



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL
UNIDADE UNIVERSITÁRIA DE DOURADOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* ENSINO EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

ADRIANA DE ALMEIDA TELES

**O DESVELAR DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ACERCA DO
MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL**

DOURADOS
2017

ADRIANA DE ALMEIDA TELES

**O DESVELAR DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ACERCA DO
MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL**

Relatório de pesquisa apresentado como exigência parcial para obtenção do título de Mestre para o Programa de Pós- Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, Mestrado Profissional, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul.
Linha de Pesquisa: Formação em Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Cassia Barbosa Reis.

**DOURADOS
2017**

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica com suas mudanças de atenção ao portador de sofrimento psíquico, visando não mais as intervenções hospitalocêntricas e procurando levar um espaço de acolhimento e que não afaste esse indivíduo de seu território, cria os espaços de tratamento que são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Junto a esse novo modelo de atenção, encontra-se a atenção básica que se configura como um espaço privilegiado para implantar estratégias de cuidados territoriais e integrais a esse portador de sofrimento psíquico. É nessa perspectiva que surge o apoio matricial como uma ferramenta de suporte em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Uma vez que a reforma psiquiátrica não consegue avançar se não houver investimento na atenção básica no que tange à saúde mental, estendendo-se para todos os níveis de assistência e não apenas concentrando as ações somente nas redes substitutivas – CAPS e outros, a presente pesquisa teve como objetivo geral descrever as representações sociais dos profissionais da atenção básica e da atenção especializada sobre o apoio matricial em saúde mental. A pesquisa teve abordagem qualitativa do tipo descritiva em que se utilizou entrevista semi-estruturada para coleta de dados e a análise foi realizada através do discurso do sujeito coletivo. O público alvo foram os profissionais de curso superior da saúde mental e os profissionais das três equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com as ESF (equipe de saúde da família) cobertas por cada NASF que o Município possui. Dourados possui o NASF Santo André, que cobre nove (09) ESF; NASF Vila Rosa, que cobre cinco(05) ESF e o NASF Seleta que cobre cinco(05) ESF. Como resultado a pesquisa apontou que as representações sociais dos funcionários acerca do matriciamento em saúde mental encontra-se fragmentadas e inconsistentes. E apesar do conhecimento que possuem acerca do tema, o veem como um conceito de difícil entendimento. Uma prática incipiente ainda em sua rotina de trabalho. Percebeu-se que esse paciente em sofrimento psíquico é vítima de um preconceito velado em que sua condição o torna vulnerável e muitas vezes excluído das práticas de saúde pública.

Palavras-chave: Saúde mental. Apoio Matricial. Atenção Básica. NASF. Atenção Especializada.

ABSTRACT

The Psychiatric Reform with its changes of attention to the person suffering from psychic suffering, aiming at hospital-centered interventions and seeking to take a place of reception and that does not distance this individual from its territory, creates the treatment spaces that are the Centers of Psychosocial Attention (CAPS). Alongside this new model of attention, we find the basic attention that is configured as a privileged space to implant strategies of territorial and integral care to this bearer of psychic suffering. It is from this perspective that matrix support emerges as a support tool in which two or more teams, in a process of shared construction, create a proposal for pedagogical-therapeutic intervention. Since psychiatric reform fails to advance if there is no investment in basic mental health care, extending to all levels of care and not only concentrating actions only on substitutive networks - CAPS and others, the present research had as general objective to describe the social representations of the professionals of the basic attention and of the specialized attention on the matrix support in mental health. The research had qualitative approach of the descriptive type in which a semi-structured interview was used for data collection and the analysis was performed through the discourse of the collective subject. The target audience was the senior mental health professionals and the professionals of the three Family Health Support Unit (NASF) teams, with the FHS (family health team) covered by each NASF the City has. Dourados owns the NASF Santo André, which covers nine (09) ESF; NASF Vila Rosa, which covers five (05) ESF and the NASF Select that covers five (05) ESF. As a result the research pointed out that the social representations of employees about mental health matri- cation are fragmented and inconsistent. And despite their knowledge of the subject, they see it as a concept that is difficult to understand. An incipient practice still in its routine of work. It was perceived that this patient in psychic suffering is the victim of veiled prejudice in which his condition makes him vulnerable and often excluded from public health practices.

Keywords: Mental health. Matrix Support. Basic Attention. NASF. Specialized Attention.

"A utopia está lá no horizonte . Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Para isso: para que eu não deixe de caminhar."

Eduardo Galeano (2001)

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Programa do Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), Unidade Dourados/MS, por fazer parte da segunda turma;

À Secretaria Municipal de Saúde do Município de Dourados/MS, por permitir meu afastamento para que pudesse participar das aulas e permitir o acesso às Unidades Básicas de Saúde para a coleta de dados;

Aos profissionais que aceitaram participar da pesquisa, disponibilizando o seu tempo para realizar a entrevista;

Aos professores do Programa que compartilharam seu conhecimento e a todo momento incentivaram a caminhada científica;

Aos colegas de turma que se tornaram amigos;

Aos amigos que estão longe apenas fisicamente, mas que por vários momentos fizeram-se presente me apoiando e incentivando nos momentos de desânimo;

Aos amigos que me acompanham no cotidiano e que me ofereceram a escuta necessária, pra compartilhar esse momento tão solitário que é o processo da escrita;

À minha família que sempre me incentivou a seguir pelo caminho do estudo, me fazendo acreditar que é uma conquista que ninguém irá nos tirar e que é o melhor caminho. Obrigada meu pai, pelos ensinamentos todos. Obrigada minha mãe (*in memoriam*) por tudo que me deixou enquanto esteve comigo.

À minha orientadora Dra. Cassia Barbosa Reis, pelas orientações dadas no decorrer da pesquisa, compartilhando seu conhecimento e experiência teórica e principalmente prática dentro da saúde pública, que acredito terem sido fundamentais para minha compreensão do tema pesquisado.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	10
3 OBJETIVOS.....	18
3.1 Objetivo geral.....	18
3.2 Objetivos Específicos.....	18
4 METODOLOGIA.....	19
4.1 Desenho da Pesquisa:.....	19
4.2 População e amostra:.....	19
4.3 Local da Pesquisa:.....	20
4.4 Instrumento de Coleta de Dados:.....	21
4.5 Análise de Dados:.....	21
4.6 Aspectos éticos.....	22
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	23
5.1 DSC Processo de Trabalho.....	24
5.2 DSC Aspectos Negativos do Trabalho.....	33
5.3 DSC Conceito de Apoio Matricial.....	39
5.4 DSC Ações Desenvolvidas e Propostas de Apoio Matricial.....	44
5.5 DSC Sentimentos do Profissional.....	47
6 PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL.....	50
6.1 Objetivos.....	50
6.2 Carga Horaria.....	50
6.3 Metodologia.....	50
6.4. Proposta de educação permanente.....	52
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE PESQUISA.....	64
APÊNDICE B – TCLE.....	65
ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS.....	67

1 INTRODUÇÃO

Com a reforma psiquiátrica, os antigos modelos hospitalocêntricos deram espaço a novos estilos de tratamento aos pacientes com transtornos mentais e a Lei de nº 10.216 de 06/04/2001 (BRASIL, 2001) vem pra consolidar tais ações, que dispõe sobre a proteção e os direitos desses pacientes, em que vai priorizar ações extra hospitalares dentro desse atual sistema. Esse novo modelo substitutivo é denominado de CAPS(Centro de Atenção Psicossocial) e seu horário e funcionamento dependem da modalidade em que se enquadram.

Os CAPS são modalidades de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico instituídas pela Portaria 189/91 e 224/92 do Ministério da Saúde que têm como objetivo oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, fortalecendo os laços familiares e comunitários (BRASIL, 2002).

A Atenção Básica tem como objetivo oferecer o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, inclusive daqueles que demandam um cuidado em saúde mental. Paralelo a isso, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge como prioridade para expandir e consolidar a atenção básica, considerando as especificidades regionais. (BRASIL, 2013).

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados com o objetivo de apoiar a ESF, ampliando as ações da atenção básica, aumentando com isso, a sua resolutividade. E é nesse contexto que as ações de saúde mental se incluem, passando a ser também prioridade na organização das redes de saúde (BRASIL, 2013).

Tais ações em saúde mental são pautadas pela Portaria nº 3088, de 23 de Dezembro de 2011, que “institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde”. A RAPS terá como objetivo principal, ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011).

Diante desse cenário de mudanças que visam a inclusão das ações de saúde mental na atenção primária em saúde, é proposto um trabalho compartilhado para dar suporte às equipes de saúde da família através do desenvolvimento do apoio matricial em saúde mental pelos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Conforme as elaborações de Campos e Domiti (2007),

“o apoio matricial é um arranjo técnico-assistencial que visa à ampliação da clínica das ESF, superando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica de corresponsabilização entre as ESF e saúde mental (SM), com a construção de vínculos entre profissionais e usuários, pretendendo uma maior resolutividade na assistência em saúde.” (BRASIL, 2010, p. 36).

O Apoio Matricial vai possibilitar que a prevenção e o tratamento dos transtornos mentais, assim como a promoção da saúde e reabilitação psicossocial, aconteçam a partir da atenção primária em saúde (APS). Haverá uma corresponsabilização pela demanda, tanto da equipe de saúde da família (ESF) como a equipe de saúde mental (SM), levando com isso a uma desconstrução da lógica de referência e contrarreferência que favorece a não responsabilização e dificulta o acesso dos usuários (BRASIL, 2010).

Diante disso, o presente trabalho objetiva-se descrever as representações sociais dos profissionais sobre o apoio matricial em saúde mental, bem como, identificar como é realizada a articulação entre a Diretoria de Atenção Básica e a Diretoria de Atenção Especializada para o apoio matricial em saúde mental.

O interesse por pesquisar a saúde mental ocorreu pela prática profissional a que sempre me encontrei, visto que enquanto psicóloga, há mais de dez anos realizo atendimento psicoterápico aos pacientes do ambulatório de saúde mental, no Município de Dourados.

Conhecer a realidade dos profissionais que atuam direta ou indiretamente com a saúde mental e saber que conhecimento possuem acerca do tema, me interessava e consequentemente me motivou a percorrer o caminho da saúde mental, considerado um terreno talvez desconhecido para muitos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A implantação do Sistema Único de Saúde(SUS), simultânea à Reforma Psiquiátrica, trouxe diversas mudanças no sistema de saúde brasileiro, principalmente no modelo de assistência em saúde mental. A reforma psiquiátrica brasileira se constitui como um movimento histórico e revolucionário no que tange à assistência à saúde mental, movimento esse que é promulgado pela lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.” (BRASIL, 2001).

A Reforma Psiquiátrica inicia-se com alguns desafios, visto que 3% da população necessitam de cuidados contínuos em saúde mental por possuírem transtornos severos e persistentes, o que vai exigir desse movimento, que se crie uma rede de assistência diversificada e efetiva. Além disso, aproximadamente 10% a 12% da população, também precisam de cuidados em saúde mental, tais como, consulta médico psicológica, aconselhamento, grupos de orientação e outros, que são os transtornos menos graves e que vão demandar cuidados eventuais em uma rede assistencial ampla e integrada, de acordo com Dimenstein (2009).

Ainda para o Ministério da Saúde, a Reforma Psiquiátrica é vista como:

Um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais em torno do “louco” e da “loucura”, mas especialmente em torno das políticas públicas para lidar com a questão. Trata-se de um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. (Brasil, 2007, p. 63).

Por se tratar de transformações nas políticas públicas tendo um novo olhar para a saúde mental, a reforma psiquiátrica, é um movimento que tem como característica a substituição do modelo hospitalocêntrico no atendimento em transtorno mental, por novos espaços de intervenção, que são os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), e que não afastem os indivíduos em sofrimento psíquico de seu espaço social.

Os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas modalidades de CAPS I, CAPS II e CAPS III, e ainda o CAPSi e CAPS AD, definidos por ordem

crecente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto Portaria 336 (2002).

Diante dessa nova proposta de atendimento em saúde mental, a atenção básica por ser a porta de entrada do SUS, torna-se um espaço privilegiado de intervenção que se apresenta como uma estratégia significativa para traçar ações focadas em seu eixo territorial, tanto no âmbito individual como coletivo. Suas ações abrangem a promoção e a proteção da saúde, o diagnóstico, o tratamento, que visem a atenção integral e autonomia das pessoas, de acordo com a Portaria nº 2488, de 21 de Outubro de 2011.

Essa Política,

"orienta-se por princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral". (Brasil, 2011).

É nesse contexto que o Programa de Saúde da Família (PSF) criado em 1994, se destaca, objetivando o fortalecimento da atenção, com o intuito de contribuir na viabilização e concretização dos princípios do SUS. Suas práticas vão levar a saúde mais perto das famílias, melhorando a qualidade de vida da população. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) atua em um território geograficamente definido, com uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. É uma equipe que vai realizar ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, consultas individuais e atividades grupais em diferentes espaços comunitários.

"Dentro do objetivo de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008" (Brasil, 2008, p. 7).

O NASF vem com uma estratégia inovadora tendo como objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família, sendo responsável por um determinado número de equipes de SF (Saúde da Família).

Deve estar comprometido na atuação de ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde. É constituído por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que vão atuar no apoio e em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família.

De acordo com o Ministério da Saúde (2014), são várias possibilidades de composição do NASF, com profissionais da área de saúde de nível superior e alocados de acordo com a necessidade e a realidade de cada município. Vai atuar em diversas políticas, tais como: saúde da criança e do adolescente; saúde da mulher; pessoa idosa e também da saúde mental na atenção básica. Sendo necessário um investimento nas práticas de saúde mental, capacitação, supervisão e até financiamento.

O NASF vai atuar como uma retaguarda especializada para as equipes de atenção básica/saúde da família, desenvolvendo um trabalho compartilhado e colaborativo nas dimensões clínico-assistencial e técnico-pedagógica. Essa atuação clínica vai se dar pela atuação direta com os usuários e a pedagógica oferece um apoio educativo com e para as equipes (BRASIL, 2014).

E é nesse contexto de atuação do NASF, que o Ministério da Saúde propõe a estratégia de Apoio Matricial para facilitar o direcionamento dos fluxos na rede, promovendo uma articulação entre os equipamentos de saúde mental e as Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O Apoio Matricial (AM) se constitui em:

Um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas em saúde. Nesse arranjo, a equipe de saúde mental compartilha alguns casos com as equipes de atenção básica. Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que podem se efetivar através de discussões conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos, e também na forma de supervisão e capacitação (BRASIL, 2005, p.34).

Sendo assim, diante dessa nova proposta organizacional do apoio matricial, a Reforma Psiquiátrica não pode avançar se a atenção básica não for incorporada ao processo, fazendo com que os cuidados em saúde mental se estendam para todos os níveis de assistência e não apenas concentrando as ações somente nas redes substitutivas, CAPS e outros.

A responsabilização compartilhada, foco dessa nova metodologia de trabalho em saúde mental, visa a aumentar a capacidade resolutive da equipe local, estimulando a interdisciplinaridade e a aquisição de novas competências, evitando principalmente ações fragmentadas e aumentando a capacidade de acolhimento na atenção primária.

O Matriciamento ou Apoio Matricial (BRASIL, 2011, p. 13) "é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica".

Para Chiaverini (2011) essa nova proposta tem como objetivo transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde de encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos e centros de regulação, que são verticalizadas, fazendo com que a horizontalidade das ações seja o novo modo de se operar, decorrente ao processo de matriciamento, reestruturando assim, o sistema de saúde em equipe de referência e equipe de apoio matricial.

A equipe de referência interdisciplinar são as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), e a equipe de saúde mental é a própria equipe de apoio matricial. É a relação entre essas duas equipes que vão configurar um novo arranjo do sistema de saúde (BRASIL, 2011).

O cuidado compartilhado do NASF, ligado à ESF, juntamente com a equipe de saúde mental, prevê uma rede de ações, dispositivos de saúde e dispositivos comunitários que possibilitem que o processo de cuidar se organize tendo como eixo central o sujeito e seu processo de saúde/doença. Fazendo com que todos sejam responsáveis pela garantia do acesso, da equidade e da universalidade, que são um dos princípios do SUS (Sistema Único de Saúde).

Vale ressaltar que esse processo de reorganização do cuidar que prioriza o sujeito se encaixa no conceito de clínica ampliada, que é uma das bases do apoio matricial, uma vez que essa clínica abarca alguns eixos fundamentais para sua compreensão e prática, tais como: 1- compreensão ampliada do processo saúde-doença; 2- construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas; 3- ampliação do objeto de trabalho; 4- a transformação dos meios ou instrumentos de trabalho; 5- suporte para os profissionais de saúde (CAMPOS, G. W.; GUERREIRO. A. V. P., 2013).

Diante desse cenário que se propõe as ações de saúde mental, faz-se necessário mencionar que a Saúde Mental no Município de Dourados/MS se apresenta através do atendimento psicológico e psiquiátrico sob a modalidade de CAPS II, CAPS AD, ambulatório de psicologia e ambulatório de psiquiatria.

De acordo com a Portaria GM/MS n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002, o CAPS II que é um serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, tem como assistência prestada ao seu paciente as seguintes diversas atividades de forma individual e coletiva, contando com uma equipe técnica mínima para atendimento de trinta a no máximo quarenta e cinco pacientes por turno. Assim sendo:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

A equipe mínima deve ser composta por:

a -01 (um) médico psiquiatra;

b -01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c -04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

O CAPS AD é um serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000 e tem como assistência prestada ao seu paciente as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

h - atendimento de desintoxicação.

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS ad para atendimento de 25 (vinte e cinco) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c - 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;

d - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

e - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

A Portaria nº 224/92 traz algumas diretrizes sobre o atendimento ambulatorial de saúde mental, onde a implantação desses ambulatórios deve seguir critérios estabelecidos pelos gestores locais (BRASIL, 1992), o que propiciou a diversificação de modelos no que diz respeito ao espaço físico, podendo ser instalados em unidades básicas de saúde, centros de saúde, ambulatórios especializados, unidades mistas ou hospitais. A equipe técnica de saúde mental pode incluir psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais e, ainda, médicos generalistas, enfermeiros, auxiliares e agentes comunitários. (GUIMARÃES, OLIVEIRA, YAMAMOTO, 2013).

O presente trabalho justifica-se por atuar no Ambulatório de Saúde Mental do Município de Dourados/MS e perceber a necessidade de se articular o atendimento dos

pacientes com a estratégia de saúde da família, os NASF, bem como, com os outros dispositivos da saúde mental, o CAPS II, CAPS AD.

Considerando que as interações das práticas em saúde mental encontram-se isoladas e fragmentadas na rede como um todo, dificultando assim uma melhor resolutividade no atendimento ao paciente com transtorno mental, faz-se necessário um levantamento para se descrever a representação social dos profissionais da atenção básica e da atenção especializada sobre o apoio matricial em saúde mental, sendo esse questionamento, a principal problemática da presente pesquisa.

A pesquisa se apresenta como relevante à medida que se procura desenvolver, após os estudos realizados, um plano de ação participativo com os NASF, podendo se utilizar todas as ferramentas de que já possuem, apoiando-os em suas atividades de apoio matricial em saúde mental. Torna-se relevante também pelo fato do matriciamento em saúde mental ser um tema de fundamental importância na saúde pública e relativamente novo no que tange às práticas das ações em saúde mental em interação com a atenção básica, que é a nova proposta do Ministério da Saúde.

Diante dessa nova proposta de atuação na atenção básica, o Ministério da Saúde, através da portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, "Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde".

Tal portaria tem como objetivo a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral, promovendo a vinculação das pessoas com transtorno mental e suas famílias aos pontos de atenção. Visa também garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Portanto, a relevância social da presente pesquisa, mostra-se pela necessidade da implantação e/ou implementação da portaria que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como sendo a principal norteadora das atuais práticas de atenção aos portadores de transtorno mental.

A pesquisa apresenta-se viável à medida que será realizada no Município de Dourados/MS, em consonância com os outros pontos de atenção da rede.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Descrever as representações sociais dos profissionais da atenção básica e da atenção especializada sobre o apoio matricial em saúde mental no Município de Dourados/MS

3.2 Objetivos Específicos

Identificar como é realizada a articulação entre a Diretoria de Atenção Básica e a Diretoria de Atenção Especializada para o apoio matricial em saúde mental do Município de Dourados/MS;

Identificar quais as demandas em saúde mental dos profissionais da atenção básica;

Desenvolver um plano de ação para implantação do apoio matricial em saúde mental.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho da Pesquisa:

Para se alcançar os objetivos propostos, a presente pesquisa utilizou a abordagem qualitativa, que segundo Gil (2008) é adequada para compreender a natureza de um fenômeno social em que a investigação para uma análise qualitativa tem como objeto situações complexas ou estritamente particulares. Foi uma pesquisa descritiva, pois observou, registrou, analisou e correlacionou os fatos sem modificá-los, buscando o conhecimento das várias situações do cotidiano social, político, econômico e outros aspectos, tanto do indivíduo como de grupos e outras comunidades, de acordo com(CERVO, A. L.; SILVA, R.; BERVIAN, P. A., 2007).

4.2 População e amostra:

Foram entrevistados os profissionais de nível superior da Atenção Básica e da Atenção Especializada.

Na Atenção Básica, encontram-se três equipes de NASF (Santo André, Vila Rosa e Seleta) que dão suporte para 35 equipes de Saúde da Família (ESF), com uma população de 71 sujeitos, sendo que foram entrevistados 30.

Os profissionais da atenção especializada totalizam 17, que são os do CAPS II, CAPS AD, Ambulatório de Psicologia, Ambulatório de Psiquiatria e Farmácia de Saúde Mental, que fazem parte da rede de atenção especializada em saúde mental no Município de Dourados/MS, sendo que deste total foram entrevistados seis profissionais.

O total da população para a presente pesquisa, entre atenção básica e atenção especializada, foi de 88 sujeitos, sendo entrevistados 36 profissionais conforme Tabela 1.

A amostra foi definida pela saturação dos dados que, conforme Fontanella e Turatto (2008) indicam que o fechamento amostral por saturação teórica acontece pela parada da inclusão de novos participantes quando os dados obtidos apresentam redundância ou repetição. As informações fornecidas pelos novos participantes da

pesquisa não estariam mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica.

Tabela 1 – Descrição da população e amostra dos profissionais de saúde. Dourados/MS, 2016.

Atenção Básica	População	Amostra	
		N	%
Médico	20	3	15,00
Nutricionista	4	0	0,00
Psicóloga	4	2	50,00
Fisioterapeuta	3	1	33,33
Farmacêutico	1	0	0,00
Terapeuta Ocupacional	1	0	0,00
Enfermeiro	19	14	73,68
Dentista	19	10	52,63
Total:	71	30	42,25
Atenção Especializada			
Médico	5	2	40,00
Psicólogo	7	3	42,86
Assistente social	2	1	50,00
Enfermeiro	2	0	0,00
Farmacêutico	1	0	0,00
Total:	17	6	35,29

4.3 Local da Pesquisa:

As entrevistas foram previamente agendadas por telefone ou pessoalmente e realizadas no local de trabalho de cada profissional, em sala privativa de acordo com a disponibilidade de cada participante. A pesquisa foi realizada com os profissionais da atenção especializada, sendo o CAPS II, CAPS AD, ambulatório de psicologia e ambulatório de psiquiatria e com os profissionais da atenção básica, que são os NASF e as ESF totalizando 19 (dezenove) equipes.

4.4 Instrumento de Coleta de Dados:

Entrevistas semi-estruturadas (Apendice A), que foram gravadas e transcritas na íntegra para posterior análise.

4.5 Análise de Dados:

Foi utilizado o método do discurso do sujeito coletivo que

A partir do conjunto de respostas dos entrevistados é construído um discurso coletivo, ou seja, uma síntese dos pensamentos encadeados discursivamente sobre o tema que se pretendeu compreender. O conjunto desses discursos constitui as representações sociais – entidades sociais complexas que preenchem uma série de funções para guiar, orientar e justificar ações do cotidiano sobre um tema estudado. (MARTINS e THEOFILO, 2009, p. 79).

A proposta dessa técnica consiste, basicamente, em analisar o material verbal coletado em que vai se extrair de cada depoimento, as ideias centrais e/ou ancoragens e suas correspondentes expressões-chaves; com as expressões-chaves das ideias centrais ou ancoragens semelhantes compõe-se um ou vários discursos na primeira pessoa do singular. "O sujeito coletivo se expressa através de um discurso emitido, que ao mesmo tempo em que sinaliza a presença de um sujeito individual do discurso, expressa uma referência coletiva na medida em que esse eu fala pela ou em nome de uma coletividade" (LEFÈVRE e LEVÈVRE, 2003, p.16).

A Teoria da representação social foi o referencial teórico que embasou as discussões da análise da presente pesquisa. É uma teoria do campo da Psicologia Social desenvolvida por Moscovici que teve sua primeira publicação na França em 1961. Seus conceitos não são considerados de fácil compreensão, tendo sua origem nos conceitos de representações coletivas de Emile Durkheim, com raízes em conceitos psicológicos e sociológicos, que surgiu para se explicar a inter-relação entre o pensamento individual e o social.

Para Moscovici

"A Teoria das Representações Sociais (TRS), pressupõe que não haja distinção entre sujeito e objeto da pesquisa, uma vez que toda realidade é representada pelo indivíduo, toda representação é, portanto, uma forma de visão global e unitária de um objeto. Para que o indivíduo possa formar essa visão

global, ele usa elementos de fatos cotidianos e de conhecimentos do senso comum. A representação social é expressada como uma forma de conhecimento socialmente elaborada e compartilhada, com um alcance prático que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social, onde o sujeito da pesquisa dá sentido a um objeto partindo da sua própria realidade e/ou experiências" (REIS e ANDRADE, 2008, p. 2).

4.6 Aspectos éticos

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Grande Dourados, com carta aceite sob protocolo número 1.481.066.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 36 profissionais de nível superior das unidades de saúde que compõem atenção básica e atenção especializada que trabalham com saúde mental.

Tabela 2 – Características etárias e profissionais dos entrevistados. Dourados, 2016.

Idade	N	%
18 a 20	-	0%
21 a 30	5	14%
31 a 40	13	36%
41 a 50	6	17%
> 50	12	33%
Tempo de Serviço		
< 1 ano	2	6%
1 a 5 anos	4	11%
6 a 10 anos	10	28%
> 10 anos	20	56%
Tempo de Serv. no Cargo Atual		
< 1 ano	10	28%
1 a 5 anos	12	33%
6 a 10 anos	12	33%
> 10 anos	2	6%
Vínculo empregatício		
CLT	1	3
Estatutário	28	78
Outro	7	19
Graduação		
Enfermagem	14	39
Medicina	5	14
Psicologia	5	14
Farmácia	-	0
Nutrição	-	0%
Educador Físico	-	0%
Fisioterapeuta	1	3%
Odontólogo	10	28%
Assistente social	1	3%
Especialização		
Saúde Pública	15	42%
Saúde Mental	3	8%
Outros	21	58%
Não Possui	8	22%

A tabela 2 mostra as características etárias e profissionais dos entrevistados.

Observa-se que, ainda os entrevistados sejam adultos jovens, a maioria tem experiência e tempo de serviço no setor onde atuam, sendo que muitos também apresentaram especialização em saúde pública e uma minoria em saúde mental. Diante disso, pode-se refletir acerca do perfil do profissional do SUS, conforme discutido no DSC Aspectos Negativos do Trabalho, em que muitos profissionais ainda permanecem em uma atuação biomédica, especificamente clínica. A experiência e o tempo de serviço demonstram que não foram suficientes para que acompanhassem as mudanças ocorridas em sua categoria profissional, que propõe um novo modelo de atuação e olhar para o seu paciente. Da mesma forma, pode-se pensar que a insatisfação com as dificuldades encontradas em sua rotina profissional acarretam comodismo, tendo como consequência a permanência da prática biomédica em detrimento de uma nova prática de atuação e um novo modo de produzir saúde, que é a proposta do matriciamento. Sua representação social sobre seu objeto de trabalho se mantém estagnada, tornando difícil a ampliação de sua clínica, dentro do conceito proposto de clínica ampliada.

No processo inicial de tabulação dos dados foram encontrados sete ideias centrais (IC) que, após leituras sucessivas, resultaram em cinco discursos do sujeito coletivo (DSC), assim nomeados: processo de trabalho, aspectos negativos do trabalho, conceito de apoio matricial, ações desenvolvidas e propostas de apoio matricial e sentimentos do profissional, descritas e analisadas conforme metodologia proposta.

5.1 DSC Processo de Trabalho

--

O meu trabalho aqui é com clínica, atendo pacientes do intensivo com alguma queixa, fazemos um checke e de acordo com as alterações fazemos os exames complementares. As atividades são desde o acesso do paciente que é o acolhimento ao pronto atendimento que é o segundo atendimento, o atendimento ambulatorial e as oficinas terapêuticas, que são do roteiro que é protocolizado do caps. O acolhimento é feito quando é demanda espontânea que são as urgências, num primeiro momento colhemos os dados, marcamos um novo dia para reavaliação em equipe e se for um paciente que tem perfil de caps, continuamos o tratamento aqui com o plano terapêutico singular e ele é inserido no serviço. Posteriormente, atendimento psiquiátrico. Passa pela enfermagem, psicóloga, define a gravidade da patologia e a gente faz uma redução de danos, porque se eles tivessem nas residências eles estariam consumindo a droga, então é melhor o paciente ficar aqui sobre regime de internação, de certa forma estou monitorando o período em que eles estão na instituição e aí tenta ocupar com várias atividades. Fico à disposição do paciente, do familiar, trabalho com grupo de família, visitas domiciliares, oficinas terapêuticas quando necessário. Tenho grupo de homens, de mulheres em terapia, já teve momentos em que a gente fazia palestra preventiva em escola e fazemos apoio a residência terapêutica, os autistas, quando eles permitem entrar no mundo deles, haver uma conexão mesmo que rápida eu prefiro que eles venham aqui. Em grupo, os familiares vem, a gente conversa sobre as rotinas que eles tem com os pacientes em casa, é uma troca de experiência entre os familiares, vai conhecendo a realidade do outro, às vezes trago alguns temas, relacionadas do que é o serviço, que a família espera. Fazemos a referência para o espaço que ele precisa ser atendido, ou ambulatório ou unidade de saúde e entra em contato com o serviço. solicita um atendimento, teve casos que eu encaminhei por escrito e nunca tive resposta do que aconteceu, ou que eu pedi pro paciente voltar mas ele não voltou, então o que aconteceu no final eu não sei; É muito corrido e a demanda é muito grande e ainda procura fazer uma educação continuada, reuniões e cursos, que a secretaria sempre coloca pra nós algum tema importante. Seria uma educação continuada. A nossa rotina de trabalho ela é mais ou menos definida pelo programa estratégia de saúde da família, segue determinadas normas, as diretrizes do ministério da saúde e saúde mental também entra; As visitas são agendadas ou não avisa que vai, faço uma escala pra não repetir, pra pegar todas as áreas. Quando a demanda é muito grande seleciono prioridades, tem pacientes que fazem tratamento no CAPS que vem trocar receita. Então na verdade quando alguma coisa não tá funcionando como deveria a gente readapta pra que funcione da forma que seja melhor trabalhar, porque a gente faz questão de atender todo mundo. A minha rotina é bem lotada, classificação de risco dos pacientes, o grupo de tabaco a gente desenvolve faz dois anos, juntamente com o NASF; o NASF dá o apoio matricial, vem em toda reunião, fornece medicamento, passa pelo médico, por outro profissional, sempre a quantidade de pacientes é bem maior do que a quantidade de vagas. A gente criou um grupo chamado psicodia, onde trata as pessoas com doenças mentais, dentro delas tá a psiquiatria e a neurologia; Esses pacientes são avaliados, muitas vezes o problema é na dinâmica familiar; Na realidade como tem a equipe reduzida, fazemos coisas além da nossa competência. O trabalho tem que ser em equipe multiprofissional, tem que ser um processo.

Vale lembrar que a Política de Redução de Danos, pautada na Portaria nº 1028, de 1º de Julho de 2005, define que as ações de redução de danos sociais e à saúde,

decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, compreendam uma ou mais das medidas de atenção integral à saúde, como informação, educação e aconselhamento; assistência social e à saúde; e disponibilização de insumos de proteção à saúde e de prevenção ao HIV/Aids e Hepatites. (BRASIL, 2005).

É imprescindível refletir que, embora a Portaria da estratégia da Redução de Danos seja específica aos cuidados das pessoas com problemas com álcool e outras drogas, que esta estratégia não se restrinja somente a esse campo de atuação e que se amplie à outras condições de saúde em geral, no caso da saúde mental, por exemplo, independente das situações e dos envolvidos, de forma que tal estratégia também possa ser pensada como uma intervenção nas ações de saúde mental (BRASIL, 2013).

O DSC aponta que, mantendo os pacientes ocupados com atividades do serviço no CAPS-AD seja uma estratégia fundamental para o não uso das drogas, visto que acreditam que se estão sob suas vistas, sendo monitorados, não consomem a droga. Entendem esta estratégia como processo de redução de danos. Diante disso, pode-se pensar que do ponto de vista das estratégias de cuidado, o proibicionismo e a redução de danos pressupõem dois modos diferentes de lidar com o fenômeno das drogas. A ação de proibir se empenha em reduzir a oferta e a demanda pelas substâncias psicoativas com ações repressivas e criminalizadoras da produção, comércio e uso. Já a redução de danos visa o enfrentamento dos problemas de saúde, sociais e econômicos relacionados a essas substâncias (ANDRADE, 2000).

Nesse contexto de representações de usos de drogas, tem-se como maior desafio, a integração das políticas públicas de saúde com o paradigma da redução de danos e as tecnologias de cuidado que afirmem a cidadania, os direitos humanos e o protagonismo dos usuários (MERHY, 2002). Visto que o que pôde-se perceber nesse DSC, o que ocorre, é ainda uma prática da abstinência forçada, medicamente acompanhada, sendo um recurso fundamental de "tratamento" (CFP, 2013, p. 59), confirmando a ideia de que se estão sendo monitorados e ocupados, não usam droga, indicando que a representação social do profissional de saúde encontra-se permeada pelas vivências em sociedade e pelas vertentes proibicionistas da política pública para o usuário de droga em que pressupõe a abstinência das substâncias psicoativas.

Ainda a Política de Redução de Danos (BRASIL, 2007, p. 59) propõe que outros desdobramentos podem ser adotados dessa perspectiva, ampliando uma linha de intervenção à medida em que simultaneamente se amplia o vínculo. Para Merhy (2007), o cuidado que propicia emancipação pautado pela busca da autonomia vai ajudar a

pessoa a desvelar e lidar com suas escolhas, enquanto que um cuidado tutelar, disciplinador, prescritivo e restritivo predetermina e estabelece aquilo que a pessoa deva fazer e como deva se comportar.

Esse autor propõe que uma das formas de se pensar o cuidado com o paciente em sofrimento psíquico seja uma maior abertura para o diálogo, reflexão, questionamentos e a avaliação contínua das intervenções. Pode-se pensar que a construção, bem como, a ampliação do vínculo seja realmente o recurso necessário a essa prática de diálogo e reflexão acerca de seu comportamento para esse paciente em sofrimento psíquico.

Acompanhando essa mesma linha de pensamento, (ALARCON, p. 226) sobre as estratégias de cuidado, alega que deve-se ter maior flexibilidade das condutas terapêuticas das políticas públicas, para assim, facilitar as ações intra e intersetorializados, capazes de suprir as demandas de suporte e cuidado essenciais na construção de um modo de vida autônomo, que é a constante busca desse paciente tão vulnerabilizado pela sua condição psíquica. Construção essa que ocorre através de uma escuta qualificada, acolhimento e vínculo para que surja um novo olhar, novo encontro consigo mesmo, um novo modo de viver, conhecê-lo para além de um reducionismo dos diagnósticos e das lesões eventuais. "Cultivar o vínculo com esse sujeito como a precondição 'singular' do projeto terapêutico" (pág.226).

Diante desta forma de tratar e trabalhar com o paciente, pode-se pensar o quão necessário se faz que o profissional de saúde precisa estar não somente disponível internamente, mas principalmente livre de seus pré conceitos e imagens pré concebidas sobre o paciente.

O trabalhador em saúde, precisa ser entendido e apoiado, visto que possui em seu arsenal de vivências pessoais e profissionais toda uma gama de experiência, geralmente depreciativa com pacientes da saúde mental. Este profissional vem carregado de histórias acerca do paciente comumente denominado de louco. Afinal, profissionais da saúde também aprendem a ver diferente o que é estranho, tornando-se compreensível à medida em que passa a perceber que as representações sociais da loucura foram construídas assim.

Ainda sobre o paciente portador de doença mental, faz-se necessário mencionar que a expressão 'conhecer para além do reducionismo do diagnóstico' remete ao pensamento de Basaglia em uma de suas mais famosas expressões, quando ele sugere

colocar a doença entre parênteses, responsabilizar-se pelo cuidado do paciente, identificar sua necessidade, escutar seu sofrimento, iniciando a

produção de uma diversa e complexa prática terapêutica pautada na compreensão da pessoa, na transformação de suas possibilidades concretas de vida, a partir da construção cotidiana do encontro e da intransigente afirmação da liberdade (BRASIL, 2015, p.18).

Ainda para esse autor,

Estou de acordo que um esquizofrênico é um esquizofrênico, mas uma coisa é importante: ele é um homem que tem necessidade de afeto, de dinheiro, de trabalho; é um homem total e nós devemos responder não a sua esquizofrenia, mas ao seu ser social e político" (Dalmolin, 2006, p. 85).

Para DALMOLIN (2006) o paciente ainda que em sofrimento psíquico, apresenta saúde mental e/ou potencial para ela, desde que não sejam utilizados intervenções que possam dificultar ou impossibilitar seu desenvolvimento, sua subjetividade e nem da racionalidade da normalidade restabelecida. Diante disso, pode-se pensar que uma característica essencial ao profissional de saúde mental no que tange as estratégias de cuidado, é a flexibilidade no processo de intervenção com esse paciente, conforme a proposta das políticas públicas mencionadas anteriormente. Se quisermos e acreditarmos em uma postura mais compensada e adaptada desse paciente, há que se construir uma atitude mais flexível e humanizada. Assim, é possível resgatar sua autonomia, estimulando sua saúde mental e seu potencial em se manter preservado psiquicamente.

O DSC também apontou o trabalho de acolhimento realizado pela equipe, como fora mencionado na pag. 21. Ressaltando que o conceito de acolhimento que se utiliza no SUS, é o que a Política Nacional de Humanização (PNH) implementada em 2003.

Para essa Política o acolhimento se caracteriza pela

"recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário."(BRASIL, 2010, p. 10)

Tal Política vai ao encontro de uma prática de cuidado que vai exigir desse trabalhador justamente o que os novos modelos de atenção propõem ao paciente em sofrimento psíquico.

O DSC também aponta um trabalho realizado de educação continuada como parte do processo de trabalho dos profissionais. É um conceito que está vinculado ao de formação continuada, que habilita o indivíduo para desenvolver atividades laborais a partir de conhecimentos, habilidades e competências que o tornam apto para atuar em um determinado campo de conhecimento (FLORES, 2011).

A Formação Continuada, referente ao mundo do trabalho, pode ser definida como:

[...] a formação que engloba todos os processos formativos organizados e institucionalizados subsequentes à formação profissional inicial, com vistas a permitir uma adaptação às transformações tecnológicas e técnicas, favorecer a promoção social dos indivíduos, bem como, permitir a sua contribuição para o desenvolvimento cultural, econômico e social (FLORES, 2011).

É uma formação que vai englobar as atividades de ensino, com objetivos mais restritos de atualização, aquisição de novas informações e/ou atividades com duração definida que sejam desenvolvidas através de metodologias educativas tradicionais, a partir da transmissão de conhecimento, de acordo com Flores (2011).

Quando se fala em Educação Permanente e Educação Continuada é importante não considerá-las conceitualmente antagônicas mas como processos que conferem especificidades à relação ensino-aprendizagem, a construção de diálogos entre os processos de mudanças no mundo do trabalho, diante da perspectiva do próprio trabalho ser um princípio educativo. A Educação Continuada pode e deve contemplar metodologias ativas de ensino-aprendizagem orientadas para mudanças nas práticas pedagógicas tradicionais, com o objetivo de transformar a prática de saúde nos serviços.

A educação permanente (EP) faz parte de uma Política. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde aparece como uma proposta de ação estratégica para contribuir para a transformação e a qualificação das práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços, dos processos formativos e das práticas pedagógicas na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. Implica em trabalho intersetorial capaz de articular o desenvolvimento individual e institucional, as ações e os serviços e a gestão local, a atenção à saúde e o controle social (BATISTA; SIMÕES, 2011).

O Ministério da Saúde propõe a Educação Permanente em Saúde como estratégia de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor da Saúde. Proposta esse que vai também ao encontro simultâneo da transformação desse

profissional, conforme já mencionado aqui. Pode-se dizer que há uma interdependência entre teoria/prática.

A educação permanente foi mencionada pelos entrevistados não somente nesse discurso do processo de trabalho mas também em outros, como uma forma de se fazer o matriciamento, o que mostra algum conhecimento por parte deles acerca do tema aqui estudado. E ao mesmo tempo, reflete uma abertura desse profissional para o novo, a saúde mental, o sofrimento psíquico, quando sugerem que seja realizada uma educação continuada para se trabalhar o assunto em questão.

Em 2004, por meio da Portaria nº 198/04, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor, um grande e importante movimento para a educação na área da saúde aconteceu no país. O Ministério da Saúde tomou a Educação Permanente em Saúde como ideia central da Política de Gestão da Educação no trabalho em saúde, passando a desenvolver ações indutoras significativas no interior do SUS, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde.

A Educação Permanente deve servir para preencher lacunas e transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho. Para tanto, não basta apenas transmitir novos conhecimentos para os profissionais, pois o acúmulo de saber técnico é apenas um dos aspectos para a transformação das práticas e não o seu foco central. A formação e a capacitação dos trabalhadores também devem considerar aspectos pessoais, valores e as ideias que cada profissional tem sobre o SUS.

Diante disso, Ceccim (2010, p. 77) postula que a educação permanente possa proporcionar que as pessoas se encontrem, conversem, estabelecendo contato e pontos de conexão entre elas e não apenas façam cursos e apresentem estratégias pedagógicas.

A proposta da educação permanente de transformar práticas profissionais e até a organização do trabalho, pode ser o espaço de discussão e reflexão acerca de quem é esse paciente em sofrimento psíquico e qual a representação social que predomina na prática desse profissional. A educação permanente (EP) como uma das estratégias do matriciamento, pode e deve vir pra desvelar a maneira como fora construído a representação social de cada um acerca do paciente em sofrimento psíquico, bem como, do transtorno mental. Fazer perceber que o processo de construção ocorre através de processos simbólicos promovendo significações sociais, utilizados na elaboração de

representações sociais de sujeitos e grupos, mas não com o objetivo de apenas caracterizar, mas sim a de classificar dentro de um sistema de crença e valores.

Classificar algo significa que nós o confinamos a um conjunto de comportamentos e regras que estipulam o que é, ou não é, permitido, em relação a todos os indivíduos pertencentes a essa classe. Quando classificamos uma pessoa como marxista, diabo marinho ou leitor do The Times, nós os confinamos a um conjunto de limites linguísticos, espaciais e comportamentais e a certos hábitos. E se nós, então chegamos ao ponto de deixá-lo saber o que nós fizemos, nós levaremos essa interferência ao ponto de influenciá-lo, pelo fato de formularmos exigências específicas relacionadas a nossas expectativas. A principal força de uma classe, o que a torna tão fácil de suportar, é o fato de ela proporcionar um modelo ou protótipo apropriado para representar a classe e uma espécie de amostra de fotos de todas as pessoas que supostamente pertençam a ela. Categorizar alguém ou alguma coisa significa escolher um dos paradigmas estocados em nossa memória e estabelecer uma relação positiva ou negativa com ele. (MOSCOVICI, 2013, p.63).

Diante disso, é importante compreender a imagem do paciente em sofrimento psíquico e todos os seus julgamentos sofridos pelos comportamentos "esquisitos" que apresentam diferentemente do considerado habitual em nossa sociedade. Foram classificados como loucos, doentes mentais, paciente em sofrimento psíquico, enfim, classificados para tornar familiar o não familiar.

Aceitar e compreender o que é familiar, crescer acostumado a isso e construir um hábito a partir disso, é uma coisa; mas outra coisa é completamente diferente preferir isso como um padrão de referência e medir tudo o que acontece e tudo o que é percebido, em relação a isso. Pois, nesse caso, nós simplesmente não registramos o que tipifica um parisiense, uma pessoa "respeitável", uma mãe, um Complexo de Édipo, etc, mas essa consciência é usada também como um critério para avaliar o que é incomum, anormal e assim por diante. Ou, em outras palavras, o que não é familiar. (MOSCOVICI, 2013, p. 55).

Na proposta da EP em saúde a capacitação da equipe, os conteúdos dos cursos e as tecnologias a serem utilizadas devem ser determinados a partir da observação dos problemas que ocorrem no dia a dia do trabalho e que precisam ser solucionados para que os serviços prestados ganhem qualidade e os usuários fiquem satisfeitos com a atenção prestada. A análise de um problema institucional, local ou regional de maneira contextualizada vai possibilitar que se descubra a complexidade de sua explicação e a necessidade de intervenções articuladas (BATISTA; SIMÕES, 2011).

À medida em que se fala em educação permanente, como sendo um processo de construção de diálogos que objetiva transformações e qualificação nas práticas de saúde,

pode-se pensar que o Projeto Terapêutico Singular (PTS) se apresenta como um dispositivo de integração e organização de equipes de profissionais da saúde, com fins educacionais e conseqüentemente práticas teórico/pedagógicas, visando também um processo de mudança na vida do usuário, no caso aqui, do paciente em sofrimento psíquico. Foi uma das práticas que esse DSC mostrou, a construção de um projeto terapêutico singular para o paciente em sofrimento psíquico.

O PTS pode ser definido como uma estratégia de cuidado, visando a articulação de um conjunto de ações que resultam da discussão e construção coletiva de uma equipe multidisciplinar, levando em conta as necessidades, expectativas, e o contexto social da pessoa ou do coletivo e, que se insere. (BRASIL, 2007).

No campo da saúde mental especificamente, o PTS vai desenvolver suas ações com intuito de dar continuidade na vida do usuário e não apenas em seu momento de crise, objetivando, com a equipe de assistência juntamente com o usuário, restabelecer relações afetivas e sociais, "buscando autonomia afetiva-material-social e o incremento da incorporação desse na vida de relação social e política" (CAMPOS; GUERRERO, 2013, p. 283).

Acontece como um processo de construção coletiva que envolve o profissional/equipe de saúde e o usuário em torno de uma situação de interesse comum, havendo uma responsabilização entre os sujeitos no PTS. Diante disso, esse dispositivo vai requerer uma maior articulação interprofissional com reuniões entre as equipes, para se obter um espaço de encontro, reflexão, e discussão das ações a serem realizadas, buscando uma horizontalização dos poderes e conhecimentos. Não é possível realizar um PTS para todas as pessoas atendidas em um serviço, mas na atenção básica os casos mais difíceis e de maior gravidade e complexidade devem ser priorizados, estabelecendo critérios de seleção dos casos trabalhados (BRASIL, 2007).

Um outro aspecto mencionado nesse DSC, como sendo prática comum no processo de trabalho da saúde mental, é a atividade grupal exercida em diferentes contextos, tais como grupo de família, de homens e grupo de mulheres. O grupo, visto como uma tecnologia de cuidado complexa e diversificada, apresenta uma vasta teoria que o explicita dentro de dinâmicas grupais em que os profissionais pretendem muitas vezes sair de seu espaço clínico individual e incorporar novas ferramentas de trabalho (BRASIL, 2013).

Vale ressaltar que o processo grupal, quando bem pensado em sua finalidade, estrutura e manejo, serve como uma poderosa e rica troca de experiências e

transformações subjetivas, que talvez em um nível individual seria mais difícil de ser alcançado. Fato esse que se deve à pluralidade de integrantes de um grupo, a troca de conhecimentos e possíveis identificações que ocorrem no campo grupal.

O trabalho com grupos no campo da saúde mental sugere que se evite algumas formações de grupo por tipologia de agravos ou sofrimento psíquico, uma vez que deve-se justamente buscar a diversidade grupal, reconhecendo os sujeitos como pertencentes a um território comum. Da mesma forma, se evitar que o grupo seja o local de abordagem, pois deve ser um lugar de encontro entre os sujeitos, pessoas com suas singularidades em constante produção de si e do mundo. É fundamental que o profissional, diante disso, não restrinja o sofrimento ao diagnóstico, mas sim que se amplie cada vez mais as condições de sujeito e de saúde desse indivíduo em sofrimento psíquico. (BRASIL, 2013).

Em um grupo deve se propor que seus integrantes tenham voz, espaço e corpos presentes, que suas demandas sejam ouvidas e conseqüentemente poder ouvir e colaborar com o outro, para que somente assim, consigam sentir-se como pertencentes verdadeiramente de um grupo (BRASIL, 2013).

Trata-se de construir um espaço de acolhimento ao sofrimento psíquico, possibilitando sua re-significação e construção de sentidos existenciais; produção de uma subjetividade menos oprimida; de circulação e de reconquista dos espaços sociais; de transformação da qualidade de vida. Um espaço que vai implicar em mais do que reinserir ou reabilitar por meio de uma técnica inovadora, mas sim que se assumam uma responsabilidade sobre o ato de cuidar, tendo conseqüências de ordem política, social e cultural (YASUI, 2006).

5.2 DSC Aspectos Negativos do Trabalho

Os profissionais da equipe também são profissionais liberais, tem consultórios, tem um olhar mais voltado pro serviço curativo, eu sinto que eles não conhecem o quê o SUS quer e que o mais importante é atender dentro do consultório. Eu acredito que pra eles esse conceito de apoio matricial ainda não é claro. Dourados não tem uma estrutura pra tá comportando a saúde mental de hoje e nem no futuro. O que a gente tem da saúde mental é só o básico, não tem um controle, tem poucos especialistas. Dificuldade de encaminhar pro psicólogo, que não tem de imediato. Nosso sistema é bem lento, não consegue liberar consulta de psiquiatria porque tem outros municípios usando, deveria ter um sistema de especialidade de porta aberta pra essas demandas maiores; Como tem a equipe reduzida a gente acaba fazendo coisas além da nossa competência, às vezes na prática a gente não consegue executar de maneira adequada, então nós enfermeiros

acabamos às vezes passando por psicólogo; A equipe se sente incompetente e acaba fazendo um encaminhamento sem investimento no caso, a responsabilidade eu passei pra outro. Às vezes falta material. Pra fazer visita não tem carro disponível. Infelizmente nosso serviço não me dá condições; a estrutura não ajuda, vc não pode desenvolver porque depende da chefia, da secretaria e aí as coisas não caminham. Aí acaba se desestimulando e pára de fazer as coisas que vc tinha interesse. Poderia desenvolver um trabalho diferente, por ex, um serviço de residência terapêutica que a gente atende; A gente poderia inserir melhor essas meninas nessa rede social. Não teve treinamento, atualização, a gente fica estagnado, espera que a secretaria de saúde nos dê esses cursos de atualização ou alguma coisa que você começa se inteirar em outras áreas que não seja a sua. Não tem matriciamento, nós já fizemos, mas acabou. A gente precisa de um apoio, tem o do NASF mas não é semanalmente, acho que se tivesse uma psicóloga era mais fácil. O NASF sempre estava desfalcado, nunca teve equipe completa. A gente era obrigado a cumprir a produtividade e até conseguia fazer mais grupos, hoje não consegue fazer mais, porque trabalha ou com educação ou vai fazer atendimento e cumprir produtividade. A nossa equipe tem um número grande, acima do que é recomendado. Não tem um protocolo estabelecido, a gente nunca sentou pra conversar com outros serviços pra ver como poderia ser realizado de uma forma diferente; acho que cada um atende o seu paciente e tenta resolver ali e não sei se não acham necessário conversar. Acho que é falta de organização, a rede não funciona como talvez deveria, o que funciona é a rede pessoal, você ligar, conversar com um colega do outro trabalho que possa te ajudar, faz um encaixe; a saúde mental pra mim parece uma incógnita, nesses setores acaba você ficando meio isolado, não tem envolvimento. Falta incentivo, a gente não pode contar com a gestão; não é sempre que a gente consegue estreitar as nossas relações; Tenho dificuldade da parceria com o CRAS e eles também enfrentam muitas dificuldades como a gente, então eu acho que também falta essa intersectorialidade; No caso do médico falta um local com internação adequado, falta a medicação adequada, muitas vezes pra você conseguir uma medicação de alto custo a burocracia é muito grande, atrapalha um pouco;

O DSC sobre os aspectos negativos no trabalho em saúde mental indicou alguns problemas que podem ser hipóteses para as causas de todas as dificuldades vivenciadas em seu contexto.

Um dos apontamentos desse discurso é a atuação do profissional visto como sendo uma prática ainda muito pertencente a um modelo biomédico, voltado para o serviço curativo, em que a doença é o seu maior objeto e, conseqüentemente, uma prática puramente clínica. Uma visão que precisa ser superada, principalmente no que tange ao paciente em sofrimento psíquico, visto que seus aspectos histórico-sociais devam ser resgatados.

Diante desse novo olhar que deve-se ter ao paciente, faz-se necessário uma reflexão acerca da formação profissional para o SUS, não somente para a saúde mental mas no contexto de um campo geral de atuação da saúde pública. É um desafio a ser

enfrentado, uma vez que se busca a superação do modelo hegemônico biomédico de atuação não somente dos médicos, mas de todas as áreas inseridas no SUS e especificamente os profissionais de nível superior, que são o foco da presente pesquisa. Uma problemática que foi algo questionado pelos entrevistados como sendo possível causa da falta de conhecimento do apoio matricial, uma vez que alguns deles alegam que os profissionais não querem sair de seus consultórios, dificultando com isso, a ampliação do olhar para o paciente em questão.

Diante disso, pode-se refletir que quando esse profissional permanece apenas em seu consultório, alheio às ações e práticas de sua equipe, seja atenção básica ou especializada, ele não amplia seu campo de atuação e conseqüentemente, um novo modo de produzir saúde, que é a proposta do apoio matricial.

Fica evidente com essa prática biomédica dos profissionais da saúde a representação social predominante entre as categorias, uma vez que a formação em saúde é permeada por um modelo clínico de atuação, tendo somente a doença como seu objeto de trabalho.

Como tentativa de compreensão dessa realidade Yasui (2006), mostra que os profissionais foram moldados por cursos norteados por um paradigma hegemônico, em que as disciplinas são fragmentadas, compartimentalizadas, com pouca ou nenhuma articulação. A exigência do mercado leva a uma superespecialização com o aprendizado e o domínio de tecnologias cada vez mais sofisticadas e ao se graduarem, possuem habilidades para atos e ações específicas, levando a fragmentação da realidade. Pouco aprendem sobre como lidar com as situações que os usuários de saúde e de saúde mental demandam aos serviços do SUS, ou seja, a subjetividade das pessoas e de seu sofrimento que provém das duras condições sociais de existência; sendo incapazes de ouvir o usuário e sua dor, articulando os sintomas e sinais em um quadro mais amplo e complexo para além da doença; raramente estabelecem diálogos com os outros profissionais que trabalham ao seu lado; não compreendem a dificuldade das pessoas em aderir ao tratamento.

Vale ressaltar que o termo "incapaz" utilizado pelo autor citado acima, denota talvez sua visão radical desse profissional para sua prática, uma vez que pode-se pensar que o trabalhador, apenas ainda não desenvolveu algumas habilidades e capacidades técnicas para que tenha um bom manejo com esse paciente e especificamente o paciente em sofrimento psíquico. Uma vez que seja treinado, capacitado tecnicamente e, principalmente, desenvolvendo sua sensibilidade para cuidar desse paciente, ele(o

profissional) pode perfeitamente compreender sua representação social acerca dessa realidade, bem como, transformá-la.

Complementando e ao mesmo tempo levantando um questionamento e crítica acerca dessa discussão da prática dos profissionais do SUS, CAMPOS (2013), alega que independente de uma reforma da atividade clínica, em seu formato tradicional de organização dos serviços de saúde, da mudança nas relações entre gestão e trabalhadores e entre estes e os usuários de serviços, se não se alterar substantiva e significativamente o modo fragmentado e desumanizado como o trabalho em saúde vem se dando, não haverá muito impacto. Para esse autor, a clínica atualmente vê apenas a doença e seus impactos biológicos, não abarcando os aspectos subjetivos e sociais. É preciso que seu objeto de trabalho conheça o seu doente e não apenas a doença, conforme já fora discutido aqui. Mas diante desse olhar, o mesmo autor questiona "como produzir saúde para aqueles sujeitos portadores de qualquer enfermidade sem considerar também o combate a esta enfermidade?" (p. 121) e sugere que se construa uma outra alternativa que não fique somente com a medicina que exalta a doença e nem com o extremo: a doença entre parênteses, como se não existisse, já que não há como negar, pois ela existe e "faz barulho no corpo". Não adianta lidar apenas com um ou outro lado da questão, é fundamental que se tente trabalhar em conjunto, doença/doente, mas para que isso aconteça é preciso rever a medicina e também outras clínicas, com outros profissionais e suas práticas.

Dentro desse amplo contexto em que se insere esse sujeito no SUS, CAMPOS (2013) sugere uma ampliação do objeto de saber e de intervenção da clínica, incluindo o sujeito e seu contexto como objeto de estudo e de práticas da clínica, com a proposta da clínica ampliada e suas possibilidades de atuação.

Ainda sobre a discussão do perfil do profissional para o SUS, Yasui (2006) alega que a transformação desse profissional requer uma mudança no papel da universidade que vai formá-los e como produtora de conhecimentos e que se preparem profissionais para um modelo de saúde considerando o processo saúde-doença como resultante de processos sociais complexos, produzindo novas estratégias de cuidados, incluindo a subjetividade e as necessidades coletivas, com ênfase nas ações de promoção à saúde, que se articulem em uma rede intersetorial, visando à inclusão social e uma crescente autonomia dos usuários.

Diante disso, faz-se necessário um posicionamento dos profissionais da saúde no que tange as mudanças já ocorridas na prática, visto que as universidades há algum

tempo vem se readaptando a esse novo modo de ser e agir com o paciente do SUS, à medida em que já apresenta em seus currículos, disciplinas capazes de se aproximar da realidade da saúde pública, bem como, objetivando cada vez mais uma visão crítica de suas ações. É claro que ainda há muito o que avançar mas, ainda assim, é importante a reflexão sobre como recebemos e acolhemos esse paciente, será que ainda estamos apenas medicando e os enquadrando em um modelo pré-estabelecido da academia e/ou do próprio Ministério da Saúde com suas diretrizes ou já conseguimos olhar pra esse paciente em sofrimento psíquico, desprovidos de nossos pré conceitos, valorizando sua subjetividade?

Percebe-se que existem várias nuances de compreensão dentro dessa reflexão, visto que não deve se esquecer que mesmo com todas as mudanças ocorridas, a representação social que permeia na prática de atuação do trabalhador do SUS, bem como, de sua formação, juntamente com o olhar para o paciente, precisa ser ressignificada. O que nos remete à Moscovici (2015, p. 41) quando postula que as

"representações, obviamente, não são criadas por um indivíduo isoladamente. Uma vez criadas, contudo, elas adquirem uma vida própria, circulam, se encontram, se atraem e se repelem e dão oportunidade ao nascimento de novas representações, enquanto velhas representações morrem."

Diante disso, faz-se necessário reconhecer que sua vivência profissional, bem como, sua conduta enquanto ser humano, foi construída pautada nas representações em que assimilou no decorrer de sua vida, visto que a teoria que embasa essa pesquisa apresenta duas funções:

Para Moscovici (2015) as representações sociais possuem precisamente duas funções: primeiramente vão convencionalizar os objetos, pessoas ou acontecimentos que passam a possuir uma forma definitiva, fazendo parte de uma determinada categoria e gradualmente colocando-as como um modelo de determinado tipo, sendo partilhados por um grupo de pessoas. Todos os novos modelos se juntam a esse modelo e são sintetizados nele; como segunda função, as RS vão prescrever condutas, em que determinam o que deva ser pensado, se impondo sobre nós, agindo como uma estrutura que se mostre presente antes de se formar o pensamento.

É como se já existisse uma resposta pronta para todas as questões surgidas em relação a qualquer coisa; "as representações são impostas sobre nós, transmitidas e são o

produto de uma sequência completa de elaborações e mudanças que ocorrem no decurso do tempo e são o resultado de sucessivas gerações" (MOSCOVICI, 2015, p. 37).

Diante disso, faz-se necessário refletir sobre o papel profissional do trabalhador da saúde, visto que pode-se pensar que suas funções e experiências também foram predeterminadas por convenções que definem suas fronteiras, distingue mensagens significantes de mensagens não significantes, ligando cada parte a um todo, colocando cada pessoa em uma categoria distinta (MOSCOVICI, 2015, p. 35).

Sendo assim, há que se tornar consciente e/ou compreensível para esse profissional, a maneira que compreende seu objeto de trabalho, bem como suas práticas de intervenção na saúde pública, conforme já discutido em outro DSC, uma vez que somente com esse trabalho de autoavaliação, ele poderá corroborar os avanços obtidos em sua formação curricular proposta pela DCN.

Sobre as mudanças curriculares, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que consiste no maior instrumento político da educação brasileira, foi prevista uma reestruturação dos cursos de graduação, com a extinção dos currículos mínimos e a adoção de diretrizes curriculares específicas para cada curso (BRASIL, 1996).

As DCN têm, como linhas gerais, o estabelecimento do perfil profissional para cada área, o conjunto de competências e o rol de conteúdos que deverão ser ministrados.

Em comum, espera-se, segundo as diretrizes, que os profissionais da saúde possuam uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, sendo capacitados a atuar, com base em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, e na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania. (BRASIL, 1996).

O DSC apontou como um dos aspectos negativos a deficiência da equipe com falta de recursos humanos que satisfaçam a demanda de seu processo de trabalho, sendo um número insuficiente de profissionais para atuar no cotidiano das unidades. Observa-se que a prática, tanto para esses profissionais quanto para os pacientes, está muito aquém do desejado uma vez que nem sempre conseguem uma consulta por falta do especialista e os profissionais acabam sobrecarregados por realizar inúmeras funções de trabalho.

Diante dessa constatação desse discurso, pode-se perceber que embora o profissional de saúde seja imprescindível para o bom funcionamento dos serviços de

saúde, ainda existe e persistem grandes desequilíbrios e lacunas quanto a disponibilidade, composição, qualificação e produtividade desses profissionais, fato esse que gera implicações no que tange a qualidade e segurança dos serviços prestados, já que alegam que o serviço se apresenta aquém do desejado. As diversas cargas de trabalho em seu cotidiano, aliado muitas vezes à precárias condições de trabalho, podem interferir, negativamente, na satisfação e saúde desses profissionais (PIRES; MACHADO; SORATTO; SCHERE; GONÇALVES; TRINDADE, 2016).

A legislação que preconiza qual a equipe técnica mínima para o bom funcionamento tanto dos CAPS quanto da atenção básica e ESF, é a Portaria nº 336 de 19 de Fevereiro de 2002 e Portaria nº 2488 de 21 de Outubro de 2011, respectivamente, que, na prática não é observado como o foi exposto pela indignação dos entrevistados, apontando o descaso da gestão diante da falta de funcionário. Este aspecto da gestão é enfatizado por Campos e Domiti (2007) que aponta a estrutura organizacional como um dos obstáculos para que ocorra o processo interdisciplinar e dialógico no atendimento ao paciente. Estes autores alegam que “o apoio matricial e a equipe de referência vistos como metodologias de trabalho, são arranjos organizacionais que buscam diminuir a fragmentação imposta ao processo de trabalho decorrente da especialização crescente em quase todas as áreas de conhecimento”(p. 402), o que pode ser visto como um dos aspectos negativos do trabalho dentro da instituição de saúde.

Campos e Gama (2008) relacionam uma série de fatores que dificultam o acolhimento e o tratamento do usuário: a falta de diretrizes do Ministério da Saúde, a falta de preparo técnico do profissional, a incipiente sistematização de experiências e de novos modelos de intervenção, as dificuldades na troca de conhecimentos entre os profissionais, a falta de investimento dos gestores. Os autores levantam a necessidade de reflexão e sistematização de experiências, problematizando o fazer dos profissionais. Além destes, evidencia-se a não clareza quanto à coordenação da rede, ocorrendo inclusive a sobreposição de papéis (Brasil, 2004; Brasil, 2011).

5.3 DSC Conceito de Apoio Matricial

A importância do serviço de saúde está atrelado às instituições de ensino, ela é fundamental para que a gente consiga fazer realmente esse apoio matricial, as tecnologias leves, construir o SUS que a gente quer. O apoio matricial é um desafio para

o sus ainda, ta muito na teoria, na prática muito difícil de acontecer; aqui nesse serviço a gente tem a equipe de referência que é básica. Esse conceito é muito amplo, Gastão pensou essa estratégia como um arranjo organizativo, uma estratégia coletiva de pensar as ações de saúde mental e a rede, uma ligação melhor, seria o vínculo com os demais serviços. Porque muitas vezes a gente ta fazendo o mesmo trabalho e um não ta sabendo do outro, falta essa comunicação, todo mundo teria que conhecer pelo menos os serviços existentes na rede. O matriciamento viria pra isso. Seria um apoio centralizado pra focar várias áreas, as especialidades que podem ta auxiliando o posto, como na unidade só tem médico, dentista e enfermeiro então esse apoio de outro profissional é importante pra gente; estes profissionais estarem discutindo, pensando sobre casos, sobre situações que são diferentes, que são alheias às suas áreas de origem. Colaborar para traçar um plano de acordo com as necessidades daquele paciente, é o serviço de referência estar apoiando a unidade de saúde no lidar com esse paciente e vice versa; pra que se encaminhe o que realmente é necessário; uma dúvida em saúde mental vai o profissional tirar essas dúvidas, pode ser o psiquiatra ou o psicólogo, o profissional viria trabalhar com a gente no início e depois ficaria à distância dando supervisão, resolvendo as dificuldades que a gente encontra; você faz um levantamento do que tem na sua área, da demanda, das prioridades, daí faz um matriciamento daquilo que precisa ser feito em primeira instância. As equipes de saúde que trabalham com saúde mental tem que ta sendo educadas no sentido da educação continuada, que também faz parte de um quadro de matriciamento. Matriciamento é o processo pelo qual você consegue receber essa necessidades todas de uma população. O matriciamento tem uma ação maior do que isso que é feito. Acho que o modelo que é o mais viável pra diminuir demanda é o apoio matricial; Acho que essa é uma das formas de matriciamento, não é só isso, são as consultas compartilhadas, visitas, reuniões com a equipe ou só com enfermeiro, ou só com enfermeiro e médico. O apoio matricial seria estar à disposição da unidade, a gente poder otimizar as tecnologias leves que são as atitudes. Um curso básico sobre atenção básica pra você e você passava toda coisa de atenção básica pra mim também, esse trabalho de troca. Veio o doutor e fez matriciamento com os médicos; Palestras; seria alguma conduta padrão para todos os profissionais. O matriciamento é uma tabela que a gente tem que seguir os passos da matriz, da matriz intervencional.

O DSC mostra o discurso dos profissionais quando questionados sobre o conceito de apoio matricial e o que pôde-se perceber é que existe uma certa fragmentação e inconsistência desse conceito, uma vez que a maioria dos entrevistados traz aspectos organizacionais e pontuais, sem elaboração adequada. Relatam dificuldades vivenciadas ao se depararem com os inúmeros casos de saúde mental que cada vez mais aparecem em seu processo de trabalho. Fato esse que possivelmente, ainda recorre ao pré conceito existente a paciente da saúde mental, conforme já discutido anteriormente, pois alegam que já atendem uma grande demanda de outras especialidades dentro de seus respectivos programas pré estabelecidos pelo Ministério da Saúde e que a saúde mental, talvez não por acaso, acaba por ficar à margem das ações programadas.

A falta de comunicação entre as equipes e na rede de saúde como um todo foi demonstrado como um fator determinante para que não se realizasse o processo de apoio matricial, visto que definem tal conceito, como sendo uma estratégia coletiva de pensar as ações de saúde mental juntamente com a rede básica, alegam ainda que o vínculo é condição *si ne qua non* para que essas ações se estabeleçam como práticas rotineiras na atenção à saúde, o que reafirma a teoria de Wagner (2013, p. 123) sobre ser "a construção de vínculo um recurso terapêutico". Para este autor, um dos meios adequados para a prática de uma clínica com qualidade é o fortalecimento de vínculos entre paciente, famílias e comunidade com a equipe e com alguns profissionais específicos que lhes sirvam de referência.

A constituição de vínculo depende de movimentos tanto dos usuários quando da equipe. Para o paciente, o vínculo ocorre quando ele acreditar que a equipe poderá contribuir, de algum modo, para a defesa de sua saúde. Para os profissionais, o vínculo é o compromisso com a saúde daqueles que a procuram ou são por ela procurados. O vínculo começa quando estes dois movimentos se encontram: uns demandando ajuda, outros se encarregando destes pedidos de socorro.

O autor ainda coloca que o apoio matricial visto como um arranjo em gestão, compõe juntamente com outros arranjos, como equipes de referência, uma estratégia visando uma ampliação das possibilidades da continuidade da atenção, em que se tenham interação maiores de vínculo com responsabilização.

Objetiva produzir outra cultura e outras linhas de subjetivação esse novo arranjo em gestão em saúde, que não favoreça a alienação do trabalhador do resultado de seu trabalho, que favoreça e estimule o compromisso das equipes com a produção de saúde, permitindo-lhes sua própria realização pessoal e profissional (CAMPOS, 2013, p. 276).

Vai trazer ao processo de trabalho novas possibilidades de trocas de saber entre os profissionais de saúde em vários níveis de atenção, com objetivo de melhorar a articulação e qualificação da rede de serviços que compõe o sistema de saúde (CAMPOS, 2013, p. 273).

Mas diante dessa nova proposta de um arranjo organizacional, para que ela se operacionalize, é fundamental que algumas condições estejam propícias, tais como, número e qualificação dos profissionais disponíveis; cultura organizacional dos gestores e dos trabalhos envolvidos; rede de serviços disponível; organização do processo de trabalho nos serviços (WAGNER, 2013). Condições essas que pudemos perceber em

outro DSC, que discutiu sobre as dificuldades encontradas e os aspectos negativos do trabalho, que essas condições propícias não acontecem nem na atenção básica e nem na atenção especializada, visto a falta de estrutura e recursos humanos existentes no cotidiano dos serviços.

O novo arranjo não pretende substituir o sistema de referência e contra-referência, utilizado atualmente na rede de saúde, ele entende que em algumas áreas de atuação, essa estratégia de encaminhamento ainda é pertinente, mas desde que seja realizado sem se perder o sentido da vinculação e da continuidade (WAGNER, 2013).

A equipe de referência utilizada por essa nova proposta, conforme citado anteriormente, como sendo parte reestruturante do sistema de saúde, é representada pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que são interdisciplinares e que vão atuar com uma responsabilidade sanitária além do atendimento especializado que já realizam. A relação entre a equipe de referência e a equipe de apoio matricial, que no caso desse estudo, é a equipe de saúde mental, as duas se constituirão nesse novo arranjo do sistema de saúde, objetivando a horizontalidade de suas ações (CHIAVERINI, 2011).

Sendo assim:

"Apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões." (CHIAVERINI, 2011, p. 14).

Conforme citado, um dos procedimentos da prática do A.M. é a

"possibilidade de se realizar a clínica ampliada, que tem como intenção em não desvalorizar nenhuma abordagem disciplinar, ao contrário, vai integrar várias abordagens que possibilitem um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional" (BRASIL, 2010, p. 14).

A proposta da clínica ampliada de acordo com o conceito citado, abarca alguns eixos que são fundamentais para sua compreensão e prática, tais como: 1- compreensão ampliada do processo saúde-doença; 2 - construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas; 3 - ampliação do objeto de trabalho; 4 - a transformação dos meios ou instrumentos de trabalho; 5 - suporte para os profissionais de saúde.

Diante disso, cabe a reflexão sobre a prática desse profissional a partir desses aspectos mencionados, se fazem parte de seu processo de trabalho e até que ponto conseguem realizar a clínica ampliada. Ela realmente acontece em sua rotina? Vale ressaltar que é um processo que, se muito bem realizado, propicia ao trabalhador uma constante avaliação de seus próprios valores e dos valores vigentes na sociedade, para que assim, tenha um compromisso ético com o usuário, fazendo com que ele perceba as influências sofridas em seu meio social e, conseqüentemente, tendo condições de alterá-lo.

Outro ponto mencionado entre os entrevistados, como uma maneira de se realizar o matriciamento, foi o trabalho realizado em coletividade e o vínculo entre toda a rede de saúde, e é onde pode-se pensar na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que surge para ampliar essas ações de saúde mental (BRASIL, 2011). A Portaria nº 3088 de 23 de Dezembro de 2011 que institui a RAPS, surge com intuito de incluir cada vez mais as ações de saúde mental à atenção básica, mas que para que isso aconteça, faz-se necessário que essa esteja preparada para receber os pacientes em sofrimento psíquico, já que é a porta de entrada do SUS. É fundamental que a atenção básica esteja atenta às demandas surgidas em saúde mental e, principalmente que seja feito o devido encaminhamento, bem como, quais ações a serem realizadas para que se tenha o bom andamento de uma política de saúde mental mais efetiva.

Fato esse que remete mais uma vez à formação desse profissional da saúde e também, especificamente para a saúde mental, que ele possa dar um novo sentido ao sofrimento psíquico que lhe chega e que esteja disponível internamente para receber e acolher com sua escuta qualificada a dor desse paciente. Que esse profissional tenha condições de promover uma ressignificação do processo de saúde/doença do paciente. É claro que isso somente se dará através de uma busca e de um melhor entendimento do que seja propriamente dito o transtorno mental e que com a educação permanente, que é uma das propostas do apoio matricial, possa apreender e assim percorrer em toda a rede, ações e práticas mais humanizadas de saúde mental. Discussão essa, já realizada no DSC anterior, quando explora sobre o papel do profissional de saúde, bem como, a proposta da educação permanente para se trabalhar a representação social do paciente em sofrimento psíquico e suas possíveis ressignificações do tema em questão.

Um fator mencionado nesse DSC foi a utilização das tecnologias leves como fator propulsor na construção de um SUS que se quer. Merhy (2005) considera que as

tecnologias de produção do cuidado em saúde, tidas como tecnologias leves, referem-se a relações de produção de vínculo, acolhimento e gestão dos processos de trabalho.

"o vínculo como tecnologia leve das relações no PSF parte do princípio de que os profissionais deverão estabelecer a responsabilização pela área adstrita; conseqüentemente, ocorre uma interação geradora de vínculos, "laços", entre os trabalhadores da saúde e os usuários, necessária ao mecanismo tecnológico para o desempenho do trabalho, de acordo com as diretrizes que norteiam a prática do PSF" (COELHO; JORGE, 2009, p. 1524).

O vínculo construído, bem como, o acolhimento realizado no trabalho de humanização que fazem parte do processo de trabalho desse profissional da saúde, devem ser a principal ação prestada ao usuário que procura o cuidado de saúde. E nesse contexto, é o trabalho em equipe, com seus diferentes saberes, tendo cada profissional com suas particularidades técnicas, que vai articular um campo que assegure saúde à população.

5.4 DSC Ações Desenvolvidas e Propostas de Apoio Matricial

O que a gente atua geralmente é referência, contra-referência, ela matricia muito bem, via escrita facilita e muito. Só o HU hoje que a gente percebe que tem essa contra referência; a médica do PAM de vez em quando manda uma cartinha de referência, a gente pede o retorno, alguns você consegue. A gente tenta trabalhar em parceria com as unidades que tem demanda, esclarecer algumas situações em relação ao serviço. Normalmente a gente acompanha esse paciente, tenta estabilizá-lo, tirá-lo da crise, seja qual for o diagnóstico e muitas vezes a gente encaminha pra psicoterapia. A gente orienta como tomar a medicação, orienta a família. Não deixamos o paciente sem a medicação, porque ele pode ter um surto ou alguma coisa mais grave, e aí é levado pra UPA. Já tivemos matriciamento em saúde mental, veio o pessoal do NASF, até a psicóloga do NASF não tinha pra onde encaminhar esses pacientes aí parou o matriciamento; era pra saber quantos pacientes em saúde mental a gente tinha, diagnóstico, pra onde que encaminha; O que precisa seria uma coisa que nós já tentamos aqui, um técnico de referência pra cada paciente, nós fizemos pra poder melhorar a demanda mas não aconteceu, ficou no papel. O matriciamento, no caso do grupo do tabaco. Fizemos matriciamento de marcar oficinas pra conversar. Então eles me passam o caso, a gente senta junto, cada um dizendo o que pensa daquela patologia; quando a gente faz um PTS, cada profissional dá seu ponto de vista. O de saúde mental, as psicólogas se reuniram três encontros, fizemos o planejamento desses encontros, o que a gente achava que deveria ser passado pra equipe, trabalhando em cima da demanda, de gráfico, de quantos são esses pacientes, qual é a região que existem mais, se tem mais demanda pro CAPS, ambulatório, como ta sendo essa demanda, então a gente queria abordar isso com eles e levar outros temas também. Isso foi feito durante

um período na rede básica. Orientava, falava de manejo de pacientes com transtorno bipolar, pacientes que tomam lítio, os cuidados que tem que ter; o agente de saúde orientava o usuário dos riscos de tomar muito tererê, essa aproximação entre os dois extremos da corrente facilita sobremaneira a vida desse usuário, do sistema, um bate papo que a gente fazia e ajudava bastante. Isso foi feito com outras especialidades, era uma política de matriciamento que tava sendo feita. Matriciamento tem várias formas de fazer, pode ser via on line, celular, presencial; seria um suporte pra equipe das formas de como se conduzir um processo coletivo dentro na comunidade; seria através do NASF, é o nosso elo de ligação; Pode ser feito com educação continuada, trabalhos educativos, orientando essa equipe, o profissional consegue tratar casos mais básicos, mais simples, consegue fazer o diagnóstico; Tem que começar lá na secretaria de saúde, trazer pra nós esse profissional pra conhecer o trabalho deles; ter a liberdade de ligar, conversar com a regulação, com a própria coordenadora; diminuir a parte burocrática; Que é o médico, dentista e enfermeiro, os profissionais de nível médio e fundamental não podem estar a frente da reunião sozinhos mas se tiver um tema que um auxiliar de enfermagem tiver segurança pra falar ele vai falar, até porque as reuniões é roda de conversa, não é uma palestra, porque muitas vezes o profissional que tá lá na ponta não é obrigado a saber tudo e tratar saúde mental não é uma coisa muito simples; Eu acho que seria através de cursos, encontros, palestras, não sei, capacitação. Eu não vou conseguir fazer sem o NASF porque eu preciso ter pelo menos uma psicóloga ou a terapeuta ocupacional, eu não consigo enxergar ações em saúde mental com o médico, enfermeiro e dentista, sem um psicólogo, sem um profissional da saúde mental, acho que seria muito incompleto, eu precisaria do médico fora do consultório ali junto, precisaria da disponibilidade de um psicólogo ou da terapeuta ocupacional.

O DSC tratou das ações desenvolvidas e propostas de apoio matricial na rotina de trabalho dos entrevistados, sendo estas, ao mesmo tempo em que se adequa ao que a teoria propõe, em muitos momentos, percebe-se uma certa dúvida acerca de como proceder com as ações e o que se deve realizar no apoio matricial. Fato esse que faz refletir sobre a inconsistência quanto ao conceito de apoio matricial, que também fora visto como algo ainda relativamente novo e incipiente em seu processo de trabalho, o que, conseqüentemente, pode gerar desconhecimento de suas práticas quanto ao tema estudado.

Dentre as ações mencionadas de prática de matriciamento em saúde mental, a mais comum é o processo de referência e contra referência, via escrita, para encaminhar esse paciente para outros especialistas, de acordo com sua necessidade.

Sobre essa perspectiva de atuação em saúde Wagner (2011, p. 13) postula que é uma tradição dos sistemas de saúde operarem e se organizarem dessa forma, sob a lógica da referência e contra referência. Para ele, essa organização considerada verticalizada, se torna hierárquica, à medida em que se configura uma diferença de autoridade entre quem encaminha um caso e quem o recebe e, conseqüentemente, uma

transferência de responsabilidade, o que nem sempre, percebe-se boa resolubilidade, uma vez que nesses casos, a comunicação se mostra precária.

Em outro momento, já fora discutido a questão dessa prática do encaminhamento, não que a mesma tenha que se extinguir, mas sim, que seja aprimorada. Pois para esse autor, essa lógica tradicional dos sistemas de saúde deve ser transformada, buscando uma horizontalização em suas ações, que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais.

Vale ressaltar que nesse novo modo de estruturar essas ações, uma nova configuração surge, que é a equipe de referência e a equipe de apoio matricial, conforme anteriormente mencionado e discutido. Lembrando que o termo 'nova' é apenas a reconfiguração e reestruturação das ações, pois a equipe interdisciplinar já existe, seus componentes, como mencionado, estão presentes desde o momento em que se propuseram a assumir uma responsabilidade sanitária do cuidado com o outro.

Pode-se pensar diante desse arranjo que se propõe o matriciamento, que a maior tarefa seja trabalhar a representação social desse funcionário da saúde, diante do que seja, ou de quem é esse paciente em sofrimento psíquico, uma vez que o desconhecimento acerca do conceito e o manejo de transtorno mental, são predominantes. Pode-se perceber que esse será o maior desafio do matriciador em saúde mental.

Desafio esse, não somente para a equipe a ser trabalhada mas para o próprio profissional que realizará o trabalho de matriciamento, visto que, mesmo sendo alguém dotado de um olhar mais ampliado para esse paciente e suas práticas mais integrativas entre atenção básica e especializada, também apresenta alguma influência de seu meio social e até mesmo interno.

"Nenhuma mente está livre dos efeitos de condicionamentos anteriores que lhe são impostos por suas representações, linguagem ou cultura. Nós pensamos através de uma linguagem; nós organizamos nossos pensamentos, de acordo com um sistema que está condicionado, tanto por nossas representações, como por nossa cultura (MOSCOVICI, 2013, p. 35).

Diante disso, a TRS postula que através de um esforço, pode-se tornar consciente o aspecto convencional da realidade em que se vive e a partir daí, escapar de algumas exigências que ela impõe em nossas percepções e pensamentos. Não que se libertará sempre de todas as convenções ou que se eliminará todos os preconceitos, mas

que se tenha a estratégia de descobrir e explicitar uma única representação, que possibilite reconhecer que as representações constituem um tipo de realidade (MOSCOVICI, 2013, p.36.).

O apoiador matricial é um especialista com um núcleo de conhecimento distinto daquele dos profissionais de referência, podendo agregar saber e contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso. Assim, o apoio matricial procura construir e ativar espaço para comunicação ativa, personalizando os sistemas de referência e contrarreferência, ao estimular e facilitar o contato direto entre referência encarregada do caso e especialista de apoio (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Outra ação citada como prática muito comum realizada pela equipe é a troca de receita do medicamento desse paciente, que é realizada sob orientação e quando necessário, remarcação de nova consulta. A preocupação na troca de receita é a possibilidade de um surto que o paciente venha a ter, fato esse, que é visto pela equipe, como grande dificuldade pois o que se percebe é a falta de um fluxograma de encaminhamento nesses casos, visto que nem sempre sabiam pra onde encaminhar.

Pode-se dizer que o não conhecimento do funcionamento da rede de saúde mental foi algo presente constantemente entre os entrevistados, o que possivelmente dificulta a prática do matriciamento, mas não impede que possa ser realizada, sendo já uma das ações desse novo arranjo organizacional em saúde.

5.5 DSC Sentimentos do Profissional

Me sinto feliz porque a gente consegue ajudar esses pacientes que são excluídos da sociedade e isso é muito gratificante; às vezes é frustrante também, a gente tem que ter um lado psicológico estável pra não se deixar envolver nas frustrações. Então é difícil trabalhar aqui, não é fácil; é um trabalho que às vezes acaba esgotando um pouco das energias; Pra mim é um desafio ter que estudar pra assumir uma função que era inovadora dentro do meu currículo. A gente acaba sendo mediador de conflitos das relações familiares. Mas é uma rotina boa, a equipe precisa ta muito coesa pra fazer esse trabalho, o que também é um desafio, é uma vivência que tem sido muito significativa; Satisfeita. Acho que poderia fazer muito mais, mas infelizmente nosso serviço não me dá condições; eu faço a minha parte além daquilo que eu posso; Às vezes me sinto tolhida, impotente com algumas coisas, parece que a gente ta dano murro em ponta de faca, não consegue realizar de fato o serviço como tem que ser; É difícil fazer uma educação continuada porque o nosso público, vc pode falar dez vezes a mesma coisa e parece que eles não entenderam nada, é cansativo, só que quando vc gosta, é

gratificante. às vezes a gente sente valorizado e às vezes decepcionado, pq falta apoio, vc ter que dispensar um paciente por falta de material, dói no coração; Eu gosto bastante como são desenvolvidas as ações na estratégia de saúde da família, porque a gente tem um vínculo, um laço com o paciente, através das visitas, das ações que a gente faz, eu acho que isso aí é um diferencial, o paciente passa a ter confiança na gente; Eu sinto satisfeita, mas ao mesmo tempo é muita coisa, às vezes a gente sente estressada, pressionada em função de tantas coisas burocráticas, o sisreg é um deles, tenho muito papel pra mexer, a gente acaba sem tempo de desenvolver atividades de campo, visitas, a gente sente um pouco de frustração em função disso; mas eu me sinto muito bem, eu tenho alguns problemas que soluciono super bem, isso já me enche de orgulho; assumo como algo prazeroso de fazer; eu me realizo enquanto eu estou conseguindo ter esse contato com o paciente. Eu gosto muito da parte clinica que eu faço dentro do consultório, não sou muito aberta pra sair, não vejo muita vantagem, não é uma coisa muito necessária, tem o agente de saúde pra isso; eu sempre fui uma pessoa apaixonada pelo SUS desde a minha formação, eu sou super feliz. Essa parte de avaliação é estressante, porque não é bom escolher quem vai consultar com o médico e quem vai pra casa insatisfeito; a sobrecarga de trabalho é o mais estressante; a equipe é assim, um fortalece o outro, tem hora que um desanima, aí o outro chega com gás; Hoje em dia, conforme os anos se passaram e a gente vai conhecendo melhor como trabalhar no nasf, eu sinto que hoje a gente realmente produz, não quantitativamente, mas, qualitativamente.

O DSC demonstrou claramente uma oscilação de sentimentos oriundos desses profissionais em seu ambiente de trabalho, visto que ao mesmo tempo em que se veem muito satisfeitos com as atividades realizadas, mostram-se em alguns momentos infelizes. Justificam sua insatisfação e frustração à medida em que percebem-se incapazes de atender todas as necessidades do paciente. Fato esse, inclusive muito questionado por eles, ao também depositar na falta de estrutura física e de recursos humanos, tamanha insatisfação. Muitos ainda alegam a atividade burocrática que fazem parte de sua rotina, como algo também estressante, pois os impedem de se aproximarem mais afetivamente dos casos dos pacientes.

O público do serviço foi visto como sendo uma das razões da dificuldade de se realizar uma educação continuada, uma vez que suas limitações cognitivas os impedem de assimilar as práticas oferecidas, já que não entendem quase nada do que lhes é explicado, como fora mencionado por alguns entrevistados.

Em contra partida percebe-se que a representação social que se tem da função do profissional da saúde está voltado para o ato de ajudar os pacientes excluídos da sociedade e que sua formação o cuidar como essência da prática profissional. Baseado nisso, percebe-se que tais profissionais são dotados de uma postura peculiar à profissão ao lidar com o objeto de cuidado: o ser humano. Uma postura que se expressa com

sentimento de zelo, preocupação e respeito pelo paciente que está em sofrimento. Apesar disso, o modelo de trabalho no qual esses profissionais estão inseridos, muitas vezes, exige uma postura profissional de natureza tecnicista e com pouco envolvimento afetivo, traduzindo o que se chama atualmente de modelo biomédico de assistência. Isso foi demonstrado ao dizerem que nem sempre conseguem realizar o serviço como tem que ser, em função da tamanha demanda burocrática que o serviço solicita.

A respeito dessa prática biomédica que predomina no serviço, o DSC aspectos negativos do trabalho retratou o perfil desse profissional para se atuar no SUS, bem como os avanços necessários para que seu objeto de trabalho, o paciente, seja visto em sua forma mais ampla, valorizando seus aspectos históricos sociais.

6 PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL

6.1 Objetivos

- Mobilizar atores para o processo de reflexão, problematização dos nós críticos que serão expostos, bem como outros que venham surgir e qualificação de suas ações em saúde mental;
- Formar “educandos-multiplicadores” para a incorporação, reorganização e ampliação do apoio matricial na atenção básica e atenção especializada;
- Ofertar ferramentas para a implantação e implementação do Apoio Matricial na Atenção Básica e Atenção Especializada, avançando com isso suas práticas de saúde;
- Fomentar intervenções pactuadas e contextualizadas em seu território de atuação com sua equipe de apoio;

6.2 Carga Horaria

- São previstos quatro(04) encontros semanais com carga horária de 2h por atividade, totalizando oito(08) horas mensais;
- A proposta é que se inicie com uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), envolvendo todos os funcionários da equipe, sendo divididos em dois grupos;

6.3 Metodologia

O trabalho deverá ser realizado utilizando material didático disponível sobre o tema proposto.

O processo de educação de adultos pressupõe a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que proponham desafios a serem superados pelos participantes, que lhes possibilitem ocupar o lugar de sujeitos na construção dos conhecimentos e que coloquem o professor como facilitador e orientador desse processo (BRASIL, 2002).

Para (CECCIN e FERLA, 2008) a educação permanente se baseia no ensino problematizador e na aprendizagem significativa, em que não existe superioridade na relação do educador/educando. O que é valorizado nesse processo são as experiências anteriores e as vivências pessoais, que considere cada aprendiz com seus potenciais e

dificuldades e que esteja voltada à construção de sentidos, abrindo, assim, caminhos para a transformação e não para a reprodução acrítica da realidade social.

A aprendizagem significativa, pressupõe que a transformação das práticas profissionais deva se basear na reflexão crítica sobre o processo de trabalho que as equipes de saúde desenvolvem em seus serviços. Fazendo com que a mudança das estratégias, da organização e do exercício da atenção à saúde deva ser construída na prática concreta das equipes, de forma participativa, a partir da problematização do processo de trabalho local.

Serão utilizadas metodologias ativas em especial as dinâmicas de grupo, que tem como objetivo trabalhar de maneira mais flexível todos os nós críticos. A dinâmica de grupo proporciona um trabalho de encontros em que o profissional da saúde consiga refletir sobre como vem realizando suas práticas de cuidado com o paciente em sofrimento psíquico. Propõe-se com as dinâmicas, estimular a produção de subjetividade, que produza autonomia e o protagonismo dos indivíduos, ampliando a capacidade de análise e de intervenção das pessoas e sua equipe, fazendo com que esse profissional consiga modificar sua estrutura de trabalho.

6.4. Proposta de educação permanente

NÓS CRÍTICOS	PÚBLICO ALVO	RECURSOS HUMANOS	RECURSOS MATERIAIS	PRAZO	RESULTADOS ESPERADOS
O conceito de Matriciamento.	Psicólogos, Enfermeiros, Dentistas, Médicos, Técnicos em Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS); entre outros profissionais do NASF.	Psicólogo e os profissionais que tem especialização em Saúde Mental.	Material Didático Pedagógico do Ministério da Saúde; data-show, vídeos, quadros,	Trabalhar em um mês com toda a equipe da UBS/NASF: um encontro	Que todos os agentes da saúde tenham o conhecimento elementar a respeito do conceito de matriciamento.

<p>Perfil do Profissional para trabalhar com saúde mental</p>	<p>De acordo com Ministério da Saúde, poderão compor os NASF as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.</p>	<p>Psicólogos; os profissionais que tem especialização em Saúde Mental; profissionais de saúde que tenham o conhecimento em saúde mental.</p>	<p>aula expositiva; Dinâmicas de Grupo.</p>	<p>semanal de duas horas (das 15 às 17h), nas sextas feiras. Comumente, a sexta-feira é o dia de menor movimento na Unidade. O último encontro será utilizado para tirar dúvidas, se necessário.</p>	<p>Que todos os profissionais estejam preparados e sensibilizados a assistir o paciente em sofrimento psíquico em sua totalidade. Que esse profissional tenha condições de refletir sobre a representação social instituída em sua formação técnica, sendo passível de mudanças.</p>
--	--	---	---	--	--

Falta de Comunicação entre as Unidades	Psicólogos, Enfermeiros, Dentistas, Médicos, ACS; toda equipe administrativa.	Psicólogos, Enfermeiros, Dentistas, Médicos e profissionais de nível superior com conhecimento na área de saúde mental			Que a comunicação sobre a temática seja eficaz.
Equipe de RH reduzida		Gestão			
Não conhecimento da rede	Psicólogos, Enfermeiros, Dentistas, Médicos, Técnicos em Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS); entre outros profissionais do NASF; Profissionais de saúde que tenham o conhecimento em saúde mental.	Psicólogos, Enfermeiros, Dentistas, Médicos e profissionais de nível superior com conhecimento na área de saúde mental			Que todos os profissionais envolvidos na saúde possam ter o conhecimento necessário sobre o funcionamento da rede como um todo, bem como, seus dispositivos e equipamentos essenciais ao atendimento do paciente em sofrimento psíquico.

Fluxograma	Psicólogos, Enfermeiros, Dentistas, Médicos e profissionais de nível superior com conhecimento na área de saúde mental; Profissionais do SISREG(Sistema de Regulação)	Psicólogos, Enfermeiros, Dentistas, Médicos, Técnicos em Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS); entre outros profissionais do NASF; Profissionais que tem especialização em Saúde Mental;			Que todos os envolvidos tenham conhecimento de como ocorre o fluxograma para o atendimento do paciente em sofrimento psíquico, sabendo quais unidades são responsáveis por cada caso, desde a crise até uma consulta psicológica/ou psiquiátrica. Possibilidades de se construir um folder explicativo e informativo sobre o funcionamento de cada dispositivo da saúde mental, seja ambulatório, CAPS II, CAPS AD.
-------------------	---	--	--	--	--

<p>Referência e contra-referência sem resolutividade</p>	<p>Psicólogos, Enfermeiros, Dentistas, Médicos, Técnicos em Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS); entre outros profissionais do NASF; Profissionais que tem especialização em Saúde Mental; Profissionais do SISREG(Sistema de Regulação).</p>	<p>Psicólogos; os profissionais que tem especialização em Saúde Mental; profissionais de saúde que tenham o conhecimento em saúde mental; Enfermeiros, Dentistas, Médicos; NASF.</p>			<p>Que os envolvidos no processo da referência e contrarreferência façam com êxito a condução e acompanhamento dos casos, assumindo a corresponsabilização necessária dos pacientes, que é uma das ferramentas do matriciamento.</p>
---	--	--	--	--	--

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A representação social dos profissionais da atenção básica e especializada acerca do matriciamento em saúde mental mostrou-se inconsistente, apesar do conhecimento que possuem sobre o tema. Um conhecimento não aprofundado sobre o assunto, mas que em seu processo de trabalho fora percebido em muitos momentos, como algo difícil de ser implantado.

Diante das dificuldades relacionados acerca da saúde mental, bem como do manejo do paciente em sofrimento psíquico, pode-se pensar, que o preconceito atribuído a esse usuário, embora não diretamente mencionado, está implícito em suas representações, independente do grau de sua patologia. Fato esse que remete a uma reflexão constante sobre o papel de profissionais de saúde pública que atuam nessa área, em desconstruir a imagem do "louco" e desmitificar a loucura e, mais do que isso, propor um novo olhar para esse paciente, bem como, aproximá-lo cada vez mais do convívio social em seu território, propondo a "inclusão do diferente na sua diferença, sem excluir" e "acolher a multiplicidade que está em nós". (SOUZA, p. 13).

Pode-se perceber que a incapacidade de compreensão que permeia entre os profissionais diante do transtorno mental, pode ser um fator desencadeador de resistência a esse trabalho e, conseqüentemente, dificuldade em lidar com as frustrações que a peculiaridade da saúde mental apresenta. Fato esse que o trabalho de educação permanente proposto para ser implantado no processo de trabalho dos profissionais, possa ser um sólido recurso em que se conduza a uma modificação na representação social que esse profissional apresenta acerca do paciente em sofrimento psíquico.

Onocko Campos e Gama (2008) relacionam uma série de fatores que dificultam o acolhimento e o tratamento desse usuário: a falta de diretrizes do Ministério da Saúde, a falta de preparo técnico do profissional, a incipiente sistematização de experiências e de novos modelos de intervenção, as dificuldades na troca de conhecimentos entre os profissionais, a falta de investimento dos gestores. Os autores levantam a necessidade de reflexão e sistematização de experiências, problematizando o fazer dos profissionais.

A inserção das ações de saúde mental na atenção primária, mais especificamente na Estratégia Saúde da Família, constitui-se em estratégia adotada pelo Ministério da Saúde. Entretanto essas ações devem transpor a centralização das ações no modelo

biomédico, na doença, mediante uma abordagem que articule tratamento, a reabilitação psicossocial, a clínica ampliada e os projetos terapêuticos individualizados.

A integração entre os diversos serviços deve ser instituída, buscando o fortalecimento da rede para que aumente sua resolutividade e melhore a qualidade do cuidado. A saúde mental, seja na atenção básica ou especializada, é uma estratégia "em movimento", que tem como um de seus objetivos a transformação da sociedade para conviver com a loucura.

Que o matriciamento possa oferecer a inclusão das ações de saúde mental, com seus diversos dispositivos e equipamentos necessários, bem como a integração de todos os atores envolvidos nessa dinâmica, que, por muitos anos mostrou-se fragilizada e pouco efetiva.

REFERÊNCIAS

ALARCON, S. O Uso Prejudicial e Dependência de Álcool e outras Drogas. In: JORGE, M. A. S., CARVALHO, M. C. A., SILVA, P. R. F., Políticas e Cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2014.

ANDRADE, T. M. Drogas injetáveis na Bahia: usos e usuários. In: MESQUITA, F., SEIBEL, S. **Consumo de drogas: desafios e perspectivas**. São Paulo: Hucitec, 2000, p. 81-99.

BASAGLIA, F. A. **A Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão e o otimismo da prática**. São Paulo: Brasil Debates, 1980.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 224, de 29 de janeiro de 1992. Brasília: Ministério da Saúde. 1992.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996. *Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional*. Brasília, DF, 1996. Disponível em <<<http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/tvescola/leis/lein9394.pdf>>>

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de Abril, de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.). Diário oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, n. 95, 9 de abril de 2001. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 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 e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;

BRASIL. Ministério da Saúde. Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde: Saúde e Educação lançam programa para mudar o currículo de medicina. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 36, n. 3, jun. 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n.º 198/ GM/MS, de 13 de Fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1028 de 1º de Julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS**. Material de Apoio. 3ª edição, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Equipe Ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008. Credencia Municípios conforme quantitativo e modalidade definidos, para receber o incentivo financeiro aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família-Nasf. Diário oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, n. 18, 25 de janeiro 2008. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, – 1. ed. 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 56 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3088, de 23 de Dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário oficial da República Federativa do Brasil (Republicado), Brasília, n. 26, p. 37, 21 de maio de 2013. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Diário oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, n. 204, p. 48, 24 de outubro de 2011. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Cadernos de Atenção Básica, n. 39.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno Humaniza SUS: saúde mental, v. 5**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

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

CAMPOS, R. O.; GAMA, C. Saúde mental na atenção básica. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERREIRO, A. V. P. **Manual de práticas de Atenção Básica - saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 221-246.

CECCIM, Ricardo B.; FERLA, Alcindo A. Educação Permanente em Saúde. In: Pereira, Isabel Brasil. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 2.ed. rev. ampl. p. 162-168.

CECCIM, R. B. A Educação Permanente em Saúde e as Questões Permanentes à Formação em Saúde Mental. In: LOBOSQUE, A. M. **Caderno de Saúde Mental: Os Desafios da Formação**. Escola de Saúde Pública/MG, 2010, v. 3.

CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). **Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada**. 3ªed. São Paulo: Hucitec, 2013.

CERVO, A. L.; SILVA, R.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 6 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CHIAVERINI, D. H. (Org). **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

COELHO, S. V., Representações Sociais de Direitos Humanos: um estudo sobre a formação da consciência ética e as práticas educativas na escola universitária. Belo Horizonte, 2008. Tese de Doutorado (Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais).

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, supl., p. 1523-1531, 2009.

Comissão Interministerial para o Emprego - CIME. **Terminologia de Formação Profissional - Alguns Conceitos de Base - III**. [Internet]. 2001 [capturado em 2009 dezembro 10] Disponível em: <http://www.dgert.msess.pt/Profissional/terminologia/terminologia.htm>.

Conselho Federal de Psicologia. **Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogos/os em Políticas Públicas de Álcool e outras Drogas**/Conselho Federal de Psicologia - Brasília: CFP, 2013.

DALMOLIN, B. M. **Esperança Equilibrada: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A. K.; BRITO, M.; PIMENTA, A. L.; MEDEIROS, V.; BEZERRA, E.; O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n.1, p.63-74, 2009.

FLORES, G. E. **Educação Permanente e Aprendizagem Significativa no contexto hospitalar: a perspectiva de enfermeiras educadoras**, Dissertação de Mestrado, UFRS, Porto Alegre, 2011.

FONTANELLA, B. J. B; RICAS, J.; TURATO, E. R. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(1):17-27, jan, 2008.

GALEANO, E. **Las palabras andantes**. 5ª. ed. Buenos Aires: Catálogos, 2001.

GUIMARÃES, S. B.; OLIVEIRA, I. F.; YAMAMOTO, O. H. As práticas dos psicólogos em ambulatórios de saúde mental. **Psicologia e Sociedade**, n. 25, v. 3, p. 664-673, 2013.

GIL, A.C. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2011.

LEFÈVRE, L.; LEFÈVRE, A. M. C. **Discurso do Sujeito Coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa** (desdobramentos). Ed. rev. e ampl. Caxias do Sul, RD: EDUCS, 2003.

LOBOSQUE, A. M. **Caderno de Saúde Mental: Os Desafios da Formação**. Escola de Saúde Pública/MG, 2010, v. 3.

MARTINS, G. A.; THEÓFILO, C. R. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MERHY, E. E. Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In: MERHY, E. E.; AMARAL, H. (Org.) **Reforma Psiquiátrica no Cotidiano II**. São Paulo: Hucitec, 2007. p.25-37.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005

MOSCOVICI, S. Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social. 11. ed. - Petrópolis: Vozes, 2015.

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. S. Afirmação e produção de liberdade: desafio para os centros de atenção psicossocial. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.18, n. 3, p. 143-151, 2007.

OLIVEIRA, D. C., SÁ C. P. Representações sociais da saúde e doença e implicações para o cuidar em enfermagem: uma análise estrutural. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n. 54, v. 4, p. 508-22, 2011.

PIRES, D.E.P.; MACHADO, R.R.; SORATTO, J.; SCHERER, M.A.; GONÇALVES, A.S.R.; TRINDADE, L.L. Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2016; 24:e2677.

REIS, C. B.; ANDRADE, S. M. O. Representação social do trabalho em equipe na atenção à mulher sob a ótica da enfermeira. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 50-6, 2008.

RICAS J. **A deficiência e a necessidade: um estudo sobre a formação continuada de pediatras em Minas Gerais** [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade

de Medicina de Ribeirão
Preto; 1994.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Representações sociais de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial e pessoas de sua rede sobre doença mental e inclusão social. **Saúde Sociedade**, v. 4, n. 22, p.1059-1071, 2013.

SOUZA, A. C. **Estratégias de inclusão da saúde mental na atenção básica: um movimento das marés**. São Paulo: Hucitec, 2015.

YASSUI, S. **Rupturas e encontros: Desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Escola Nacional de Saúde Pública, Sergio Arouca - ENSP, Rio de Janeiro, 2006.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE PESQUISA

Roteiro de Entrevista Semiestruturada

I – Dados de Identificação

1 Nome: _____;

2 Idade: _____;

3 Tempo de serviço (em anos): _____;

4 Cargo: _____;

5 Tempo que ocupa o cargo (em anos completos): _____;

6 Vínculo empregatício:

- CLT ()

- Estatutário ()

- Outro: _____

7 Graduação em:

- Enfermagem ()

- Medicina ()

- Psicologia ()

- Farmácia ()

- Nutrição ()

- Educador físico ()

- Fisioterapeuta ()

- Odontólogo ()

- Outro () _____

II ? Gostaria que me falasse sobre o seu processo de trabalho

III - Como você se sente em relação a descrição que você fez?

- Pontuar, se não for citado no discurso:

= conceito e forma de matriciamento

= orientações recebidas sobre matriciamento

= formação específica em matriciamento em saúde mental

APÊNDICE B – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que será realizada através de uma entrevista gravada. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver.

Este estudo está sendo conduzido pela Psicóloga Adriana de Almeida Teles que faz parte do Curso de Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Dourados/MS, tendo como objetivo “Descrever as representações sociais dos profissionais da atenção básica e da atenção especializada sobre o apoio matricial em saúde mental.” Sua participação é de suma importância para o conhecimento de sua prática de trabalho, bem como, para melhor conhecer sua percepção acerca do tema da pesquisa, que é o apoio matricial em saúde mental. Se você concordar em participar do estudo, embora a entrevista seja gravada, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. O material gravado durante as entrevistas não será utilizado para quaisquer outros fins, a não ser a própria pesquisa, e serão mantidos sob sigilo e sob a guarda da pesquisadora. Se houver algum desconforto ou constrangimento você poderá desistir da entrevista ou se recusar a responder a qualquer item. Sua participação é voluntária e você pode escolher não fazer parte do estudo ou desistir a qualquer momento sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

Você não será pago pela participação da pesquisa, não terá nenhum gasto e/ou custo financeiro, uma vez que as entrevistas serão realizadas no seu ambiente de trabalho de acordo com a sua disponibilidade. Você não obterá qualquer benefício direto, mas em caso de danos recorrentes da pesquisa, você será indenizado. Espera-se que a partir dos achados da mesma, possamos contribuir com as ações de apoio matricial em saúde mental no Município. Caso aceite participar, você receberá uma via assinada deste termo de consentimento.

Os dados e resultados da pesquisa serão publicados em revistas ou eventos científicos.

Caso tenha dúvidas ou deseje esclarecimentos, entre em contato com a pesquisadora Adriana no telefone (67) 9670-6874 e/ou Curso de Mestrado no telefone (67) 3902-2640 ou CEP/UFGD, (67) 3410-2853.

Conto com sua colaboração.

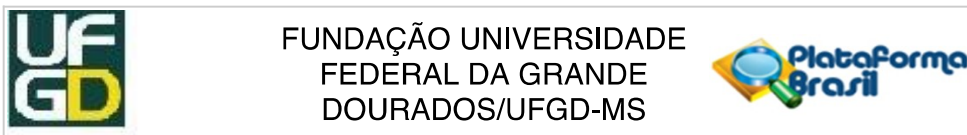
Declaro que li e entendi este formulário de consentimento, todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e concordo em tomar parte neste estudo.

Local: _____ Data: ___/___/___

Assinatura do Voluntário (a)

Pesquisadora: Adriana de Almeida Teles

ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Apoio Matricial em Saúde Mental

Pesquisador: Adriana de Almeida Teles

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 50743015.9.0000.5160

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.481.066

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa do tipo descritiva em que se utilizará entrevista semi-estruturada para coleta de dados e análise será realizada através do Discurso do Sujeito Coletivo. O público alvo serão os profissionais de curso superior da saúde mental e os profissionais das três equipes de NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família) com as ESF (Estratégia de Saúde da Família) cobertas por cada NASF do município. Por fim, espera-se ter uma visão geral do processo de apoio matricial em saúde mental no Município de Dourados, bem como, intervir de maneira significativa no redirecionamento da atual política de saúde mental. A pesquisa parte da Hipótese que o apoio matricial em saúde mental no município é incipiente.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo da pesquisa, colocado de forma clara no projeto, é descrever as representações sociais dos profissionais da atenção básica e da atenção especializada sobre o apoio matricial em saúde mental. Identificar como é realizada a articulação entre a Diretoria de Atenção Básica e a Diretoria de Atenção Especializada para o apoio matricial em saúde mental. Configura como um dos objetivos a identificar quais as demandas em saúde mental dos profissionais da atenção básica; desenvolver um plano de ação participativo com a Diretoria de atenção especializada e com os NASF para implantação do apoio matricial em saúde mental.

Endereço: Rua Melvin Jones, 940

Bairro: Jardim América

UF: MS

Telefone: (67)3410-2853

Município: DOURADOS

CEP: 79.803-010

E-mail: cep@ufgd.edu.br



Continuação do Parecer: 1.481.066

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como se trata de uma pesquisa que terá por instrumento entrevistas o grau de risco é pequeno, mas destacado pela pesquisadora, que prevê a possibilidade de constrangimento do entrevistado ao responder ao instrumento de pesquisa, que deverá ser amenizado ou eliminado com a explicação de que o entrevistado pode não responder a determinado item ou desistir da entrevista. Quanto aos benefícios a pesquisadora é clara em indicar que os benefícios não são diretos, mas observa que tendo uma visão geral do processo de apoio matricial em saúde mental no Município de Dourados, será possível pensar em políticas novas, intervir de maneira significativa no redirecionamento da atual política de saúde mental.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É uma pesquisa salutar e importante para a atualidade em que se busca a humanização do atendimento médico, destacadamente no que se refere à saúde mental. É um projeto bem descrito, detalhado, com uma robusta bibliografia de base e descrição da metodologia feita de forma extensa, porém didática e informativa. As pendências apontadas em pareceres anteriores foram sanadas, o que indica o comprometimento da pesquisadora com a excelência do projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Encontram-se bem descritos, com as informações exigidas, indicando a gratuidade da participação, bem como a possibilidade de indenizações na ocorrência de danos, os dados da pesquisadora, etc.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em razão da análise do projeto, do atendimento das exigências indicadas em pareceres anteriores e da não identificação de novas pendências o voto é de sua aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_512812.pdf	01/04/2016 21:05:30		Aceito
Declaração de Instituição e	infraestrutura_necessaria.pdf	01/04/2016 21:04:46	Adriana de Almeida Teles	Aceito

Endereço: Rua Melvin Jones, 940

Bairro: Jardim América

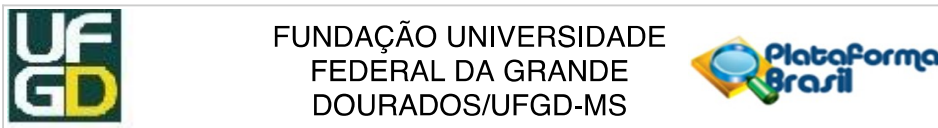
UF: MS

Telefone: (67)3410-2853

CEP: 79.803-010

Município: DOURADOS

E-mail: cep@ufgd.edu.br



Continuação do Parecer: 1.481.066

Infraestrutura	infraestrutura_necessaria.pdf	01/04/2016 21:04:46	Adriana de Almeida Teles	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	01/04/2016 21:02:53	Adriana de Almeida Teles	Aceito
Outros	RESPOSTA.pdf	16/02/2016 10:17:09	Cássia Barbosa Reis	Aceito
Declaração de Pesquisadores	COMPROMISSO.pdf	16/02/2016 10:16:14	Cássia Barbosa Reis	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	16/02/2016 10:15:19	Cássia Barbosa Reis	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA.pdf	31/10/2015 20:51:57	Adriana de Almeida Teles	Aceito
Outros	instrumento.pdf	23/10/2015 11:59:10	Adriana de Almeida Teles	Aceito
Outros	CEPET.pdf	23/10/2015 11:56:16	Adriana de Almeida Teles	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

DOURADOS, 06 de Abril de 2016

Assinado por:
Paulo Roberto dos Santos Ferreira
(Coordenador)

Endereço: Rua Melvin Jones, 940
Bairro: Jardim América **CEP:** 79.803-010
UF: MS **Município:** DOURADOS
Telefone: (67)3410-2853 **E-mail:** cep@ufgd.edu.br