF Ministro Costa Cavalcante USF Ávila Nabuco USF Dr. Max de Carvalho USF Osvaldo Leite USF Elizabeth Pita USF Humberto Mourão USF Celso Daniel	USF Geraldo Magela (Referência em Saúde Mental) USF. Dona Sinhazinha (Referência em Saúde Mental) USF Irmã Caridade USF Madre Tereza de Calcutá USF Manoel de Souza Pereira	ATALAIA AUGUSTO FRANCO COROA DO MEIO GRAGERU INÁCIO BARBOSA JABOTIANA LUZIA MÉDICE I, II e III MOSQUEIRO ORLANDO DANTAS PONTO NOVO JARDIM ESPERANÇA POV. AREIA BRANCA ROBALO SALGADO FILHO SANTA MARIA SANTA TEREZA SÃO CONRADO SOL NASCENTE 13 DE JULHO 17 DE MARÇO
LIBERDADE	USF Joaldo Barbosa UBS Fernando Sampaio USF Adel Nunes USF Maria do Céu USF Dona Jovem USF Amélia Leite USF Cândida Alves	USF Osvaldo de Souza (Referência em Saúde Mental da Infância e Adolescência) USF Francisco Fonseca (Referência em Saúde Mental)	AMÉRICA CAPUCHO CASTELO BRANCO CENTRO CIRURGIA COSTA E SILVA GETULIO VARGAS INDUSTRIAL NOVO PARAÍSO PALESTINA PEREIRA LOBO SANTO ANTÔNIO SÃO JOSÉ SUÍSSA 18 DO FORTE
JAEL PATRÍCIO DE LIMA	USF José Augusto Barreto USF José Quintiliano da Fonseca Sobral USF Porto Dantas USF Eunice Barbosa USF Lauro Dantas Hora USF Onésimo Pinto USF Carlos Fernandes de Melo USF Renato Mazze Lucas USF José Machado de Souza	USF Anália Pina de Assis (Referência em Saúde Mental)	ALMIRANTE TAMANDARÉ BUGIO CIDADE NOVA COQUEIRAL JAPÃO ZINHO JARDIM CENTENÁRIO JETIMANA LAMARÃO OLARIA PORTO DANTAS SANTOS DUMONT SÃO CARLOS
ARTHUR BISPO	USF João Oliveira Sobral USF João Cardoso N Júnior (CSU) USF Carlos Hardmam Côrtes USF Walter Cardoso	USF Edézio Vieira de Melo (Referência em Saúde Mental)	JOSÉ CONRADO DE ARAÚJO SANTOS DUMONT (Unidade João Oliveira Sobral) SIQUEIRA CAMPOS SOLEDADE VENEZA

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju-SE

3.2.2 Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Os sujeitos participantes da pesquisa são profissionais de nível superior de diferentes especialidades e que desenvolvem suas atividades na assistência dos Centros de Atenção Psicossocial do município de Aracaju. Dentre as atividades desenvolvidas, estão ações de saúde mental na atenção básica, caracterizadas como apoio matricial. O tempo mínimo de graduação referido pelos informantes-chave foi de 5 anos, e de atuação no CAPS foi de 1 ano e 7 meses. Daqueles que informaram possuir curso de pós-graduação *latu sensu*, não foi identificada especialização em saúde mental. Quanto à distribuição dos participantes por categoria profissional, tem-se: 05 Assistentes Sociais; 03 Psicólogos; 02 enfermeiros e 01 Terapeuta ocupacional, conforme apresentado no quadro a seguir:

Quadro 2: Caracterização dos Informantes-chave

Identificação	Categoria profissional	Tempo na instituição
P1	Serviço social	7 anos e 6 meses
P2	Psicologia	5 anos e 8 meses
P3	Serviço Social	6 anos e 8 meses
P4	Enfermagem	7 anos e 8 meses
P5	Psicologia	7 anos e 8 meses
P6	Enfermagem	3 anos e 8 meses
P7	Serviço Social	3 anos e 8 meses
P8	Terapia Ocupacional	6 anos e 9 meses
P9	Serviço Social	1 ano e 7 meses
P10	Psicologia	7anos e 6 meses
P11	Serviço Social	3 anos e 8 meses

Fonte: Elaborado pela autora.

3.3 Procedimentos de coleta de dados

Como etapa preliminar do planejamento da coleta de dados, realizou-se, em maio de 2011, uma reunião com os gerentes dos CAPS do município, que teve por finalidade informar sobre o projeto da pesquisa e seus objetivos. Os gerentes mostraram-se receptivos e comprometeram-se a comunicar aos trabalhadores sobre a pesquisa durante as reuniões técnicas em serviço.

No período de outubro a novembro de 2011, esta pesquisadora participou das reuniões técnicas dos CAPS David Capistrano Filho, Jael Patrício de Lima e Liberdade para informar aos trabalhadores sobre os objetivos da pesquisa, os critérios de seleção e convidar os possíveis informantes-chave. Os trabalhadores dos CAPS AD Primavera, Artur Bispo do rosário e CAPS i/AD Vida receberam as informações na ocasião em que estavam reunidos para participarem de capacitação no Centro de Educação Permanente em Saúde (CEPS).

A fim de participar na pesquisa, foram convidados 2 profissionais por CAPS, totalizando um grupo de 12 informantes-chave, porém houve a recusa por parte de um profissional, não havendo substituição, porque os demais profissionais do serviço que se disponibilizaram a participar não atendiam aos critérios estabelecidos previamente. No que diz respeito ao vínculo empregatício, ressalta-se que apenas um dos entrevistados trabalha sob regime celetista, sendo os demais concursados.

Como critérios de abrangência, foram considerados a ocupação de cargo de nível superior, o vínculo profissional com o serviço por um período superior a 6 meses, a atuação na assistência (excluindo-se os coordenadores) e o desenvolvimento, no período referido, de alguma ação que fosse caracterizada como de apoio matricial. Os 2 informantes-chave selecionados por serviço foram de categorias profissionais distintas.

Após selecionar os participantes, o que ocorria durante as reuniões mencionadas, a pesquisadora solicitava o número do telefone do profissional para fazer contato posterior com objetivo de agendar a entrevista.

Com relação ao CAPS David Capistrano Filho, serviço do qual a pesquisadora faz parte, a coleta de dados atentou para os mesmos critérios de inclusão dos informantes-chave observados nos demais serviços. Apenas foram entrevistados os profissionais da assistência com os quais a pesquisadora estabelece relação de trabalho horizontal. Para não comprometer suas atividades profissionais, as entrevistas foram sempre agendadas em dia e/ou horário de folga.

A coleta de dados ocorreu durante o mês de dezembro de 2011, mediante realização de entrevista semiestruturada, segundo roteiro estruturado a partir dos objetivos específicos desta pesquisa (Anexo A). Esta técnica de coleta de dados é amplamente utilizada nas pesquisas sociais (GASKELL, 2003; MINAYO, 2008; DUARTE, 2002), uma vez que fornece elementos básicos para compreender a relação entre crenças, atitudes, valores e motivações das pessoas e o seu comportamento em situações específicas. Corroborando essa ideia, Cruz Neto (2002, p. 57) afirma que a “entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais”. Este mesmo autor salienta que esta técnica tanto reforça a importância da linguagem e do significado da fala quanto serve como meio de coleta de informações sobre determinado tema científico.

No presente estudo, a entrevista foi conduzida pela pesquisadora em local e horário previamente agendados por telefone com os participantes da pesquisa, gravada em áudio e posteriormente transcrita na íntegra. Todos os profissionais entrevistados manifestaram concordância em participar voluntariamente da pesquisa mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B). Com o objetivo de preservar o sigilo das informações e o anonimato dos entrevistados, adotamos um sistema de código para cada profissional (P1, P2...), em que a letra “P” significa “Profissional”, e os números que a acompanham indicam a ordem cronológica de realização das entrevistas.

3.4 Procedimento de análise dos dados e interpretação dos resultados

Para análise dos dados, definiram-se categorias temáticas, a partir da revisão de literatura e dos objetivos específicos. De acordo com Gomes (2002), o termo categoria é utilizado para definir o agrupamento de elementos com características comuns, e tema se refere a uma unidade maior em torno da qual tiramos uma conclusão. Tais categorias podem ser estabelecidas pelo pesquisador antes do trabalho de campo ou a partir da coleta de dados. Neste estudo, as categorias temáticas foram utilizadas para sistematizar o conteúdo das entrevistas, descritas da seguinte forma:

Quadro 3 - Matriz para análise dos dados

Objetivos	Categorias temáticas		Descrição
Caracterizar a relação entre as equipes de saúde mental e de atenção básica no município de Aracaju, segundo o ponto de vista dos trabalhadores dos CAPS.	Relação entre as equipes dos CAPS/AB; Indiferença/desconhecimento; Conflitos; Cooperação/complementaridade.		Relatos dos entrevistados acerca da relação estabelecida entre os profissionais do CAPS e os da atenção básica, caracterizando situações como cooperação/complementaridade, conflitos e/ou indiferença/desconhecimento.
Identificar e caracterizar as ações propostas pelos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial para realizar o apoio matricial em saúde mental na atenção básica.	Ações de apoio matricial	Assistenciais	Referência e descrição de atividades desenvolvidas pelos entrevistados e/ou outros profissionais da equipe do CAPS que correspondam a ações de apoio matricial, a exemplo de discussão de caso, visita domiciliar, atendimento conjunto, oficinas e/ou palestras sobre cuidado em saúde mental.
		Educativas	
Identificar e analisar as facilidades e as dificuldades percebidas pelos trabalhadores dos CAPS para o desenvolvimento das ações de apoio matricial em saúde mental na atenção básica.	Dificuldades	Organizacional	Dificuldades identificadas pelos entrevistados para o desenvolvimento de ações matriciais relativas à organização do serviço e/ou processo de trabalho.
		Assistencial	Dificuldades identificadas pelos entrevistados para o desenvolvimento de ações matriciais relativas às ações de cuidado em saúde mental em conjunto com as equipes de atenção básica.
	Facilidades	Organizacional	Facilidades identificadas pelos entrevistados para o desenvolvimento de ações matriciais relativas à organização do serviço e/ou processo de trabalho.
		Assistencial	Facilidades identificadas pelos entrevistados para o desenvolvimento de ações matriciais relativas às ações de cuidado em saúde mental em conjunto com as equipes de atenção básica.

Fonte: Elaborado pela autora.

A técnica utilizada para sistematizar e interpretar os dados obtidos foi a análise de conteúdo, definida por Bardin (2002, p. 40) como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, visando a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens. O autor se refere ainda a duas funções importantes que a técnica apresenta: a primeira diz respeito ao enriquecimento da tentativa exploratória, na medida em que aumenta a possibilidade de descoberta, caracterizando a função heurística; a segunda seria de comprovação de hipóteses levantadas anteriormente. Porém as duas funções podem interagir e coexistir de maneira complementar.

De acordo com Bauer (2002), a técnica supracitada utiliza de forma mais frequente os textos escritos que são construídos no processo da pesquisa, a exemplo das transcrições das entrevistas. Dessa forma, o pesquisador ao analisar seus dados busca categorizar as unidades de texto que se repetem através das palavras ou frases inferindo uma expressão que possa representá-las. (CAREGNATO; MUTTI, 2006). Assim, nesta pesquisa utilizamos os textos produzidos pelas transcrições das entrevistas, seguindo os passos sugeridos por Minayo (2008), a saber: 1 - ordenação dos dados, que correspondeu ao momento de transcrição de todas as entrevistas gravadas em áudio; 2 - leitura flutuante dos textos com objetivo de relacioná-los às categorias temáticas que foram pré-definidas; 3 - categorização dos conteúdos através de recortes de discursos e agrupamento em função da semelhança entre o fragmento e a categoria temática. A última etapa constituiu-se da leitura exaustiva do relatório das categorias temáticas com a pretensão de descrever e analisar o conteúdo do texto a partir das possíveis inferências, como também da relação dessas interpretações com o conteúdo teórico encontrado na revisão da literatura.

3.5 Considerações sobre os aspectos éticos

Esta pesquisa seguiu os requisitos da Resolução CNS 196/96, atendendo aos critérios que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto desta dissertação foi

submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva (CEP-ISC-UFBA) para revisão de seus aspectos éticos, e obteve parecer favorável, sendo protocolado com o número 047-11/ CEP-ISC. Todos os participantes da pesquisa foram informados quanto aos objetivos, à justificativa, aos procedimentos metodológicos, aos benefícios e riscos relacionados à participação na pesquisa, e concordaram livremente em contribuir para sua efetivação, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os resultados deste trabalho foram sistematizados de forma a preservar o anonimato dos informantes e deverão ser apresentados e discutidos com as equipes dos serviços participantes.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão estão organizados segundo as categorias temáticas que nortearam a análise dos dados empíricos, descritas da seguinte forma: 1 - Percepção dos trabalhadores dos CAPS acerca da relação entre as equipes deste serviço e as equipes de Saúde da Família; 2 - Ações de apoio matricial; 3 – Desafios e facilidades para o desenvolvimento das ações de apoio matricial em saúde mental na atenção básica.

A organização interna das equipes dos CAPS do município de Aracaju, para o desenvolvimento das ações de apoio matricial, ocorre da seguinte maneira: cada unidade básica de saúde tem como referência para o matriciamento uma dupla de técnicos do CAPS com nível universitário, excetuando-se o psiquiatra. Assim, cada dupla pode ser responsável por uma ou mais UBS. Não há um protocolo a seguir quanto à frequência ou ao tipo de atividade a ser desenvolvida, ficando a critério de cada equipe ou de cada dupla de profissionais a organização e o desenvolvimento das ações de apoio matricial.

4.1 A percepção dos trabalhadores dos CAPS do município de Aracaju acerca da relação entre as equipes deste serviço e as equipes de saúde da família

O Ministério da Saúde, através da política nacional de saúde mental, reconhece que os CAPS são dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental (BRASIL, 2004a). Preconiza-se ainda que a rede de atenção psicossocial seja constituída, dentre outros componentes, pela Atenção Básica em Saúde e pela Atenção Psicossocial Especializada (BRASIL, 2011d).

A organização em rede pressupõe a existência de relações entre os trabalhadores dos diversos serviços que a compõem. Tais relações são permeadas pelo acúmulo de conhecimento técnico-científico de cada profissional, como também por seus sentimentos, crenças e percepções que se tornam elementos importantes na construção do cuidado em

saúde e constituem um conjunto de saberes pautados no vínculo e na responsabilização, caracterizando o que Merhy (2002) denomina de “tecnologia leve” do trabalho em saúde. Nesta perspectiva, não basta somente construir serviços ou formar equipes, é imprescindível desenvolver entre os profissionais novas práticas culturais alicerçadas no acolhimento e na abertura para a pluralidade existencial (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2005).

A lógica do cuidado em saúde mental tem sido constantemente debatido e sofrido mudanças significativas em seu modo de funcionamento, que passa de um modelo focado na institucionalização para outro voltado para a produção de autonomia do sujeito e construção de suas relações sociais. Porém este debate ainda se encontra muito centrado no âmbito da saúde mental, fazendo-se necessária a ampliação para os demais segmentos da sociedade e principalmente na atenção primária, por ser um dispositivo assistencial situado no território, constituindo-se como principal porta de entrada do sistema de saúde.

A partir da análise das entrevistas realizadas com trabalhadores dos CAPS do município de Aracaju, depreende-se que estes percebem que a receptividade, por parte das equipes de saúde da família, às ações de apoio matricial, ainda é permeada por um comportamento de indiferença e de desconhecimento com relação a esta metodologia:

Não se chega a um consenso do que realmente seja o apoio matricial. É um tema muito difícil. (P10).

[...] eu não sei se ficou muito claro qual que era a proposta, então claro que há falta de conhecimento mesmo de preparo em saúde mental. (P6).

Esta baixa receptividade por parte das equipes de atenção básica referida pelos sujeitos da pesquisa foi atribuída à falta de conhecimento teórico e prático acerca do apoio matricial. Esta circunstância, por sua vez, acarretaria certa resistência nos técnicos, uma vez que a formação acadêmica da maior parte das profissões da saúde não os instrumentaliza para o cuidado com o portador de transtorno mental, o que nos remete à necessidade de construir um espaço de educação permanente no cotidiano dos serviços. Este espaço é, inclusive, legitimado pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, haja vista seu caráter transformador, sendo identificado como importante estratégia de intervenção nos processos educativos direcionados aos trabalhadores do SUS. Atualmente a Política de Educação

Permanente conta com recurso financeiro específico a ser investido pelos estados e regiões de saúde (BRASIL, 2009b).

O apoio matricial apresenta-se como uma nova tecnologia do cuidado em saúde e requer constante interlocução entre as equipes de saúde mental e as de atenção básica. Pretende-se ofertar tanto suporte assistencial quanto retaguarda técnico-pedagógica às equipes de referência (CUNHA; CAMPOS, 2011). Desta forma, percebe-se a necessidade de inovar as práticas de cuidado que podem ser garantidas através de processos educativos. De acordo com um dos entrevistados:

Eu acho que também precisa de uma capacitação porque eles têm uma carência da formação deles [profissionais da atenção básica]. Fala-se muito pouco de saúde mental, e o pouco que se fala é muito revestido de medo, de receio de chegar aos pacientes. (P6).

O fragmento discursivo destacado acima denota ainda que a ausência de habilidade e a indiferença dos técnicos da atenção básica em lidar com a demanda da saúde mental, tal como foi percebida pelos sujeitos entrevistados, encontra-se, em parte, relacionada a um conjunto de crenças, mitos e preconceitos com o usuário dessa rede assistencial. Esta situação tem sido comum não somente entre os trabalhadores de saúde, mas também em toda a sociedade, implicando na postura dos técnicos e na qualidade da relação que se estabelece entre as equipes. Ao tratar de crenças, mitos e preconceitos, busca-se extrapolar o que a formação acadêmica pode oferecer, e adentrar o universo da subjetividade do indivíduo que certamente ocupa um lugar muito mais complexo e que é permeado por fatores de ordem individual e pela dimensão sociocultural (AMARANTE, 2007). Essa realidade ganha maiores proporções quando se trata de pessoas com dependência química, conforme o discurso:

Outra dificuldade é a resistência da equipe de saúde da família com o usuário de álcool e outras drogas. Eles querem simplesmente passar o caso, e a gente dar conta de tudo. (P2).

De acordo com a análise dos dados obtidos, observa-se que, em alguns momentos, a tentativa de realizar o apoio matricial gera alguns conflitos na relação entre as equipes, o que pode ser motivado pela falta de conhecimento e habilidade com o cuidado em saúde mental. Esse resultado apresenta semelhanças com os achados dos estudos realizados em Salvador, no qual se evidenciou que a maioria dos profissionais referiu sentimentos de impotência e frustração, em decorrência da falta de preparo para lidar com as demandas de saúde mental (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007; JUCÁ; NUNES; BARRETO, 2009).

Conforme enunciado pelos sujeitos entrevistados, muitos trabalhadores da atenção básica ainda desconhecem o funcionamento do matriciamento, portanto acabam não significando esta atividade como parte do seu processo de trabalho, prevalecendo a referência a uma sobrecarga de atividades, haja vista que a percepção que se tem é a de que o usuário de saúde mental não pertence ao território, mas sim ao CAPS. A seguir, destacam-se alguns fragmentos dos discursos em que os entrevistados abordam estas questões:

[...] Claro que eu acho que talvez seja um lugar comum na relação de matriciamento não ter adesão da população do posto de um modo geral. (P6).

[...] Eles sentem como mais uma demanda e não como uma demanda que já existe e que eles precisam trabalhar [...]. Então vejo como mais uma atividade, é como um peso que eles recebem a gente e assim geralmente com muito pouca disponibilidade, muito pouco tempo reservado para esse trabalho da saúde mental. (P1).

[...] Dá a entender que eu faço o meu e você faz o seu. Eu cuido da hipertensão, eu cuido da diabete, eu cuido do encaminhamento para um oftalmologista, para o dentista, para qualquer que seja a especialidade, e você cuide dessa parte que é da psique, das emoções e do comportamento alterado, por conta dessas emoções e da psique em desarranjo. Boa parte eu ainda noto assim, com uma certa resistência ou dificuldade de compreensão ou só querendo fazer mesmo o mínimo. (P7).

No que diz respeito a este dado, pode-se pressupor que a resistência observada pelos trabalhadores dos CAPS em relação às ações de saúde mental pelas equipes de atenção básica pode estar relacionada à falta de hábito no cuidado com esse usuário. O movimento da Reforma Psiquiátrica e a desinstitucionalização podem ser considerados como algo

relativamente novo na história da saúde. Mais recente ainda é a tentativa de interlocução da atenção em saúde mental com a atenção primária.

A questão da receptividade mesmo das equipes da unidade básica, como eu já falei, que percebem isso como mais uma demanda, ainda de uma visão manicomial. (P1).

Este fragmento merece destaque na medida em que nos leva a inferir que o comportamento da equipe de saúde da família, com relação à receptividade das ações de saúde mental, parece estar fortemente influenciado pela permanência de uma visão estigmatizante e excludente do portador de transtorno mental. Dentro desta ótica, o “louco” não ocuparia um lugar no território, mas sim no hospital. Com isso, desconsidera-se a inserção do sujeito na família e na sociedade, reproduzindo o imaginário social sobre o lugar da loucura. A este respeito, Basaglia (2005) considera importante questionar não somente os paradigmas psiquiátricos, mas tudo aquilo que compõe o “território” e repele a doença, confiando-a, por conseguinte, à psiquiatria e ao manicômio.

Outro importante ponto contemplado nas entrevistas com os trabalhadores dos CAPS de Aracaju refere-se à relação entre as diferentes categorias profissionais. A partir da análise das entrevistas, observa-se que o profissional médico da ESF não participa do matriciamento, ficando muito frequentemente a cargo do assistente social¹² e do agente comunitário de saúde a tarefa de discutir e acompanhar os casos da saúde mental com as equipes dos CAPS:

Em relação aos médicos especificamente, eu acho que aí onde tá o maior desafio [...]. Eu acho uma coisa que fica bem marcante: é a questão da preferência que eles têm de conversar sobre esse assunto com colegas da mesma profissão que eles. (P11).

Eu tenho uma dificuldade muito grande de acessar médico, porque médico... não é uma cultura geral, mas muitos não querem por orgulho, pelo ato médico; enfim, acham que... por que é que eu vou discutir saúde mental, por que é que eu vou discutir transtorno psiquiátrico com enfermeiro, com psicólogo, com terapeuta ocupacional, com assistente social. (P6).

¹² No município de Aracaju, o assistente social integra a Equipe de Saúde da Família, porém existe apenas um profissional desta especialidade em cada UBS.

Só participa um ou outro profissional, em geral o assistente social é quem encabeça a reunião. Os demais profissionais não participam, não se articulam, e fica ao encargo do assistente social passar os casos, comunicar, agendar visita [...]. O que dificulta é justamente isso, porque se resume ao agente de saúde e a um profissional de nível superior, que, em geral, é o assistente social. (P9).

A gente programou uma agenda de atividades com a UBS onde a gente teria encontros que seriam mensais com os agentes de saúde e outros profissionais da equipe: enfermeiros, odontólogos, assistentes sociais e outros entre todos que compõem a unidade. Nós tentamos isso durante um tempo, mas aí a gente percebeu que não havia uma disponibilidade mesmo. (P1).

Este achado converge com a literatura revisada (CAMPOS *et al.*, 2011; CARNEIRO *et al.*, 2009; NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007), em que o ACS tem sido apontado como um profissional de grande importância para a escuta e o acolhimento das demandas em saúde mental da comunidade, por estar cotidianamente e geograficamente mais próximo. Porém tal fato não deve eximir os demais membros da equipe de sua responsabilidade e compartilhamento do cuidado. Espera-se que as equipes de saúde reconheçam a potencialidade do trabalho pautado na interdisciplinaridade e na corresponsabilização.

A partir da análise do dado empírico acerca do nível de receptividade e adesão dos profissionais dos serviços às ações de matriciamento, depreende-se que não há participação efetiva também por parte do médico integrante da equipe dos CAPS, uma vez que, no discurso da maioria dos sujeitos entrevistados, prevalece a referência da participação das demais categorias profissionais. Ademais pode-se observar que predomina uma ótica biologicista e fragmentada do usuário, posto que “médico só discute os casos com o médico”, o que nos leva a pensar em uma visão centrada no tratamento clínico/medicamentoso, ao passo que os demais aspectos da vida do usuário devam ser atribuições do agente comunitário e do assistente social. Frente a esta problemática, Cunha e Campos (2011) apontam para a necessidade de construir mecanismos que possam valorizar de forma mais equilibrada as diversas categorias profissionais e os diferentes serviços de saúde, haja vista que “o profissional tende a desenvolver um desejo de lidar preferencialmente com problemas para os quais o seu núcleo de conhecimento seja, se não suficiente na intervenção terapêutica, pelo menos protagonista” (*ibid.*, p. 967).

Diante deste debate, pode-se inferir que os núcleos profissionais ocupam lugares de disputa pelo poder de “quem sabe mais” ou de qual saber é mais importante, quando deveriam buscar um lugar de encontro, que possibilitasse a troca de conhecimentos e favorecesse a construção de um novo saber/fazer que fosse compartilhado e tivesse como principal objetivo o atendimento às necessidades do usuário de forma integral. Ratificando esta ideia, Bezerra e Dimenstein (2008) afirmam que o alcance de uma atenção integral, conforme preconizado pelo SUS faz-se possível na medida em que ocorram profundas mudanças nas estruturas de poder estabelecidas, passando-se a instituir uma lógica de trabalho interdisciplinar por meio de uma rede interligada de serviços de saúde.

Outro ponto de conflito identificado diz respeito às expectativas apresentadas pela ESF com relação ao matriciamento. De acordo com o relato dos trabalhadores dos CAPS entrevistados, os profissionais da atenção básica esperam que os técnicos da saúde mental apresentem a solução e as “receitas prontas” para o tratamento do portador de transtorno mental, acarretando frustração e resistência ao entenderem que tal acompanhamento é processual e ancorado na construção de projetos terapêuticos singulares, priorizando a lógica da corresponsabilização e da intersetorialidade. Esses dados corroboram com os resultados encontrados por Delfini *et al.* (2009), quando afirmam que inicialmente as equipes de saúde da família responsabilizavam os profissionais da saúde mental pela solução dos casos discutidos. Tal crença foi desconstruída na medida em que se valorizou o próprio conhecimento por parte daquela equipe, como também houve o entendimento de que era fundamental o somatório dos saberes a fim de potencializar as estratégias de cuidado do usuário.

Ressalta-se que foi possível identificar uma incoerência no discurso dos sujeitos entrevistados ao responder outra questão do roteiro de entrevista. Eles indicaram haver boa receptividade e participação dos profissionais da ESF, como mostram os fragmentos a seguir:

Na outra unidade que eu trabalho [...] a receptividade tem sido boa, eu consegui a adesão de um número pequeno, mas tem sido fiel. (P6).

Especificamente nessas unidades que a gente dá assistência, que eu e a outra colega de trabalho, a psicóloga, dá assistência, nós somos muito bem recebidos na unidade, existe estreitamento das relações. (P8).

Interpretamos que os conflitos no relacionamento parece estar presente em grande parte das equipes e ainda é predominante, porém existem relatos de algumas experiências exitosas de receptividade e de ações de matriciamento em curso. Tratam-se de experiências isoladas, mas que podem ser compartilhadas entre as equipes com objetivo de qualificar e ampliar a proposta de matriciamento da rede de atenção psicossocial.

4.2 Ações de apoio matricial

Nesta seção, estão descritos os dados que possibilitam identificar e caracterizar as ações de apoio matricial que, segundo relato dos trabalhadores dos CAPS, têm sido desenvolvidas no município de Aracaju, a partir dos seguintes eixos: ações assistenciais e ações educativas.

4.2.1 Ações assistenciais

Foram denominadas ações assistenciais os seguintes procedimentos: discussão de caso, visita domiciliar e atendimento conjunto.

De acordo com o relato dos sujeitos entrevistados, a ação realizada com mais frequência por profissionais da equipe dos CAPS é a visita domiciliar, geralmente feita com o agente comunitário de saúde ou o assistente social. Alguns estudos (SOUZA *et al.*, 2007; MIELKE; OLSCHOWSKY, 2010; DELFINI *et al.*, 2009) apontam para este procedimento como atividade realizada com mais constância. Estes autores ratificam a importância desta prática, uma vez que possibilita a efetividade da interação entre as equipes envolvidas, facilitando e potencializando a assistência integral tanto ao usuário quanto à sua família.

Outra ação de apoio matricial referida pelos sujeitos da pesquisa corresponde à discussão de casos. Quanto comparada à visita domiciliar, a discussão de casos figura como ação desenvolvida com menor assiduidade:

As ações hoje se limitam mesmo basicamente naquela questão. A unidade de saúde liga, “olha tem um usuário aqui assim, assim...”, e aí a gente vai lá, discute o caso, faz uma visita com eles. (P2).

[...] A gente, além de discutir os casos, marca visitas em conjunto, seja com o agente de saúde, seja com a assistente social, seja com o técnico que esteja mais próximo como referência do caso. (P7).

Identificou-se ainda uma parceria entre as equipes no que diz respeito à administração de medicamentos psicotrópicos no domicílio do usuário, realizada pelos profissionais da UBS, assim como atendimentos às demandas clínicas apresentadas pelos usuários da saúde mental.

Observa-se que o cuidado continua sendo fragmentado: a equipe da UBS se responsabiliza pelo acompanhamento clínico/medicamentoso, e a equipe do CAPS recebe, discute e acompanha a demanda caracterizada como psíquica e social do sujeito. Segundo Dimenstein *et al.* (2009), essa fragmentação é produzida pela hegemonia do modelo hierarquizado das instituições de saúde, que promovem relações burocráticas entre os serviços, valorizando a transferência de responsabilidades, em detrimento da corresponsabilidade. Logo, percebe-se que as ações não estão voltadas para construção de projetos terapêuticos em conjunto e consequente circulação do portador de transtorno mental em seu território, conforme a dinâmica proposta pelo apoio matricial.

A lógica encontrada nos discursos analisados é de que o usuário seja encaminhado para o CAPS, permaneça lá e, caso ocorra alguma demanda clínica, a UBS seja acessada. A este respeito, Nunes, Jucá e Valentim (2007, p. 2380) fazem a seguinte análise: “Fala-se, então da compartimentalização do cuidado no PSF, tratando as doenças físicas dos pacientes, sem que se ocupem da parte mental”. Conforme afirmado por Campos (1999), ainda predomina nos serviços de saúde um relacionamento pontual e fragmentado entre profissional e usuário, na medida em que os técnicos focalizam os aspectos recortados da trajetória de vida das pessoas sem acompanhá-las ao longo do tempo. Acredita-se que superar a dicotomia mente/corpo seja um dos principais objetivos a ser alcançado pela reorientação do modelo assistencial da saúde, considerando que não há sofrimento físico e psíquico completamente distintos. Há sim um processo de adoecimento resultante da inter-relação de condições ambientais, sociais e mentais.

A realidade retratada em Aracaju assemelha-se em muito com a descrita em relação a outros municípios brasileiros, inclusive àqueles com histórico de organização do matriciamento anterior ao município sergipano, como relatado por Campos *et al.* (2011), no estudo avaliativo sobre a saúde mental na atenção primária do município de Campinas-SP. De acordo com os resultados encontrados por estes autores, ainda existe uma fragmentação da rede de cuidados, causada pela baixa integração entre os dispositivos substitutivos de atenção em saúde mental e a atenção primária, embora a cidade possua boa cobertura de serviços substitutivos.

No conjunto das entrevistas realizadas com trabalhadores dos CAPS de Aracaju não houve referência ao atendimento conjunto, que é um dos eixos preconizados pelo Guia de Matriciamento em Saúde Mental (BRASIL, 2011a). Este documento traz a prática de interconsulta como “principal instrumento do apoio matricial na atenção primária sendo, por definição, uma prática interdisciplinar para a construção do modelo integral do cuidado” (BRASIL, 2011a, p. 25). Dentro deste debate, Nascimento (2007, p. 72), afirma que “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”.

4.2.2 Ações educativas

A respeito das ações educativas, os profissionais entrevistados relataram atividades isoladas desta natureza. Particularmente no contexto do CAPS i/AD, estas ações acontecem de forma rotineira, principalmente pela especificidade do cuidado com a infância e adolescência, como pode ser observado na fala seguinte:

Vamos às unidades de saúde para fazer uma palestra ou até mesmo discussão de casos, mais ou menos orientar como o pessoal vai tratar, como você vai abordar o adolescente [...]. Tem sido muito regular, nós temos apoios matriciais em algumas unidades, quinzenais e mensalmente [...]. Eu já participei de vários encontros com o pessoal da Justiça sobre crianças, adolescentes. (P5).

[...] Você vai fazer um matriciamento. Quando chegar lá, você vai passar as informações e mais ou menos orientar como o pessoal vai tratar, como vai se relacionar, de que maneira vai abordar o adolescente. Então como a gente já tem assim um certo manejo com eles, tem maior facilidade de fazer com que se estabeleça um relacionamento [...]. A gente trabalha com aqueles profissionais que se disponibilizam a fazer o apoio matricial, e vamos às unidades de saúde para fazer uma palestra ou até mesmo uma discussão de caso. (P4).

Os relatos acima demonstram certo grau de conformidade com a prática de apoio matricial, recomendada por Campos e Domitti (2007), quando afirmam que os contatos entre apoiadores e equipe de referência podem acontecer semanalmente, quinzenalmente ou no período de tempo acordado entre as equipes. Estas elegem os problemas de saúde ou os casos a serem discutidos com finalidade de elaborar projetos terapêuticos pertinentes à demanda apresentada.

No primeiro fragmento (P5), chama-nos atenção o trecho em que o entrevistado se refere aos “encontros com o pessoal da Justiça”, porque remete para a possibilidade de uma atuação intersetorial. Esse conceito implica em considerar os determinantes sociais do processo saúde/doença, buscando com isso responder de forma mais ampliada aos problemas e necessidades de saúde, seja no âmbito das causas ou dos resultados (CAMPOS; SOARES, 2003). No caso da infância e adolescência, a necessidade de uma abordagem intersetorial aparece com muito mais força, devido à implicação direta dessa clientela com a instituição escolar, familiar e judicial.

O desenvolvimento de ações educativas em saúde exige um nível de organização e planejamento que não está presente no discurso dos trabalhadores entrevistados dos demais serviços participantes desta pesquisa. Pelo contrário, o que se pode perceber é que as ações são predominantemente assistenciais com foco para a atenção à crise em resposta às demandas urgentes das UBS, conforme ilustrado pelos fragmentos seguintes:

Acredito que a gente precisa planejamento, assim eu vejo. Até às vezes a gente planeja, mas o problema é de que forma a gente vai desenvolver esse planejamento, essas ações. Às vezes dificulta um pouco pela demanda do nosso serviço mesmo. (P3).

[...] Hoje em dia os profissionais procuram pontualmente o CAPS, quando tem alguma demanda que é emergencial. Hoje é meio que apagar incêndio mesmo, é de bombeiro. Eles precisam, *tá* acontecendo alguma coisa, o usuário *tá* em crise, tem alguma situação no território complicada, eles acessam a gente. (P1).

Às vezes a gente não consegue preparar a atividade de apoio matricial da forma que deveria, preparar o encontro, e acaba restringindo apenas a discussão de casos de forma mais superficial por conta dessa dificuldade. Nossa demanda é muito grande, e a gente acaba por vezes priorizando o cuidado direto ao usuário que muitas vezes *tá* aqui precisando da gente. (P11).

De forma geral, depreende-se do discurso dos sujeitos entrevistados a ausência de um padrão mínimo de organização relativo às ações propostas pelos trabalhadores da rede de atenção psicossocial para realizar o apoio matricial, refletindo na diversidade no modo de fazer e na frequência com que é feito. Os profissionais do CAPS i, por exemplo, relatam que atualmente há a assiduidade das reuniões de matriciamento, ocorrendo quinzenalmente ou mensalmente, aludindo ao componente pedagógico das ações. O CAPS Jael consegue implementar uma modalidade de apoio matricial, em que os profissionais das UBS vão até o CAPS a fim de participar de reuniões para o matriciamento. O CAPS David Capistrano conseguiu realizar, embora pontualmente, ações educativas com a população. O CAPD AD parece apresentar grande dificuldade com relação às ações de apoio matricial, devido às peculiaridades de sua clientela, como também pelo fato de ser o único serviço para atender toda a demanda em álcool e outras drogas do município.

4.3 Desafios e facilidades para o desenvolvimento das ações de apoio matricial em saúde mental na atenção básica

Nesta seção, analisa-se o ponto de vista dos profissionais dos CAPS acerca das facilidades e dos desafios para o desenvolvimento das ações de apoio matricial, focalizando os aspectos organizacionais e assistenciais. Esse entendimento faz-se necessário na medida em que a reestruturação do modo de ofertar o cuidado à pessoa com transtorno mental recomenda adotar mudanças tanto na estruturação dos serviços, quanto na forma de prestar assistência ao usuário.

4.3.1 Desafios organizacionais

Analisaram-se as dificuldades percebidas pelos trabalhadores dos CAPS relacionadas à comunicação entre as equipes de saúde mental e de atenção básica, bem como aquelas relativas ao transporte e à definição de tarefas e horário para realizar ações de apoio matricial. Pressupondo-se a possibilidade de enfrentamento das dificuldades percebidas no cotidiano dos serviços, optou-se, na apresentação e discussão dos resultados, em abordá-las como desafios.

Não foram identificados relatos significativos que denotem dificuldade na comunicação entre as equipes. Estas indicam o contato telefônico como principal modalidade de comunicação, conforme demonstram os fragmentos discursivos:

[...] Quando tem um usuário nosso que vem para acolhimento... a gente *tá* buscando fazer isso com mais frequência, ligando para a unidade de saúde, e aí *tá* falando “olha, fulano *tá* aqui, como é que ele *tá* aí?”, e *tá* fazendo os encaminhamentos. Agora a gente *tá* tendo uma aproximação maior das unidades. (P2).

Já tem mais de um ano que eles estão junto com a gente. Eles telefonam, perguntam “fulano de tal *tá* melhor?”. Então nessa unidade eu tenho conseguido maior interação, maior interesse e mais sucesso. (P6).

Essa realidade pode gerar efeitos positivos, desde que a disponibilidade para a comunicação funcione como uma abertura para organizar o fluxo do cuidado compartilhado entre as equipes, de forma a repercutir em outras modalidades de assistência. Vale ressaltar, no entanto, o risco do contato por telefone constituir-se na ferramenta prioritária do acompanhamento dos casos de saúde mental, gerando apenas encaminhamentos e transferências de responsabilidades. Neste sentido, o Guia de Matriciamento em saúde mental reconhece o uso do telefone e de outras tecnologias da comunicação para potencializar a interação entre as equipes de saúde, favorecendo a resolutividade do cuidado com o usuário (BRASIL, 2011a).

A disponibilidade do transporte do CAPS apresenta-se como um desafio mencionado em todas as entrevistas. Percebe-se que não há uma organização de forma a priorizar o transporte para o matriciamento. Soma-se a isto alguns fatores da própria dinâmica de funcionamento cotidiano do CAPS, que impõe a necessidade de deslocamento da equipe no território, a saber: transporte de usuários para demais serviços da rede ou para seus domicílios, visitas domiciliares, compras de materiais para oficinas e grupos terapêuticos, atividades de lazer com usuários, além da demanda administrativa (envio e recebimento de documentos). Em consequência, a atividade de apoio matricial acaba ficando em segundo plano, como ilustrado nos seguintes fragmentos:

A gente tentava fazer esse matriciamento de estar lá discutindo, apresentando casos, falando sobre álcool e outras drogas; mas, devido às dificuldades de transporte do dia a dia mesmo daqui do CAPS, a gente não conseguiu implementar isso. (P2).

O transporte é para servir a todas as funções do CAPS. É um motorista só, e eventualmente o carro quebra, o carro precisa ir na Secretaria, tem que levar fulano de tal para a visita, tem que levar cicrano que *tá* passando mal e tem que ir ao hospital, tem que pegar fulano que *tá* na urgência. Enfim, é uma série de coisas. (P6).

O CAPS tem algumas dificuldades, a gente faz o esquemazinho de visitas mensais, coloca a data que vai ser aquelas visitas e esbarra no transporte, no carro... porque às vezes tem outras coisas que são tidas como prioritárias, e o matriciamento vai sendo deixado para segundo, terceiro e quarto plano, e às vezes vai sendo deixado em função do transporte do nosso serviço mesmo. (P9).

Com relação à definição de tarefas e ao horário para realizar as ações de apoio matricial, observa-se que os entrevistados pontuam dificuldades na organização interna dos CAPS, no entanto, enfatizam as dificuldades encontradas nas UBS. Este dado empírico pode ser interpretado como indicativo de pouca reflexão crítica sobre a própria dinâmica de trabalho pelos profissionais dos CAPS. Os achados de Figueiredo e Campos (2009) convergem com esses dados, uma vez que as narrativas do grupo de profissionais da saúde mental denotam a tendência de transferir para as equipes de referência as responsabilidades pelas dificuldades de realizar o apoio matricial, demonstrando pouco conhecimento sobre sua própria dificuldade de compreender a proposta, assumir o papel de apoiadores e compartilhar seu saber.

Tem duas unidades que já tem um tempo longo que não se consegue fazer o apoio matricial porque não chega profissional para fazer. E os que têm, têm tantas atribuições que não conseguem mais abarcar aquela outra função. (P6).

Acontecem alguns desencontros de a gente chegar, ter marcado uma reunião para aquele dia, e aí quando chega naquele dia, não é possível, e a gente tem que remarcar. Alguns até esquecem também que foi marcado, aí você sai naquele compromisso, quando chega lá, o pessoal não está lá para lhe receber. (P4).

Às vezes, a unidade não é articulada para poder receber os profissionais, também às vezes não *tava* agendado, os profissionais às vezes esqueciam, e a gente ficava um pouco à mercê, até porque a gente já tem nossas atividades aqui no CAPS, não dá também para *tá* saindo para uma coisa mais estruturada e, quando chega lá, não existe uma atenção. (P8).

[...] Primeiro é a gente não levar a sério o apoio matricial. Qualquer dificuldade que aconteça era motivo de cancelar ou de diminuir o número de pessoas que iam para esse matriciamento. (P5).

A gente imagina que *tá* fazendo o melhor, mas dizer honestamente que acho que faço o matriciamento da forma como ele foi pensado, como de fato ele deve ser feito, eu acredito que a gente não faz, ainda não. (P11).

A partir dos dados, depreende-se que os trabalhadores dos CAPS conseguem superar os obstáculos encontrados neste serviço e esbarram na falta de organização e planejamento das equipes da atenção primária para recebê-los. Neste sentido, identificaram-se alguns relatos referentes à tentativa inicial de organização mais sistemática das ações que foram abortadas por conta da não adesão dos técnicos das UBS, que percebem tal atividade como um somatório de atribuições, que chega como um peso, como “algo mais”, uma sobrecarga de atividades em suas agendas de trabalho. Alguns autores relatam que as justificativas de excesso de trabalho podem ser utilizadas para racionalizar as resistências apresentadas pelos profissionais em lidar com pessoas com transtornos mentais e o sofrimento psíquico delas (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007; ANDRADE, 2007; DIMENSTEIN *et al.*, 2009). Os fragmentos que seguem, ilustram este ponto:

Eles acham que é mais uma atribuição tão fadada, tão preenchida agenda que eles consideram das atribuições do programa de saúde da família, [...] acham que estão perdendo tempo. (P6).

[...] Também a unidade por vezes desmarca o apoio, a gente tá tudo organizado para ir para fazer o apoio e de repente ligam da unidade dizendo

que não vai dar, quando ligam... e em outros momentos eles não ligam... a gente consegue ir, supera essa dificuldade do transporte, quando chega lá, não tem ninguém para nos receber, acontece isso. (P9).

A gente procurava a unidade, e a unidade não tinha agenda pra gente. Enfim acabou que, hoje em dia, os profissionais procuram pontualmente o CAPS, quando tem alguma demanda que é emergencial. (P1).

Este último fragmento (P1) nos leva a pensar que a ausência de ações planejadas e sistemáticas, em parceria com a atenção básica, motiva a ocorrência de solicitações em caráter emergencial, confirmando a necessidade de implantar ações voltadas para o acompanhamento contínuo e de responsabilidade compartilhada, atendendo à lógica preconizada pelo apoio matricial e pela ESF.

Outra questão levantada pelos trabalhadores dos CAPS entrevistados diz respeito à dificuldade de reunir um número significativo de profissionais da atenção básica para a organização e desenvolvimento das ações de apoio matricial:

A dificuldade que eu percebo onde eu faço matriciamento é de compor a equipe de forma múltipla para a discussão dos casos. Quando há o dia ou o momento do encontro de matriciamento parece que as pessoas não estavam aguardando o encontro, parece que as pessoas não se programaram. (P7).

É mais objetivamente isso, essa dificuldade de conseguir juntar toda equipe. Quando a gente vai fazer o apoio matricial, tem duas, três, quatro pessoas, mesmo a gente avisando que vai. (P9).

Os fragmentos discursivos expostos acima possibilitam inferir que ainda não há entendimento entre profissionais da rede de atenção básica quanto à importância do trabalho interdisciplinar na saúde. Além disso, entende-se que o debate sobre saúde mental não faz parte das atividades rotineiras da atenção básica. Segundo Oliveira e Dorneles (2005), a interdisciplinaridade faz parte de “um discurso politicamente correto”, sendo bem aceito em nível intelectual, porém não tem se concretizado efetivamente, na prática dos serviços, pois depende da aceitação e do desejo dos profissionais e não somente da imposição.

Este impasse entre teoria e prática acarreta prejuízos significativos no âmbito da saúde mental, tendo em vista que, nesse nível de atenção, é imprescindível integrar várias

profissões. Considera-se necessário compreender que o acompanhamento conjunto dos casos de saúde mental entre as duas equipes facilitaria e potencializaria o cuidado, e não o contrário. Delfini *et al.* (2009) afirmam que a corresponsabilização entre as equipes tem por objetivo potencializar a resolutividade dos problemas de saúde, na medida em que as equipes de referência aumentam sua capacidade de responder as demandas mais complexas da população adscrita.

4.3.2 Desafios assistenciais

Foram caracterizadas como desafios assistenciais as dificuldades percebidas pelos sujeitos da pesquisa quanto à identificação, ao diagnóstico e à condução dos casos da saúde mental nas unidades de atenção básica.

De acordo com o ponto de vista dos trabalhadores entrevistados dos CAPS, a ESF apresenta algumas limitações relacionadas ao cuidado e ao acompanhamento dos usuários com transtorno mental. Esta percepção encontra-se respaldada pelos seguintes fatores:

A) Elevado número de encaminhamentos equivocados. Ou seja, qualquer demanda de saúde mental que chegue à unidade de atenção básica é referenciada para o CAPS, evidenciando ausência ou fragilidade no acolhimento dos usuários, já que existem ambulatorios para acolher a demanda de casos moderados de saúde mental, e a própria UBS pode se responsabilizar pelos casos mais leves. Neste sentido, o matriciamento permitiria, conforme enunciam Bezerra e Dimenstein (2008, p. 635), “diferenciar os casos que realmente precisam ser atendidos nos serviços especializados e os que podem ser acompanhados pelo PSF, ou pelo menos ser acolhidos momentaneamente por esses profissionais”. O apoio matricial pretende também superar a prática de encaminhamentos descompromissada com a adequada avaliação das necessidades de cuidado do usuário, à medida que a equipe de referência assume a responsabilidade principal por conduzir o caso, compartilhando a execução de projetos terapêuticos com os apoiadores matriciais (CAMPOS, 1999). Ademais a prática de encaminhamento pode ser reflexo da ausência de articulação entre os serviços da rede, evidenciando certo grau de fragilidade na integralidade e resolutividade do sistema de atenção (DIMENSTEIN; GALVÃO; SEVERO, 2009).

B) Resistência das equipes de saúde da família até mesmo em cuidar de demandas de ordem clínica por se tratar dos usuários da saúde mental, principalmente dependentes químicos. Essa cultura praticada pelos profissionais de saúde, caracterizada pela discriminação, negligência e indiferença, configura, segundo Nunes e Torrenté (2009), uma violência institucional. Percebe-se que os profissionais continuam reproduzindo os estigmas relacionados à pessoa com transtorno mental que geralmente é percebido como um “perigoso em potencial”, prejudicando o contato entre profissional/usuário e conseqüentemente limitando a principal forma de intervenção da abordagem psicossocial — o vínculo. Através deste, firma-se um compromisso, envolvendo respeito, confiança e responsabilidade mútua.

C) A permanência de uma visão manicomial alimentada pela equipe de saúde da família, que ainda busca o internamento e a institucionalização como alternativa para dar suporte à crise. Esta circunstância evidencia a falta de instrumentalização e informação da equipe da atenção básica para lidar com as demandas de ordem psicossociais. Estas constatações também foram feitas por Bezerra e Dimenstein (2008) ao investigar a implantação do apoio matricial no município de Natal. Neste caso, a desqualificação dos profissionais para o manejo com as demandas psíquicas constitui-se como dificuldade para concretizar a referida proposta. Segundo Nunes, Jucá e Valentim (2007), a prática da clínica em saúde mental, apresenta-se como um dos principais desafios para as equipes da ESF, uma vez que se faz necessária uma sensibilização específica dos profissionais, a fim de que possam afinar-se com o universo da saúde mental. Para que esta afinidade aconteça, faz-se necessário, por vezes, romper com as práticas clínicas tradicionais, que tendem a individualizar e centralizar o sujeito e construir novas modalidades de intervenção que promovam a criatividade do indivíduo, tornando-o capaz de ampliar sua interação social e ordenar sua prática psíquica (BEZERRA, 1996). Complementando esta ideia, Delfini *et al.* (2009) apresentam como desafio capacitar as equipes de atenção básica para que possam atuar no campo da saúde mental, ofertando novas possibilidades de cuidado que permitam não recorrer às velhas estruturas.

Desinstitucionalizar não tem fim, não tem modelo ideal, precisa ser inventado incessantemente. Trata-se de um exercício cotidiano de reflexões e crítica sobre os valores estabelecidos como naturais ou verdadeiros, que diminuem a vida e reproduzem a sociedade na qual estamos inseridos. (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2005, p. 63).

D) Tendência a patologizar todo e qualquer sofrimento. Esta ideia ratifica a visão biologicista do indivíduo, desconsiderando os fatores socioeconômicos como determinantes do processo de adoecimento, além de reforçar o paradigma de doença/cura, priorizando o aspecto medicamentoso do tratamento, em detrimento de uma abordagem interdisciplinar. Acerca desta problemática, Breda e Augusto (2001) pressupõem que há uma dicotomia entre o modelo biomédico e o modelo popular de atenção na ESF, sendo que o primeiro ainda apresenta-se como hegemônico, apesar do referido programa se constituir numa nova proposta de reorganização de atenção à saúde.

Esta realidade pode ser justificada, em parte, pela formação acadêmica dos profissionais de saúde, que direcionam seu olhar para a doença. Diante dos dados analisados no presente estudo, concorda-se com Rodrigues e Figueiredo (2003, p. 119) quando afirmam que “as pessoas foram graduadas para uma realidade altamente tecnológica, com enfoque na individualidade e na ação curativa, centralizada na doença em si, marginalizando assim as questões sociais e os demais fatores determinantes da vida”.

Outro ponto importante diz respeito ao histórico do cuidado em saúde mental que sempre foi orientado pelo saber médico psiquiátrico, instituído como única possibilidade de tratamento, considerando como aspecto central a doença e sua sintomatologia, negando ao sujeito a sua condição de existir (MIELKE *et al.*, 2011). Não se pretende com isso negar a importância da doença para a vida do sujeito, gerando assim desassistência ou negligenciado o cuidado. Defende-se sim uma postura guiada por uma visão mais ampliada e humanizada, que possibilite perceber o usuário para além das queixas, não o reduzindo a um mero diagnóstico. Mais uma vez, percebe-se a necessidade da abordagem pedagógica com os profissionais, em que seja ofertado um espaço de debate acerca das novas possibilidades de cuidado em saúde mental. Este espaço pode ser proporcionado pelo suporte técnico-pedagógico do apoio matricial, que visa a construir projetos terapêuticos compartilhados entre os especialistas e a equipe de referência, com objetivo de ampliar a oferta de cuidados (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Admite-se necessário superar as intervenções puramente clínicas e construir uma nova prática que tenha como foco o sujeito e suas relações com os distintos aspectos da vida, considerando que os problemas e as necessidades de saúde são também decorrentes do modo de inserção dos grupos na reprodução social (CAMPOS; SOARES, 2003).

E) Direcionamento das ações de saúde mental para os profissionais de serviço social, devido à falta de interesse, resistência e pequena implicação das demais categorias profissionais com esta demanda. Esta prática precisa ser contestada, considerando-se que grande parte das necessidades de saúde apresentadas pela população não pode ser satisfeita por apenas um especialista, requerendo um conjunto de intervenções que mobilizem recursos institucionais, comunitários ou individuais, materiais e subjetivos. Estes precisam ser articulados na construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), pactuados com os usuários e sua respectiva rede social (CAMPOS; NASCIMENTO, 2009).

4.3.3 Facilidades organizacionais e assistenciais

A análise dos dados permitiu identificar como facilidades organizacionais apenas aqueles aspectos relacionados à comunicação entre as equipes, à disponibilidade dos trabalhadores dos CAPS para realizar o apoio matricial e à disponibilidade das equipes de saúde da família em cooperar com as ações de apoio matricial. O discurso dos entrevistados revela a ausência de obstáculos para a comunicação entre os profissionais dos serviços de saúde mental e de atenção básica. Indicam também que os contatos podem ocorrer de forma livre e diária, independente das reuniões de apoio matricial. É interessante observar que há condução positiva do contato, porém esta facilidade referida de comunicação entre as equipes não tem sido aproveitada para gerar um ganho efetivo e resolutivo no que se refere ao aprofundamento do debate em torno da desinstitucionalização e ressocialização do usuário com sofrimento psíquico. Portanto essa comunicação, percebida pelos profissionais entrevistados como positiva, acaba se tornando superficial, na medida em que o contato parece encerrar-se em mais uma modalidade de encaminhamento e/ou de referência e contra-referência.

A análise dos dados revela de forma significativa que há disponibilidade por parte dos profissionais dos CAPS para realizar o apoio matricial. Nota-se ainda que estes profissionais também percebem a receptividade de alguns poucos trabalhadores das equipes de saúde da família, como facilidade para desenvolver ações de matriciamento. Acredita-se na

legitimidade dessa condição referida pelos trabalhadores, tendo em vista que o acompanhamento compartilhado pressupõe uma relação dialógica, o que torna indispensável a atitude recíproca de receptividade.

Eu acho que a principal facilidade é a disponibilidade dos técnicos principalmente dos técnicos daqui do CAPS AD. (P2).

A facilidade é a boa vontade do pessoal do CAPS de fazer esse trabalho, a nossa disposição de fazer esse apoio [...]. Existe essa boa vontade da nossa parte. (P10).

Eu gosto muito desse tipo de trabalho de ter contato com as pessoas, de sair do meu local estável para ir para um local novo [...] para ouvir o outro. (P5).

Então facilidade é assim [...], é um trabalho que é gratificante quando flui, quando a troca tem se dado, quando é baseado nas relações de amizade, quando a gente consegue perceber a adesão do mínimo que participe. (P6).

[...] Outra facilidade é que o CAPS não somente vai até lá, eles também vêm até aqui. Não é costumeiro, mas eles também não se opõem a *tá* vindo aqui no CAPS discutir um caso, encaminhar um caso, até mesmo sentar junto para fazer relatório. (P7).

[...] facilitado no momento que a gente foi, a gente sentiu que a equipe tem uma disposição para *tá* ali. (P8).

Facilidades [...] quando a equipe da unidade *tá* disponível, são casos raros, [...] quando tem uma equipe [de atenção básica] disposta a fazer o apoio que consegue entender a importância do apoio matricial [...] acontece muito bem, desenvolve muito bem e tem efeitos benéficos, tanto para a comunidade, para a equipe deles lá, da unidade, como para nós daqui do CAPS. (P9).

Ressalta-se que, entre as facilidades percebidas pelos trabalhadores dos CAPS entrevistados, houve referência ao apoio institucional, como também à cooperação dos gerentes dos serviços, na busca por implantar o matriciamento em saúde mental no município de Aracaju. Este é um fator importante, visto que as mudanças no processo de trabalho envolvem necessariamente posicionamentos e decisões a nível gerencial.

A primeira facilidade é que a gerente é muito disponível, faz de tudo para *tá* agregando, somando à equipe para que fique o mais múltipla possível, para a

discussão dos casos e encaminhamentos, abre caminhos acessando o CAPS, participando das reuniões de gerente. (P7).

Eu acho que, de certa forma, o apoio institucional... a gente percebe que essa ligação entre as equipes é estimulada pela Secretaria de Saúde, isso se torna uma facilidade [...]. Articular as ações, se articular com as outras equipes nos fortalece [...]. A gente tem essa facilidade de encontrar essa receptividade para dentro da gestão da Secretaria. (P1).

[...] A rede tem essa coisa muito clara que é da importância do matriciamento. Até nos cobram, na verdade; então, de algum modo, isso acaba sendo facilitado, porque inclusive também já houve ocasiões que já bancaram essa discussão junto às unidades básicas que a gente estava com dificuldade de acesso, onde havia uma certa resistência. Eles tentaram por meio da gestão fazer essa conversa junto à unidade básica, então assim a facilidade que eu consigo identificar é essa disposição para que a gente faça. (P11).

No que tange ao apoio da gestão municipal ao matriciamento em saúde mental, identificou-se certa ambivalência no discurso de um dos sujeitos entrevistados. Ele identifica como facilitador o apoio da gestão, mas, logo em seguida, faz uso do termo “cobrança”, complementando ao final do seu relato que não há uma contrapartida com a oferta devida de condições para que o apoio matricial aconteça. Neste sentido, os desafios para o desenvolvimento das ações de apoio matricial são mais uma vez retomados, como pode ser percebido no seguinte fragmento discursivo:

[...] mas ao mesmo tempo que é facilidade, acaba que, para nós, na prática, a gente não consegue fazer isso de forma tranquila, porque não tem condições práticas de acontecer muitas vezes. (P11).

Quanto às facilidades assistenciais, não houve relatos significativos, embora seja possível observar que os profissionais das equipes de saúde da família identificam os casos de saúde mental. Este aspecto pode ser percebido, na medida em que solicitam visita domiciliar, realizam contato telefônico para discussão de casos e fazem encaminhamentos para os CAPS, conforme já foi exposto ao longo do texto. Dessa forma, interpretamos que há o reconhecimento, por parte dos trabalhadores da atenção básica, dos sintomas que caracterizam o sofrimento psíquico, embora não disponham de habilidade técnica, tanto para diferenciar o nível de complexidade da demanda (leve, moderado, grave), quanto para ofertar o cuidado

necessário na própria Unidade de Saúde da Família. Estes fatores acabam gerando o elevado número de encaminhamentos e as solicitações por intervenções de urgência.

Os resultados apresentados evidenciam, em linhas gerais, que já existem algumas iniciativas de desenvolvimento das ações de apoio matricial em saúde mental na atenção básica do município de Aracaju. No entanto, os trabalhadores dos CAPS percebem que há muitos desafios a serem superados, particularmente no que diz respeito à aceitação dessa metodologia por parte das equipes da ESF, que demonstram ainda não ter habilidade e conhecimento suficientes para lidar com o sofrimento psíquico.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As discussões levantadas ao longo desse estudo foram norteadas pelo conceito de reforma, que traz em seu significado o sentido de mudança, de alteração, de reconstrução. Entendemos que todo ato de reformar implica também em modificar, em corrigir, em construir uma nova forma a partir do que se tinha antes ou de destruir uma estrutura para construir outra completamente oposta.

Nesse caminho, em busca de obter uma melhor forma de prestar o cuidado em saúde mental, de reconstruir o modelo de atenção psiquiátrica, situa-se o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Este traz como principais diretrizes o rompimento, a quebra de antigos paradigmas e a proposta de construção e/ou reorientação de um modelo de cuidado, que depende não somente da criação de novos equipamentos e dispositivos tecnológicos, mas requer principalmente transformações ideológicas e culturais. Foram elementos desta natureza que precipitaram nos trabalhadores das instituições asilares o sentimento de inconformismo e militância, levando-os a lutar em defesa da ética e da dignidade humana. Esta mobilização, motivada primordialmente pelos profissionais que atuavam na assistência à saúde mental — ou, poderíamos dizer, na “assistência à doença mental” —, atinge dimensões sociais e políticas que lhe garantem legitimidade para respaldar transformações significativas a nível nacional, no campo da saúde.

A loucura, campo restrito e impenetrável do saber psiquiátrico — anteriormente excluída do convívio social, de preferência entre muros de construções fortes, para se garantir o isolamento —, passa a se confundir com a tão idealizada normalidade. Dessa forma, os equipamentos físicos, como manicômios e hospitais psiquiátricos, são reformados ou destruídos, causando com isso uma série de questionamentos, de receios, de resistência, provocados por fatores de ordem moral, social, econômica e cultural. Porém, tais impasses não impedem a continuidade da “luta antimanicomial”, e as transformações de fato ocorrem, alcançando a realidade que temos atualmente de uma rede de serviços substitutivos para atenção psicossocial e do imperativo de qualificar o cuidado tirando o foco do diagnóstico e ampliando para o sujeito e suas relações. Agora já compreendemos que se deve cuidar dos

transtornos mentais fora dos hospitais, e isto não significa dizer que a patologia seja negada, mas sim que ela passa a ocupar um lugar secundário na vida das pessoas.

Então pressupomos que a “Reforma” aconteceu, ou melhor, está em andamento, já que ainda temos muitas “paredes” a quebrar, novos espaços a construir e muitos obstáculos a enfrentar. Talvez agora os mais desafiantes, porque são aqueles que se encontram no âmbito da subjetividade, da ética, dos desejos, das relações. E, mais uma vez, citando Alverga e Dimenstein (2005, p. 63), concordamos com assertiva de que “não é só criar equipamentos, equipes, serviços, mas desenvolver outras práticas culturais, outras formas de sentir, de viver, de amar, onde a loucura deixe de ser exterior a nós e possa ser sentida como própria à vida”.

Estas palavras dos autores nos remetem “a outras formas...”, ou seja, novamente o sentido de *reformar*, nos convidando a refletir sobre novos modos de agir, de organizar, de operacionalizar o cuidado em saúde mental. Nesse contexto reformista, trazemos o tema central da presente investigação, que se constitui em uma nova metodologia de trabalho, denominada apoio matricial, que visa atender às atuais demandas dos serviços de saúde, decorrentes dos vários processos de mudança, sejam elas gerenciais ou assistenciais.

O apoio matricial não foi formulado especificamente para a saúde mental. A finalidade dessa metodologia é articular o saber/fazer de uma ou mais especialidades, com o cuidado em atenção primária. No entanto, no âmbito da saúde mental, essa tecnologia assume magnitude, na medida em que possibilita que as discussões acerca da loucura superem os limites pedagógicos e assistenciais e ganhem contornos ideológicos, históricos e culturais. Opera-se no sentido de sair de um espaço reservado, dito protegido, porém ainda excludente. Corremos sim o risco de novamente reforçarmos o estigma e promovermos a exclusão.

Faz-se necessário prosseguir com o movimento de mudança, de ampliação da clínica, de conquista de novos espaços. É preciso que o debate sobre saúde mental transponha os limites dos espaços tradicionalmente reservados a ela, quer sejam hospitais, ambulatórios ou CAPS, e seja expandida para as demais instituições de saúde, de educação, de assistência social, enfim para o território habitado pelos sujeitos. Percebe-se que as ações do matriciamento em saúde mental são ancoradas nestas diretrizes descentralizadoras e sustentadas pela construção cotidiana de novas relações, sejam elas entre os profissionais, entre estes e os usuários ou entre as equipes.

Assim, chegamos ao ponto fundamental do nosso estudo: as percepções dos trabalhadores da saúde mental do município de Aracaju-SE acerca do desenvolvimento do matriciamento. Julgamos importante investigar esse assunto, considerando que o impulso inicial para a Reforma Psiquiátrica Brasileira foi dado pelos trabalhadores da saúde mental e que os CAPS ocupam lugar estratégico na rede de atenção psicossocial, com expectativa de que suas equipes organizem e desenvolvam as ações do apoio matricial.

O município de Aracaju apresenta boa cobertura e diversidade de serviços de saúde mental. No entanto, compreendemos que nosso discurso não pode ser fundamentado apenas em dados objetivos, quantitativos, pois estes de fato são facilmente comprováveis. Precisamos trazer a prática da escuta qualificada também para ouvir as impressões de quem executa o cuidado em saúde mental em seu cotidiano e, já que estamos falando de saúde mental, nos permitimos trazer uma dose de subjetividade, de crença, de percepção.

Dessa forma, considerando-se a percepção dos trabalhadores dos CAPS de Aracaju sobre o apoio matricial, os resultados revelaram que ações estão em andamento, porém em passos muito lentos. Percebeu-se que o próprio conceito de apoio matricial ainda não está claro entre os profissionais da saúde de uma forma geral, gerando desinteresse por parte destes e, por conseguinte, um comportamento de resistência e não adesão às ações propostas. Estas, quando acontecem, assumem um caráter puramente assistencial, pautadas no tradicional modelo biologicista da doença/cura, havendo uma rígida divisão da equipe que cuida do físico e daquela que se ocupa do psíquico.

Ressalta-se que, embora não haja planejamento interno dos profissionais dos CAPS para realizar ações de matriciamento, parece haver a disponibilidade desta equipe para este trabalho. No entanto, esta esbarra frequentemente na falta de receptividade da equipe de saúde da família, que ainda carrega em sua forma de lidar com a loucura a herança de uma visão estigmatizante e preconceituosa. E, como já foi referido anteriormente, não podemos separar por completo nossas práticas daquilo que pensamos e sentimos.

Percebeu-se que a indisponibilidade, por parte das equipes de atenção primária em saúde com relação ao matriciamento, encontra-se fortemente justificada pela falta de habilidade teórica e prática. Este achado nos permite inferir que, em parte, as dificuldades apresentadas assumem caráter transitório, tendo em vista que, nos discursos, foi referido

quase de forma unânime a necessidade de educação permanente para o cuidado em saúde mental. Esta constatação empírica nos leva a pensar e a acreditar na potencialidade transformadora dos processos educativos para a continuidade e consolidação do movimento de Reforma. A reorientação de um modelo de cuidado em saúde e a adoção de novos *arranjos organizacionais*, a exemplo do apoio matricial, não pode prescindir de mudanças, de reformulações, de transformações. Evidencia-se, dessa forma, a necessidade premente de investimentos no âmbito da Educação Permanente na Saúde.

Outro ponto importante a ser considerado é a interdisciplinaridade. Os resultados desta pesquisa mostraram que essa lógica de funcionamento ainda não foi alcançada, quando se trata do cuidado compartilhado entre a equipe de saúde mental e a equipe de atenção primária. Pelo contrário, o que se percebe, de uma maneira geral, é um fluxo regulado pela prática de encaminhamentos e não de corresponsabilização. Ressaltando-se principalmente a não adesão dos profissionais médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família, que acabam redirecionando a demanda de saúde mental para categorias profissionais específicas, a exemplo do Assistente Social e do Agente Comunitário de Saúde.

Percebe-se então como um dos principais desafios para o apoio matricial em saúde mental no município de Aracaju a promoção de mudanças na forma com que os profissionais, sobretudo aqueles que atuam na atenção primária, concebem o sofrimento psíquico. Esta mudança constitui-se, talvez, na via mais importante para as transformações das práticas.

Com relação à percepção dos trabalhadores acerca das facilidades para o desenvolvimento do matriciamento, referiu-se positivamente à comunicação e ao apoio institucional para implementar essa tecnologia de cuidado. Concordamos com a importância da comunicação para o novo modelo de cuidado em saúde, alicerçado em práticas e relações dialógicas, mas chamamos atenção para o risco de nos acomodarmos em meros contatos, realizados apenas com o intuito de transferir ou dividir responsabilidades. Precisamos, enquanto equipes de saúde comunicarmos-nos para que haja trocas de saberes e construção conjunta de novas perspectivas de saúde e de vida. Com relação à segunda facilidade, o apoio institucional, também não discordamos de seu valor, porém acreditamos que ele precisa acontecer de forma paralela a uma oferta de suporte tanto a nível estrutural, quanto a nível pedagógico.

É interessante atentar também para o fato de não haver entre os CAPS o mínimo de uniformidade nas ações caracterizadas de apoio matricial. Cada serviço operacionaliza de maneira distinta e, mesmo dentro dos próprios serviços, os profissionais percebem o modo de funcionar do matriciamento de maneira diversificada. Este dado permite-nos inferir que não há um debate amadurecido acerca da temática, nem mesmo entre as equipes matriciadoras.

Em linhas gerais, os resultados do estudo mostraram que ainda se faz necessário superar grandes desafios para implementar o apoio matricial em saúde mental no município de Aracaju. Parte desses desafios foram reconhecidos e associados ao funcionamento interno dos CAPS, porém a grande maioria das dificuldades percebidas pelos trabalhadores destes serviços foi atribuída às Unidades de Saúde da Família e suas equipes, onde predominam o receio, a indiferença e o desconhecimento com relação ao manejo do sofrimento psíquico. Estes desafios acabam afastando a pessoa com transtorno mental do seu próprio território, o que se contrapõe aos princípios da Reforma Psiquiátrica, na medida em que este movimento traz no escopo de suas diretrizes a desinstitucionalização e consequente reabilitação psicossocial dos sujeitos.

A despeito destes resultados, reconhecemos as limitações desse estudo, uma vez que contemplou apenas o ponto de vista dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial. Neste movimento, sugere-se o desenvolvimento de outras pesquisas subsequentes que aprofundem a compreensão do fenômeno pesquisado, tendo como foco tanto a percepção dos trabalhadores da atenção básica, quanto a perspectiva dos usuários que são os sujeitos alvo do matriciamento. Para tanto, recomenda-se a adoção de um delineamento metodológico que inclua um período de observação sistemática das ações de matriciamento de forma que os resultados possibilitem o confronto do discurso dos trabalhadores e dos usuários com a prática efetivamente desenvolvida.

Salienta-se contudo que a realidade acerca da implantação do apoio matricial a nível local, percebida pelos participantes da pesquisa, mantém semelhança com o cenário nacional. Afirmção esta fundamentada em uma vasta revisão de literatura que relata a experiência do matriciamento em saúde mental, em outros municípios brasileiros, inclusive naqueles considerados como ‘berços’ da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Desta forma, com o intuito de concluir este trabalho, nos remetemos ao início deste texto, e chamamos atenção para a necessidade de dar continuidade à reorientação do modelo de cuidado da pessoa com sofrimento psíquico. No entanto, para que ocorra esse prosseguimento é preciso lançar mão de novas tecnologias, a exemplo do apoio matricial, com vistas à superação tanto da visão excludente e organicista dos profissionais da Atenção Primária, quanto à inércia encontrada no atual modelo, denominado substitutivo, da atenção em saúde mental. Acreditamos que os CAPS precisam ser utilizados como “locais de passagem”, a caminho do território; caso contrário, temos grandes chances de finalizar nossa Reforma com a construção de novos serviços, porém com a permanência de práticas tutelares e institucionalizantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVERGA, A. R. de.; DIMENSTEIN, M. D. B. A loucura interrompida nas malhas da subjetividade. *In.*: AMARANTE, P. D. C. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau, 2005.

ALVES, C. F. de O.; RIBAS, V. R.; ALVES, E. V. R. *et al.* Uma Breve História da Reforma Psiquiátrica. **Neurobiologia**, Recife, v. 1, n. 72, pp. 85-96, jan./mar., 2009.

ANDRADE, J. M. P. de.; O risco como potencialidade no trabalho com saúde mental. *In.*: MERHY, E.E.; AMARAL, H.(orgs.) A Reforma Psiquiátrica no cotidiano II. São Paulo: Hucitec, 2007.

AMARANTE, P. D. C. (coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

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

ARACAJU. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão**, 2001.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão**, 2002.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão**, 2010.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **SIMIS – Sistema de Informações Municipais**, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

BASAGLIA, F. **Escritos Seleccionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. Organizador: Paulo Amarante. Trad. Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BAUER, M. W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. *In*: Bauer, Martin W. ; Gaskell, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Um manual prático. Tradução: Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, cap. 3, pp. 64-89, 2002.

BEZERRA, B. A clínica e a reabilitação psicossocial. *In*: Pitta, Ana M. F. (org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

BEZERRA, E. N. R.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o Apoio Matricial na Atenção Básica. **Psicologia Ciência e Profissão**, 28(3), pp. 632-645, 2008.

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 (2): 456-468, fev. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Saúde mental na atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 27, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Dulce Helena Chiaverini (org.). Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 236 p., 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental, 1990-2004**. Brasília; 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: equipe de referência e apoio matricial**. Brasília, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 8. Ano VI, nº 8. **Informativo eletrônico**. Brasília, jan. de 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem.** Brasília, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil.** Brasília, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília. Séries Pactos pela Saúde, v. 4, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção.** Relatório de Gestão 2003 – 2006. Brasília, jan. de 2007, 85 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília, 2004d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Séries Pactos pela Saúde, v. 9, Brasília, 2009b.

_____. Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial da República do Brasil**, Poder Executivo. Brasília, DF, 27 de janeiro de 2008.

_____. Portaria GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II, CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. **Diário Oficial da República do Brasil**, Poder Executivo. Brasília, DF, 19 de fev. de 2002.

_____. Portaria GM nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da República do Brasil**, Poder Executivo. Brasília, DF, 28 de mar. de 2006b.

_____. Portaria nº 88, de 21 de julho de 1993. Estabelece critérios explícitos para um adequado processo de credenciamento dos hospitais em psiquiatria III e IV. **Diário Oficial da República do Brasil**, Poder Executivo. Brasília, DF, 23 de jul. de 1993.

_____. Portaria nº 145, de 25 de agosto de 1994. Dispõe sobre a criação de um subsistema de supervisão, avaliação e controle da assistência em saúde mental, com o objetivo de acompanhar e avaliar, junto aos estabelecimentos prestadores de serviços no SUS, a correta aplicação das normas em vigor. **Diário Oficial da República do Brasil**, Poder Executivo. Brasília, DF, 26 de ago. de 1994.

_____. Portaria nº 147 de 25 de agosto de 1994. Dispõe sobre a exigência da exposição objetiva do projeto terapêutico da instituição psiquiátrica, de uma forma suscetível de confronto com a realidade institucional no momento da supervisão técnica. **Diário Oficial da República do Brasil**, Poder Executivo. Brasília, DF, 26 de ago. de 1994.

_____. Portaria nº 189, de 19 de novembro de 1991. Dispõe sobre a compatibilidade dos procedimentos das ações em saúde mental com o modelo assistencial proposto. **Diário Oficial da República do Brasil**, Poder Executivo. Brasília, DF, 19 de nov. de 1991.

_____. Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Dispõe sobre as normas e diretrizes para os atendimentos hospitalares e extra-hospitalares e regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental. **Diário Oficial da República do Brasil**, Poder Executivo. Brasília, DF, 30 de jan. de 1992.

_____. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da República do Brasil**, Poder Executivo. Brasília, DF, 24 de out. de 2011c.

_____. Portaria nº 2.843, de 20 de setembro de 2010. Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, os núcleos de Apoio à Saúde da Família – Modalidade 3 – NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas. **Diário Oficial da República do Brasil**, Poder Executivo. Brasília, DF, 21 de set. de 2010b.

_____. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da República do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 dez. 2011d.

_____. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 de dez de 2010c.

BREDA, M. Z.; AUGUSTO, L. G. S.. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 6 (2): pp. 471-480, 2001.

CAMPOS, C. M. S.; SOARES, C. B. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. **Ciência e Saúde Coletiva**, 8 (2): pp. 621-628, 2003.

CAMPOS, F. C. B.; NASCIMENTO, S. P. S. O Apoio Matricial: reciclando a saúde mental na atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, 14 (supl. 1): pp. 1483-1492, 2009.

CAMPOS, G. W. S. (org.). Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, pp 393-403, 1999.

_____. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, Rio de Janeiro, 2000.

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

CAMPOS, R. O. *et al.* Saúde mental na atenção primária à saúde :estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, 16 (12): pp. 463-4652, 2011.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso vesus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Out-Dez;15(4):679-84,2006.

CARNEIRO, A. da Cunha *et al.* Saúde mental e atenção primária: uma experiência com agentes comunitários de saúde em Salvador-BA. **RBPS**, Fortaleza, 22 (4): pp. 274-271, out./dez.,2009.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e Atenção Primária em saúde. **Saúde Social**. São Paulo, v. 20, n. 4, pp. 961-970, 2011.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. *In*: MINAYO, M. C.; DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2002.

DELFINI, P. S. S. *et al.* Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciência e Saúde Coletiva**, 14 (Supl.1): pp.1483-1492, 2009.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. – Rio de Janeiro. Fiocruz, 1999. 167 p.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de psicologia da UNESP**, 6 (1), 2007.

DIMENSTEIN, M. *et al.* O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde Social**. São Paulo, v. 18, n. 1, pp. 63-74, 2009.

DIMENSTEIN, M.; GALVÃO, V. M.; SEVERO, A. K. de S. **O Apoio Matricial na perspectiva de coordenadoras de Equipes de Saúde da Família**. Pesquisa e práticas psicossociais 4 (1), São João Del-Rei, dez. 2009.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: Reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de pesquisa**, n. 115, pp. 139-154, mar. 2002.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde mental na atenção básica de campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, Rio de Janeiro jan./fev. 2009.

GASKEL, G. Entrevistas individuais e grupais. *In*: Bauer e Gaskell (eds.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Cap. 3, pp. 64-89. Petrópolis: Vozes, 2003

GOLDBERG, J. Reabilitação como processo – O Centro de atenção Psicossocial – CAPS. *In*. PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. *In*: MINAYO, M. C.; DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2002.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Disponível em: www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm. Acesso em 05 de março de 2012.

JUCÁ, V. J. S.; NUNES, M. O.; BARRETO, S. G. Programa de Saúde da família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciência e Saúde Coletiva**, 14 (1): 173-182, 2009.

LANCETTI, A. **Saúde Loucura 7: saúde mental e saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2000.

LIMA, Ana Raquel Santiago de. O Desafio do Apoio Matricial em Saúde Mental Feito às Equipes de Saúde da Família em Aracaju. *In* **Cadernos IPUB**: v. 08, n. 24. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2007.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 15 (5): pp. 2297-2305, 2010.

MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. *In*: MERHY E. E.; ONOCKO R. (org.). **Agir em saúde – um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MIELKE, F. B; OLCHOWSKY, A. Saúde mental na estratégia saúde da família: a avaliação de apoio matricial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 6, Brasília, nov./dez., 2010.

MIELKE, F. B. Ações de saúde mental na estratégia de saúde da família e as tecnologias em saúde. **Escola Anna Nery** (impr.) out.-dez.; 15 (4): pp. 762-768, 2011.

MIELKE, F. B. *et al.* Características do cuidado em saúde mental em um CAPS na perspectiva dos profissionais. **Trabalho Educação Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, pp. 265-276, jul./out., 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

_____. Ciência, Técnica e Arte: O desafio da Pesquisa Social. *In*: MINAYO, M. C.; DESLANDES, S; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. São Paulo: Vozes, 2002.

NASCIMENTO, C. C. **Apoio matricial em saúde mental: possibilidades e limites no contexto da reforma psiquiátrica**. Dissertação de mestrado. Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo, 2007.

NUNES, M; JUCÁ V. J; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa de saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátricas e sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, 23 (10): pp.2375-2384, out., 2007.

NUNES, M.; TORRENTÉ, M. de. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. **Revista Saúde Pública**; 43 (Supl. 1): pp. 101-108, 2009.

OLIVEIRA, W. F. de.; DORNELES, P. Patrimônio e ambiente da loucura: a formação do profissional de saúde mental e o diálogo com a vida da cidade. *In*: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau, 2005.

PACHE, D. F.; CRUZ, I. B. M. **A saúde coletiva: diálogos contemporâneos**. Unijui, 2006.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2009.

PITTA, A.(org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

RODRIGUES, C. R; FIGUEIREDO, M. A. C. Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares. **Estudos de Psicologia**, 8 (1), pp. 117-125, 2003.

ROTELLI, F; LEONARDIS, O; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. *In*: NICÁCIO, F. (org.). **Desinstitucionalização**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: Uma estratégia para a passagem do milênio. *In*: PITTA, A. (org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SERGIPE. **A Reforma Sanitária e Gerencial do SUS no Estado de Sergipe**. Material didático-pedagógico de educação permanente da Fundação Estadual de Saúde e Secretaria de Estado da Saúde. Vol. 1, 2011.

SOUZA, A. J. F. *et al.* A Saúde Mental no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, jul.-ago.; 60 (4); pp. 391-395, 2007.

SOUZA, M. F. Programa Saúde da família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciências e Saúde Coletiva**, 14 (supl. 1), pp. 1325-1335, 2009.

TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos**. História, Ciência, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v 9 (1): pp. 25-59 jan.-abr., 2002.

TYKANORI, R. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. *In*: PITTA, A. (org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

VIEIRA, M. A. M. (org.). **Saúde mental na saúde da família: subsídios para o trabalho assistencial**. São Paulo: Olho d'água, 2006.

ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME:

SERVIÇO:

CARGO:

TIPO DE VÍNCULO:

TEMPO DE LOTAÇÃO NA INSTITUIÇÃO:

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1 - Você poderia falar brevemente sobre sua formação e o trabalho que desenvolve neste CAPS?

2 - Como se caracteriza a relação entre a equipe deste CAPS com as equipes de saúde da família do seu território de atuação?

3 - A equipe do CAPS tem desenvolvido ações junto às equipes de saúde da família? Quais?

4 - Como a equipe do CAPS organiza estas ações junto às equipes de saúde da família?

5 - Estas ações têm sido organizadas e desenvolvidas com que objetivos?

6 - Como você percebe a receptividade da equipe de saúde da família com relação às ações de apoio matricial desenvolvidas pela equipe do CAPS?

7 - Quais as dificuldades vivenciadas pela equipe do CAPS para realização do apoio matricial às equipes de saúde da família em seu território de atuação?

8 - Quais as facilidades encontradas para a realização destas ações de apoio matricial?

9 - Você gostaria de abordar outro tópico que considere relevante para a discussão do apoio matricial em saúde mental em Aracaju sobre o qual não conversamos?

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Taís Fernandina Queiroz, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, venho convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada **O APOIO MATRICIAL NO MUNICÍPIO DE ARACAJU-SE: a perspectiva dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial.**

Este estudo tem como objetivo geral descrever o processo de organização e implementação de ações de apoio matricial em saúde mental pelas equipes dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS no município de Aracaju-SE. A realização desta pesquisa justifica-se pela contribuição à qualificação das ações de saúde mental junto à Estratégia de Saúde da Família e, por conseguinte, ao fortalecimento do processo de reforma psiquiátrica no município.

Trata-se de uma pesquisa descritiva de natureza qualitativa que utilizará como instrumento de coleta de dados uma entrevista semiestruturada que será gravada para posterior transcrição. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos, revistas científicas, nas reuniões do colegiado gestor da REAPS/ SMS e nas reuniões técnicas dos trabalhadores dos CAPS do município de Aracaju.

Sua participação é voluntária, assim, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento, sem qualquer prejuízo.

O (a) Sr.(a) não terá custos ou quaisquer compensações financeiras, nem haverá riscos de qualquer natureza relacionados a sua participação. Quanto aos benefícios relativos à participação na pesquisa, esclarecemos que não haverá benefícios diretos ou pessoais, mas ressaltamos que a sua participação contribuirá para a ampliação do conhecimento científico na área de Saúde Coletiva, particularmente para a REAPS/SMS do município de Aracaju.

O (a) Sr.(a) receberá uma cópia deste termo, onde constam contato telefônico e e-mail da pesquisadora e/ou da orientadora. Colocamo-nos disponíveis para outras informações sobre as etapas da pesquisa e esclarecimentos acerca da sua estratégia metodológica antes de sua resposta ao convite aqui apresentado quanto sua participação nesta pesquisa. Deixamos claro que, caso não tenha perguntas a formular neste momento, estaremos prontos a esclarecer eventuais dúvidas sobre a pesquisa em todas as fases de seu desenvolvimento.

Nome da Orientadora: Vânia Sampaio Alves

E-mail:

Cel.:

Nome da Orientanda (responsável pela pesquisa): Taís Fernandina Queiroz

E-mail: taisfqueiroz@hotmail.com

Eu, _____, declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar voluntariamente do estudo proposto.

Sujeito da pesquisa: _____

(Assinatura)