

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS, ECONÔMICAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL
CURSO DE MESTRADO**

**APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA EM RIO GRANDE, RS: A ORGANIZAÇÃO DO
PROCESSO DE TRABALHO E A AMPLIAÇÃO DA CLÍNICA**

ALISSON SAGGIOMO JULIANO

PELOTAS (RS), março de 2011.

ALISSON SAGGIOMO JULIANO

**APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA EM RIO GRANDE, RS: A ORGANIZAÇÃO DO
PROCESSO DE TRABALHO E A AMPLIAÇÃO DA CLÍNICA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da
Universidade Católica de Pelotas, Centro de
Ciências Jurídicas, Econômicas e Sociais, Programa
de Pós-Graduação em Política Social.

Orientadora: Dra. Elaine Tomasi

PELOTAS (RS), março de 2011.

O Seu Olhar

Composição: Paulo Tatit / Arnaldo Antunes

*O seu olhar lá fora
O seu olhar no céu
O seu olhar demora
O seu olhar no meu*

*O seu olhar seu olhar melhora
Melhora o meu*

*Onde a brasa mora
E devora o breu
Como a chuva molha
O que se escondeu*

*O seu olhar seu olhar melhora
Melhora o meu*

*O seu olhar agora
O seu olhar nasceu
O seu olhar me olha
O seu olhar é seu*

*O seu olhar seu olhar melhora
Melhora o meu*

AGRADECIMENTOS

Ao **Fritzen**, minha maior parceria, na construção diária do nosso projeto de saúde da família. A intensidade do teu apoio em todos os meus projetos é imprescindível. Registro aqui a minha admiração e amor. À minha filha **Beatriz**: teu afeto me ensina muito, “é mais que eu sonhava”. À minha família, obrigada.

Às **Equipes de Saúde da Família**. Desde os primeiros encontros não somos mais os mesmos. O desejo de vocês da ampliação da clínica está em cada parte da construção deste processo de trabalho. Tentei demonstrar nesta dissertação as construções que foram possíveis canalizando esta potência. O exercício da corresponsabilização nos aproxima, desafia a cada dia e nos torna mais leves, talvez essa seja a metáfora do voo das gaivotas, falada por muitos de nós a cada dia.

A minha gratidão às pessoas que me ajudaram a sistematizar os dados, responsável pelo setor do SIAB da ESF. À **Alison Guedes Altmayer**, minha xará, que me ajudou com esta sistematização no Excel; tua paciência e competência me ajudaram muito. À nossa estagiária da Rede Gaivota, **Jaqueline Machado**: obrigada pela tua constância no dia a dia e disponibilidade para todas as frentes, incluindo esta pesquisa.

À minha equipe: **Matriciadoras – Sabrina Galarraga, Marilice Lopes, Michele Dorneles e Roberta Cunha**. Já disse que o olhar de vocês melhorou muito o meu. Só quem experimenta as tecnologias leves nesta intensidade acredita que pode voar. Obrigada pelo apoio ao desenvolvimento deste estudo, ele é nosso. Aos novos matriciadores do NASF, minha desejante aposta de novos voos.

Às minhas colegas de trabalho e gestoras **Ceres Arejano, Suzi Bromberger, Carolina Meirelles e Zelionara Branco**: sem vocês não teríamos implantado apoio matricial em Rio Grande. Os pactos de gestão, a paixão e aposta na educação permanente em saúde possibilitaram esta construção coletiva e inovadora que nesta dissertação tentei analisar.

Aos colegas do Colegiado Municipal de Saúde Mental, o exercício da tomada de decisão coletiva, a busca do consenso, a difícil tarefa de recomeçar. A tecnologia que constituímos em Rio Grande se originou no setor da Saúde Mental. Aqui registro a importância deste intenso aprendizado.

Aos Conselheiros Municipais, Promotores de Justiça, em especial à minha prima **Cristina Juliano** – liderança importante no controle social do município. Com vocês descubro novas interfaces das Políticas Públicas e aprendo muito sobre alteridade como ferramenta para o trabalho em rede e inter setorial, na defesa dos direitos dos usuários do SUS.

Às colegas de Mestrado: foi muito intensa e prazerosa nossa convivência. **Lenara, Lucimar, Marisa e Lumara**, fico com muito de vocês, valeu.

Às Professoras Miriam Dias e Vera Nogueira meu reconhecimento e gratidão pelo envolvimento da banca de qualificação. O olhar de vocês me desafiou a repensar minha dissertação e possibilitou novos olhares.

À Professora Vini Rabassa que se dispôs a opinar olhando apenas meu grande cartaz, com mapas da pesquisa, esclarecendo muito as minhas inquietações sobre os dados qualitativos, muito obrigada.

À minha Orientadora Elaine Tomasi. Ser orientada com a tua constância, organização e dedicação foi uma experiência exclusiva entre as minhas vivências. Senti-me muito apoiada na construção deste estudo.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Adesão das equipes nas avaliações anuais Rede Gaivota. Rio Grande, RS 2007-2010	38
Gráfico 2	Avaliação das equipes de Saúde de Família (SF) sobre supervisão psiquiátrica. Rio Grande, RS, 2007-2010	58
Gráfico 3	Avaliação das equipes de Saúde de Família (SF) sobre visitas de supervisão em Saúde Mental. Rio Grande, RS, 2007-2010	62
Gráfico 4	Avaliação das equipes de Saúde de Família (SF) sobre visitas domiciliares. Rio Grande, RS, 2007-2010	67
Gráfico 5	Avaliação das equipes de Saúde de Família (SF) sobre sistema de referência e contra referência em Saúde Mental. Rio Grande, RS, 2007-2010	71
Gráfico 6	Avaliação das equipes de Saúde de Família (SF) sobre grupos em Saúde Mental com a Rede Gaivota. Rio Grande, RS, 2007-2010	76
Gráfico 7	Avaliação das equipes de Saúde em Família sobre cuidado da equipe assessorado pela Rede Gaivota. Rio Grande, RS, 2007-2010	80
Gráfico 8	Avaliação das equipes de Saúde de Família (SF) sobre preparação da supervisão pela equipe da UBSF. Rio Grande, RS, 2007-2010	84
Gráfico 9	Avaliação das equipes de Saúde de Família (SF) sobre monitoramento dos casos discutidos. Rio Grande, RS, 2007-2010	88
Gráfico 10	Avaliação das equipes de Saúde de Família (SF) sobre organização documental da equipe. Rio Grande, RS, 2007-2010	92
Gráfico 11	Avaliação das equipes de Saúde de Família (SF) sobre atuação da Rede Gaivota como facilitadora de relações inter setoriais. Rio Grande, RS, 2007-2010	102
Gráfico 12	Evolução das condutas terapêuticas adotadas pela Rede Gaivota (%). Município do Rio Grande, RS, 2007 a 2010	109

LISTA DE TABELAS

Tabela A	Características dos usuários dos SUS, nas áreas selecionadas	105
Tabela B	Características dos casos supervisionados pela Rede Gaivota em duas unidades selecionadas. Município do Rio Grande, RS, 2007-2010	106

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Linha do tempo das Reformas Sanitária e Psiquiátrica	21
Quadro 2	Questões analisadas e suas respectivas categorias teóricas	39
Quadro 3	Conteúdo Programático da primeira fase de Educação Permanente em Saúde Mental – Estratégia Saúde de Família	49
Quadro 4	Conteúdo Programático da primeira fase de Educação Permanente em Saúde Mental – Rede Gaivota	52
Quadro 5	Projeto Rede Gaivota	54

ABREVIATURAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ARCA	Associação Rio-grandina Pró-Crianças e Adolescentes
ASM	Ambulatório Municipal de Saúde Mental
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CENPRE	Centro Regional de Estudos, Prevenção e Recuperação de Dependentes Químicos
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CID	Código Internacional de Doenças
CNPq	Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COMDICA	Conselho Municipal dos Direitos das Crianças e Adolescentes
CONDES	Conselho dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FURG	Universidade Federal do Rio Grande
MS	Ministério da Saúde
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNH	Programa Nacional de Humanização da Saúde
PNSM	Plano Nacional de Saúde Mental
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SF	Saúde da Família
SIAB	Sistema Informação da Atenção Básica
SM	Saúde Mental
SUS	Sistema Único de Saúde
TR	Técnico de Referência
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
VD	Visita Domiciliar

RESUMO

A presente pesquisa tem como tema o apoio matricial em Saúde Mental (SM) na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município do Rio Grande (RS). O problema de pesquisa é investigar se existe relação entre a implantação do Apoio Matricial em SM nas equipes de Saúde da Família no município do Rio Grande e o processo de ampliação da clínica, influenciando na produção de cuidado anti manicomial. A Dissertação se estrutura através de um referencial teórico que aborda: a Política Nacional de Saúde Mental e da Atenção Básica em Saúde (ABS), partindo do processo histórico dos movimentos sociais das Reformas Sanitária e Psiquiátrica; o Projeto Terapêutico Singular como Instrumento de Organização do Processo de Trabalho no âmbito do Apoio Matricial; a Clínica Ampliada é abordada neste estudo como referencia conceitual da tecnologia de apoio matricial; a Educação Permanente em Saúde (EPS), nesta perspectiva de ressignificação do processo e trabalho que é o desafio da Educação Permanente em Saúde. No capítulo 3 a metodologia é apresentada através do item Características do Estudo que destaca a natureza desta pesquisa através da autora MINAYO (2010), apresenta a triangulação dos métodos de pesquisa qualitativos e quantitativos. Esta triangulação de métodos é apresentada através de quatro fases de pesquisa: a primeira é a questão histórica da organização do Apoio Matricial no município; a segunda são as Avaliações Anuais de 2007 a 2010 da ESF sobre o processo de trabalho apoio matricial desde a implantação em Rio Grande (RS); a terceira fase de pesquisa, o Banco de Dados das Internações Psiquiátricas: Conhecendo os fluxos de cuidado anti manicomial dos territórios da atenção básica do município do Rio Grande; e a quarta fase, que é a Pesquisa Documental do Processo de Trabalho do Apoio Matricial: Áreas da ESF com maior e menor índice de internação psiquiátrica por habitante. A análise de dados desta pesquisa é realizada através da abordagem hermenêutica-dialética. A tecnologia de apoio matricial em Rio Grande produz recriações de abordagens e Projeto Terapêutico Singular (PTS) mais potentes, ampliando as possibilidades da Transformação dos “Meios” ou Instrumentos de Trabalho.

Palavras-chave: Apoio Matricial; Processo de Trabalho; Clínica Ampliada; NASF; EPS.

SUMÁRIO

RESUMO	10
INTRODUÇÃO	13
1. IDENTIFICAÇÃO	17
1.1 Tema	17
1.2 Problema	17
1.3 Objetivo geral	17
1.4 Objetivos específicos	17
1.5 Questões de pesquisa	18
2. REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1 Reforma Sanitária e Psiquiátrica	19
2.1.1 (Re)Formas de organização na Atenção Básica e origem da Estratégia de Saúde da Família (ESF)	23
2.1.2 Política Nacional de Saúde Mental (SM)	25
2.2 A tecnologia de Apoio Matricial	27
2.2.1 Projeto Terapêutico Singular: instrumento de Organização do Processo de Trabalho no âmbito do Apoio Matricial	31
2.3 Clínica Ampliada	33
2.4 Técnico de Referência como estratégia de Educação Permanente em Saúde e ampliação da clínica	34
3. METODOLOGIA	36
3.1 Características do estudo	36
3.1.1 Descrição histórica da organização do Apoio Matricial no município até a implantação do NASF	37
3.1.2 Avaliações anuais de 2007 a 2010 da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre o processo de trabalho Apoio Matricial desde a implantação	37
3.1.3 Banco de Dados das Internações Psiquiátricas: conhecendo os fluxos de cuidado anti manicomial dos territórios da atenção básica do município do Rio Grande	40
3.1.4 Pesquisa documental do processo de trabalho Apoio Matricial: áreas da Estratégia de Saúde da Família (ESF) com maior e menor índice de internação psiquiátrica por habitante	41

3.2 Análise de dados	42
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES	43
4.1 Histórico da Rede de Saúde Mental no município do Rio Grande	43
4.2 Organização do Apoio Matricial no município do Rio Grande	47
4.3 Os movimentos da organização do processo de trabalho de Apoio Matricial pautados nas avaliações anuais dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF)	55
4.3.1 O processo de trabalho	55
4.3.1.1 Supervisão Psiquiátrica	57
4.3.1.2 Visitas de supervisão e assessoria com as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF)	61
4.3.1.3 Visitas domiciliares e inter consultas	67
4.3.1.4 Sistema de referência e contra referência com a Rede de Saúde Mental	70
4.3.1.5 Organização e articulação dos grupos de cuidado em Saúde Mental dos usuários, com a participação da Rede Gaivota .	75
4.3.2 Educação Permanente em Saúde (EPS)	78
4.3.2.1 Cuidado da equipe assessorado pela Rede Gaivota	79
4.3.2.2 Preparação pela equipe de Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) da supervisão em Saúde Mental (SM)	83
4.3.2.3 O monitoramento (cuidado longitudinal) das famílias da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) discutidas nas visitas de supervisão em Saúde Mental (SM)	87
4.3.2.4 Organização documental da Equipe da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), dos casos/famílias com demandas em Saúde Mental (SM)	91
4.3.3 Clínica ampliada	94
4.3.3.1 Espaço aberto para críticas e sugestões	96
4.3.3.2 Atuação da Rede Gaivota como facilitadora das relações inter setoriais	101
4.4 O Processo do Apoio Matricial nas áreas com maior e menor índices de internações psiquiátricas da Estratégia Saúde da Família (ESF)	105
CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	118
ANEXOS	121

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem como tema o Apoio Matricial em Saúde Mental (SM) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município do Rio Grande (RS), a organização do processo de trabalho e a Ampliação da Clínica, subsidiando o cuidado anti manicomial dos usuários do Serviço Único de Saúde (SUS) e a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A motivação para esta pesquisa nasce do caráter inovador do trabalho da Rede Gaivota, dispositivo de apoio matricial do Programa de SM, município do Rio Grande. A pesquisadora coordenou a Rede Gaivota desde a sua implantação e pelo caráter inovador da tecnologia, bem como a falta de outras referências deste trabalho no Rio Grande do Sul, estimulou desde o início a avaliação e o estudo do processo de matriciamento e ainda a necessidade de pactuação com as equipes e a gestão como características marcantes deste processo de trabalho.

A pesquisa do mestrado se constitui em oportunidade de fazer uma releitura com recursos acadêmicos destes estudos e ainda aprofundar e publicizar este processo de trabalho.

A Rede Gaivota finda uma fase do seu processo em fevereiro de 2011, e se refaz como NASF Gaivota ampliando suas ações para além da SM, esta dissertação publiciza a fase de implantação da tecnologia de matriciamento que é a base do NASF.

O problema de pesquisa verifica se existe reação entre a implantação do Apoio Matricial em SM nas equipes de Saúde da Família (SF) no município do Rio Grande e o processo de Ampliação da Clínica, influenciando na produção de cuidado anti manicomial. Nesse sentido, emergem duas questões de pesquisa: (a) A implantação da equipe de Apoio Matricial contribuiu para a reorganização do

processo de trabalho em SM nas equipes de SF?; e (b) Quais os desafios da tecnologia de Apoio Matricial para produção de cuidado anti manicomial?

A dissertação se estrutura através de um referencial teórico que aborda a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e da Atenção Básica em Saúde (ABS), partindo do processo histórico dos movimentos sociais das Reformas Sanitária e Psiquiátrica. Os referenciais apresentam as atribuições em Saúde Mental na Atenção Básica, introduzindo a apresentação da Tecnologia de Apoio Matricial. O Projeto Terapêutico Singular é conceituado como instrumento metodológico de organização do processo de trabalho. A Clínica Ampliada é abordada, neste estudo, como referencia conceitual da tecnologia. A Educação Permanente em Saúde (EPS) e suas interfaces de formação, assistência, gestão e controle social são apresentadas através do Técnico de Referência.

Configura-se, assim, a estratégia para integrar processo de trabalho e Clínica Ampliada, nesta perspectiva de resignificação do processo e trabalho que é o desafio da Educação Permanente em Saúde. Por fim, apresenta os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) como as novas interfaces da Política de Atenção Básica à Saúde (PABS), com seus pressupostos teórico-metodológicos às diretrizes do Ministério da Saúde (MS), pautados na organização do processo de trabalho inter profissional em saúde baseado na tecnologia de Apoio Matricial, no referencial teórico transversal da Clínica Ampliada.

No capítulo 3 a Metodologia é apresentada através do item Características do Estudo que destaca a natureza desta pesquisa e apresenta a triangulação dos métodos de pesquisa qualitativos e quantitativos, os quais são obtidos através de quatro fases de pesquisa.

A primeira fase é a questão histórica da pesquisa e a descrição da construção da rede de Apoio Matricial em Saúde Mental em seus contextos, como a organização do Programa Municipal de Saúde Mental.

A segunda fase de pesquisa são as Avaliações Anuais de 2007 a 2010 da ESF sobre o processo de trabalho Apoio Matricial desde a sua implantação em Rio Grande (RS) (através da aplicação de instrumento presente no **Anexo 1**, que se constitui de questões abertas e fechadas). Neste âmbito do estudo, é analisada cada parte do processo de trabalho da Rede Gaivota ao longo dos quatro anos de trabalho (2007-2010), dando ênfase ao olhar dos trabalhadores das equipes de SF ao processo de trabalho e aos movimentos de reorganização a partir da avaliação

sistemática. Este estudo constou da releitura destes instrumentos e análise a partir de um método científico de análise de dados.

A terceira fase de pesquisa refere-se ao Banco de Dados das Internações Psiquiátricas: conhecendo os fluxos de cuidado anti manicomial dos territórios da atenção básica do município do Rio Grande, no qual se analisa o perfil das internações psiquiátricas de acordo com os modelos da atenção básica em saúde. Os índices de internações são comparados dentro e fora das áreas de cobertura da ESF antes (2004 a 2006) e depois (2007 a 2009) da implantação da equipe de Apoio Matricial. Analisa também a eficácia desta tecnologia na produção de cuidado anti manicomial.

Na quarta fase é analisado o processo de trabalho da equipe da Rede Gaivota, com ênfase nos documentos gerados (boletins de referência e contra referência, conforme o **Anexo 2**) nas supervisões em SM nas áreas de SF com maior e menor índice de internações por 1000 habitantes. A análise se estabelece a partir das diferenças entre as demandas e condutas terapêuticas (no comparativo anual) nos casos supervisionados pela Rede Gaivota.

A análise de dados desta pesquisa é realizada através da abordagem hermenêutica-dialética, não apenas para análise dos dados qualitativos, mas para interpretação e integração dos diferentes métodos, a partir dos referenciais teóricos de MINAYO (2010).

O capítulo 4 apresenta o relato do histórico da rede de Saúde Mental no município do Rio Grande e a organização do Apoio Matricial, descrevendo a construção e o desenvolvimento da rede Apoio Matricial em Saúde Mental.

Os dados da 2ª fase de pesquisa são agrupados em três categorias teóricas: o processo de trabalho, Educação Permanente em Saúde e Clínica Ampliada.

A terceira fase de pesquisa – Os Fluxos de Internações Psiquiátricas dentro dos Territórios da Atenção Básica do Município do Rio Grande – apresenta as modificações que ocorrem dentro e fora das áreas da ESF, através de grupos diagnósticos, conforme os modelos de atenção em saúde, nos períodos anteriores e posteriores à implantação da equipe de Apoio Matricial. Estas análises possibilitam perceber as mudanças significativas conforme o grupo diagnóstico das pessoas portadoras de transtorno referente ao uso ou abuso de álcool e outras drogas e as internações psiquiátricas evidenciam mudança em um dos grupos diagnóstico que

acontece apenas nas áreas de SF, após a implantação da tecnologia de Apoio Matricial.

A quarta e última fase da pesquisa – O Processo do Apoio Matricial nas áreas com maior e menor índice de Internações Psiquiátricas da ESF – analisa as características entre as áreas com maior e menor índice de interações.

As fases da pesquisa se organizam de forma a ver por vários ângulos, transversalmente, o mesmo objeto – a tecnologia de Apoio Matricial em SM em Rio Grande. As fases do estudo começam pelo relato histórico da organização desta tecnologia, seus movimentos, processo de trabalho e seus contextos. Avança através dos olhares dos profissionais das equipes de SF nas avaliações anuais ao longo dos quatro anos de trabalho – novos movimentos de reorganização do mesmo. Analisa os fluxos de internações psiquiátricas nas áreas de SF e fora, conhecendo as possibilidades e limites da produção de cuidado anti manicomial. Estuda as áreas de SF com maior e menor índice de internações psiquiátricas reconhecendo como se comportam as demandas de SM nestas áreas, como a Rede Gaivota se organiza nas modalidades terapêuticas nas quais estrutura com as equipes de SF os projetos terapêuticos singulares.

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1 TEMA

O apoio matricial em Saúde Mental na ESF do município do Rio Grande, a organização do processo de trabalho e a ampliação da clínica, subsidiando o cuidado anti manicomial dos usuários do SUS e a implantação do NASF.

1.2 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Existe relação entre a implantação do Apoio Matricial em SM nas equipes da ESF no município do Rio Grande e o processo de ampliação da Clínica, influenciando na produção do cuidado anti manicomial.

1.3 OBJETIVO GERAL

Analisar a organização do processo de trabalho em SM, baseada no Apoio Matricial e sua contribuição na ampliação da clínica na ESF.

1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o histórico da construção da rede de apoio matricial em Saúde Mental na ESF até a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família;
- Caracterizar o processo de trabalho de Apoio Matricial em SM na ESF;
- Analisar a influência da tecnologia de Apoio Matricial da Saúde da Família na produção de cuidado anti manicomial.

1.5 QUESTÕES DE PESQUISA

1. A implantação da equipe de Apoio Matricial em SM contribuiu para a reorganização do processo de trabalho em SM nas equipes de SF?
2. Quais os desafios da tecnologia de Apoio Matricial para produção de cuidado anti manicomial?

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 REFORMA SANITÁRIA E PSIQUIÁTRICA

Segundo ZAMBENEDETTI (2008) existe de uma continuidade histórica em relação à constituição da rede no processo de reforma sanitária e uma descontinuidade no processo de reforma psiquiátrica. Na reforma sanitária essa continuidade é caracterizada pela preservação dos princípios de organização da rede ao longo das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) até a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990. Já na reforma psiquiátrica a descontinuidade é caracterizada pela passagem do modelo preventivista para o modelo desinstitucionalizante, processo observado na segunda metade da década de 1980. No primeiro, a rede é considerada complementar ao hospital psiquiátrico, disposta segundo o princípio de hierarquização e regionalização – princípios também presentes na reforma sanitária e no SUS. No modelo desinstitucionalizante, a rede tem caráter substitutivo ao hospital psiquiátrico.

Além disso, os serviços propostos incorporam em suas ações todos os graus de complexidade, dificultando sua adequação aos diferentes níveis hierárquicos que compõem o SUS – desfaz-se a perspectiva de horizontalidade.

Nessa perspectiva, em 1950 a ideia de rede básica estava associada à baixa efetividade e custo mínimo. Na época da 3ª CNS (1963) a ideia de rede estava associada a conjunto de serviços com características comuns. No período nas 5ª e 6ª CNS (1977, respectivamente) a rede refere-se ao entendimento de conjunto de serviços complementares – existe esta distinção entre ter rede e funcionar em rede. No contexto da 7ª CNS (1980) a noção de rede se relaciona com os princípios de regionalização e hierarquização do sistema de saúde.

Na década de 1980 as ampliações dos serviços da rede de ambulatórios se colocam como trampolins para internação psiquiátrica – e a atenção básica passa a ser porta de saída para internações. Neste contexto a ideia de rede esta ligada à topologia e à responsabilidade territorial fortalecendo vínculos. A descontinuidade se configura na rede de saúde mental quando a ideia de instituições, que tem seus critérios por patologias, se fragmentam e os CAPS's (Centro de Atenção Psicossocial) se colocam como porta de entrada para o sistema, descaracterizando os princípios de hierarquização nos níveis de complexidade.

O quadro a seguir é uma síntese histórica do autor ZAMBENEDETTI (2008), relacionando os movimentos das reformas sanitárias e psiquiátricas, onde apresenta como vai se ressignificando a ideia de rede no sistema de saúde.

Quadro 1 – Linha do Tempo das Reformas Sanitária e Psiquiátrica

MOMENTO HISTÓRICO	LIMITES	AVANÇOS
1950 Sanitarismo Campanhista - combate às doenças de massa	Estilo repressivo das decisões e pela divisão entre a saúde pública e a atenção médica.	A identificação da baixa efetividade na resolução dos problemas.
1963: 3ª Conferência Nacional da Saúde	- Concentração política, administrativa e geográfica dos dispositivos assistenciais; - A ideia de atenção básica ligada à mínima de baixo custo e os problemas de saúde eram considerados problemas médicos.	- Sugere-se a extensão da cobertura através da criação de uma rede básica de serviços médicos – sanitários; - Campo que trata de doença mental aponta necessidade de constituição de serviços ambulatoriais, mediante divulgação de pesquisa de que 22% das internações psiquiátricas poderiam ser evitadas.
1964: Ditadura Militar	- Expansão da assistência: compra de leitos em hospitais privados – hegemonia modelo médico privatista; - Indústria da loucura, doença mental objeto de lucro, proliferação dos hospitais psiquiátricos.	- Crise do modelo hegemônico setor saúde em 1970.
1970: Crise do modelo dominante – REFORMA SANITÁRIA	- Heterogeneidade setor saúde problemas fluxos de informações entre pessoas e serviços.	- Apontam para os princípios de organização do sistema como descentralização, hierarquização, regionalização, e níveis crescentes de complexidade; - Novidade: a ideia de sistema regula o público e o privado, Lei 6.229 – 1975 organiza o sistema único de saúde.
1977: 6ª Conferência Nacional da Saúde	- Saúde Mental entendida como opostos da doença mental – atenção básica centrava-se na atenção nos casos leves;	- Expansão do sistema através da constituição de serviços de atenção básica centrados na prevenção de doenças; - Constituição de serviços extras hospitalares e profissionais de Saúde Mental integram equipes da atenção básica - modelo norte americano. - Constituição do Movimento dos trabalhadores da Saúde Mental, se constituem denúncias em relação à fábrica da loucura.
1980: 7ª Conferência Nacional da Saúde	- Restrições financeiras, interesses do capital privado e discurso psiquiátrico hegemônico.	- Extensão de saúde através dos serviços básicos influenciado pelo processo de redemocratização; - Aparecem fortes críticas ao interesse na doença como algo lucrativo.
1986: 8ª Conferência Nacional da Saúde 1987 - 1ª Conferência Nacional da Saúde Mental	- Desafios: o modelo italiano de saúde Mental contempla 24h qualquer dia da semana- integrar as questões de rede intra setoriais, mas inter setoriais.	- Metade dos anos oitenta se constitui o Movimento Nacional de Luta Anti-Manicomial; - Modelo de substituição ao hospital psiquiátrico forte influencia modelo italiano – implantação dos CAPS – Rede de Atenção em Saúde Mental.
1992: 2ª Conferência Nacional da Saúde Mental - lei estadual 9716-1992		A 2ª CNSM define que a atenção integral requer um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais que partam de uma visão integrada de variadas dimensões. - A lei estadual da Reforma psiquiátrica do Rio Grande do Sul aponta alguns dispositivos: ambulatorios, emergências psiquiátricas, em hospitais gerais, hospitais dias, hospitais noite, centros de convivência.
2001: 3ª Conferência Nacional da Saúde Mental	- Distanciamento da proposta italiana: serviço regionalizado para atender todos os casos de Saúde Mental do território, no Brasil se distribui atendimento por patologia e serviço CAPS II, CAPS ad, CAPS i, CAPS III; - Descontinuidade estabelecida no plano da reforma psiquiátrica nos princípios da hierarquização.	- Implantação de Rede de Saúde Mental substitutiva ao Hospital Psiquiátrico. -

A organização das políticas públicas em rede é requisito para a produção de saúde no Brasil. A Constituição Federal de 1988 estabeleceu uma nova base jurídico-legal para a política de saúde, definindo a saúde como direito de qualquer cidadão e dever do Estado. Além disso, estabeleceu que saúde é produção social, resultado de complexas redes causais que envolvem elementos biológicos, subjetivos, sociais, econômicos, ambientais e culturais que se processam e se sintetizam na experiência concreta de cada sujeito singular, de cada grupo em particular e da sociedade em geral.

Segundo a Cartilha “Redes de Produção de Saúde” (Brasil, Ministério da Saúde, 2009):

(...) a produção de saúde decorre da articulação de dois componentes estratégicos:

- 1) a organização de políticas públicas que distribuam renda, direta e indiretamente, por meio do desenvolvimento sustentável;
- 2) a garantia de acesso a serviços e ações integrais. Ações integrais correspondem à combinação e à articulação entre medidas de promoção e prevenção com as de cura-reabilitação. A sinergia entre essas ações deve resultar na oferta de práticas de saúde resolutivas e de qualidade aos cidadãos e à sociedade, (...) passam a compor as políticas de saúde. A construção de espaços coletivos e arenas decisórias para o processamento de interesses na formulação e gestão de políticas públicas é uma estratégia importante de democratização do estado e do acesso aos serviços de saúde. A produção ampliada de saúde depende:
 - 1) Da organização do sistema de saúde, que pressupõe a construção de redes de atenção articuladas em um território. Um território de saúde deve:
 - Ser autossuficiente na organização e oferta de serviços de saúde, considerando, entre outros, a relação custo-efetividade; a construção de uma rede na saúde implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território: implica colocarmos em questão como eles estão se relacionando.
 - Organizar a rede de atenção a partir da atenção básica, menor unidade-fração do território sanitário, de onde partem e se organizam necessidades e demandas de saúde;
 - Construir e definir de forma inequívoca a responsabilidade sanitária de cada serviço e equipe de saúde, os que significa definir quem é responsável pelo quê e com que condições concretas contam para arcar com encargos sanitários.
 - 2) além desses aspectos, a produção de saúde depende da integração de ações inter setoriais em um território, cujo intento requer a criação de:
 - Nova cultura de gestão territorial, que rompa com o entendimento de que “somando-se o que cada política faz” se produz ação integrada no território; assim, integrar não é somar, senão produzir ações comuns de forma partilhada e corresponsabilizada;

- Mecanismos de cogestão de políticas, espaços coletivos para o encontro das diferenças de uma pluralidade de sujeitos e diferentes políticas para a produção de entendimentos e ação comum, que resultam de negociações (deslocamentos de posições originais), produção de consensos (provisórios) e a contratação de tarefas de forma coletiva;
- Inovações na gestão pública, decorrentes da ação criativa e criadora de coletivos guiados pela defesa e consolidação do bem-comum; inovações em concepções e na experimentação devem permitir avançar na organização e funcionamento da máquina do estado, cuja lógica predominante tem sido a do “loteamento e isolamento” de cada uma das áreas e políticas;
- Sistemática de acompanhamento e avaliação do processo e dos resultados da ação inter setorial. Integrar o conjunto de ações de diferentes áreas e setores permite a construção de ação compartilhada e corresponsável, evitando sobreposição de ações e concorrência por recursos. (BRASIL, 2005, p. 85)

O atual desafio das reformas no SUS é a necessidade de pactuar redes intra setoriais, ou seja, funcionamentos integrados e construir pontes para rede inter setoriais nos eixos de atenção, assistência, formação e gestão.

2.1.1 (Re)Formas de organização na atenção básica e origem da Estratégia Saúde da Família (ESF)

O Programa Saúde da Família (PSF) teve início em 1994 como um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios para implementar a atenção básica. O PSF é tido como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais neste nível de assistência, promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. Traz, portanto, muitos e complexos desafios a serem superados para consolidar-se enquanto tal. No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a estratégia da saúde da família vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente e que vem sendo enfrentada, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo que valoriza as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas.

Esses pressupostos, tidos como capazes de produzir um impacto positivo na orientação do novo modelo e na superação do anterior, calcado na supervalorização das práticas da assistência curativa, especializada e hospitalar, e que induz ao

excesso de procedimentos tecnológicos e medicamentosos e, sobretudo, na fragmentação do cuidado, encontra, em relação aos recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS), outro desafio.

Atualmente, o PSF é definido com Estratégia Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. O PSF é uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalizar esta reorganização.

No Brasil a origem do PSF remonta à criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, como parte do processo de reforma do setor da saúde, desde a Constituição (1988), com intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde. Em 1994, o Ministério da Saúde (MS) lançou o PSF como política nacional de atenção básica, com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas focais. Atualmente, reconhece-se que não é mais um programa e sim uma Estratégia para uma Atenção Primária à Saúde qualificada e resolutiva.

Percebendo a expansão do Programa Saúde da Família que se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, o governo federal emitiu a Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006, onde fica estabelecido que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica — que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários.

Como consequência de um processo de deshospitalização e humanização do Sistema Único de Saúde, o programa tem como ponto positivo a valorização dos aspectos que influenciam a saúde das pessoas fora do ambiente hospitalar.

2.1.2 Política Nacional de Saúde Mental (SM)

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva. A criação desse CAPS e de tantos outros, com outros nomes e lugares, fez parte de um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram os únicos recursos destinados aos portadores de transtornos mentais.

Nesse contexto, os serviços de saúde mental surgem em vários municípios do país e vão se consolidando como dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial. Os NAPS/CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92, e eram definidos como:

(...) unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional. (...)

Os CAPS – assim como os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país, são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias.

Os diferentes tipos de CAPS são:

- CAPS I e CAPS II: são CAPS para atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes;

- CAPS III: são CAPS para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes;
- CAPSi: CAPS para infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais;
- CAPSad: CAPS para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação;
- Geração de renda;
- Residencial terapêutico.

No manual Saúde Mental no SUS, publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, p. 81) Saúde Mental no SUS, os Centros de Atenção Psicossocial definem as responsabilidades compartilhadas entre as equipes matriciais de Saúde Mental e da Atenção Básica. As equipes de SM de apoio à Atenção Básica incorporam ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Além disso, as seguintes ações devem ser compartilhadas:

- a. Desenvolver ações conjuntas, priorizando: casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio, vítimas de violência doméstica intradomiciliar.
- b. Discutir casos identificados pelas equipes da Atenção Básica que necessitem de uma ampliação da clínica em relação às questões subjetivas.
- c. Criar estratégias comuns para abordagem de problemas vinculados à violência, abuso de álcool e outras drogas, estratégias de redução de danos etc. nos grupos de risco e nas populações em geral.
- d. Evitar práticas que levem à psiquiatrização e medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana.
- e. Fomentar ações que visem à difusão de uma cultura de assistência não manicomial, diminuindo o preconceito e a segregação com a loucura.
- f. Desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando construir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação inter setorial (conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de autoajuda etc.).
- g. Priorizar abordagens coletivas e de grupos como estratégias para atenção em saúde mental, que podem ser desenvolvidas nas Unidades de Saúde, bem como na comunidade.

- h. Adotar a estratégia de redução de danos nos grupos de maior vulnerabilidade, no manejo das situações envolvendo consumo de álcool e outras drogas. Avaliar a possibilidade de integração dos agentes redutores de dano a essa equipe de apoio matricial.
- i. Trabalhar o vínculo com as famílias, tomando-a parceira no tratamento e buscar constituir redes de apoio e integração. (BRASIL, 2004, p. 81)

2.2 A TECNOLOGIA DE APOIO MATRICIAL

O Apoio Matricial se constitui na relação de equipe de apoio às equipes de SF. Esta relação está centrada no cuidado do usuário, os especialistas vem até a equipe de SF e juntos potencializam seus recursos. A linha de cuidado dos casos se constitui a partir de construções dialógicas e horizontais entre matriciadores e toda equipe de SF, na organização de Projetos Terapêuticos Singulares dos usuários. A tecnologia de Apoio Matricial dá ênfase a um exercício pensamento estratégico e coletivo para a gestão do cuidado dos casos.

O matriciamento apoia o desenvolvimento das habilidades para desenvolver coordenação de cuidado atribuição específica da AB no SUS. A AB é o único nível de atenção do SUS que não encaminha usuários, e sim compartilha. O que determina a responsabilidade AB sobre os usuários é o seu território de moradia. A organização de todo fluxo dos usuários do SUS é uma demanda da AB (coordenar este cuidado nos outros níveis de atenção).

O Apoio Matricial surge na relação SF e SM. Esta tecnologia é ousada pois propõe o núcleo SM e o campo AB, ressignificando o SM como transversal a todas especificidades profissionais da SF.

O Apoio Matricial é um arranjo institucional implantado no município de Campinas (SP) em 2001, com a implementação do Programa Paidéia Saúde da Família, com o objetivo de reorganizar sua rede básica de saúde, tendo sido mais tarde incorporado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) como estratégia de gestão para a construção de uma rede ampla de cuidados em saúde mental.

O Programa Paidéia é uma adaptação do Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde, ajustado ao contexto sanitário de Campinas, que possuía características metropolitanas e que já tinha uma história pioneira na área da saúde.

A tecnologia de equipes matriciais se coloca como uma nova composição para estimular a criação de novas relações, de corresponsabilidade em rede. Segundo CAMPOS (2003):

Equipe de referência é um rearranjo organizacional que procura coincidir o poder de gestão com a equipe interdisciplinar. O apoio matricial sugere modificações entre as relações dos níveis hierárquicos em sistemas de saúde; nesse caso, o especialista integra-se organicamente a várias equipes que necessitam do seu trabalho especializado. Além da retaguarda assistencial, objetiva-se produzir um espaço em que ocorra intercâmbio sistemático de conhecimentos entre as várias especialidades e profissões. (CAMPOS, 2003, p. 84)

No entendimento de GUATTARI e DELEUZE (1996, p. 29-30), pensando as relações de trabalho, devem-se construir espaços para invenção e agenciar linhas de fuga para a crise. A tecnologia de apoio matricial constitui-se de espaços para discussões de alternativas entre trabalhadores e usuários. O Apoio Matricial tem potencial de agenciar estes espaços de invenção, romper com a repetição de procedimentos e posturas que não respondem às necessidades, inspirando formas criativas de atender as necessidades das famílias usuárias do SUS.

O diálogo entre os diferentes níveis de atenção em saúde tem potencial de ampliar as possibilidades de resolutividade para as pessoas usuárias do SUS, articulando recursos e desenvolvendo diferentes estratégias singulares de cuidado. Os obstáculos importantes neste processo são: a fragmentação e burocratização do SUS, a rigidez e verticalidade – tanto da concepção biomédica, quanto das operações dos sistemas de saúde. A tecnologia de Apoio Matricial facilita a otimização dos recursos, para atenuar estes obstáculos. Este arranjo organizacional produz novas correlações de forças, valorizando e provocando relações horizontais, dando fluxo para as linhas de transversalidade do saber.

CAMPOS (2007) refere no desenvolvimento da tecnologia do Apoio Matricial os seguintes obstáculos:

- *Estrutural*: para que a interdisciplinaridade ocorra de fato e contribua para aumentar a eficácia das intervenções, é importante não somente se facilitar a comunicação entre distintos especialistas e profissionais. Em decorrência dessa realidade vieram se estruturando organizações de saúde com elevado grau de departamentalização. Há evidências teóricas de que contribuiria bastante para melhor definir os padrões de responsabilidade sanitária, permitindo com isso o estabelecimento de programas com coeficiente de vínculo entre profissionais e usuários mais humanos e eficazes, além de criar espaço onde uma integração interdisciplinar seja possível, ainda que não automática ou de simples execução.

- *Excesso de demanda* e da carência de recursos. A implantação do SUS é parcial. Há evidências indicando que o volume de serviços oferecidos à população brasileira ainda é insuficiente. De qualquer modo, reconhece-se que esses recursos poderiam ter um uso mais adequado e racional.
- *Político e de comunicação*: o método do apoio matricial depende da existência de espaços coletivos, ou seja, do estabelecimento de algum grau de cogestão ou de democracia institucional. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais.
- *Subjetivas e culturais avaliações de risco e de vulnerabilidade compartilhadas*: são acordados procedimentos a cargo de diversos membros da equipe. Ainda que seja possível uma descrição singela desse tipo de trabalho em grupo, não é simples, no cotidiano, estabelecer-se esse tipo de diálogo, com decisões e tarefas definidas de modo compartilhado.
- *Ético* como lidar com o coletivo e com a circulação de informação, sem comprometer o direito à privacidade de cada caso ou de cada família?
- *Epistemológico*: importante para ampliação da clínica; ao mesmo tempo, para se trabalhar em uma perspectiva interdisciplinar, pressupõe-se algum grau de adesão a um paradigma que pense o processo saúde, doença e intervenção de modo mais complexo e dinâmico. (CAMPOS, 2007, p. 80)

A singularidade de cada município em seus recursos esta associada com a potência deste dispositivo. A gestão, a formação, a atenção e o controle social configuram este quadrilátero do SUS conformando os eixos de educação permanente, sendo que o Apoio Matricial está inserido neste contexto de múltiplas influencias dos processos coletivos que estão sendo pactuados neste eixo, no desenvolvimento de múltiplas habilidades de gestão do cuidado na atenção básica.

A lógica da instituição centrada nas demandas do usuário estimula o compartilhamento entre usuários, familiares e trabalhadores na perspectiva de horizontalidade. E a questão que articula ideia de redes sociais e Apoio Matricial, cita que o trabalho se constrói, portanto a partir das ferramentas encarnadas, apropriadas, que são a própria vida posta em produção. E, colocar a vida em produção, significa colocar em produção os elementos de comunicação da vida, pois a vida individual se torna produtiva no momento em que entra em comunicação com outras ferramentas encarnadas. A linguagem torna-se fundamental neste processo produtivo.

Segundo DELEUZE (1996), o que temos de fazer é instaurar redes laterais, todo um sistema de redes e de bases populares para superar o poder totalizador das instituições sem perder a totalidade das relações. Fortalecer as redes sociais remete-nos ao empoderamento dos sujeitos sociais. É necessário produzir novas correlações de forças, capaz de produzir novas relações de poder, para atendimento das necessidades humanas numa perspectiva ético-metodológica de cooperação e complementaridade.

Conforme cartilha do Humaniza SUS (BRASIL, 2007) sobre o apoio matricial, este se coloca com ferramenta para o trabalho de redes intra setoriais e inter setoriais:

(...) as equipes de referência dependem (e são instrumentos) de um modelo de gestão mais democrático, centrado nos resultados para o usuário, e não na produção de procedimentos terapêuticos. Os serviços de referência/especialidades que dão apoio matricial passam a ter dois “usuários” sob sua responsabilidade: “os usuários do serviço” para o qual ele é referência e “o próprio serviço”. Isso significa que o serviço de referência/especialidades participa junto com as equipes de referência, sempre que necessário. Pode, também, fazer seminários para que a equipe incorpore conhecimentos (como tratar determinados aspectos da quimioterapia, por exemplo), realizar atendimentos conjuntos, disponibilizar contatos para situações emergenciais, etc. Sem esquecer que o próprio serviço de referência pode trabalhar internamente com equipes de referência e apoio matricial. Tudo isso ajuda a superar a velha ideia de encaminhamento (e de referência e contra-referência), torna possível o vínculo terapêutico e coloca o tratamento mais próximo do usuário e das equipes que o conhecem há mais tempo. (BRASIL, 2007, p. 08)

Esta tecnologia de matriciamento contempla os eixos de atenção, de assistência, de formação e de gestão de forma transversal, mas exige um processo de desconstrução da intervenção pautada nas especificidades profissionais e se fixa no campo Saúde Coletiva.

As pesquisas sobre o tema Apoio Matricial inscritas no banco de teses e dissertações do CNPq, até o segundo semestre de 2009, eram em nº de 10, sendo uma tese e as demais dissertações. Em uma delas referia tecnologia de supervisão na atenção básica, apoio matricial pelo CAPS e em outra a partir prática profissional do psicólogo. Outras três se referiam à prática da supervisão na atenção básica em saúde mental pelo viés da medicina social, reforçando no apoio matricial o processo de supervisão, e as demais relacionavam a questão do processo de trabalho e saúde coletiva como pontes entre o especializado e atenção básica. Os estudos em

geral são qualitativos e se diferem pela escuta de diferentes atores, trabalhadores, familiares e usuários.

2.2.1 Projeto Terapêutico Singular: instrumento de organização do processo de trabalho no âmbito de Apoio Matricial

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma ferramenta indicada na constituição dos CAPS (2002) e que contempla as necessárias ressignificações para o processo de desinstitucionalizado de cuidado em Saúde Mental. A atenção é o resultado da elaboração, pela equipe multidisciplinar, de uma rotina personalizada para cada usuário(a) de acordo com suas necessidades terapêuticas, visando sua melhora, socialização, educação em saúde e cuidados pessoais de acordo com as estratégias oferecidas pela instituição referentes às atividades socioterápicas e de tratamento individualizado. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários.

Segundo a cartilha do Humaniza SUS (BRASIL, 2007) o PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. No fundo é uma variação da discussão de “caso clínico”. Portanto, é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações. O nome Projeto Terapêutico Singular, em lugar de Projeto Terapêutico Individual, como também é conhecido, nos parece melhor porque destaca que o projeto pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação (lembrando que os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças: hipertensos, diabéticos, etc.).

Não são recomendados programas únicos com estrutura pré-definida que não contemplem especificidades e singularidade de cada usuário(a). O plano contempla a participação de todos os profissionais da equipe e usuários(a), buscando a interlocução do saber técnico e o saber singular deste(a) usuário(a),

valorizando seus desejos e sua subjetividade. O plano terapêutico individual pode ser flexível, à medida que permite alterações das atividades durante o processo terapêutico de reabilitação psicossocial. É importante que a adaptação e alteração deste plano seja dialogado com o(a) usuário(a), para que a alteração decorrente, possa ser compreendida/construída para sua efetividade.

Segundo CAMPOS (2003):

As instituições de saúde deveriam existir para ajudar cada pessoa usuária a melhorar a utilização de seus recursos próprios, partindo sempre do reconhecimento da vontade e desejo de cura de cada um, oferecendo desta forma recursos institucionais também voltados para melhorar as condições individuais e coletivas. Assim, faria parte fundamental de qualquer processo terapêutico o enfoque voltado para aumentar a capacidade de autonomia do paciente, com objetivo de melhorar seu entendimento do próprio corpo, de suas dificuldades, de suas relações com o meio social e, a capacidade de instituir normas que ampliem as possibilidades de melhorar sua qualidade de vida. (CAMPOS, 2003, p. 05)

O autor nos revela como pressuposto importante na prática de cuidado em saúde, o protagonismo da pessoa. A educação popular é uma linha da pedagogia que embasa esta relação, mediada pela escuta entre o trabalhador e a pessoa usuária do sistema de saúde, uma vez que em muitos casos é o trabalhador que percebe a existência de uma demanda em saúde. O projeto terapêutico singular elaborado em equipe coloca-se como ferramenta para negociar e problematizar com as pessoas usuária do SUS, suas percepções em relação as suas necessidades e desejos e a partir da contextualização destas, oferecer alguns recursos terapêuticos singulares.

As diretrizes do SUS têm ênfase no processo de trabalho do Apoio Matricial. O acolhimento, o acesso, o vínculo, a responsabilidade e o contrato de cuidado são pressupostos importantes para a elaboração e o desenvolvimento do PTS em Saúde Mental na Atenção Básica:

- Acolhimento - compreender a problemática de forma abrangente, vínculo de confiança, diagnóstico “enquanto capacidade de desenvolver ações para o usuário como um todo – superando as tradicionais ações fragmentárias voltadas exclusivamente para órgãos e sistemas do seu corpo – acesso à atenção para toda demanda expressa ou reprimida – desenvolvendo ações coletivas a partir de situações individuais e vice-versa – e responsabilidade por todos os problemas de saúde de uma região”.

- Acesso – “assim entendida a capacidade de desenvolver ações qualificadas para atender resolutivamente os principais problemas de saúde dos usuários encaminhando-os para serviços de maior complexidade tecnológica, somente quando for absolutamente necessário, considerando o entrelaçamento da saúde com os aspectos sócio-econômicos e culturais e fazendo um movimento de desospitalização dos usuários e de algumas atribuições e poderes do hospital”.
- Vínculo - “entendido como a humanização da relação com o usuário e a responsabilidade da unidade ou serviço de saúde na solução dos problemas de saúde de sua região, através de ações qualificadas, eficazes e que permitam o controle pelo usuário no momento de sua execução, definindo as responsabilidades de cada membro da equipe pelas tarefas necessárias ao atendimento, nas situações de rotina ou imprevistos”.
- Responsabilidade - acompanhamento integral da atenção aos/as usuário(a)s, criando suportes para as diferentes necessidades da população (crianças, adolescentes, adultos, idosos, pessoas em situação de rua, pessoas institucionalizadas);
- Contrato de cuidado - caracterizado pelo acordo, ajuste, atenção e preocupação com a informação aos/as usuário(a)s dos processos de atenção à saúde individual ou coletiva, terapêutica ou de promoção” (BRASIL, 10ª CNS, p. 92- 93).

O Projeto Terapêutico Singular é a ferramenta principal do processo de desinstitucionalização do cuidado em saúde coletiva, o recurso de pensar de forma singular as necessidades dos usuários do SUS e mediar / agenciar recursos de cuidado através do processo escuta e do contrato de cuidado, nos contextos de vida e comunidade, trabalham na promoção da saúde mental coletiva.

2.3 CLÍNICA AMPLIADA

A Clínica Ampliada, segundo CECCIM (2005), ao conceituar o território ele traz esta permeabilidade de fazer do trabalho, se afetar e refazer. Associa este fazer técnico, com características políticas e relacionais, falar do território em saúde é caracterizar a ampliação da clínica aos contextos, cultura e relações nos território de vida das famílias.

O território é de inscrição de sentidos no trabalho, por meio do trabalho, para o trabalho. Desejam-se como efeito de aprendizagem a prevalência da sensibilidade, a destreza em habilidades (saber-fazer) e a fluência *em ato* das práticas. Para habitar um território será necessário explorá-lo, torná-lo seu, ser sensível às suas questões, ser capaz de movimentar-se por ele com ginga, alegria e descoberta, detectando as alterações de paisagem e colocando em relação fluxos diversos, não somente cognitivos, não somente técnicos e não somente racionais, mas políticos, comunicacionais, afetivos e interativos no sentido concreto, isto é, detectável na realidade. (CECCIM, 2005, p. 983)

Pela Cartilha da PNH de Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular, podemos dizer então que a clínica ampliada é:

- um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular;
- assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde;
- buscar ajuda em outros setores, ao que se dá nome de intersetorialidade;
- reconhecer os limites dos conhecimentos dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas e buscar outros conhecimentos em diferentes setores, como no exemplo mencionado anteriormente em que o serviço de saúde incorporou o conhecimento acerca da situação de exclusão em que viviam seus usuários;
- assumir um compromisso ético profundo. (...)

Os itens apresentados na categoria de Clínica Ampliada referem-se à tecnologia de apoio matricial e às relações inter setoriais e às associações livres realizadas no instrumento de avaliação ao longo destes quatro anos (2007-2010) pelas equipes de SF.

2.4 TÉCNICO DE REFERÊNCIA COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E AMPLIAÇÃO DA CLÍNICA

A proposta de Equipe Interdisciplinar (de Referência) e Apoio Matricial objetiva facilitar a humanização da gestão e da atenção ao mesmo tempo. O conceito de Equipe de Referência é simples, podemos tomar como exemplo a equipe multiprofissional de Saúde da Família, que é referência para uma determinada população. No plano da gestão esta referência facilita um vínculo específico entre um grupo de profissionais e certo número de usuários. Isso

possibilita uma gestão mais centrada nos fins do que nos meios (consultas por hora é um exemplo de gestão centrada nos meios).

No entanto, a proposta de Equipes de Referência vai além da responsabilização e chega até a divisão de poder gerencial. As equipes interdisciplinares ou transdisciplinares (o “trans” aqui indica o aumento do grau de comunicação, da troca de saberes, de afetos e de corresponsabilidade entre os integrantes da equipe) necessitam ter algum poder de decisão na organização, principalmente, no que diz respeito ao processo de trabalho da equipe.

Não há como propor humanização da gestão e da atenção sem propor um equilíbrio maior de poderes nas relações entre os trabalhadores dentro da organização e na relação da organização com o usuário. Primeiro, porque, do contrário, as decisões serão centralizadas em um serviço de saúde ou em um profissional da equipe, reduzindo o trabalho dos outros trabalhadores a simples execução, o que, além de ser adoecedor para estes trabalhadores, será péssimo para a qualidade da atenção, já que o envolvimento com o usuário tende a diminuir e o trabalho a se burocratizar. Em segundo lugar, se a gestão não produz relações de poder na organização de saúde que valorizem a equipe como espaço de decisão, ela faz o contrário: produz fragmentação desta equipe.

3. METODOLOGIA

3.1 CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO

Ao se iniciar a descrição da Metodologia deste estudo, considerou-se conveniente fazer destaque acerca da natureza de pesquisa, na triangulação de métodos quantitativos e qualitativos em saúde.

(...) propicia meios para que no desenvolvimento do processo de investigação e de análise, os que implementam as ações se apropriem da compreensão dos dados quantitativos e qualitativos e recolham subsídios para as mudanças necessárias. A triangulação de métodos é particularmente recomendada para estudos de avaliação. (MINAYO: 2010 p. 362)

Uma metodologia de avaliação permanente é parte integrante do próprio objeto deste estudo, pois a organização do processo de trabalho em saúde e Apoio Matricial deve implicar processo de avaliação coletiva e permanente.

A ideia da avaliação já não somente como modelo, estratégia, ferramenta ou discussão, mas como postura: ou seja, como uma atitude concreta de respeito aos envolvidos no processo avaliativo. Uns e outros se capacitam durante todo o tempo que fazem algo, em um processo contínuo; e desta forma os avaliadores, não são mais que facilitadores, para fazer que as coisas ocorram. (OPS: 1997, p. 32)

A triangulação de métodos quantitativos e qualitativos em saúde consta neste estudo em quatro fases de pesquisa, que se dividem em:

1. Descrição histórica da organização do apoio matricial no município do Rio Grande até a implantação do NASF.

2. Avaliações anuais de 2007 a 2010 da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre o processo de trabalho Apoio Matricial desde a implantação.
3. Banco de dados das internações psiquiátricas: conhecendo os fluxos de cuidado anti manicomial dos territórios da atenção básica do município do Rio Grande.
4. Pesquisa documental do processo de trabalho apoio matricial: áreas da Estratégia Saúde da Família (ESF) com maior e menor índice de internação psiquiátrica por habitante.

3.1.1 Descrição histórica da organização do Apoio Matricial no município até a implantação do NASF

Analisar o histórico da Rede de Saúde Mental do município do Rio Grande enquanto contexto e pactos que deram origem à organização do Apoio Matricial possibilitam ampliar o entendimento sobre esta tecnologia. Para realizar este estudo foram efetuadas entrevistas informais e pesquisa nos documentos que registraram os fluxos dos processos. Esta fase se conclui com a apresentação do Projeto do NASF, que articula estas avaliações da Rede Gaivota.

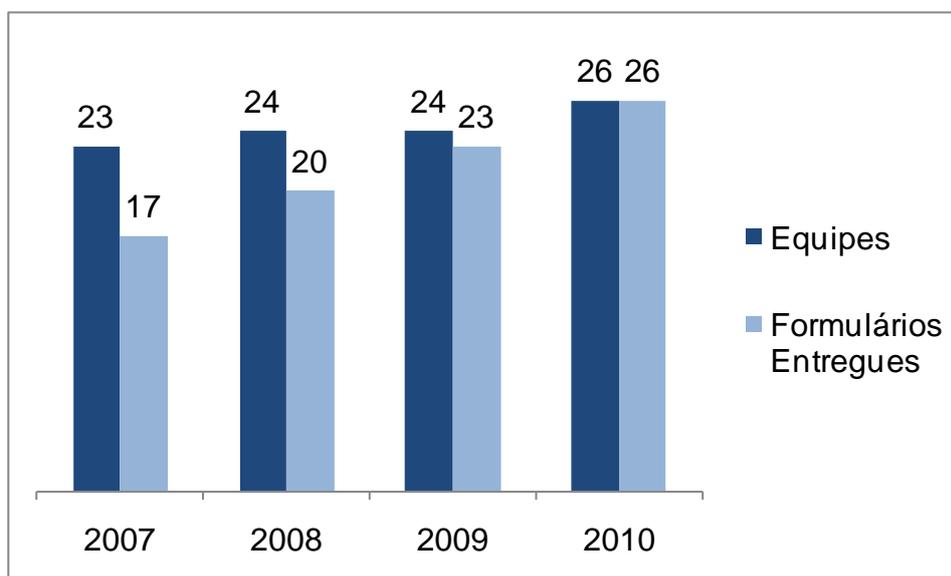
3.1.2 Avaliações anuais de 2007 a 2010 da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre o processo de trabalho Apoio Matricial desde a implantação

A caracterização do processo de trabalho de apoio matricial será apresentada através dos dados que fazem parte do processo avaliativo do serviço de Saúde Mental realizado com as equipes da ESF. Foi realizada a primeira avaliação no final no ano de 2007 e repetida anualmente até o ano de 2010.

Esta segunda fase da pesquisa constou da análise das avaliações a partir da diretriz de um método de pesquisa e de análise de dados. No que tange aos aspectos éticos, o estudo utilizou avaliações internas aos serviços de saúde e o consentimento dos profissionais foi obtido através de anuência em participar das avaliações.

A adesão das equipes por ano está demonstrada no gráfico a seguir:

Gráfico 1 – Adesão das equipes nas avaliações anuais. Rede Gaivota. Rio Grande, RS, 2007-2010



São, portanto, dados obtidos a partir da aplicação de um questionário constituído de questões abertas e fechadas, estas últimas respondidas através de uma escala de quatro pontos variando entre *muito bom; bom; regular; e ruim*. O questionário aborda dois eixos avaliativos.

O primeiro, constituído de sete questões, avalia o processo de trabalho dos profissionais integrantes da equipe de matriciamento/saúde mental em relação a: Supervisão Psiquiátrica, Visitas de Supervisão e Assessoria com as Equipes da ESF, Visitas Domiciliares e inter consultas, Sistema de Referencia e Contra Referencia com a Rede de Saúde Mental, Organização e articulação dos grupos de cuidado em Saúde Mental dos usuários, com a participação da Rede Gaivota, Assessoria com os técnicos da Rede Gaivota e Espaço aberto para críticas e sugestões.

O segundo, constituído de três questões, avalia o processo de trabalho da própria equipe da ESF em relação à Preparação pela equipe UBSF da supervisão em Saúde Mental; o monitoramento (cuidado longitudinal) das famílias da UBSF discutidas nas visitas de supervisão em Saúde Mental, Organização documental da equipe da UBSF, dos casos/famílias com demandas em Saúde Mental (**Anexo 1**). Cada questão fechada é acompanhada de uma questão aberta para considerações,

críticas e sugestões acerca do tema específico. A orientação para o preenchimento do questionário é que fosse respondido de forma anônima e em equipe (cada equipe respondeu um único questionário sintetizando a percepção de todos os seus integrantes).

Estes resultados são apresentados dentro de três temáticas: uma primeira, aqui considerada central e denominada de Processo de Trabalho; a segunda, de Educação Permanente em Saúde e a terceira, da Clínica Ampliada.

No quadro a seguir estão destacadas as questões do questionário, conforme suas categorias de análise dos dados quantitativos e qualitativos.

Quadro 2 – Questões analisadas e suas respectivas categorias teóricas

Categoria Teórica	QUESTÕES ANALISADAS
PROCESSO DE TRABALHO	Supervisão Psiquiátrica
	Visitas de supervisão e assessoria com as equipes da ESF
	Visitas domiciliares e inter consultas
	Sistema de referência e contra referência com a Rede de Saúde Mental
	Organização e articulação dos grupos de cuidado em Saúde Mental dos usuários, com a participação da Rede Gaivota
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	Assessoria com os técnicos da Rede Gaivota
	Preparação pela equipe UBSF da supervisão em Saúde Mental
	O monitoramento (cuidado longitudinal) das famílias da UBSF discutidas nas visitas de supervisão em Saúde mental
	Organização documental da equipe da UBSF, dos casos/famílias com demandas em Saúde Mental
CLÍNICA AMPLIADA	Espaço aberto para críticas e sugestões
	Atuação da Rede Gaivota como facilitadora das relações inter setoriais

A categoria de Processo de Trabalho apresenta fluxo lógico do processo de trabalho do apoio matricial em Rio Grande (conforme o item 4.3.1.) que explicita os diferentes itens avaliados anualmente. Os itens de pesquisa analisados nesta categoria são: Supervisão psiquiátrica, Visitas de supervisão e Assessoria com as equipes da ESF, Visitas domiciliares e inter consultas, Sistema de Referência e Contra Referência com a Rede de Saúde Mental, e Organização e articulação dos grupos de cuidado em Saúde Mental dos usuários, com a participação da Rede Gaivota.

A categoria de Educação Permanente em Saúde é conceituada a partir da problematização sobre o desafio de superar trabalho educativo focado apenas no âmbito dos usuários do SUS e ampliar o foco para a educação do trabalhador. A EPS parte da ressignificação do seu processo de trabalho, numa educação a saúde significativa. Os itens de pesquisa analisados nesta categoria são: Cuidado da equipe assessorada pela Rede Gaivota, Preparação pela equipe UBSF da supervisão em Saúde Mental, Monitoramento (cuidado longitudinal) das famílias da UBSF Discutidas nas visitas de supervisão em Saúde Mental e Organização documental da equipe da UBSF, dos casos/famílias com demandas em Saúde Mental.

A categoria teórica da Clínica Ampliada busca construir sínteses singulares tensionando os limites de cada matriz disciplinar e colocando em primeiro plano a situação real do trabalho em saúde, vivida a cada instante por sujeitos reais. A referencia está pautada nestes pressupostos: a compreensão ampliada do processo saúde–doença, construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, ampliação do “objeto de trabalho”, a transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho e suporte para os profissionais de saúde. Os itens de pesquisa analisados nesta categoria são: Espaço aberto para críticas e sugestões e Atuação da Rede Gaivota como facilitadora das relações inter setoriais.

3.1.3 Banco de dados das internações psiquiátricas: conhecendo os fluxos de cuidado anti manicomial dos territórios da atenção básica do município do Rio Grande

A análise do banco de dados das internações psiquiátricas constitui a terceira fase da pesquisa e consiste em identificar as internações do município. Num segundo momento são agrupadas as internações por modelo de atenção básica e ainda agrupadas em três grupos diagnósticos – conforme CID-10 – esquizofrenias, transtornos de humor e transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Outra estratificação realizada foi em relação aos períodos: os anos de 2004 a 2006 referem-se ao período antes da implantação do apoio matricial e os anos de 2007 a 2009 referem-se ao período após implantação do apoio matricial.

A utilização dos bancos de dados das internações hospitalares foi autorizada pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde

(que entre as suas competências tem função de um comitê de ética), de acordo com a declaração apresentada no **Anexo 2**, e então disponibilizada pelo setor de AIHS do município.

O banco de dados de internações psiquiátricas é proveniente do único hospital psiquiátrico do município do Rio Grande: o Hospital Psiquiátrico Vicenza Maria da Fontoura, possui 120 leitos psiquiátricos, dos quais 30% são regulados pela 3ª Coordenadoria Regional de Saúde e ocupados por usuários da região. Os demais 87 leitos são utilizados para o município do Rio Grande.

3.1.4 Pesquisa documental do Processo de Trabalho Apoio Matricial: áreas da Estratégia Saúde da Família (ESF) com maior e menor índice de internação psiquiátrica por habitante

Na quarta e última fase da pesquisa é realizada uma análise documental, nas pastas das equipes de SF que correspondem às áreas com maior e menor índice de internações psiquiátricas por habitante. As pastas contêm boletins de referência e contra referência (**Anexo 3**) dos usuários do SUS, gerados na reunião de supervisão entre equipes de SF e equipe de apoio matricial.

No que se refere às questões éticas, os dados utilizados para a análise documental foram disponibilizados pelo sistema de registro da Rede Gaivota.

As relações entre as características da população, a partir dos dados SIAB, são: escolaridade, perfil das famílias cadastradas e condições de moradia, as características da população supervisionada e as condutas terapêuticas elaboradas nos planos terapêuticos singulares possibilitam conhecer novas influências e faces da organização do processo de trabalho da ESF, as necessidades do apoio matricial em SM para lógica do cuidado anti manicomial.

Analisa as características entre as áreas com maior e menor índice de interações, através da seguinte agrupamento entre as demandas: violência, questões familiares e relacionais, álcool e drogas, mental leve, mental moderado e mental grave e outros.

Os autores FRANCO & MERHY (2005) conceituam as tecnologias leves e duras da seguinte maneira:

Na composição técnica do trabalho, uma menor densidade de tecnologias duras, associada a uma maior presença das tecnologias mais relacionais, abre inúmeros espaços relacionais que são dados pelos atos de fala, escuta, olhares e toque, em que os sentidos operam junto com os saberes. Isso sem dúvida impacta o grau de resolutividade das ações assistenciais e de cuidado. (FRANCO; MEREHY, 2006)

Neste estudo, partindo deste referencial teórico, convencionamos as modalidades terapêuticas da Rede Gaivota através dos seguintes grupos de tecnologias de cuidado em saúde (referência de recursos do território e institucionais, segundo fluxograma do item 4.3.1):

- tecnologias leves – referentes a âmbito de relações;
- tecnologias leves-duras – referentes aos procedimentos com ênfase nas relações associados a procedimentos como prescrição medicamentosa, de exames e outros, e utilizam as tecnologias duras;
- tecnologias duras, como apenas o uso de tecnologias concretas.

3.2 ANÁLISE DE DADOS

Neste estudo para análise dos dados é utilizada a abordagem hermenêutica-dialética como método de análise.

A abordagem hermenêutica compreende e valoriza as homogeneidades e os consensos, faz o contraponto com a dialética que inclui o caráter contraditório, conflitivo e totalizante de qualquer fenômeno ou relação social, também no campo da saúde. (MINAYO: 2010, p. 391)

Os diferentes níveis de investigação na triangulação dos métodos de pesquisa possibilitam compreender os limites e as potencialidades da tecnologia de Apoio Matricial. Os olhares em diferentes sentidos evidenciam questões superadas em relação à tecnologia, bem como tencionam e confirmam novas questões para serem problematizadas.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 HISTÓRICO DA REDE DE SAÚDE MENTAL (SM) NO MUNICÍPIO DO RIO GRANDE

No ano de 1994 fora realizado o primeiro concurso da Prefeitura Municipal do Rio Grande para Psicólogos, constituindo-se um Ambulatório de Saúde Mental composto por duas psicólogas e um médico. No ano de 1997 este serviço passa a ser chamado de Centro de Saúde Mental e em 1998, passa a integrar esta equipe o setor de Saúde Escolar da Secretaria Municipal de Educação e Cultura. O centro é composto por profissionais das áreas de Enfermagem, Serviço Social, Psicologia e duas psicopedagogas. Neste período se dá o nome a este serviço de saúde mental de CONVIVER.

Já em 2002 houve a transição para a modalidade de CAPS II Conviver. Em 2006 iniciou-se o processo de capacitação em SM para a ESF. Neste mesmo ano, no mês de outubro, houve a compra de prédio próprio para a implementação dos CAPS Conviver. O cadastro do Ambulatório Municipal de SM foi reativado no prédio em que estava o CAPS. A equipe que constituía o Ambulatório mantinha atendimento especializado à crianças e adolescentes e à pessoas usuárias de álcool e outras drogas. No ano de 2006 houve a morte de três adolescentes, vítimas de um incêndio nas dependências do Hospital Psiquiátrico da Santa Casa do Rio Grande. O Ministério Público, nessa ocasião, constituiu ações civis públicas tendo em vista as mortes das adolescentes, comprometendo o município a constituir os CAPSi e o CAPSad, com o apoio dos Conselhos Municipais da Criança e Adolescente e o da Saúde.

No mês de janeiro de 2007 a equipe de Apoio Matricial foi implantada na ESF, em regime de horas extras, com profissionais que estavam atuando

concomitantemente, em outros serviços de SM. A sede desta equipe foi organizada no prédio deste Ambulatório.

No primeiro trimestre desse ano, inspirados pela organização do Programa de Saúde Mental e pela equipe matricial de Sobral, constituiu-se o Colegiado do Programa de Saúde Mental no município do Rio Grande, composto por coordenadores dos Serviços de Saúde Mental eleitos pelas suas equipes e por um coordenador do programa, eleito por todos os trabalhadores da SM.

Em agosto de 2007, ante o avanço do uso de crack na cidade, devido ao aumento do abrigo de crianças e adolescentes, além do uso desta droga pelos pais, mortes e ameaças de morte a adolescentes atendidos pela Pastoral do Menor (90% usam crack), o aumento da exploração sexual de crianças e adolescentes, o aumento do número de furtos, roubos e homicídios, foi proposta a criação do grupo *Rio Grande: fazendo frente ao crack*, que reúne atualmente além dos proponentes o Ministério Público, o Poder Judiciário, o Conselho Tutelar, ONGs, Comunidades Terapêuticas, o Centro Regional de Estudos, Prevenção e Recuperação de Dependentes Químicos – CENPRE/FURG, os hospitais, a Secretaria Municipal de Saúde, a Secretaria Municipal de Educação e Cultura, a Secretaria Municipal de Cidadania e Assistência Social, a Polícia Civil e a Polícia Militar, a Pastoral do Menor, a Pastoral da Criança, a Associação Rio-grandina Pró-Crianças e Adolescentes – ARCA e o COMDICA.

Respondendo à demanda e à iniciativa disseminada pela sociedade rio-grandina, aconteceram inúmeras reuniões e alguns avanços na questão do tratamento específico à dependência do crack; esta rede influenciou na constituição dos CAPS devido ao aumento de suas demandas.

Em 2008, no mesmo prédio do Ambulatório, se constituíram dois projetos com equipes distintas: a equipe do CAPSi e do CAPSad, era construída por profissionais que mantinham estes atendimentos especializados e ainda estavam organizando o projeto e a equipe para credenciamento destes CAPS especializados. A inauguração dos CAPS ad e i ocorreu nos meses de outubro e dezembro de 2009.

Em janeiro do ano de 2010 a equipe de Apoio Matricial conquistou a ampliação da equipe com profissionais exclusivos para este serviço. Nesse mesmo ano esta rede organizou, através de decreto municipal, o Comitê de Gestão Social, que integra a rede Rio Grande Enfrentando o Crack. Este comitê faz a implantação da Política Municipal sobre Drogas.

A organização da rede de enfrentamento ao crack inspirou outras formas de articulação entre as instâncias do controle social e a gestão municipal, para formulação das políticas públicas, não só na questão das drogas. Constituiu-se uma comissão de saúde mental e moradia para supervisionar as casas de cuidado à pessoa portadora de sofrimento psíquico; também se organizou através de ação inter setorial. Existe um grupo de trabalho que realiza as visitas de supervisão composto pelas seguintes entidades: Rede Gaivota, Estratégia Saúde da Família, Programa Municipal de Atenção Integral do Idoso, Vigilância Sanitária, Rede Família, Conselho Municipal de Assistência Social. As ações são planejadas e avaliadas em conjunto com a comissão que também é composta pelo Ministério Público, Secretaria Municipal de Saúde, Programa de Saúde Mental, Conselho Municipal do Idoso, Conselho Municipal de Saúde e CONDES.

Foi realizada a 3ª Conferência Municipal de SM em 2010, com 13 pré-conferências descentralizadas pelas áreas do município. O evento contou ao redor de 400 participantes, entre estes em torno de 150 delegados. Uma das prioridades apontadas foi a implantação dos NASF's, e ficou pactuada com a gestão da Secretaria Municipal de Saúde a implantação dos NASF's para 2011.

A seguir está o fluxo lógico da organização do colegiado do Programa de Saúde Mental do Rio Grande.

FLUXOGRAMA 1

4.2 ORGANIZAÇÃO DO APOIO MATRICIAL NO MUNICÍPIO DO RIO GRANDE

A constituição da Rede de Apoio Inter Profissional acontece entre dois programas da Secretaria Municipal da Saúde: o Programa Municipal de Saúde Mental e a Estratégia de Saúde da Família no município do Rio Grande. A articulação entre estes dois programas se constrói em diversos movimentos de aproximações.

O primeiro movimento de aproximação foi em 2004 – a Estratégia de Saúde da Família promoveu o Seminário de Saúde Mental e Saúde da Família (dezembro de 2004) para os profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Neste evento ocorreu a primeira participação entre os dois programas e houve a identificação da necessidade de captação para ESF em SM.

No segundo semestre de 2005, a equipe de Saúde Mental do município se organizou a partir dos encontros com o consultor em Saúde Mental do Ministério da Saúde, Dr. Flávio Resmini, e buscou os gestores do SF e da SMS para iniciar o trabalho de capacitação com os profissionais de SF, com a motivação de começar a organizar os fluxos de atendimento em Saúde Mental no município do Rio Grande. Em dezembro desse ano, durante o seminário da ESF, se trabalhou na organização da educação em saúde, ocasião na qual se priorizou a identificação das necessidades e o entendimento sobre Saúde Mental do coletivo de 200 trabalhadores do SF do município.

O curso de capacitação em Saúde Mental para ESF, ocorrido em 2006, foi desenvolvido para a totalidade de trabalhadores, agentes comunitários, enfermeiros e médicos. Todos participaram do processo em diferentes módulos ao longo de sete meses, o qual foi denominado como **Primeira Fase da Educação em Saúde Mental na ESF**.

Os objetivos dessa primeira fase, descritos pela gestão dos programas de SF e ESF a partir das considerações expressas pelo coletivo de trabalhadores no seminário do SF de dezembro de 2005, foram:

- Ampliar a atenção em saúde mental no nível local, visando a organização e incremento da rede de atenção integral em saúde;
- Incrementar as ações eficientes e resolutivas em saúde mental, enfatizando as contribuições dos novos dispositivos assistenciais implantados com a Reforma Psiquiátrica;

- Capacitar profissionais do Programa Saúde da Família para diagnóstico, planejamento e execuções de saúde mental, de acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

A metodologia do curso se compôs por aulas expositivas, seminários e dinâmicas de grupo, leitura dirigida, trabalho prático (história clínico – familiar) e debate sobre material audiovisual. A equipe docente foi composta de facilitadores membros da Equipe de Saúde Mental da SMS (CAPS Conviver) e consultores de Saúde Mental convidados, em carga horária de 48 horas.

O curso foi organizado com a seguinte distribuição:

- Quatro turmas de Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares de Enfermagem, com até 40 alunos, sendo duas turmas (I e II) na primeira etapa e duas turmas (III e IV) na segunda etapa.
- Duas turmas de Enfermeiros e Médicos com até 21 alunos (A e B).

A necessidade de organização do fluxo de atendimento em Saúde Mental foi consenso e prioridade para ambos os programas. O curso Educação em Saúde se constituiu ao longo de sete meses como recurso para, durante este processo, amadurecer e ensaiar a aproximação entre os diferentes níveis de atenção em saúde.

Conforme o quadro a seguir, o conteúdo programático foi desenvolvido em turnos de quatro horas, através dos seguintes temas, abordados pelos respectivos trabalhadores da SM do município do Rio Grande e consultores:

Quadro 3 – Conteúdo Programático da primeira fase de Educação Permanente em Saúde Mental – Estratégia Saúde de Família

CONTEÚDO	ASSESSOR E APOIADOR RESPECTIVAMENTE
1 - O contexto e as concepções histórico-políticas da constituição do SUS, Reforma Psiquiátrica Brasileira e desinstitucionalização.	Assistente Social Mirian Dias, Membro da Coordenação Estadual de Saúde Mental POA/A.S. Alisson Juliano.
2 - A concepção de Serviços Psicossociais e a Rede: a gestão do cuidado	Psiquiatra Flávio Resmini, A.S. Alisson Juliano (Coordenadora CAPS Conviver - RG).
3 - Estudo de Casos Temático: crianças Cara horária: 04 horas	Psicóloga Carmen Argiles (CAPS Conviver), Psicopedagoga CAPS Conviver – RG: Glória Mendes.
4 – Acolhimento na abordagem inicial, diagnóstico pela vulnerabilidade social e condições de subjetividade. Cara horária: 04 horas	Psic. Clarice Roberto Psicóloga IAPI-POA, A.S. Alisson Juliano - Coordenadora CAPS Conviver-RG.
5 – Como se identifica a existência de sofrimento psíquico: sinais e sintomas do sofrimento psíquico. Carga Horária: 04 horas	Psic. Marcelo Barcelos - Psicólogo CAPS Conviver-RG.
6 – Formas de apresentação do Sofrimento Psíquico: crise e principais síndromes psiquiátricas Carga Horária: 04 horas	Psiquiatra Flávio Resmini, Consultor em Saúde Mental do Ministério da Saúde.
7– Estudo de caso temático: adolescentes.	Psiquiatra Pediátrica Sandra Petresco.
8- Dispositivos: planejamento / pensamento estratégico em Saúde Mental e as modalidades terapêuticas Cara horária: 04 horas.	Psiqu. Sandra Fagundes (consultora em Saúde Mental do Ministério da Saúde).
9 - Estudo de caso temático: Transtornos mentais severos e persistentes em adultos Carga horária: 04 horas	Psiquiatra Pediátrica Sandra Petresco – RG.
10 - Estudo de caso temático: pessoas usuárias de álcool e outras drogas. Carga horária: 04 horas	Psiqu. Pedro Silva (URGS-POA).
11- Atendimento de temática demanda pelo grupo - Organização da segunda etapa do processo de educação em Saúde Mental / Carga horária: 04 horas	Enf. Zelionara Branco - Coordenadora da ESF, A.S. Alisson Juliano - Coordenadora CAPS Conviver

A constituição do vínculo foi importante estratégia adotada para construir referência com a atenção básica, na superação da lógica do encaminhamento – o desencadeamento de um novo processo: se ocupar do cuidado em saúde mental de forma co-participativa e complementar.

Os profissionais centravam seus objetivos em desmistificar o processo de cuidado do doente mental e, ao escutar seus relatos, os trabalhadores da SM descobriam as potencialidades do cuidado em Saúde Mental da atenção básica

“como facilitador” do potencial de acolhimento, pela proximidade e garantia de acesso às pessoas usuárias do SUS.

As oficinas do curso de capacitação em alguns momentos tornaram-se espaços de compartilhamento de situações de vida dos trabalhadores – as turmas de agentes comunitários solicitaram constituição de espaço para o “cuidando do cuidador” e surgiu outro projeto amplamente negociado com gestor, que foi a criação de grupos (quatro) de cuidando do ACS, desenvolvido em um turno por mês, por trabalhadores da SM. A mesma demanda de cuidado ao cuidador, se constituiu com os profissionais de nível superior – alguns profissionais estavam apresentando sintomas físicos no momento dos encontros, outros se emocionavam ao narrar situações do cotidiano. A coordenação do curso, temendo que o mesmo se tornasse inviável, construíram, entre as coordenações dos programas, um projeto em parceria com o Instituto Pichon Riviere de Porto Alegre para desenvolver, durante seis meses, oficinas de cuidando do cuidador para os profissionais da SF. Neste momento houve reivindicação dos trabalhadores do programa de SM para se constituir espaço idêntico para os trabalhadores deste setor. A negociação com a gestão da SM durou em torno de um mês e se constituíram os espaços.

Em novembro de 2006, na fase de conclusão da primeira fase do processo de educação em saúde mental, no último encontro o coletivo de trabalhadores da SF coloca a necessidade de construção de dispositivo de apoio às equipes de SF. A abordagem era para pensar a segunda etapa de educação em Saúde Mental, o coletivo foi incisivo na fala de seus representantes: “Não queremos continuar nos capacitando, se não se constituir uma Rede de Apoio Inter Profissional no SF”. Durante os sete meses de curso desta primeira etapa de educação em saúde mental, muitos casos haviam sido pensados através do telefone, entre alguns profissionais do CAPS e as equipes do SF. Nesta oficina caso a caso ia sendo relatado no grupo, argumentando sobre o que as relações possibilitaram de ampliação de recursos no território. A coordenação dos programas se surpreendeu com a decisão que o grupo dos técnicos havia chegado, representava uma grande indagação: - Será que já estamos prontos para o trabalho de matriciamento? Outra certeza que o grupo expressava era a de que a partir dos estudos de caso com a psiquiatra, aprofundavam questões referentes à medicação que eram possíveis, a partir de então, serem resolvidas na SF sem gerar encaminhamentos e de forma resolutiva.

A proposta de equipe de apoio foi esboçada em oficina com os técnicos da Saúde da Família e os representantes da Saúde Mental. O exercício coletivo foi o de mapear as prioridades. O trabalho foi delimitado a partir de três prioridades:

- supervisão em saúde mental;
- supervisão psiquiátrica;
- cuidado ao cuidador.

Apresentamos a seguir, algumas inquietações/mobilizações referidas pelas Agentes Comunitárias, Auxiliares de Enfermagem, Médicos e Enfermeiros ao trabalharem as especificidades de cuidado em saúde mental na atenção básica, durante esta primeira fase do processo, que inspiraram a proposta de criação da rede de apoio inter profissional:

“Necessidade de continuar se ocupando dos casos continuamente”;

“Pensar como abordar”;

“Como lidar com questões de outros setores como questão de saneamento, que interferem na produção de saúde mental dos usuários...”;

“Ver além do indivíduo, relações na família e comunidade”;

“Ter vez no relato nas suas equipes, na definição do planejamento terapêutico” ;

“Complexidade do tema”;

“Repetições de ações sem resolubilidade, por não ter espaço de compartilhamento no pensar”;

“Lidar com os seus medos nas questões de violência doméstica”;

“Não conseguir acessar o serviço especializado”;

“Criticidade para entender o entorno e sua relação com a saúde”;

“Sensibilizados para cuidar”;

“Entender a lógica das famílias e não impor a sua”;

“Construir linguagem como recurso/manejo”;

“Superar o ‘eu não sei fazer’”;

“Cuidador necessita de cuidado”;

“Relações de direitos desiguais entre a equipe Saúde da Família”.

As inquietações revelam o entendimento de que percebem a si mesmos como recursos para o cuidado em saúde mental, evidenciam novos movimentos e pensamentos sobre saúde mental. O potencial de articulação entre estes programas se revela na nova correlação de forças que se produziu, criando novos dispositivos, modos de dar visibilidade para as demandas dos trabalhadores, se constituindo em demandas institucionais.

No primeiro sentido o processo de educação em saúde foi protagonizado pelos trabalhadores, a metodologia e conteúdo construídos coletivamente, o que facilitou a negociação com os gestores no que tange a recursos financeiros e carga horária.

A criação da proposta de rede de apoio inter profissional se considerou a segunda etapa da educação em Saúde Mental e se constituiu também da apresentação realizada aos gestores e aos trabalhadores da saúde mental.

Os técnicos da saúde mental que se interessaram em participar da rede de apoio inter profissional foram convidados a participar de encontros de estudo sobre o tema, o que denominou como a terceira etapa da educação em Saúde Mental (duração: 20 horas).

Quadro 4 – Conteúdo Programático da primeira fase de Educação Permanente em Saúde Mental – Estratégia Saúde de Família

CONTEÚDO	ASSESSOR
Família: A rede primária (4 horas).	Claudia Giongo, Instituto Domus terapia de casal e família POA.
As interfaces entre Saúde Mental Coletiva, Rede e Integralidade no SUS (4 horas).	Rose Mayer, Escola de Saúde Pública RS.
SUPERVISÃO, CONSULTORIA E INTERCONSULTA em Saúde Mental: desconstruções, vivências e recursos (8 horas).	Sandra Fagundes, Consultora em Saúde Mental do Ministério da Saúde.
Apoio Matricial a partir da experiência do IAPI (4 horas).	Clarice Roberto, Unidade IAPI POA.
A organização da nossa rede de apoio PSF (4 horas).	Zelionara Branco, Suzi Bromberger, Coordenação da ESF - RG

Em dezembro de 2006, concomitante a organização dos espaços de estudo para implantação da rede de apoio inter profissional, se constituíram critérios para os técnicos da SM ingressarem na rede. Naquele momento o município havia comprado um imóvel para o CAPS Conviver (sito à Av. Presidente Vargas nº 683), e

no antigo prédio ficou um Ambulatório de SM e a sua coordenação com a incumbência à rede – neste contexto a gestão não liberava ninguém com exclusividade para a rede de apoio. Os critérios seriam os de não se ter número de participantes na rede desde que fossem em regime de horas extras, sem prejudicar o cumprimento dos demais cinco turnos nos dispositivos de SM.

No seminário de final de ano em dezembro de 2006, foi lançada a votação entre as 23 equipes de Saúde da Família para a escolha do nome da então chamada rede de apoio inter profissional, que passou a ser chamada **Rede Gaivota**¹.

O último tema dos encontros de estudo, que se intitulava **A organização da nossa rede de apoio ESF**, foi desenvolvido após a conclusão dos demais temas e a definição de quem comporia a rede, e ainda após um mês (janeiro de 2007) de visitação pela equipe da rede de apoio a todas as unidades da ESF. Ficaram na equipe da Rede Gaivota duas assistentes sociais (uma do programa de DST/AIDS e a outra coordenadora do Ambulatório de SM), duas psicólogas (uma do CAPS Conviver e a outra do mesmo ambulatório) e um enfermeiro (membro da coordenação da SF).

A organização da nossa rede de apoio ESF, desenvolvida com a assessoria de Zelionara Branco e Suzi Bromberger, da Coordenação da ESF-RG, constou da elaboração e sistematização das rotinas do trabalho de apoio matricial em Saúde Mental na atenção básica; naquele momento se imaginava trabalhar além da ESF na atenção básica tradicional. A equipe de apoio matricial passou por um mês visitando todas as UBSF's e realizando a primeira supervisão juntos e contratando o trabalho de apoio matricial com cada equipe de SF. A escrita foi feita de forma coletiva realizada com a coordenação do SF, a Supervisora Técnica da SMS Zelionara Branco, hoje secretária da SMS, e os membros da equipe de apoio matricial.

O objetivo geral desta rede é expandir as ações de cuidado em saúde mental coletiva na atenção básica do município do Rio Grande (RS). Para cada objetivo específico se identificou estratégias, que foram desenhando o processo do

¹ Havia várias sugestões entre estes o nome Gaivota, sugerido pela então Secretaria Municipal de Saúde, em função de simbolizar a praia, o território de Rio Grande e a facilidade e leveza em mudar de lugar conforme as necessidades.

trabalho de apoio matricial na SF do município do Rio Grande e ao mesmo tempo consolidando o pacto com a gestão.

As estratégias e os objetivos específicos serão apresentados a seguir:

Quadro 5 – Projeto Rede Gaivota

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATÉGIAS
1- Desenvolver estratégias que consolidem a política de saúde mental no âmbito da atenção básica;	<ul style="list-style-type: none"> — Visitas sistemáticas de assessoria e supervisão – contrato de rotina – discussão prévia dos casos na equipe; — Identificação do técnico de referência da equipe de apoio por unidade e de cada unidade um TR em Saúde Mental; — Levantamento da demanda, das necessidades e das características da demanda por unidade; — Definição de regiões a partir do mapeamento das necessidades e recursos; — Registro das informações geradas. — Reunião semanal dos técnicos de referência para devolução dos casos às equipes; — Encontros com os técnicos de referência das unidades para definição das rotinas de planejamento, monitoramento e avaliação do trabalho; — Definição do cronograma bimestral e rotinas para as visitas; — Organização da estrutura física do serviço e divulgação do local e horários de funcionamento das unidades.
2- Promover ações intra e inter setoriais na articulação da rede social organizada a partir da Estratégia Saúde da Família;	<ul style="list-style-type: none"> — Utilização sistematizada: do boletim de referência e contra-referência, do relato de casos, acesso por telefone; — Regulação e rastreamento da referência e contra-referência; — Mapeamento da rede de apoio nos diferentes e diversos setores
3- Estimular o entendimento da concepção de rede: familiar, comunitária e institucional;	<ul style="list-style-type: none"> — Análise das condições socioambientais e populacionais da área de abrangência das equipes; — Leitura contextualizada das demandas de saúde mental que orientam a configuração da abordagem e/ou do planejamento terapêutico familiar.
4- Regular e ampliar a rede de referência e contra-referência em saúde mental;	<ul style="list-style-type: none"> — Utilização do boletim de referência e contra-referência como ferramenta de comunicação entre os técnicos de referência e as equipes;
5- Desenvolver o processo de educação permanente aos profissionais da rede básica de saúde, a fim de potencializar seus recursos terapêuticos;	<ul style="list-style-type: none"> — Consultoria psiquiátrica; — Cuidando do ACS; — Participação na elaboração dos protocolos em saúde mental; — Encontros de estudos da equipe gaivota.
6- Criar dispositivos de saúde mental coletiva nas UBSF/UBS's para garantir a resolubilidade.	

As atividades que começaram a ser realizadas pela Rede Gaivota em janeiro de 2007, são:

- Consultoria Psiquiátrica mensal - médicos;
- Visitas de Assessoria e Supervisão mensais as UBSF;

- Abordagem a equipe na UBSF (quando solicitado);
- Reuniões com os técnicos de referência da Rede Gaivota com os técnicos de referência em saúde mental das UBSF;
- Constituição da Comissão de elaboração do Protocolo em Saúde Mental na Atenção Básica (mapeamento rede social);
- Grupos de atendimento em Saúde Mental regionalizados;
- Grupos/oficinas de cuidando do ACS;

A tecnologia de apoio matricial em Saúde Mental é a diretriz da Rede Gaivota, na organização do processo de trabalho de forma estratégica – articulando gestão, assistência e formação. Segundo CAMPOS (2007):

Há duas maneiras básicas para o estabelecimento desse contato entre referências e apoiadores. Primeiro, mediante a combinação de encontros periódicos e regulares – a cada semana, quinzena ou mais espaçados – entre equipe de referência e apoiador matricial. Nesses encontros, objetiva-se discutir casos ou problemas de saúde selecionados pela equipe de referência e procura-se elaborar projetos terapêuticos e acordar linhas de intervenção para os vários profissionais envolvidos. Recomenda-se reservar algum tempo para diálogo sobre temas clínicos, de saúde coletiva ou de gestão do sistema. Segundo, além desses encontros, em casos imprevistos e urgentes, em que não seria recomendável aguardar a reunião regular, como na lógica dos sistemas hierarquizados, o profissional de referência aciona o apoio matricial, de preferência por meios diretos de comunicação personalizados, contato pessoal, eletrônico ou telefônico e não apenas por meio de encaminhamento impresso entregue ao paciente, solicitando-se algum tipo de intervenção ao apoiador. Nessas circunstâncias, é recomendável proceder-se a uma avaliação de risco para se acordar uma agenda possível. (CAMPOS, 2007, p. 09)

4.3 OS MOVIMENTOS DA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DE APOIO MATRICIAL PAUTADOS NAS AVALIAÇÕES ANUAIS DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

4.3.1 O Processo de Trabalho

O fluxograma do processo de trabalho do Apoio Matricial da Rede Gaivota, articula as fases e critérios (classificação de risco) para otimizar os recursos de cuidado em Saúde Mental de forma a atender, de maneira estratégica, aos usuários que apresentam maior situação de vulnerabilidade.

FLUXOGRAMA 2

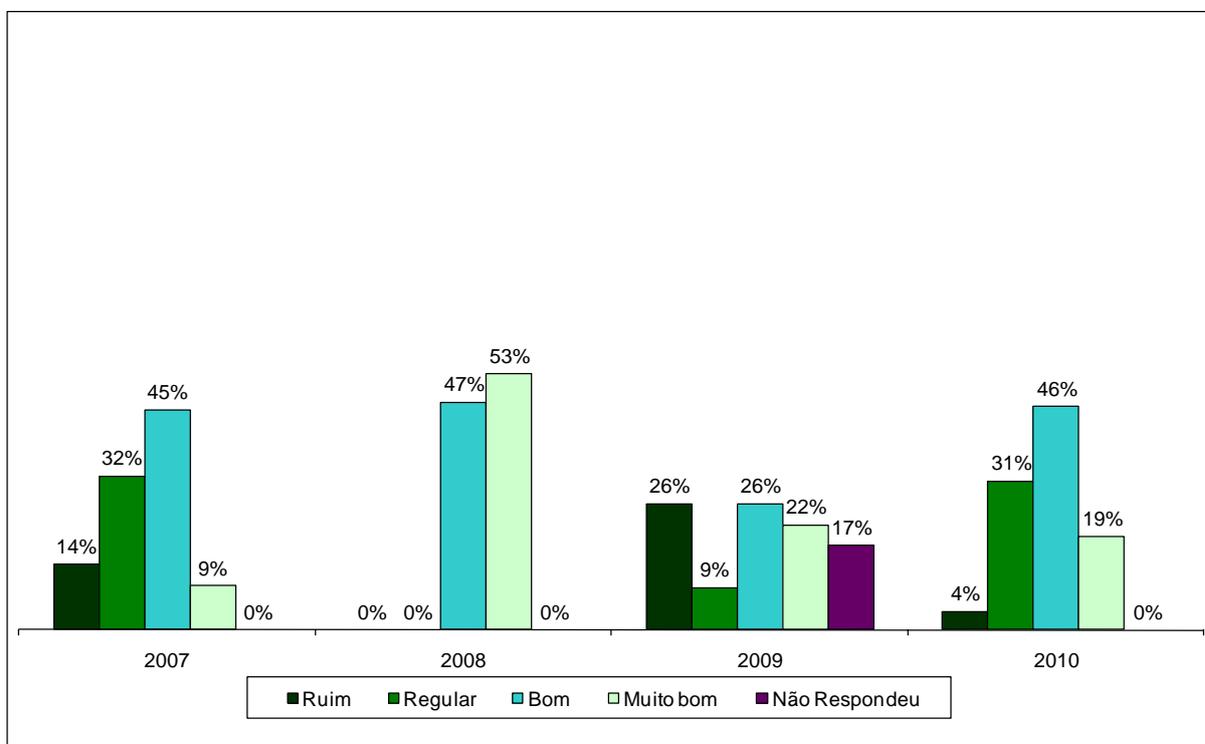
4.3.1.1 Supervisão Psiquiátrica

Em 2007 os serviços do Programa de Saúde Mental não dispunham dos serviços de um médico psiquiatra. Os profissionais da área médica das equipes de SF colocavam a supervisão psiquiátrica como prioridade entre as demandas apresentadas para a constituição da rede de Apoio Matricial. O principal argumento para priorizar a supervisão psiquiátrica se dava em função da ausência de profissional de psiquiatria nos serviços de SM da SMS.

Durante a capacitação em 2006 foram realizados vários encontros para estudos de caso. Participou destes encontros uma consultora psiquiátrica, entre outros profissionais dos serviços de SM da SMS, enfermeiros e médicos da SF. Estes encontros possibilitaram o exercício e a visualização da ferramenta de supervisão psiquiátrica. Assim, a primeira das demandas a ser negociada como uma das atividades da Rede Gaivota, bem como pactuada com a gestão para a busca de recurso financeiro, foi a Supervisão Psiquiátrica.

A Supervisão Psiquiátrica consta de encontros mensais ou bimestrais, conforme a agenda de educação permanente das equipes de SF. Participam os médicos da SF, que apresentam casos prioritários de usuários com demanda em SM que estão sendo atendidos pela equipe de SF. Em conjunto são pensadas as hipóteses diagnósticas e a sugestão de formas de manejo e conduta medicamentosa. Ao longo dos encontros são identificados conteúdos importantes para o grupo de profissionais, e conforme a necessidade e combinação com o grupo são desenvolvidas nas aulas dadas no espaço de supervisão.

GRÁFICO 2 – Avaliação das equipes de Saúde da Família (SF) sobre supervisão psiquiátrica. Rio Grande, RS, 2007-2010



No ano de 2007 as avaliações quantitativas apontam o item Supervisão Psiquiátrica como regular em 32% das equipes pesquisadas. Atribuímos este percentual à relação com a grande demanda de atendimento psiquiátrico na SF.

A escassez de médicos psiquiatras na rede de Saúde Mental trouxe uma exigência importante para os encontros de supervisão realizados mensalmente. Neste item as equipes destacam a importância das avaliações sobre o trabalho realizado ao longo do acompanhamento da consultora psiquiátrica, que possibilitou uma melhoria na qualidade da supervisão. As avaliações das equipes apresentam, ainda, expectativas de mudanças na configuração da Supervisão Psiquiátrica.

“Satisfeito, porém poderia melhorar, se associada às atividades desenvolvidas atualmente, se fossem administradas aulas de educação permanente em psiquiatria”.

“Nos últimos encontros melhorou sensivelmente, tornando-se mais prático e atendendo as nossas necessidades”.

“As discussões de casos estão sendo de grande ajuda no que se refere à medicação. O que angustia a equipe é a necessidade da medicação e o tempo do contato com a supervisão”.

Em 2008 as equipes demonstraram temor em relação à perda deste espaço de educação permanente. A Supervisão Psiquiátrica foi importante para os acolhimentos dos usuários do SUS com demanda em SM.

“As aulas de Supervisão Psiquiátrica são muito importantes e de grande valia para nós, pois é onde conseguimos sanar nossas dúvidas sobre diagnóstico e tratamento. Esperamos que continuem no próximo ano”.

“A MD S. P. está sendo essencial as nossas supervisões; nos orienta, acolhe, discute os casos e nos dá segurança e tranquilidade para atendermos os clientes”.

“Deve continuar, e se possível, tornar os encontros mais frequentes”.

“Dra. S. P. foi de extrema valia no manejo de pacientes mais severos, será uma grande perda se não houver continuidade do seu trabalho”.

“Que a médica S. P. seja mantida ou que consigam uma profissional à altura”.

No ano de 2008, em torno de 100% das equipes da ESF avaliaram entre muito boa e boa a supervisão psiquiátrica. Algumas equipes apontaram a grande demanda nas UBSF's como entrave para poder trabalhar o projeto terapêutico singular. Estas avaliações demonstraram que algumas equipes não desenvolveram, ainda, o entendimento de classificação de risco e planejamento estratégico como ferramentas para a gestão do cuidado/coordenação dos casos.

“Achamos que como a quantidade de atendimentos é muito grande, o acolhimento é sempre feito, mas a continuidade do tratamento fica prejudicada em função desta grande demanda”.

“Boa resolução dos problemas com complexidade de resolver, mas incapaz de resolver a todos”.

Em 2009 foi mantida uma rotina de Supervisão Psiquiátrica, o que não ocorreu em 2010, em função do afastamento da profissional para doutorado. A profissional que desenvolve a supervisão psiquiátrica desenvolve apenas a modalidade de consultoria (contrato por hora). Entretanto, houve a entrada no ano

de 2010 de mais um psiquiatra na Rede Gaivota, concursado da SMS. Parte da sua carga horária serve ao desenvolvimento de interconsulta psiquiátrica nas UBSF's (destacada na análise da realização de visitas domiciliares e inter consultas).

“Em 2010, como não foi mantido o vínculo, havendo apenas uma supervisão, ficou muito distante de criar um vínculo”.

“Gostamos da Supervisão Psiquiátrica, porém é muito pouco o número de atendimentos, e também deveria ter uma data definida, para podermos contar com esta”.

As atividades do processo de trabalho de Apoio Matricial priorizam o trabalho na perspectiva de horizontalidade, ou seja, facilitam a troca de saberes entre as diferentes áreas profissionais. Promovem o desenvolvimento da articulação entre campo do conhecimento e núcleo profissional, desenvolvendo habilidades para trabalhar vínculo, acolhimento e responsabilidade. A Supervisão Psiquiátrica se estabeleceu em uma perspectiva vertical, ou seja, a partir do núcleo profissional médico. Desde o início, em 2007, os profissionais da equipe de apoio matricial participavam das supervisões psiquiátricas por solicitação da consultora, tendo em vista sua formação interdisciplinar e postura de valorização do trabalho em equipe, com vistas a facilitar o monitoramento dos casos nas áreas em conjunto com as equipes de SF. O grupo de médicos da SF propôs à consultora e à coordenação da SF que o espaço fosse priorizado para os profissionais apenas da área médica, para que estes ficassem mais à vontade para exporem suas dúvidas e trabalharem as questões de sua especificidade profissional.

A desvantagem dessa organização reside no fato de que a supervisão psiquiátrica fica centralizada na área médica, o que se configura como clínica tradicional em SM. A ampliação do olhar ao usuário do SUS e suas questões subjetivas se constituem apenas pelo escopo da área médica psiquiátrica, o que limita a perspectiva interdisciplinar do cuidado em SM e ainda fica dependente do compromisso do profissional médico em aderir a esta modalidade de formação.

Embora se configure como consultoria médica, ao longo dos quatro anos, a Supervisão Psiquiátrica se configurou como um espaço de reflexão, encorajamento e sensibilização para o acolhimento e a escuta dos médicos da SF aos usuários do SUS com demanda em SM.

A Supervisão Psiquiátrica integra as tecnologias leves e duras. À medida que ajuda a pensar o manejo dos casos e a utilização da medicação, este espaço amplia, conforme FRANCO (2006), as possibilidades de resolutividade das ações de cuidado em saúde:

Na composição técnica do trabalho, uma menor densidade de tecnologias duras, associada a uma maior presença das tecnologias mais relacionais, abre inúmeros espaços relacionais que são dados pelos atos de fala, escuta, olhares e toque, em que os sentidos operam junto com os saberes. Isso sem dúvida impacta o grau de resolutividade das ações assistenciais e de cuidado. (FRANCO, 2006, p. 10)

4.3.1.2 Visitas de supervisão e assessoria com as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF)

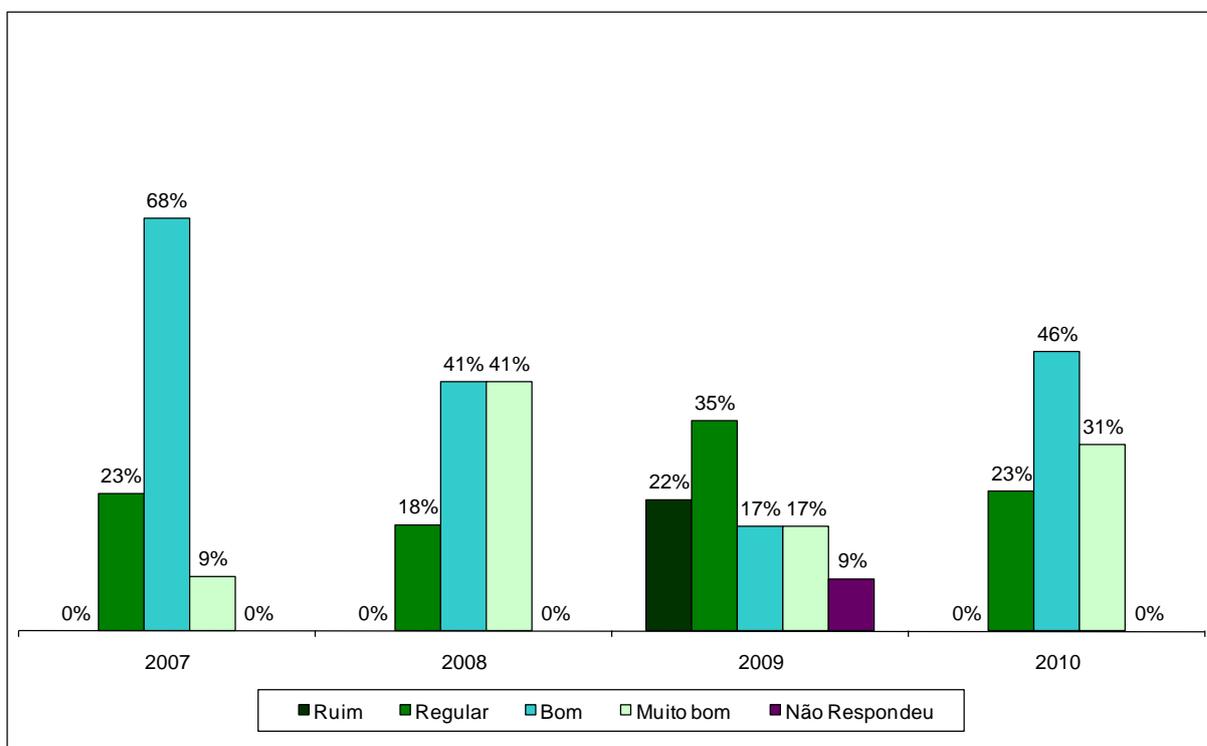
No ano de 2007 houve a implantação da equipe de Apoio Matricial. Com isto, criou-se um clima de alívio e ao mesmo tempo muita expectativa nas equipes de Saúde da Família. O desejo e a mobilização coletiva destes profissionais conquistaram a implantação do Apoio Matricial e, portanto, a possibilidade de corresponsabilização dos casos de Saúde Mental.

A supervisão em Saúde Mental é o centro do trabalho de Apoio Matricial. Ela ocasiona o encontro para pensar de forma compartilhada os casos de Saúde Mental e elaborar os planos terapêuticos singulares com toda a equipe de SF e os matriciadores. Neste momento, constituem-se algumas estratégias e rotinas para organizar o processo de trabalho do Apoio Matricial. Uma destas estratégias foi a criação dos papéis de Técnico de Referência, um dos profissionais da equipe de SF para apoiar/ajudar a sua equipe a organizar os casos, ficando um profissional da equipe de Apoio Matricial como referência dentro do território geográfico das UBSF's.

O papel do TR da SF e do Apoio Matricial é facilitar a comunicação entre as equipes e a rede. O TR da SF tem a função de preparar os casos que serão apresentados na supervisão em Saúde Mental com sua equipe, bem como facilitar e organizar em conjunto com sua equipe o monitoramento e a condução dos casos de SM. Em situações de urgência ou complicações aciona-se o TR da Rede Gaivota e juntos elaboram a estratégia de cuidado do caso.

A supervisão em Saúde Mental é realizada através de visita mensal à equipe de SF, divulgada através de cronograma bimestral. Neste período da implantação do Apoio Matricial, a equipe de apoio era constituída de um enfermeiro, duas psicólogas e uma assistente social durante três turnos semanais, que realizavam a Supervisão em Saúde Mental de vinte equipes, entre as áreas urbana e rural do município. No primeiro ano, as visitas de Supervisão em Saúde Mental eram realizadas pelo TR da Rede Gaivota e um matriciador acompanhando a visita, sendo na maioria das vezes uma dupla fixa por equipe de SF.

GRÁFICO 3 – Avaliação das equipes de Saúde da Família (SF) sobre visitas de supervisão em Saúde Mental. Rio Grande, RS, 2007-2010



Na avaliação quantitativa de 2007, em torno de 79% das equipes avaliaram entre muito boa e boa a supervisão em saúde mental. Era o início de um novo momento na formação dos Técnicos de Referência, tanto da Rede Gaivota, quanto dos Técnicos de Referência em Saúde Mental das UBSF's. A novidade para os técnicos da Rede Gaivota foi principalmente a responsabilidade associada a um território descrito, e para ambos o destaque era a corresponsabilidade. As avaliações a seguir expressam este processo:

“As discussões foram enriquecedoras para a montagem dos planos terapêuticos, no entanto, alguns desfechos foram muito lentos (encaminhamento para grupos terapêuticos, psiquiatra,...)”.

“Com a reestruturação da supervisão da equipe, houve um crescimento na qualidade e eficácia das atividades”.

O trabalho itinerante foi uma novidade para a equipe de Apoio Matricial e um “quebra-cabeça” ao mesmo tempo, em função da necessidade de organizar a pequena carga horária da equipe, para atender as vinte equipes de SF. As falas a seguir fazem alusão a esta difícil empreitada de organização de agenda para implementação do trabalho, e isto aparece avaliado como um obstáculo.

“Que seja avisado pelo menos uma semana antes para a equipe se organizar”.

“Ter um dia fixo para prestar essa assessoria (dia e horário)”.

Nesse período, para algumas equipes, a lógica de encaminhamento dos casos como processo de trabalho parecia ser o mais prático. Na medida em que se acionava a rede de Apoio Matricial, os profissionais não estavam mais responsabilizados pelos casos, remetendo-se ao modelo de referência tradicional de atenção em saúde.

A ideia de resolutividade, expressa nas avaliações, aparece bastante confusa ao longo do trabalho do Apoio Matricial. Ficou evidente, já no primeiro ano, o desejo de estancar o sofrimento mental do paciente de forma imediata. Os profissionais da atenção básica no SUS têm menos ferramentas para o cuidado em SM e trabalham na proximidade geográfica e afetiva da vida destes usuários, gerando uma sobrecarga emocional, que aparece claramente na fala das equipes:

“Muito satisfeito com a assessoria e as visitas, o problema é a solução dos casos que não é imediata”.

“Esperávamos mais resolutividade, pois sem médico fixo ficamos (enfermagem) com dificuldades na avaliação e manejo do paciente”.

“As visitas são realizadas com frequência, porém o tratamento não tem sequência nem resolutividade”.

Neste primeiro ano, ainda, não existiam condições de trabalho da equipe de Apoio Matricial para realização de visitas domiciliares, e algumas equipes já apontavam esta falha. Trabalhar as avaliações da realização de VD's foi constituindo lugar, sentido e rotina para as equipes de SF e do Apoio Matricial para realização das visitas.

“Que nos dias organizados para visita domiciliar da equipe, a assessoria e supervisão Rede Gaivota fossem junto com a equipe nas visitas (organizando melhor as VD)”.

“Apesar de faltar tempo para visitas domiciliares”.

O índice de muito bom das avaliações, que em 2007 era 9,09%, sobe para 41,18% em 2008. Neste período os profissionais da equipe de Apoio Matricial estavam, ainda, na maior parte de sua carga horária nos demais serviços de SM e facilitavam o acesso dos usuários a estes serviços. Com isto, atendiam os usuários das áreas que matriciavam.

Neste ano as queixas sobre a resolutividade dos casos supervisionados pela equipe de apoio matricial apareceram com menor frequência. As estratégias de fazer com que os matriciadores participassem de duas equipes simultâneas, para facilitar o acesso dos usuários, resolveu o imediato dos problemas referentes ao fluxo com a rede de SM. Por outro lado, o uso desta estratégia limitou o desenvolvimento da tecnologia de Apoio Matricial, uma vez que os matriciadores assumiam duplamente a responsabilidade pelo cuidado dos usuários, com impacto sobre o desenvolvimento do processo de corresponsabilização da SF e da própria rede de SM. Outra contradição observada neste ano, devido à dificuldade de organização do calendário, fez com que as visitas de supervisão passassem a ser realizadas na maioria das equipes de SF apenas pelo TR da equipe de Apoio Matricial e não mais em duplas. Este contexto restringiu a linha de trabalho ao núcleo de especificidade profissional do TR, em detrimento do campo saúde mental.

Fica claro nas avaliações das abordagens mais ligadas ao núcleo profissional do TR da Rede Gaivota que, muitas vezes, o matriciador assumia simultaneamente o atendimento do caso no serviço em que atuava, conforme podemos perceber nas citações a seguir:

“Estamos satisfeitos com as visitas da nossa técnicos de referência do Gaivota, por conseguirmos encaminhar e resolver as situações que nos chegam”.

“O espaço entre os encontros é longo. Na minha unidade a equipe se utiliza do espaço do CRAS, pois muitas vezes não se pode esperar”.

“Achamos que perdemos muito tempo quando o paciente já tem a indicação de acompanhamento psicológico, e o caso tem que ser discutido em reunião de supervisão”.

“Achamos que as questões de saúde mental foram bem assistidas, mas as questões sociais deixam a desejar”.

Conforme a avaliação abaixo, neste período o processo de avaliação era menos defensivo e com uma postura mais colaboradora:

“Consideramos como principal fator que impede o item de ser avaliado como muito bom, a indisponibilidade da equipe de participar das reuniões integralmente. Todos os profissionais, inclusive técnicos de enfermagem deveriam participar”.

No ano de 2009 houve a saída de vários profissionais da equipe de Apoio Matricial, o que motivou a suspensão por cinco meses das supervisões em Saúde Mental. Duas profissionais entraram em licença maternidade (psicóloga e enfermeira) – quatro meses antes uma profissional de Psicologia saiu em função das avaliações onde sentia muita cobrança no seu trabalho. Durante as licenças maternidade o trabalho ficou muito pesado em função das ausências e mais uma psicóloga saiu. Este processo evidenciou a necessidade de profissionais com dedicação exclusiva para este trabalho. Ao mesmo tempo, necessidade de profissionais com formação para o trabalho comunitário.

O trabalho permaneceu em muitos casos com suporte telefônico realizado por apenas duas profissionais (Assistentes Sociais) e foram mantidos os encontros mensais de formação com os técnicos de referência.

As avaliações quantitativas das equipes apontam que apenas 35% avaliaram entre muito boa e boa a supervisão em saúde mental. As avaliações qualitativas denotam o acerto da organização do cronograma, entre as agendas do Rede Gaivota e UBSF's, evidenciando o processo de desorganização havido em função da parada nas visitas de supervisão.

“As supervisões eram organizadas deixando já agendadas as próximas visitas, proporcionando à equipe uma organização das suas atividades”.

“Houve pouca assessoria, sendo que algumas reuniões foram adiadas”.

“Ficou prejudicada com a saída de vários profissionais da rede”.

Em 2010 a avaliação quantitativa aparece entre muito bom e bom em 77% das equipes. A equipe passou a contar com seis profissionais em dedicação exclusiva (duas assistentes sociais, três psicólogas e uma terapeuta ocupacional), três turnos do médico psiquiatra e quatro estagiários de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). A profissional terapeuta ocupacional foi chamada em outro concurso e saiu da SMS. A partir desta nova composição, além desta visita de supervisão mensal, que às vezes dividia horário para realizações de VD's, passou-se a ter turno para visitas domiciliares mensais, aumentando a regularidade das visitas das equipes de SF para quinzenal. O trabalho nas equipes de SF passou a ser realizado com duplas fixas.

As avaliações a seguir reforçam a mudança no processo de trabalho da equipe de apoio matricial.

“Melhoraram tanto a frequência das visitas, quanto a sua resolutividade”.

“Aumentou o número de supervisão, o comprometimento dos supervisores junto com a equipe”.

“Este ano, percebemos melhoras nas visitas de supervisão do Gaivota, as mesmas foram resolutivas”.

“Muita demora na inter setorialidade”.

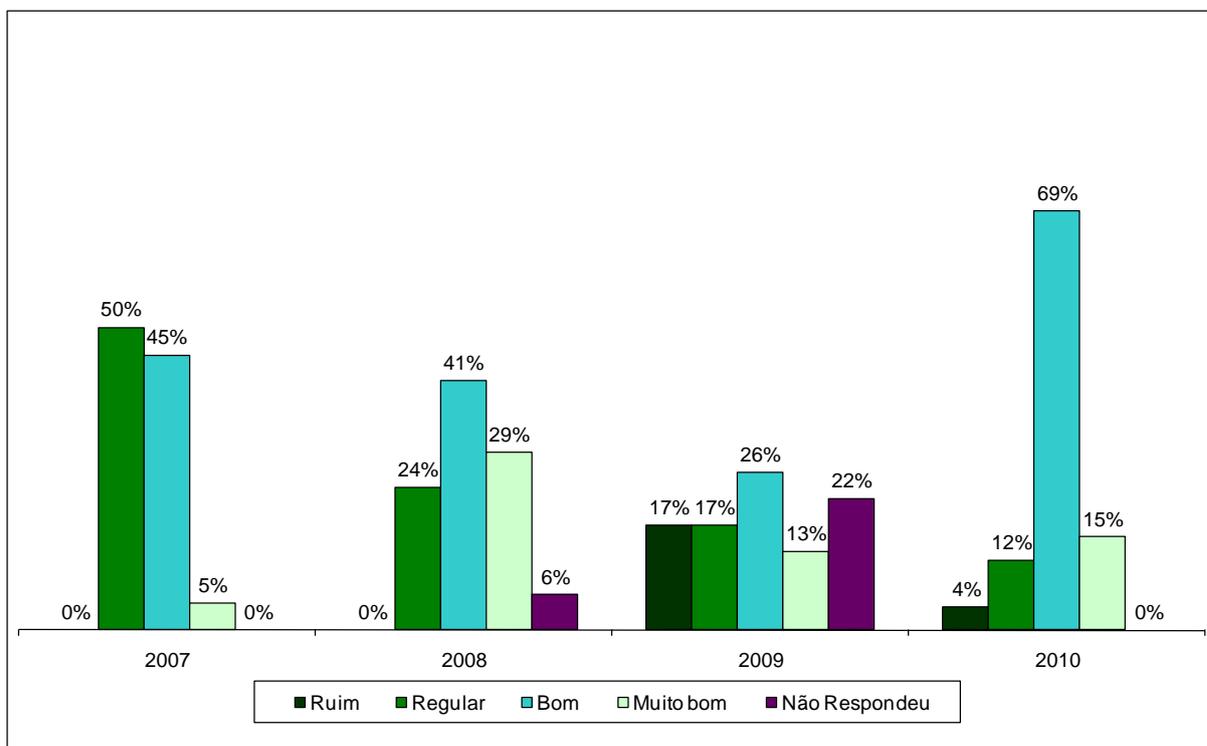
Segundo FRANCO e MERHY (2005):

Pressupõe intervenções em nível de micropolítica, a partir de cada local de trabalho, mexendo com os muitos poderes instalados no ambiente de produção da saúde, interesses de cada um, pactuando os saberes e formas de agir existentes em nível organizacional, ressignificando as relações de trabalho e qualificando a relação com os próprios usuários. Desenvolvem-se, nesse cenário complexo de mudança, processos de subjetivação que buscam mudar atitudes e isso é sem dúvida um aspecto central a ser tratado no tema da produção imaginária da demanda. (FRANCO; MERHY, 2005, p. 1)

4.3.1.3 Visitas Domiciliares e Inter Consultas

No ano de 2007 não existia a rotina nem carga horária específica para a realização de VD's. Havia muitas dúvidas sobre a realização de inter consultas por parte da equipe de Apoio Matricial. As dúvidas estavam no fato de que o atendimento de inter consultas acabasse por esvaziar a roda de conversa sobre os casos (que denominamos aqui de Supervisão em Saúde Mental) e assim como no modelo tradicional, repassar ao especialista a responsabilidade pelo andamento do caso. Representava ameaça de perda de espaço de compartilhamento, o exercício de um pensamento estratégico na produção de cuidado em Saúde Mental. A importância da atividade das VD's estava colocada no cotidiano das supervisões em Saúde Mental e foi colocada na avaliação como uma provocação, por conta de algumas experiências, que mostravam um alívio para os profissionais da SF por fazerem abordagem junto com o matriciador, descartando preocupações e suspeitas, ou então investindo e direcionando as abordagens nas próprias UBSF's.

GRÁFICO 4 – Avaliação das equipes de Saúde da Família (SF) sobre visitas domiciliares. Rio Grande, RS, 2007-2010



As avaliações quantitativas do ano de 2007 evidenciam o início das visitas domiciliares e inter consultas, pois 50% das equipes colocaram como regular este item, 45% como bom e 4,6% como muito bom. As avaliações qualitativas referiram a necessidade de dar lugar para a atividade de VD neste ano.

“Quando solicitada foi de grande valor na programação da intervenção com o usuário”.

“Pouco satisfeito devido a poucas visitas a serem realizadas”.

“Somente 50% das visitas domiciliares foi feita”.

“Deveríamos abrir espaço para mais visitas de casos de difícil manejo”.

Em 2008, as avaliações quantitativas apresentam 70,6% de avaliação entre muito bom e bom. As avaliações qualitativas evidenciaram a necessidade de ampliação de espaço e priorização de VD's, o que foi um movimento percebido e redirecionado entre os matriciadores.

“A VD da equipe, juntamente com o Técnico Referência do Gaivota proporciona segurança na abordagem do paciente e possibilita a observação de um profissional familiarizado com este procedimento no momento de sua atuação. Porém, precisaríamos de tempo para visitas”.

“As VD's estão regulares por falta de tempo. Conforme o número de casos que temos, as visitas se tornam insuficientes”.

“Tendo em vista a dinâmica de trabalho da unidade procurar manter os dias e horários pré-acordados”.

Em 2009 houve uma interrupção no trabalho da equipe de apoio matricial e o dado quantitativo mostra que apenas 36,37% das equipes avaliaram como muito boa e boa a realização de inter consulta e visita domiciliar. As avaliações das equipes referem esta interrupção no processo.

“As visitas domiciliares foram poucas e frequentemente remarçadas (perda de vínculo) e não tivemos inter consultas”.

“Não tivemos VD's durante o ano e com a saída da psicóloga responsável pela unidade, ficamos sem a opção da VD”.

“Uma intervenção muito boa e as demais com dificuldade de resolução pelo longo tempo de espera para a primeira intervenção e para as demais. Pacientes seguiram com o mesmo problema após a intervenção (problemas na rede, por exemplo, Conselho do Idoso, etc...)”.

Em 2010, alcança-se o índice de maior satisfação em relação ao trabalho da equipe de Apoio Matricial, onde 84% das equipes avaliam como muito boa e boa a realização de visitas domiciliares que se refere à realização de inter consulta e visita domiciliar. Com a ampliação da equipe neste ano, houve dedicação de um turno mensal para realização de visitas domiciliares pelas duplas (um Técnico de Referência da equipe de SF e um apoiador), que são agendadas a partir da necessidade que aparece na supervisão em saúde mental, que acontece mensalmente.

A inter consulta foi sistematizada como inter consulta psiquiátrica, a partir da entrada do profissional da psiquiatria no ano de 2010. Na supervisão em Saúde Mental, vista a necessidade, é realizado o agendamento da VD e inter consulta psiquiátrica. Participam desta pelo menos um técnico da Rede Gaivota que trabalha junto à equipe, o médico da equipe da SF e o psiquiatra. A evolução é feita no prontuário da equipe de SF e a prescrição medicamentosa é realizada pelo médico de SF a partir da conclusão da inter consulta. As avaliações qualitativas se referem a atribuir carga horária maior para realização destas abordagens e sistematizar nas equipes que ainda não estão desenvolvendo de forma regular.

“Abordagens em geral resolutivas, podendo melhorar o tempo que transcorre entre a queixa e a abordagem”.

“Foram realizadas nas datas e horários marcados, com abordagem adequada. A inter consulta seria mais resolutiva para a equipe se o médico desta pudesse indicar o caso conforme as suas dificuldades, pois ele é que terá que lidar com o caso após”.

“Visitas domiciliares = ok!; inter consultas: foram poucas experiências (2x), mas precisamos selecionar melhor as casas, conforme a dificuldade do clínico em fazer diagnósticos em saúde mental”.

“Com relação às visitas, devem ser aumentadas, quanto a inter consulta, boa qualidade, mas pequeno número”.

As abordagens de visita domiciliar e inter consultas valorizam o vínculo entre os profissionais da SF e os usuários.

Segundo FRANCO e MERHY (2005):

O vínculo dos usuários à equipe, tendo a responsabilização desta para com o cuidado àqueles, criando referências seguras e, sobretudo, a forte ideia de “empoderamento” dos usuários, que se dá por processos de aprendizagem de como se cuidar e também processos de subjetivação que fazem com que eles se sintam com condições, competentes e aptos de se cuidarem. (FRANCO e MERHY, 2005, p. 6)

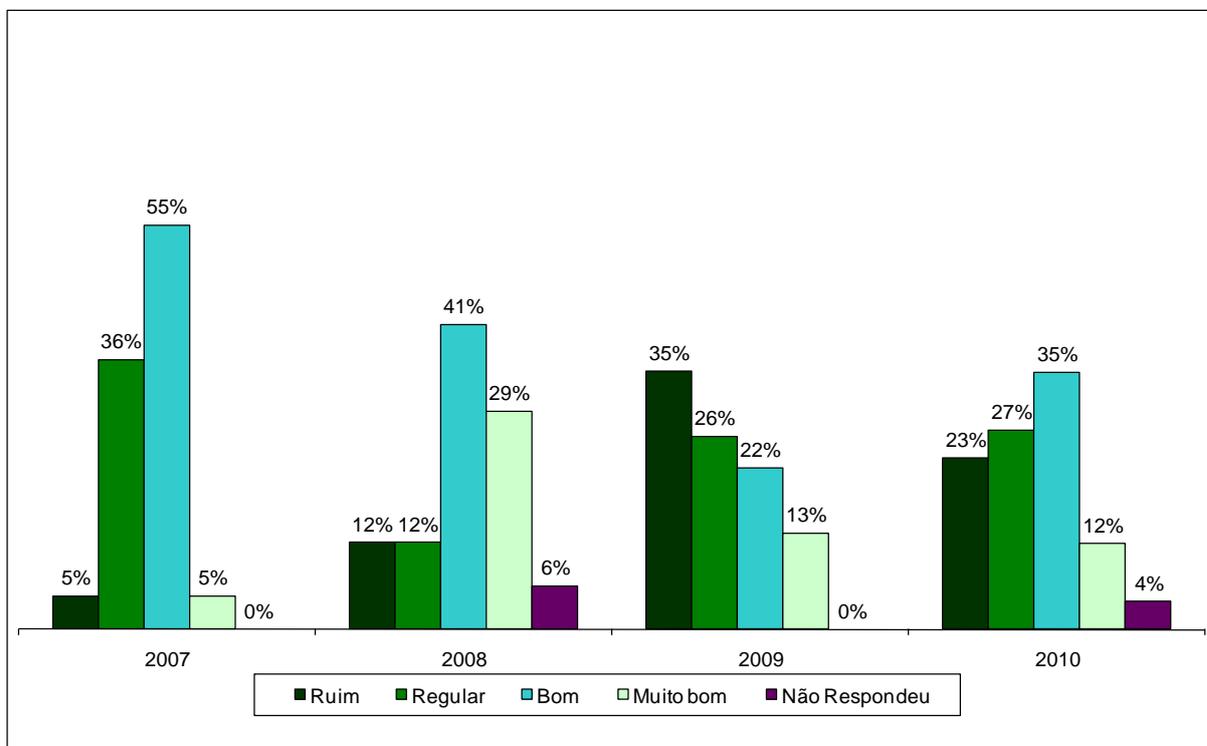
A abordagem conjunta entre matriciadores e equipes de SF, potencializa as ações, otimizando o tempo e produzindo uma reorganização no processo de trabalho de SF, valorizando o desenvolvimento das chamadas “tecnologias leves” ligadas à relação, vínculo e responsabilidade na atenção à saúde.

4.3.1.4 Sistema de referência e contra referência com a Rede de Saúde Mental

O sistema de referência e contra referência se refere ao fluxo da rede de saúde e inter setorial. Foi adotada na SMS a partir de 2006 a rotina de utilização deste boletim (**Anexo 2**) (iniciada a implantação pela SF), no qual se registra as informações sobre o usuário do SUS, para lhe remeter a outro setor. Este boletim tem um campo para o preenchimento da contra referência e espera-se que os outros setores registrem as condutas e informações geradas pelo atendimento neste setor, para que se possa conduzir a gestão do cuidado que é de responsabilidade da atenção básica em saúde e integrar ações e informações.

Nos anos de 2007 e 2008 os profissionais da Rede Gaivota estavam trabalhando nos dispositivos de SM, o que facilitava o fluxo de informações por um lado, mas por outro não desenvolveu a rotina institucional do serviço especializado em SM, de informar de forma sistemática as condutas para a rede de SF.

GRÁFICO 5 – Avaliação das equipes de Saúde da Família (SF) sobre sistema de referencia e contra referencia em Saúde Mental. Rio Grande, RS, 2007-2010



Em 2007, 59,11% das equipes avaliaram entre muito bom e bom o sistema de referência. Em 2008, 70,59% das equipes avaliaram como muito bom e bom. Nas avaliações de 2007 aparece ainda queixa pela ausência do profissional de psiquiatria na rede de saúde mental e sobre o ritmo do fluxo de atendimento nos dispositivos da rede de SM, bem como integração do serviço especializado com a atenção básica SF:

“Demora nos agendamentos de consultas psiquiátricas e pouca oferta.”

“Ampliação de profissionais especializados (psiquiatra).”

“Casos que foram solicitados para avaliação sobre medicação ficaram sem resolutividade.”

“Precisamos estabelecer uma comunicação efetiva quando os pacientes forem encaminhados ao ambulatório para nós sabermos na unidade.”

“Com a Rede Gaivota existe como os demais setores de Saúde Mental, encontramos dificuldades”.

Em 2008, continuam as queixas quanto a pouca oferta de atendimento psiquiátrico e atendimento psicoterapêutico. Ainda não se desenvolveu neste período nem o entendimento da possibilidade de outras ofertas, senão atendimento psiquiátrico e psicoterápico, para atendimentos da demanda de cuidado em SM. A ampliação das visitas domiciliares neste ano, analisadas no item anterior, são exemplos de outras abordagens terapêuticas com ênfase na Clínica Ampliada, pautada nas necessidades dos PTS's, na escuta aos usuários do SUS e não na oferta de procedimentos prontos, baseados na lógica institucional.

“É bom, no entanto, vale ressaltar que há casos em que existe demora nos retornos, dificultando assim o acesso do paciente no tratamento”.

“Nós temos a contra referência formal mensalmente durante a visita de assessoria. Talvez outro método de registro e troca de informações mais contínuas e com intervalos menores de tempo”.

“Em relação ao atendimento psicológico, é excelente; em relação à parte psiquiatria é péssimo, pois não temos ambulatório que possa nos dar suporte (contra referência)”.

“A contra referência poderia retornar preenchida ao posto de origem. Como recebia a conduta tomada mediante avisos da supervisora e nunca recebi contra referência preenchida, considero como “ruim” na questão abordada”.

“A maior parte da contra referência tem ocorrido verbalmente. Acho que podemos aprimorar os registros, até como uma proteção profissional e melhor preenchimento de prontuário do paciente da UBS”.

“Não conseguimos resolução na parte ambulatorial. Os CAPS não conseguem absorver a grande demanda”.

Em 2009 já existe o entendimento das necessidades ligadas ao fluxo de informações mais claras, do papel da Rede Gaivota e, ainda, queixas para acelerar o fluxo de atendimento.

“Os boletins de Referência sempre eram preenchidos, no entanto, a contra referência nem sempre era satisfatória (principalmente quando do nível secundário e terciário de atenção)”.

“Vários encaminhamentos obtiveram respostas rápidas através de consultas com psicólogos e psiquiatras”.

“Bom pelo fato de existir a comunicação direta do Técnico de Referência com a rede de saúde mental”.

Em 2010, se repetem estas demandas:

“Longo tempo de espera até o encaminhamento, delegando para a UBSF toda a resolução dos casos graves”.

“As equipes têm que fazer os boletins de referência, mas nunca o recebemos de volta com o que foi trabalhado ou combinado no serviço especializado. Retornos são dados, às vezes, via telefone”.

“Permanece a baixa qualidade da contra referência da rede de saúde mental”.

“Existe empenho, mas demora e dificuldade para conseguir abordagens individuais com psicólogo e psiquiatras”.

“A equipe sugere que são necessárias certas vezes o “olhar” do profissional especializado, além da discussão em equipe”.

“Tal encaminhamento funciona, mas o retorno é que é demorado demais”.

“Longo tempo de espera até o encaminhamento, delegando para a UBSF toda a resolução de casos graves”.

“Agilidade nas referências consideradas urgentes”.

Este item é o de menor índice na avaliação em 2009, apontando por 34,08% das equipes como ruim o sistema de referência e contra referência. Em 2010, 23,08% das equipes avaliam também como ruim. A modalidade de trabalho dos profissionais da Rede Gaivota integrando simultaneamente o serviço de SM da rede de 2007 a 2009, imediatamente facilitou o sistema de referência, mas em médio prazo não se construíram mediações que desenvolvessem rotinas e amadurecessem as relações entre os diferentes níveis de atenção em SM, com vistas ao compartilhamento de responsabilidades.

A equipe de Apoio Matricial a partir deste ano estabeleceu estratégias para tentar melhorar o sistema de referência e contra referência: num primeiro momento os casos eram passados no colegiado do programa de SM entre os coordenadores, onde participava mais um técnico da Rede Gaivota, para ajudar nos registros. Esta estratégia não se mostrou eficaz, pois sobrecarregava as reuniões do colegiado. A estratégia desenvolvida no bimestre de 2010 fora a dupla de referência da Rede Gaivota, que visitara mensalmente os serviços de SM, para o monitoramento dos casos que são das áreas de SF, realizando o agendamento do acolhimento de novos usuários. As visitas aos serviços visavam potencializar a atenção em saúde aos usuários do SUS.

Outra estratégia que foi pactuada com o colegiado, devido às necessidades apontadas pelos técnicos de referência em SM da SF, foi o acolhimento dos usuários quando chega com demanda espontânea, encaminhamento do Hospital Psiquiátrico, ou em situação de urgência que o usuário fosse acolhido no serviço de SM.

No primeiro semestre de 2010, devido à ampliação da equipe da Rede Gaivota, aconteceu de alguns usuários serem “devolvidos” para as áreas de SF pelos serviços de SM, através do boletim de referencia e contra referencia sem acolhimento, para virem exclusivamente através da Rede Gaivota. A partir do segundo semestre, o acordo havido, entre os serviços de SM, foi de que, em chegando usuários das áreas da SF, estes seriam acolhidos e então preenchido o boletim em três vias, ficando uma via com o serviço, outra via vai para a Rede Gaivota e a outra vai com o usuário, bem como o boletim de referência e contra referencia contendo informações sobre o procedimento realizado e a conduta proposta. O sistema referência e contra referencia possibilita o monitoramento conjunto, com vistas a facilitar a integração do cuidado em saúde.

Segundo CECCIM (2005), a relação do processo de trabalho, formação contínua profissional, a partir do estabelecimento de vínculo, responsabilização e compromisso, na produção do cuidado centrado nas necessidades dos usuários.

Colocou-se em debate a formação e desenvolvimento para necessariamente gerar atores comprometidos e não para gerar profissionais mais ilustrados sobre o tema objeto das suas capacitações. (...) não forjar profissionais que detenham o monopólio de um saber, um campo de conhecimento ou um conjunto de técnicas, mas *profissionais que tenham compromisso com um objeto e com a sua transformação*, ao que acrescentamos: em alteridade com os usuários e em composição de coletivos organizados para a produção da saúde. (CECCIM: 2005, p. 979).

A formação permanente do trabalhador, enquanto ampliação e invenção de ferramentas de trabalho, a partir da produção subjetiva de trabalhadores e usuários. A citação do autor nos leva a pensar nesse processo de se refazer com o trabalho, estimulando novas formas de organização do processo de trabalho em saúde.

4.3.1.5 Organização e articulação dos grupos de cuidado em Saúde Mental dos usuários, com a participação da Rede Gaivota

Os grupos de cuidado em saúde mental que atendem a demanda de forma regionalizada, com fluxo regulado pela equipe de matriciadores, foram pensados como um dispositivo de cuidado no território. Sua função se daria no sentido de facilitar o acesso e ter a abordagem grupal constituída para atender necessidades numa lógica comunitária. No ano de 2007 dois grupos foram constituídos enquanto projeto piloto, sendo um na área UBSF urbana e outro na UBSF rural. Estes grupos reúnem-se quinzenalmente e atendem familiares de crianças menores de 12 anos, com demanda de orientação familiar.

Em 2007 existiam impasses na negociação com as unidades sobre a localização dos grupos. As UBSF's que foram propostas como sedes dos grupos, tinham receio de atender usuários que estivessem fora da área da sua unidade. Constitui-se o critério de participação do técnico da Rede Gaivota e técnico da SF para trabalharem conjuntamente a perspectiva de educação permanente. A negociação sobre a sede dos grupos e quais os técnicos da SF que gostariam de participar ocupou um período de tempo quase três meses.

A demora no início dos grupos e as expectativas de que os técnicos da Rede Gaivota também pudessem supervisionar grupos das equipes da SF com outras demandas aparecem nas avaliações qualitativas a seguir:

“Os grupos demoraram muito a serem articulados, o que gerou ansiedade tanto dos profissionais quanto dos usuários, por não terem o encaminhamento resolutivo!”.

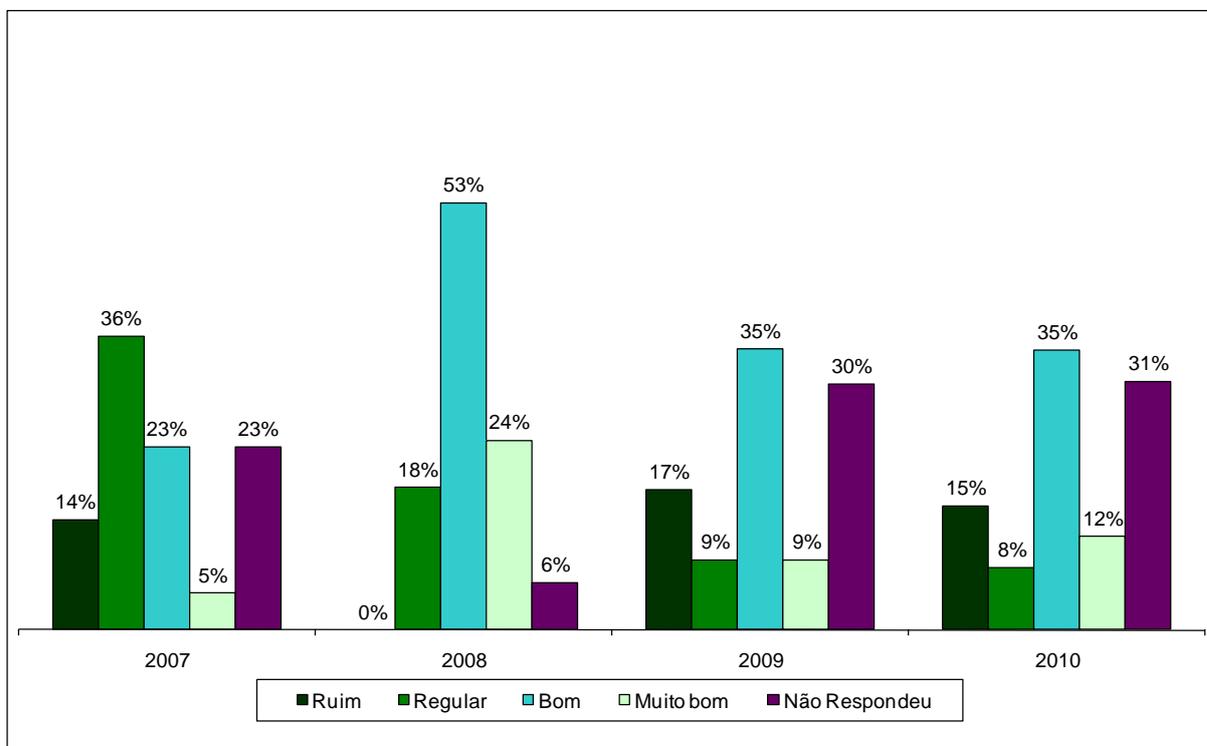
“O atendimento dos profissionais ser de qualidade para os clientes que conseguiram consultar”.

“Sugerimos que a Rede Gaivota interaja com os grupos de Saúde Mental da equipe – organizando encontros periódicos”.

“Talvez por dificuldades encontradas tenha demorado demais para formação dos mesmos, o que causa falta de estímulo para os usuários e profissionais da saúde”.

“Dificuldade de acesso do interior na participação dos grupos (passagens). Falta a informação de como é desenvolvido este trabalho de grupo”.

GRÁFICO 6 – Avaliação das equipes de Saúde de Família (SF) sobre grupos em Saúde Mental com a Rede Gaivota. Rio Grande, RS, 2007-2010



As avaliações quantitativas apresentam significativa diferença entre os anos de 2007 e 2008, que avaliam como muito boa e boa a organização dos grupos de saúde mental, respectivamente de 27% para 77%.

Em 2008, as avaliações qualitativas já pontuam o entendimento das equipes sobre a abordagem grupal como dispositivo de cuidado em saúde. As avaliações a seguir demonstraram que a necessidade de monitoramento destas famílias pelas equipes de SF também são entendidas como um dispositivo de cuidado em Saúde Mental:

“Mais locais para grupos, variar horários e dias”.

“Iniciativa totalmente pertinente e apoiada. Deve ser ampliada para outros postos e UBSF”.

“Excelente iniciativa, mas nos sentimos inseguros, pois o serviço é recente”.

“Contra referência escrita – não tem conteúdo. Pelo volume elevado de pacientes com problemas de saúde mental não conseguimos monitorar adequadamente a frequência dos mesmos nos grupos”.

“Creio que as UBSF deveriam auxiliar mais na busca ativa e na adesão ao grupo”.

Em 2009 e 2010, respectivamente 42% e 45% das equipes avaliaram entre muito boa e boa a relação com os grupos de cuidado em saúde mental dos usuários.

As avaliações qualitativas do ano de 2010 apresentaram uma questão importante: a dificuldade dos usuários de se exporem em grupo dentro de sua própria comunidade. A avaliação da equipe da localidade da Vila da Quinta e a UBSF sede do grupo de orientação familiar rural, destaca a dificuldade dos usuários moradores da mesma área de SF, sentirem-se protegidos pelo contrato de sigilo deste grupo terapêutico. Neste sentido a estratégia de atendimento dos usuários do SUS em grupos de forma regionalizada, faz com que o contrato de sigilo seja mais valorizado, uma vez que encontram pessoas que não convivem juntas na mesma comunidade.

Outra questão é a solicitação das próprias equipes de se retomar o critério de participação de um técnico de SF dos grupos. No ano de 2009 os grupos ficaram exclusivamente com técnico da equipe matricial. É importante que a escolha de lugares estratégicos facilite o deslocamento dos usuários, mas se tratando do meio rural, as distâncias são sempre maiores. E a SMS passou toda a distribuição de passagens para a SMCAS, até 2010 era possível providenciar passagens para usuários que necessitassem.

A última questão que destacamos é a demanda por atendimento individual, que pode ser trabalhada pela equipe de SF, sobre a indicação de atenção coletiva, para se pensar as questões familiares como um dispositivo de atenção em SM:

“Não temos pacientes que frequentam os grupos. O acesso a estes locais limita que os pacientes frequentem, devido ao custo de passagens”.

“O retorno da comunidade é muito bom. A única consideração é que às vezes a expectativa do usuário não é para um atendimento em grupo e sim individual”.

“A equipe não tem acesso e sugere a oportunidade de acompanhar. A opinião dos pacientes é de que aprenderam muito”.

“Na Quinta, as pessoas têm dificuldade de falar na comunidade sobre seus problemas”.

Segundo CECCIM (2008) o processo de trabalho é permeado pela educação dos profissionais para a criação de estratégias para atender as necessidades dos usuários do SUS. Construir espaços que aumentem a interatividade coletiva, mediados por problematizações como na perspectiva dos grupos de saúde mental no território, repensar sua dinâmica familiar a partir da escuta das outras famílias. Nesse sentido, esse pesquisador destaca que:

A Educação dos Profissionais de Saúde requer que seus atores se sintam convocados à criação, a abertura e ao coletivo. Sob esta perspectiva, somos sempre uma novidade, potência de afetar e ser afetado, caminhando na diversidade, construindo alianças, problematizando conceitos e conceitualizações. O investimento pedagógico é para poder quebrar o que está dado, ampliar as noções de autonomia do outro e constituir espaços criativos e sensíveis na produção de saúde. (CECCIM, 2008, p. 21)

A potência da abordagem grupal a estas famílias passa pela educação do profissional, apenas mediar e problematizar e junto apreender com este processo coletivo de cuidado.

4.3.2 Educação Permanente em Saúde (EPS)

Utilizamos aqui o conceito de Educação Permanente em Saúde referido no número 27 dos Cadernos de Atenção Básica:

As necessidades do serviço e das equipes que nele atuam exigem trabalhar com a aprendizagem significativa, envolvendo os fatores cognitivos, relacionais e de atitudes, visando qualificar e (re)organizar os processos de trabalho. O processo de educação permanente possibilita principalmente a análise coletiva do processo de trabalho para efetivar a ação educativa. Assim, a aprendizagem deverá ocorrer em articulação como processo de (re)organização do sistema de saúde. O processo de trabalho envolve múltiplas dimensões organizacionais, técnicas, sociais e humanas. Portanto, o saber técnico é apenas um dos aspectos para a transformação das práticas, e a formação dos profissionais deve envolver os aspectos humanos e pessoais, os valores, os sentimentos, a visão de mundo de cada um, bem como cada um percebe e representa o SUS. Deve-se trabalhar com a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho simultaneamente. (...)

CECCIM (2008), problematiza e contextualiza a questão da educação permanente em saúde na perspectiva da reforma sanitária brasileira, ao afirmar que:

Se o encontro entre a Saúde Coletiva e a formação dos profissionais de saúde não demonstrou potência de mudança num primeiro momento da construção do Movimento Sanitário, o mesmo não se verificou num outro ponto de encontro com a educação. Uma das particularidades do processo brasileiro de reformas na saúde foi o encontro da saúde com os movimentos populares para fazer a educação em saúde. Nesse encontro, a educação popular tanto participaria da redução da morbimortalidade infantil/materna e baratearia a assistência pela assunção de condutas protetoras do adoecimento e morte evitáveis com medidas populares, quanto contribuiria para a elevação da consciência social e sanitária da população. Por outro lado, essa educação em saúde alocou-se, designou-se e justificou-se na orientação ao povo, não ao ensino das novas gerações profissionais ou ao debate da pedagogia universitária e da educação permanente. (CECCIM, 2008, p. 15)

Através da categoria da educação permanente em saúde, são apresentados a seguir os conteúdos principais das seguintes questões: cuidado da equipe assessorada pela Rede Gaivota, preparação pela equipe UBSF da Supervisão em Saúde Mental, monitoramento (cuidado longitudinal) das famílias da UBSF discutidas nas visitas de Supervisão em Saúde Mental e a organização documental da equipe da UBSF, dos casos/famílias com demandas em Saúde Mental.

4.3.2.1 Cuidado da Equipe Assessorado pela Rede Gaivota

Constituiu-se sob a supervisão da Rede Gaivota, no ano de 2006 (durante a primeira etapa da educação permanente aos trabalhadores da ESF), o “cuidando do cuidador”, por solicitação do coletivo de ACS, com oficinas mensais a quatro grupos de agentes. Para os enfermeiros foram realizadas oficinas bimestrais de cuidado ao cuidador, a partir dos temas de interesse do coletivo. Estes espaços eram desenvolvidos por profissionais da SMS e que dedicavam parte de suas horas extras para este trabalho, planejado e avaliado em conjunto com os técnicos da Rede Gaivota.

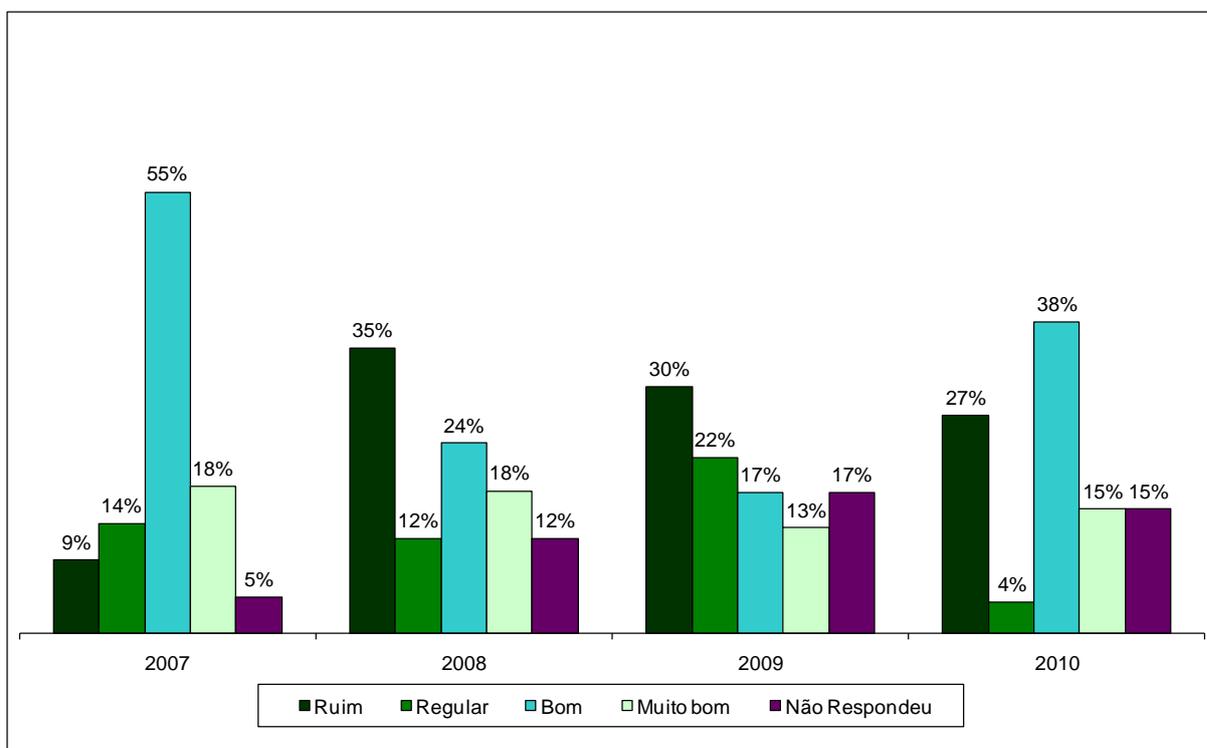
Alguns ACS apresentaram situações de comprometimento psíquico, agravado pelo trabalho. Constituiu-se parceria com o Ambulatório Municipal de Saúde Mental e se destinou algumas horas extras de um psicoterapeuta para o atendimento de casos prioritários de ACS's. O atendimento é agendado e combinado através do TR da **Rede Gaivota** e em ordem de prioridades é contratado espaço psicoterapêutico individual e/ou grupal.

A ênfase do cuidado do cuidador era na ampliação de espaços de compartilhamento e apoio para os profissionais da SF. A queixa maior era a sobrecarga emocional, pela modalidade de trabalho do SF, nos territórios de vida dos usuários. O vínculo como recurso de cuidado em saúde, exposição maior ao sofrimento e ao distanciamento geográfico dos demais espaços da rede de saúde, as quais juntamente com os usuários também estavam submetidas.

A priorização do cuidado aos ACS tem relação com o seu território de vida e de trabalho. O cuidado em SM a estes trabalhadores amplia seus recursos para trabalharem as demandas da comunidade. Para os profissionais médicos se entendeu que a Supervisão Psiquiátrica era o espaço de apoio e compartilhamento.

No ano de 2007 se constituiu como atividade da Rede Gaivota, mediante a necessidade da equipe de SF, a abordagem de cuidado à equipe, realizada pelos matriciadores. O contrato de como seria realizada esta abordagem fora combinado entre o TR da **Rede Gaivota** e a equipe. A Rede Gaivota pactua como referência no Programa de ESF para potencializar a saúde mental das equipes.

GRÁFICO 7 – Avaliação das equipes de Saúde de Família (SF) sobre cuidado da equipe assessorado pela Rede Gaivota. Rio Grande, RS, 2007-2010



Em 2007, 73% das equipes avaliaram entre muito boa e boa a assessoria dos técnicos da Rede Gaivota ao processo de trabalho em equipe. Houve manifestações que revelaram as diferentes necessidades das equipes de assessoria e, portanto, os diversos encaminhamentos dados às suas demandas.

“Todos os profissionais que necessitaram da rede foram atendidos”.

“Não houve este momento, de modo que não posso considerar, mas peço que haja um espaço para cuidado da equipe na UBSF”.

“Acredito que esse espaço deveria ser mais frequente, pois há uma troca maior de ideias”.

“Não nos sentimos cuidados?”

Em 2008 as equipes aferiram nas avaliações qualitativas a necessidade de sistematização de encontros com abordagens às equipes, apontando a necessidade de trabalhar o cuidado ao cuidador com toda a equipe e não mais com as categorias profissionais em separado.

A avaliação quantitativa no ano de 2008 das equipes sobre este item era de 42% entre muito bom e bom. Este trabalho com os ACS's – tanto o trabalho de psicoterapia quanto o das oficinas de cuidando do cuidador – parou no meio deste ano em função da existência de seleção pública para o cargo. As técnicas de referência da Rede Gaivota passaram a não atuar mais em duplas, o que tornou mais esporádica as abordagens em equipe desse ano. As equipes se queixam deste contexto, nas avaliações qualitativas a seguir:

“Sugerimos mensalmente um atendimento específico para os técnicos”.

“Cuidados com os cuidadores deve ser melhorado e ampliado”.

“Este ano este espaço não aconteceu”.

“Só estamos aguardando o cuidado com a equipe reunida, e não com cada categoria profissional separadamente”.

“Foi muito importante esta assessoria em 2007, quando a equipe estava se perdendo”.

Em 2009 as avaliações quantitativas passaram da assessoria, a equipe passou entre muito boa e boa para 20%. As avaliações falam deste distanciamento

das práticas neste ano, mas de um período em que as equipes referem sentirem-se muito abandonadas em função da parada nas supervisões nas equipes de SF por cinco meses. Neste período foi retomado o trabalho com os ACS tanto no Ambulatório como nas oficinas de cuidando ao cuidador. Foram convidados alguns profissionais para realizarem oficinas de cuidado com os ACS de forma pontual e não mais com a supervisão da Rede Gaivota, devido aos poucos recursos humanos da equipe de apoio matricial para atender todas as equipes de SF.

“Os membros da equipe que necessitaram de cuidados foram acolhidos satisfatoriamente”.

“Havia um espaço limitado, ou seja, não era específico para discussão de problemas internos, ou conversas com os membros da equipe”.

“Aconteceu 1 atendimento nesta área e depois não houve continuidade”.

Em 2010 as avaliações entre muito bom e bom neste item passam para 53%. Mas a avaliação qualitativa apresenta a constatação das equipes de SF sobre a prioridade da Rede Gaivota em qualificar outras atividades.

“Este ano ainda não precisamos desta assessoria, no entanto, a Rede Gaivota se mostra sempre receptiva”.

“Durante o ano de 2010 não houve espaço para abordar assuntos de equipe”.

“Não há muita flexibilidade para manejar os horários e planejamento de equipe”.

Existe confusão entre as formas de pensar o cuidado à equipe, dos profissionais, com o cuidado ao usuário. Existem equipes que sugerem atendimento individual aos profissionais, na perspectiva “psicoterápica” (a forma dos profissionais, pensam de forma clínica tradicional) aos enfermeiros, por exemplo. Os ACS's, como estão mais expostos na comunidade e sem acesso a serviços particulares ou convênios, são pensados nas suas demandas de saúde mental e encaminhados para estes espaços de apoio e psicoterapia tradicional. Mas este item refere-se ao apoio coletivo à equipe, no sentido de pensar a equipe como principal recurso para o cuidado dos profissionais e dos usuários. O processo de trabalho

reflexivo, como forma de potencializar o cuidado dos usuários que desenvolve estratégias que fortalecem a equipe.

Segundo FRANCO (2006) as ideias de gestão, conexão, apoio e rede se consolidam como processo de trabalho e de pactuação para o trabalho da equipe de saúde:

Pelo fato de os trabalhadores de saúde em atividade abrirem espaços de fala e de escuta entre si, estes espaços relacionais vão mediando seu processo de trabalho.

Revelam para nós que “estabelecer relações” é um saber intrínseco à atividade laboral. É como se não existisse uma autossuficiência no trabalho em saúde, ou seja, nenhum trabalhador poderia dizer que sozinho consegue ter uma resolutividade que seja satisfatória, do ponto de vista da realização de um projeto terapêutico centrado nas necessidades dos usuários. A rede que se forma e as ações assistenciais fazem com que uns encontrem potência em outros – o processo produtivo é altamente relacional. As relações se dão a partir de pactuações que ocorrem entre as equipes de saúde, que podem ser explícitas ou não, e são resultado de tensões e conflitos que se produzem no ato de constituição da gestão do cuidado ou podem se formar a partir de acordos constituídos harmoniosamente; o fato é que não há um pressuposto de como o pacto relacional é dado. Admitimos a ideia de que os fluxos-conectivos nas relações que operam a micropolítica do processo de trabalho podem se dar até mesmo sem um pacto, mas apenas por fluxos de alta densidade capazes de operar vias comunicacionais na dimensão do simbólico e subjetivo, e não necessariamente verbais e cognitivas. (FRANCO, 2006)

A comunicação, os combinados, os tensionamentos, a confluência de ideias, das equipes, potencializam a produção de cuidado dos usuários. Aumentar a operatividade da equipe de SF é potencializar seus recursos de cuidado dos usuários.

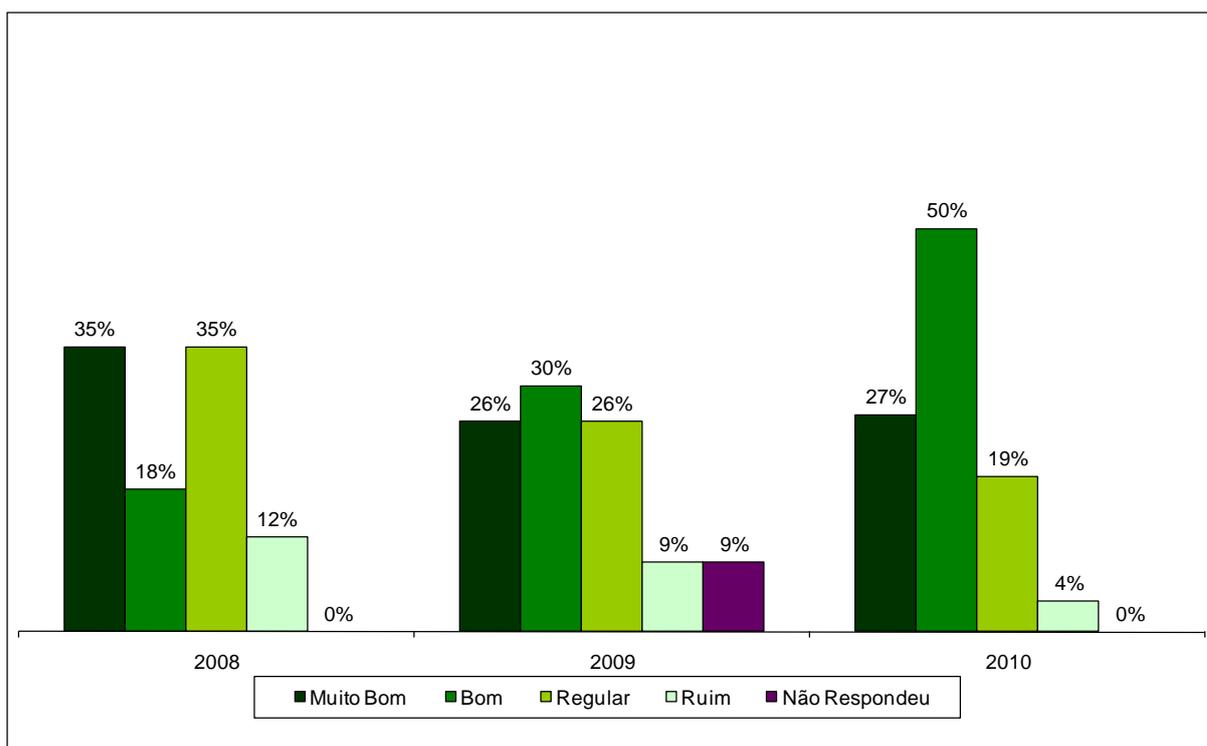
4.3.2.2 Preparação pela equipe de Unidade Básica de Saúde da Família da Supervisão em Saúde Mental

A preparação da supervisão em SM faz parte da atribuição do Técnico de Referência na equipe de SF. O critério pactuado entre equipe de SF e a equipe de Apoio Matricial foi a de priorizar, dentre os usuários com demanda em SM, os casos mais graves que necessitavam do Apoio Matricial. Monitorar os demais casos, trabalhar na elaboração dos PT's são práticas de atenção em saúde centradas no vínculo, responsabilidade e acolhimento. A atribuição de trazer os casos é bastante clara no trabalho do agente comunitário de saúde. Cabe TR em SM da equipe de SF

a liderar a organização dos recursos internos da equipe para o cuidado dos usuários. A coordenação dos casos aparece como uma estratégia de planejamento e de potencialização dos recursos da equipe para desenvolver os projetos terapêuticos singulares.

No ano de 2008, os itens de auto avaliação das equipes de SF foram incorporadas ao instrumento que inclui além da preparação das equipes da supervisão em SM, o monitoramento das famílias supervisionadas e a organização documental do processo de trabalho.

GRÁFICO 8 – Avaliação das equipes de Saúde de Família (SF) sobre preparação da supervisão pela equipe da UBSF. Rio Grande, RS, 2007-2010



Através da introdução deste item no instrumento de avaliação, as equipes foram provocadas a pensar na sua relação com a supervisão em Saúde Mental e não apenas de forma distanciada avaliar o processo de trabalho da equipe de apoio matricial.

No ano de 2008, a avaliação quantitativa apresentou 53,94% das equipes avaliando sua preparação para a supervisão entre muito bom e bom. As avaliações

qualitativas a seguir denotam as diferentes formas das equipes se organizarem em relação à preparação da supervisão em saúde mental. Percebe-se o quanto a preparação para a supervisão também evidencia as dificuldades da organização do trabalho coletivo nas equipes de SF.

“Sempre reuniões com todos os integrantes para discussão de casos pertinentes”.

“A equipe não se empenhou em selecionar casos e sempre tinha outras atividades marcadas no dia da visita do Técnico de Referência”.

“A equipe não se reúne antes para discutir os casos”.

“Como citado anteriormente, a participação de toda a equipe é insatisfatória. O técnico em enfermagem nunca participou, a enfermeira é chamada diversas vezes durante a reunião. Quanto à seleção dos casos, não encontramos problemas, já que conseguimos discutir todos”.

“Parece que, no momento, a discussão de casos com um menor número de membros da equipe é mais produtiva, já que o nível de dispersão de alguns dos membros é grande, outros não conseguem lidar tão bem com o tema Saúde Mental (entram em negação)”.

“Falta maior interação entre a médica e a equipe com discussão do caso previamente a discussões com o Gaivota, falta tempo”.

“Não existe participação efetiva em alguns momentos de todos os membros da equipe. Algumas vezes os ACS confundem problemas sociais com emoções/mentais”.

“Os casos trazidos pelos membros da equipe são resolvidos dentro dos limites que a própria equipe tem até poder ser discutido ou definido a quem recorrer para poder ter maior resolutividade”.

No ano de 2009, 56,52% das avaliações das equipes considerou muito boa e boa a preparação da supervisão. Em 2009 houve uma interrupção nas supervisões em Saúde Mental, mas as equipes falam da relação do processo de organização do trabalho interno da equipe para o cuidado em saúde mental, compartilhado com a equipe de apoio matricial.

“A equipe encontra-se sensibilizada quanto aos casos de Saúde Mental”.

“Algumas reuniões, casos foram passados sem boletim e sem discussão prévia interna da equipe; a participação da equipe sempre foi boa”.

“A nossa equipe não se empenha para passar os casos por falta de motivação e outros pelo fato que não querem se comprometer”.

No ano de 2010, 76,92% das avaliações quantitativas das equipes de SF avaliaram entre muito boa e boa a preparação da supervisão em saúde mental.

O processo de auto avaliação aparece nas avaliações qualitativas das equipes de SF, considerando as questões de organização interna da equipe. Outras equipes referem a responsabilidade pela insatisfação da preparação da supervisão em SM da equipe SF exclusivamente pela não resolutividade da equipe de apoio matricial.

“Existe diálogo e preparação, registro e planejamento”.

“Nem todos participam, procura-se elaborar os casos com antecedência e diversificar os casos, priorizando os mais graves, nem sempre isso é possível”.

“A equipe não se organiza (apesar dos esforços da médica e insistência da mesma) por falta de motivação e comprometimento de alguns casos”.

“Continuamos a fazer da melhor forma possível e o que podemos resolver sozinhos, estamos fazendo, porque estamos com pouca resolutividade da equipe Gaivota”.

“Necessita-se maior tempo de participação dos profissionais, perda de credibilidade da rede Gaivota pela dificuldade de resolução dos casos”.

“Há uma desmotivação geral pela pouca resolutividade”.

Segundo FRANCO (2006):

(...) tomando como exemplo uma equipe de saúde da família (ESF), verificamos que há conexões em diferentes direções, que podem vir do agente comunitário de saúde no domicílio, que faz vínculo com a família e fluxos com entidades da comunidade e ainda se conecta à equipe de saúde; assim como podem vir de qualquer trabalhador da equipe ou mesmo dos usuários. Se o profissional da equipe identifica um problema de saúde, ele tem condições de disparar um projeto terapêutico, e vai a partir dele multiplicar sua rede rizomática nos processos de trabalho que virão em seguida, com outros profissionais ou mesmo outros serviços de saúde, sendo essas relações locais ou à distância, pactuadas ou não é fato que elas existem e operam para a produção do cuidado. Em uma UBS ou ESF que tenha o acolhimento como diretriz do processo de trabalho, a equipe de acolhimento faz rizoma com todos os trabalhadores da unidade de saúde, isto é, ela opera múltiplas conexões nas microunidades de cuidado, onde há o encontro entre o usuário e o trabalhador, se formam redes com alta capacidade conectiva entre si mesmo e para outras instâncias do amplo cenário de produção. (FRANCO, 2006, p. 8)

A citação do autor nos faz pensar na importância do ACS e dos demais profissionais como disparadores deste processo de cuidado. Com os itinerários de cuidado, vão se constituindo a partir da relação interna da equipe e se constituem diferentes formas de organizar o cuidado. A lógica da tecnologia de Apoio Matricial é desconstruir as distâncias entre os níveis hierárquicos de cuidado e potencializar os recursos compartilhando responsabilidades com a equipe de SF.

Na perspectiva de Apoio Matricial, o cuidado longitudinal pode representar resolutividade na perspectiva de constituir um cuidado contínuo, criativo e centrado nas necessidades dos usuários. Para CECCIM (2008):

O conceito de Educação Permanente em saúde presente aí foi o de uma gestão da educação como integrante do cotidiano do Sistema de Saúde. Cotidiano tomado como “roda” ou “coletivo”, ponto de onde se parte, se põe em movimento (não “a seta” direcional de ascensão vertical de certificados e diplomas, mas “a roda” para movimentos de ciranda). Com isso, provoca-se um pensar a Educação Permanente em Saúde como processo de formação acionador de movimentos de estranhamento, de desacomodação, de “perguntação” e de implicação, potência para um coletivo diferir de si mesmo e de dobrar novas práticas. (CECCIM, 2008, p. 18)

O autor destaca este processo de se pensar no cuidado, na perspectiva da vinculação entre cuidador e usuário. O movimento de aprender na produção de cuidado e movimentar, desenvolver recursos inéditos a partir da necessidade do usuário do SUS.

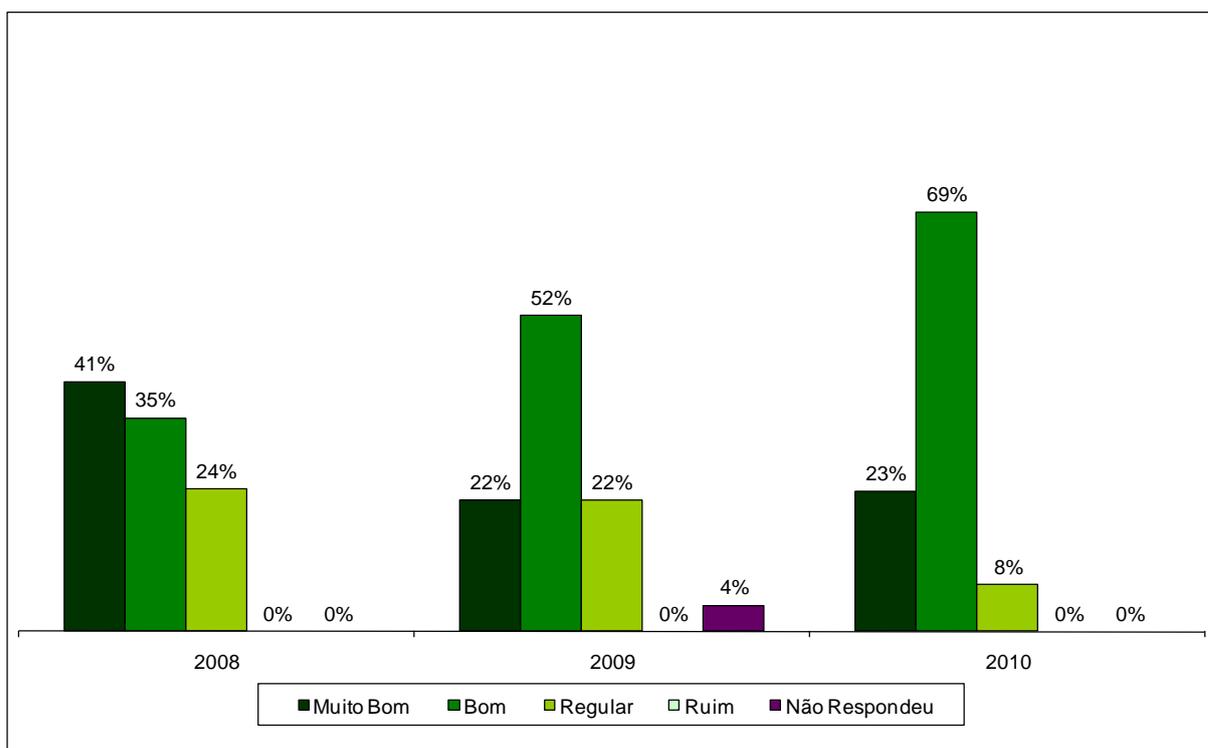
4.3.2.3 O monitoramento (cuidado longitudinal) das famílias da Unidade Básica de Saúde da Família discutidas nas visitas de supervisão em Saúde Mental

Com as famílias que foram acompanhadas nas visitas de supervisão em SM, na ação conjunta das equipes de apoio matricial e SF, elaborou-se um projeto terapêutico singular, no qual se realizava o monitoramento.

O monitoramento destas famílias usuárias do SUS se constituiu em um instrumento de cuidado longitudinal. O território de vida destas famílias é um espaço promissor para o cuidado, com a perspectiva de atenção, acolhimento, responsabilidade, vínculo e escuta das necessidades destes usuários. O monitoramento das famílias se constitui na possibilidade de atualizar necessidades

e, ao mesmo tempo, perceber o entendimento do usuário sobre os novos espaços de atendimento, podendo se acolher de imediato as eventuais dificuldades.

GRÁFICO 9 – Avaliação das equipes de Saúde de Família (SF) sobre monitoramento dos casos discutidos. Rio Grande, RS, 2007-2010



No ano de 2008, 77% das equipes avaliavam entre muito bom e bom este monitoramento sob a perspectiva de cuidado longitudinal das famílias das áreas de SF.

As avaliações qualitativas demonstram a necessidade de qualificar o fluxo de informações com a rede de serviços em saúde mental. As demais avaliações problematizam a relação entre a quantidade de demanda para procedimentos e o impedimento para o desenvolvimento do monitoramento das famílias.

“O monitoramento das famílias é feito, porém muitas vezes as famílias não encontram retorno dos seus problemas”.

“Algumas ações necessárias acabam se perdendo no meio de tantas tarefas e dificuldade de adaptação de horários. Também a falta de informações (contra referência) atrapalha na hora de dirigir as ações”.

“Estamos conseguindo acompanhar, mas temos dificuldades porque não são só os casos de saúde mental que acompanhamos; e, cada vez mais atribuições nos chegam mensalmente”.

“Falta tempo para o manejo destes pacientes dentro da dinâmica de UBS, e nem todos os profissionais da equipe se sentem aptos a manejar estes pacientes”.

No ano de 2009, as avaliações quantitativas apresentaram o índice de 73%, das equipes que avaliaram em muito bom e bom o monitoramento das famílias supervisionadas. As equipes tiveram períodos sem supervisão em SM. Nestes períodos algumas avaliações qualitativas evidenciaram o processo de organização do monitoramento na perspectiva longitudinal como, ainda, difícil de ser realizado.

“Devido à demanda com casos novos, aqueles já encaminhados e estáveis são deixados em segundo plano pela equipe”.

“A UBSF acompanha devidamente as famílias, porém muitas vezes não há retorno da rede perdendo-se no ‘meio do caminho’”.

No ano de 2010, as avaliações quantitativas pontuam entre muito bom e bom em torno de 92% das equipes, no cuidado longitudinal das famílias supervisionadas em conjunto com a equipe matricial de SM.

Algumas avaliações qualitativas se referem ao acolhimento não como uma das fases do processo de monitoramento das famílias, ou como ferramenta do trabalho de monitoramento das famílias. Alguma família usuária do SUS pode, por exemplo, em dado momento distanciar-se de uma combinação de atendimento em outro serviço ou desistir da proposta terapêutica, o que pode gerar novas abordagens e problematizações. As equipes de SF e de apoio matricial podem repensar as necessidades da família, (re)planejar o plano terapêutico, a partir de novos acontecimentos que geraram mudanças nas necessidades dos usuários ou ainda apresentar, em novos momentos, ênfases de questões que as equipes possam não ter escutado.

Outra questão que aparece em uma das avaliações qualitativas indica o entendimento de uma das equipes de que apenas o ACS, enquanto profissional, trabalha no monitoramento e cuidado longitudinal das famílias. Outro aspecto que merece ênfase é o entendimento de algumas equipes, que julgam ser apenas

necessário o monitoramento daqueles usuários que acessam outros serviços de atenção à saúde. No entanto, deve-se considerar que o monitoramento das famílias é um recurso de cuidado em Saúde Mental, sendo por vezes, o único recurso de que necessitam estas famílias. Estas duas questões demonstram a necessidade das equipes de SF e Apoio Matricial aprofundarem as reflexões sobre seus recursos terapêuticos. Ressaltamos a potência do monitoramento das famílias e a perspectiva de cuidado longitudinal como premissas da ESF, ferramenta integradora dos pressupostos de vínculo, responsabilização e acolhimento.

“A equipe acolhe, porém não se avança no real tratamento dos pacientes”.

“A equipe monitora, mas algumas vezes o paciente não tem adesão ao tratamento”.

“A UBSF segue acompanhando as famílias encaminhadas, porém muitas vezes perde-se no meio do caminho por falta de retorno dos outros órgãos envolvidos”.

“Uma vez solicitada a informação o ACS sempre traz a UBSF o resultado”.

Segundo FRANCO (2006), as habilidades de cuidado das famílias e grupos estão diretamente associados ao seu processo de autoconhecimento e capacidade de escuta e trocas.

O conceito de autogestão está associado a outro, de autoanálise, que significa o “processo de produção e re-apropriação, por parte dos coletivos auto-gestionários, de um saber acerca de si mesmo, suas necessidades, desejos, demandas, problemas, soluções e limites”. Esse conhecimento de si, contextualizado na realidade na qual o sujeito está inserido, dá a ele a potência de intervir sobre o mundo para a realização dos seus desejos, que podem estar associados à construção de uma realidade, que seja de produção de serviços solidários, acolhedores, que estabeleçam vínculos e se responsabilizam pelos usuários. A autoanálise pode exercer a função de inibir a captura dos coletivos-equipes, valorizando seu próprio conhecimento, suas iniciativas e capacidade criativa, retornando a esses coletivos uma capacidade que geralmente lhes é tirada pelo aprisionamento que a normatização do mundo do trabalho lhes impõe. O pior das amarras normativas é a anulação do desejo. O desejo é visto aqui não como a energia que provém da libido e tem por objetivo a realização de uma falta, conforme

nos informa Freud, ao discutir a tese do “complexo de Édipo”. Significa uma energia originária do inconsciente com alta potência produtiva, que coloca os sujeitos aptos para a construção do novo, em processos instituintes. “O desejo é o que anima um processo que não é próprio de uma instância, sistema ou território do sujeito, senão da realidade mesma e de sua realização” (DELEUZE; GUATTARI, 1998). O autor vem nos dizer que o desejo pertence ao campo de produção da realidade, responsável pela criação do novo, isto é, os processos de mudança se inscrevem em uma produção desejante, que é ao mesmo tempo movida por um desejo produtivo.

O desejo de cuidar e de integrar recursos se constitui como motor da auto-organização e cuidado. Se o usuário e suas necessidades passam a ser priorizados, o entendimento dele sobre seus problemas e suas possibilidades de enfrentá-los amplia-se, na medida em que o monitoramento propicia espaços dialógicos.

4.3.2.4 Organização documental da equipe da Unidade Básica de Saúde da Família, dos casos/famílias com demandas em Saúde Mental (SM)

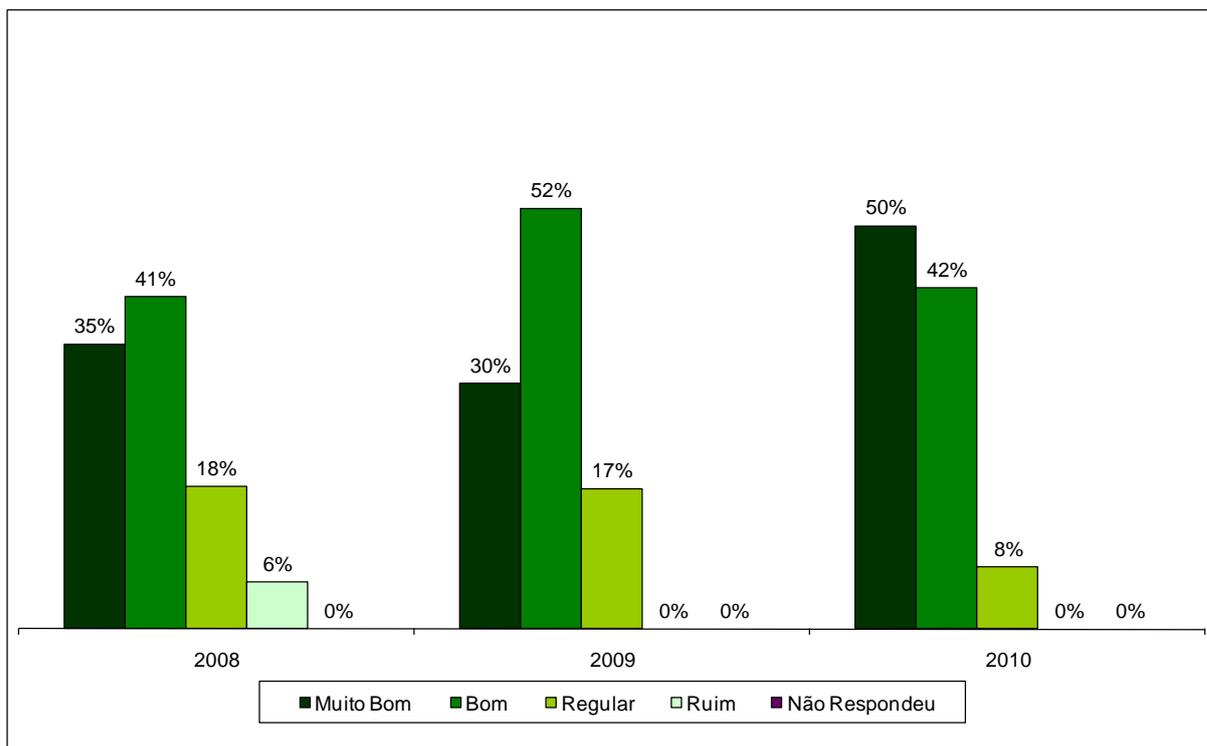
A organização documental das famílias com demanda em SM se refere tanto ao registro dos procedimentos de VD, interconsulta, supervisão psiquiátrica, bem como da evolução do projeto terapêutico singular, originado na supervisão em saúde mental (cuidado longitudinal).

O registro do processo de cuidado em saúde mental começou no ano de 2007 e a decisão da forma como efetuar-lo foi tomada em conjunto com a coordenação da ESF, a equipe matricial e o TR da equipe de SF. Optou-se por utilizar o boletim de referência e contra referência que estava sendo implementado naquele ano (para todos os encaminhamentos realizados da ESF para qualquer lugar da rede SUS), como forma de reforçar e estimular sua utilização pelas equipes de SF.

A equipe de Apoio Matricial tem uma pasta de cada equipe de SF, na qual estão arquivados todos os boletins dos casos apresentados nas supervisões em Saúde Mental. No espaço destinado ao preenchimento da contra referencia, o TR da equipe matricial registra a proposta de plano terapêutico e vai evoluindo com as informações e procedimentos gerados a cada supervisão realizada na equipe de SF.

Estes boletins são preenchidos com papel carbono e, caso gere encaminhamento do usuário a outro setor, é entregue uma das cópias para o usuário entregar ao serviço ao qual está sendo encaminhado.

GRÁFICO 10 – Avaliação das equipes de Saúde de Família (SF) sobre organização documental da equipe. Rio Grande, RS, 2007-2010



Nos anos de 2007 e 2008, era a equipe matricial apenas que realizava os registros. Neste ano de 2008 houve a integração deste item “Organização Documental da Equipe da UBSF, dos casos/famílias com demandas em Saúde Mental”. No encontro de devolução das avaliações dos TR que se adotou a rotina de preencher com papel carbono em três vias o boletim de referência e contra-referência (**Anexo 2**). Uma cópia para equipe de SF, outra para a equipe de apoio matricial e a terceira para o caso que o usuário tenha que ir a outro serviço já está preparada (ele leva em mãos). Algumas vezes a via do usuário vai com o preenchimento da contra referência pela equipe de Apoio Matricial (dependendo da situação), se houverem avaliações as quais ainda não compreendidas pelo usuário ou muito íntimas isto não acontece. As avaliações do processo possibilitaram adotar novas rotinas.

Na avaliação quantitativa nos anos de 2008, 2009 e 2010 respectivamente, em torno de 67%, 72% e 82% das equipes auto avaliaram entre muito boa e boa a sua organização documental dos casos supervisionados em conjunto com a equipe matricial.

Nas avaliações qualitativas este item é bem pouco comentado. A seguir, nas avaliações, destacamos em anos diferentes as diversas formas de organização documental das equipes de SF.

“Preenchemos a referência e contra referência apenas em 2 vias, com isso não ficamos com a cópia no arquivo” (2008).

“A equipe mantém, além dos boletins (que não tem retorno), um livro ata de cada encontro da equipe com a Rede Gaivota.” (2010).

A organização documental é uma ferramenta de planejamento para o trabalho compartilhado entre equipe matricial e SF, em outras palavras, é o registro das pactuações e combinações para a produção do cuidado dos usuários do SUS. As invenções de novas formas de abordagem podem se dispersar em meio a tantas atribuições e a exigência nos casos mais sérios de cuidado longitudinal. O registro possibilita que este processo de cuidado seja organizado, auto gestor, interdisciplinar no atendimento às necessidades dos usuários.

Segundo CECCIM (2008), as opções tecnológicas devem ser desenvolvidas pelos trabalhadores para apoiar e estimular o seu comprometimento com o usuário. O registro da supervisão em SM e da evolução do projeto terapêutico singular dá visibilidade ao pensamento estratégico e coletivo realizado em conjunto com a SF e equipe de apoio matricial para atender as demandas dos usuários do SUS. Nesse sentido, o pesquisador, a partir do pensamento de Merhy, afirma que:

(...) o exercício da saúde é amplamente dependente do trabalho vivo em ato onde os trabalhadores podem colocar todas as sabedorias de que dispõem como opções tecnológicas “para a produção de [modos de proceder] eficazes a serviço do usuário e de seu problema”. O autor destaca que os trabalhadores de saúde não podem se recusar de ofertar tudo o que dispõem para defender a vida (vamos dizer: escutar, cuidar, tratar), isto inclui o saber, o conhecimento e o trabalho em ato (vamos dizer: um expor-se e um comprometerem-se), donde a possibilidade da construção de uma cumplicidade mútua entre usuários e trabalhadores, na melhoria real da qualidade de vida. (CECCIM, 2008, p. 18)

O conceito de trabalho vivo trazido pelo autor, aqui complementa a ideia do registro como forma de garantir os pactos do processo compartilhado de pensar e desenvolver o cuidado em SM. A escuta das necessidades dos usuários pensada de forma transversal com toda a equipe é compartilhada com a equipe de Apoio Matricial.

4.3.3 A Clínica Ampliada

A categoria teórica da Clínica Ampliada associa as seguintes questões presentes no instrumento de pesquisa: Espaço aberto para críticas e sugestões e atuação da Rede Gaivota como facilitadora das relações inter setoriais.

A Clínica Ampliada se direciona a todos os profissionais que fazem clínica, ou seja, os profissionais de saúde na sua prática de atenção aos usuários, segundo as diretrizes do Caderno de Atenção Básica nº 27. Toda profissão faz um recorte, um destaque de sintomas e informações, cada uma de acordo com seu núcleo profissional. Ampliar a clínica significa justamente ajustar os recortes teóricos de cada profissão às necessidades dos usuários. A Clínica Ampliada pode ser caracterizada pelos seguintes movimentos:

1. COMPREENSÃO AMPLIADA DO PROCESSO SAÚDE–DOENÇA

A Clínica ampliada busca construir sínteses singulares tencionando os limites de cada matriz disciplinar e colocando em primeiro plano a situação real do trabalho em saúde, vivida a cada instante por sujeitos reais.

2. CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA DOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICAS

Reconhecer a complexidade da clínica pode produzir uma sensação de desamparo nos profissionais de saúde, na medida em que fica evidente a dificuldade em se obter os resultados idealizados de forma unilateral. É necessário, portanto, um segundo eixo de trabalho na Clínica Ampliada, que é a construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas. Este compartilhamento vai tanto na direção da equipe de saúde, dos serviços de saúde e da ação inter setorial, como também do compartilhamento com os usuários. O que significa dizer que, ainda que frequentemente não sejam possíveis resultados ideais, se aposta que aprender a fazer algo em várias dimensões do problema, de forma

compartilhada, é infinitamente mais potente do que insistir em uma abordagem pontual unilateral. Ou seja, é evidente que as questões sociais e subjetivas não se “resolvem” de forma mágica e simples, mas fazer alguma atuação sobre elas (mesmo que seja apenas falar sobre, ou adequar uma conduta) geralmente tem muito mais efeito do que tentar fingir que elas não existem. Evidentemente este eixo da clínica compartilhada nos obriga a um reconhecimento da singularidade de cada situação, para ponderar o quanto é possível e necessário compartilhar diagnósticos e decisões.

3. AMPLIAÇÃO DO “OBJETO DE TRABALHO”

As doenças, as epidemias e os problemas sociais acontecem em pessoas e, portanto, o objeto de trabalho de qualquer profissional de saúde deve ser a pessoa ou grupos de pessoas, por mais que o núcleo profissional ou a especialidade sejam bem delimitados. No entanto, um desafio importante para a Clínica Ampliada na atualidade é que o objeto de trabalho restrito costuma produzir também nos profissionais um “objeto de investimento” restrito. O que significa dizer que se aprende a gostar e a identificar-se com procedimentos e atividades parciais no processo de tratamento. O que pode significar, por outro lado, NÃO gostar de outras atividades fora do núcleo profissional. Pior ainda: é possível que uma compreensão ampliada provoque uma grande sensação de insegurança profissional, porque necessariamente traz a necessidade de lidar com as incertezas do campo da saúde. Essas dificuldades fazem parte do desafio da Clínica Ampliada e não devem ser consideradas exceções, mas parte do processo de mudança e qualificação no processo de trabalho em saúde.

4. A TRANSFORMAÇÃO DOS “MEIOS” OU INSTRUMENTOS DE TRABALHO

Os “meios” ou instrumentos de trabalho também se modificam intensamente na Clínica Ampliada. São necessários arranjos e dispositivos de gestão que privilegiem uma comunicação transversal na equipe e entre equipes (nas organizações e rede assistencial). Mas, principalmente, são necessárias técnicas relacionais que permitam uma clínica compartilhada. A capacidade de escuta (do outro e de si mesmo), de lidar com condutas automatizadas de forma crítica, de lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos, com a família, a comunidade, entre outras pessoas e grupos sociais.

5. SUPORTE PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A clínica com objeto de trabalho reduzido acaba tendo uma função protetora (ainda que falsamente protetora), porque permite ao profissional “não ouvir” uma pessoa ou um coletivo em sofrimento e, assim, não lidar com a própria dor ou medo que, potencialmente, o trabalho em saúde pode trazer. O fato é que a dificuldade dos profissionais de lidar com a morte (em grande medida inconsciente) produzia argumentação falsa em relação ao atendimento de pacientes terminais, inventando uma falsa relação de mútua exclusão entre os pacientes com chance de cura e, supostamente, os sem chance de cura. Esse tipo de problema fica evidenciado na medida em que se propõe a Clínica Ampliada. Problemas crônicos, sociais ou subjetivos podem produzir a mesma reação nos profissionais de saúde que os pacientes terminais nos serviços de oncologia. Aqui o aspecto cognitivo é importante, mas não é suficiente, porque é necessário criar instrumentos de suporte aos profissionais de saúde para que eles possam lidar com as próprias dificuldades, identificações positivas e negativas com os diversos tipos de situação. É necessário, nesse processo, que se enfrente um forte ideal de “neutralidade” e de “não envolvimento” profissional, prescrito nas faculdades de saúde, que muitas vezes coloca uma interdição para os profissionais de saúde quando o assunto é a própria subjetividade. A partir disso, a gestão deve cuidar para incluir o tema nas discussões de caso (PTS) e evitar individualizar/culpabilizar profissionais que estão com alguma dificuldade em lidar com esse processo (por exemplo, enviando sistematicamente os profissionais que apresentam algum sintoma para os serviços de saúde mental). As dificuldades pessoais no trabalho em saúde refletem, na maior parte das vezes, problemas no processo de trabalho (a baixa grupalidade solidária na equipe, a alta conflitividade, a fragmentação, etc.). Resumindo, o suporte aos profissionais de modo que possam realizar uma Clínica Ampliada se justifica porque não é possível fazer clínica COM o outro sem lidar consigo mesmo.

4.3.3.1 Espaço aberto para críticas e sugestões

No ano de 2007 o espaço livre para manifestação das equipes estava atravessada por falas referentes a necessidades das equipes de espaços para

pensarem seu fazer coletivo, as demandas de cuidado ao cuidador por categoria e a presença do psiquiatra na rede de SM. As sugestões e críticas expressam expectativas e o desejo de influenciar nas aproximações e no formato do trabalho.

“Aumentar o comprometimento da rede com os pacientes do Gaivota e obedecer a prioridades; incluir outro supervisor psiquiátrico, sugiro equipe matricial para aumentar a frequência do Gaivota na UBSF, para cuidar do ‘cuidado’ na UBSF, para orientar os casos de urgência, os casos mais complicados e de difícil manipulação. Gostaria de falar que no começo da Rede Gaivota, achei que não daria muito certo, hoje após 1 ano percebo a mudança que ocorreu em mim, na minha forma de ver o paciente da saúde mental e consigo ajudar de alguma forma, reconheço que não é o ideal, mas é uma ajuda que antes a comunidade não tinha”.

“Reativar o cuidando dos médicos com a CERES”.

“Ativar o cuidado com os profissionais das equipes na unidade”.

“Sugiro espaços de discussão sobre a rede e a presença de psiquiatra na mesma”.

“Sugerimos que haja o cuidado do cuidador para o médico, que é o único da equipe sem esse cuidado. Sugerimos também um momento da equipe com o Gaivota, voltado para a equipe com a finalidade de integração e resolução de problemáticas que surgem no ambiente de trabalho. Também consideramos o local de realização dos cuidados de difícil acesso. Sem estacionamento, o que causa transtornos e o profissional já chega estressado. Sugerimos que a atividade dos cuidados do cuidador seja voltada para a melhora da autoestima, relaxamento, sem discussões de problemas das UBSF, que seriam então discutidos no espaço das reuniões do Gaivota com a equipe (Item 2)”.

“Resolução mais rápida dos casos. Demora no encaminhamento para a avaliação psicológica”.

“Acreditamos que estamos ainda em um processo inicial de implantação, temos que somar os esforços em busca da resolutividade dentro dos espaços. Pensamos que este é um processo e, como tal, estamos aprendendo constantemente, sendo que temos uma demanda e a integração dos técnicos de referência junto com os outros profissionais é importante para o retorno dos casos. Esperamos que em 2008 estejamos ainda mais próximos. Bom 2008 para todos nós. Um abraço da EQUIPE”.

“Devido ao pouco tempo de ativação da rede Gaivota junto às equipes, muitas das ações estão sendo aprimoradas em conjunto, por esta razão muitas das respostas estão no “pouco ou insatisfeito”. Sugerimos um espaço para o cuidado da equipe como um todo e não em segmentos por classe profissional”.

No ano de 2008 as equipes que escrevem neste espaço se colocam mais maduras para pensar propostas. Estão mais confiantes, existe menor contradição entre as demandas avaliadas. A grande questão é ampliar os espaços de supervisão

e de cuidado dentro do território a usuários e as equipes. Os questionamentos e as inquietações dizem respeito a questões internas dos serviços de SM.

Algumas equipes contam neste espaço como se percebem na relação com o processo de trabalho apoiados na tecnologia de Apoio Matricial. Destaca-se a fala da equipe de SF que dá ênfase à reconstrução da equipe de Apoio Matricial como recurso importante no processo de trabalho das equipes. Aparecem queixas sobre a necessidade de pensar os PTS em equipe, descaracterizando o encaminhamento tradicional.

“Acreditamos que enquanto equipe, falhamos na organização e preparo de casos para serem trabalhados no grupo, mas vemos que o agravante maior é a falta de profissional especializado para que possamos encaminhar os casos mais graves”.

“Maior agilidade nos retornos; maior comprometimento dos profissionais nas consultas; evitar o vai e volta dos pacientes como ele saia da UBSF com indicação de acompanhamento ambulatorial no Conviver, que se direcione a solicitação em vez de se fazer discussões em torno dela”.

“Percebemos que muitas vezes nós chegamos no dia da supervisão sem ter conseguido combinar os casos (número de casos, dados). Muitas vezes não tivemos a reunião de equipe, já que, nas quartas-feiras tínhamos educação continuada, ou reuniões com o Conselho Gestor, ou até mesmo reunião dos enfermeiros com a coordenação. Mesmo ficando alguns dos membros da equipe no Posto, não se conseguia se organizar. Penso que há certa dependência, porque ninguém toma a frente sozinha, por exemplo, para combinar quais casos seriam discutidos (entre os ACS). Às vezes as reuniões são feitas em fragmentos, por exemplo: a enfermeira se reúne com os técnicos de enfermagem e ACS e depois me comunicam e vice-versa. Neste ano ainda ficamos distanciados, mas somente quanto às reuniões de preparação dos casos. Notei, mesmo assim, uma maior compreensão de todos na equipe quanto ao trabalho e uma maior tolerância; estamos nos enxergando mais e nos conhecendo melhor, isso é muito positivo”.

“Falta o cuidado com a equipe, que na realidade não é vista com indivíduos e somente como profissionais, que pela sobrecarga física e emocionalmente, porém tem de continuar atuando sem comprometer o desempenho e a produtividade”.

“Avançamos bastante em 2008 – principalmente os médicos, em termos de diagnóstico e tratamento, devido à assessoria recebida; precisamos de 1 ou 2 “psiquiatras” para suporte secundário das equipes (com urgência); ampliação de grupos (AD – apoio domiciliar, ...)”

“Criar espaço para diálogo com os membros da equipe (individual ou coletivo); a equipe acha que o projeto Gaivota tem sido pouco resolutivo para os casos individuais. Talvez tivéssemos mais sucesso se trouxesse os pacientes para trabalhar em grupo, com 1 membro da equipe Gaivota”.

“Trabalhar permanentemente, recontratando com as equipes os objetivos e propostas da rede gaivota; um oferecimento de horário/tempo maior para as discussões de caso”.

Segundo ONOCKO (2001) a ampliação da clínica passa por mudanças no entendimento das atribuições do setor saúde. Compor o processo de avaliação de risco integrado aos contextos de vida das famílias usuárias do SUS, exige o desenvolvimento de habilidades de cuidado e ações inter setoriais. Nesse sentido:

Clínica Ampliada seria aquela que incorporasse nos seus saberes e incumbências a avaliação de risco, não somente epidemiológico, mas também social e subjetivo, do usuário, ou grupo em questão. Responsabilizando-se, não somente pelo que a epidemiologia tem definido como necessidades, mas também pelas demandas concretas dos usuários. (Onocko: 2001, p. 5)

As avaliações mencionam o desejo dos trabalhadores de algumas unidades de mudanças, de ampliação dos espaços de conversação e compartilhamento que entendemos como dispositivos para Ampliação da Clínica. No ano de 2009, referem o processo de parada da supervisão da equipe de apoio matricial:

“Houve muitas falhas, pois não se tinha equipe para atender a demanda das unidades”.

“Tentar não remarcar visitas domiciliares ou inter consultas a fim de não prejudicar o vínculo e a confiança dos pacientes, que nesta peculiar situação de sofrimento são facilmente perdidos; expandir a atividade de inter consulta psiquiátrica para todas as equipes”.

“Neste ano, o serviço foi prejudicado com a saída de vários profissionais do Gaivota, inclusive da psicóloga que nos prestava assessoria, porém houve interesse da rede em tentar suprir as necessidades desta unidade”.

As questões que são apresentadas em 2010 referem-se à ampliação da equipe de Apoio Matricial e sua ressonância no processo de trabalho no território. Ao mesmo tempo, aponta a necessidade de continuidade na ampliação para atender a necessidade de Apoio Matricial nas equipes de SF.

A questão da inter setorialidade aparece como um dos desafios para serem trabalhados pela Rede Gaivota e ainda questões referentes às melhorias alusivas à organização da agenda compartilhada SF e Apoio Matricial.

“A Rede Gaivota tentar sensibilizar e reorganizar a rede de apoio em saúde mental, especialmente no tocante a outros setores (SMCAS, Conselho Tutelar, Conselho do Idoso,...)”.

“As supervisões não deveriam trocar tanto as datas, mais acompanhamento do médico psiquiátrico”.

“Excelente trabalho da Rede Gaivota no período de 2010, podendo melhorar nas visitas do médico na unidade, motivo é a falta de carro.”

“Penso ser um absurdo, o médico da ESF não ter acesso ou contato telefônico direto com o médico psiquiatra que atende no Conviver; este contato teria de ser de médico para médico, porque esse entrave, ou seja, demora, acaba dificultando o tratamento do paciente. Muitas vezes se consegue acessar o H.Psiquiátrico para dirimir dúvidas urgentes ou versar sobre a medicação. Tentar rever esse processo”.

“Em nossa opinião, o serviço da Rede Gaivota é muito válido e necessário, visto que a demanda em saúde mental somente tem aumentado e o suporte técnico e supervisão são extremamente necessários. Outro ponto positivo apontado pela equipe foi a inclusão do psiquiatra, que se espera contribuir ainda mais para o bom andamento do serviço prestado pela rede no município”.

“Maior resolutividade para os casos; reunião das Gaivotas com a equipe ESF duas vezes no mês; manter a equipe da ESF sempre informada do andamento dos casos”.

“Organizar um espaço para reuniões com Gaivota para discutir casos individuais com respectivo ACS; aumentar n° de profissionais em relação ao n° de equipes, a fim de diminuir o espaço entre o problema e a resolução; liberdade para encaminhar casos urgentes aos dispositivos de Saúde Mental do município, quando necessário”.

“Há dificuldade de atendimento dos adolescentes no CAPS AD que não se encaixam na faixa etária CAPS I.”

“A Equipe voltou mais estruturada, mas continua com falta de recursos. Valorizar, mas a percepção da equipe quando se discute os casos, priorizar os casos emergenciais; importância de combinar as datas de acordo com a disponibilidade da equipe; criação de grupos na comunidade, facilitando o acesso dos usuários”.

A ampliação da clínica e as mudanças no setor saúde segundo os autores FRANCO e MERHY (In: PINHEIRO; MATTOS: 2005) passam pela produção do desejo de cuidar e pela integração de saberes que se conectam subjetivamente aos processos de trabalho.

Para o desenvolvimento dos processos de mudança do modelo assistencial, a identificação do papel central da subjetividade nos traz novos desafios, o de reconhecer que o protagonismo dos sujeitos trabalhadores e usuários para a mudança no funcionamento dos serviços de saúde, não vai se dar apenas pela excelência técnica, isto é, processos cognitivos que dizem respeito ao modo de fazer saúde, mas será necessário investir em processos de subjetivação, para que os mesmos se coloquem como portadores de projetos que recuperem a utopia ativa de um serviço de saúde que seja centrado no usuário, produtor do cuidado, no sentido de acolher e se responsabilizar pela sua clientela. (PINHEIRO; MATTOS, 2005)

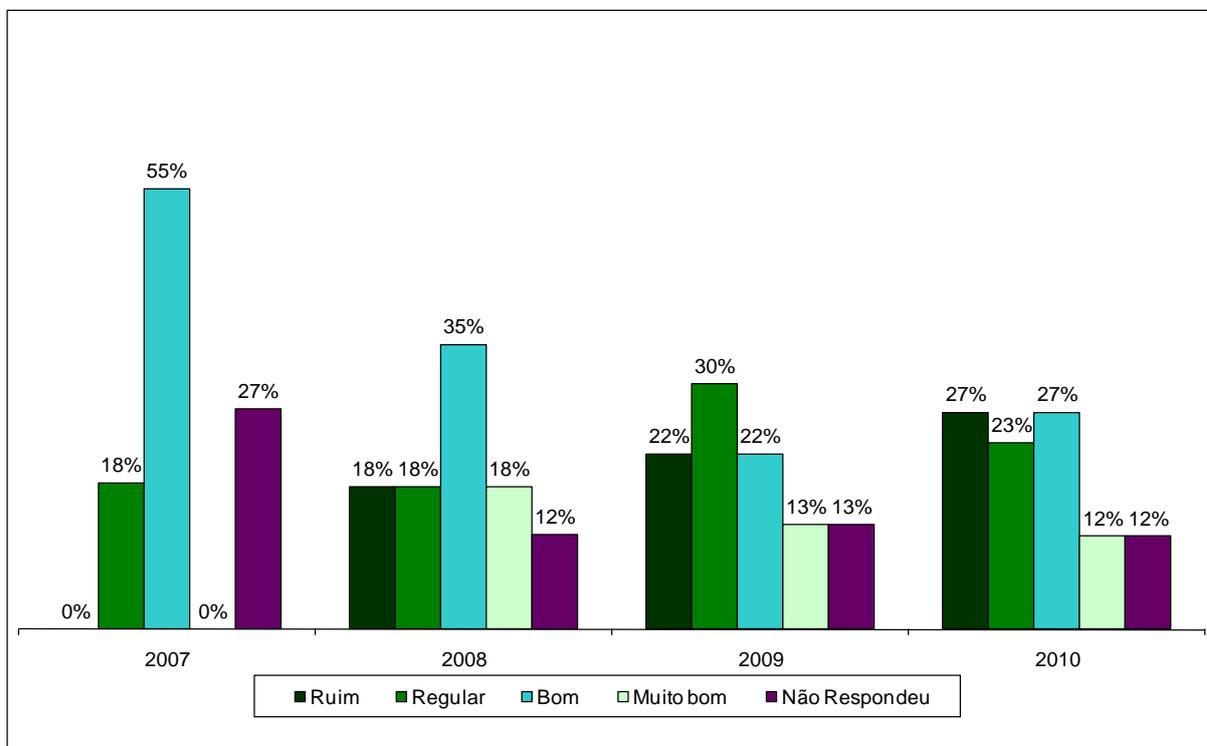
As avaliações da tecnologia de apoio matricial ao longo destes quatro anos evidenciaram o desejo de opinar das equipes de SF, influenciar e provocar mudanças, mover-se de lugar para repensar seu processo de trabalho. Estes movimentos refletem um processo de produção de novos sentidos para atender as necessidades dos usuários do SUS. A ampliação de sentidos e ressignificação das ações em novas e sucessivas apostas no processo coletivo de organização do trabalho se constituem num protagonismo e investimento dos trabalhadores da SF e equipe de apoio matricial.

4.3.3.2 Atuação da Rede Gaivota como facilitadora das relações inter setoriais

As relações inter setoriais são vistas aqui como os necessários agenciamentos para o atendimento das necessidades colocadas nas supervisões em SM, que vão definindo as linhas do projeto terapêutico singular das famílias.

A maior parte dos PTS apresenta necessidades de intervenção de outras políticas públicas, tais como: Assistência Social, Educação e Criança e Adolescente. A rede social dos usuários do SUS compreende a interface destas diferentes políticas públicas englobando diferentes setores. A equipe de Apoio Matricial tem pactuado com as equipes de SF a atribuição de facilitar o acesso dos usuários a estes setores.

GRÁFICO 11 – Avaliação das equipes de Saúde da Família (SF) sobre atuação da Rede Gaivota como facilitadora de relações inter setoriais. Rio Grande, RS, 2007-2010



No ano de 2007, 55% das equipes avaliaram como bom o trabalho da Rede Gaivota. As avaliações qualitativas evidenciam as distâncias entre as diferentes políticas públicas para o acesso dos trabalhadores, o que denota a amplitude das dificuldades dos usuários do SUS. Uma das avaliações sugere a mesma estratégia de TR para fortalecer a rede:

“Não tivemos retorno no setor da (SMCAS)”.

“Tentar criar também TR nos vários setores para que se fortaleça mais a rede”.

No ano de 2008, 53% das equipes avaliam entre muito boa e boa a facilitação da Rede Gaivota para o trabalho inter setorial. As avaliações qualitativas trazem a polêmica entre setores específicos e as equipes se distinguem entre pensar o contexto do trabalho e aquelas que atribuem toda responsabilidade pelas dificuldades à equipe de Apoio Matricial, e ainda as equipes que não estão

sensibilizadas para as demandas inter setoriais dos seus usuários que referem não precisar destes agenciamentos de rede.

“Relação inexistente, principalmente com o Conselho Tutelar, que deixa muito a desejar”.

“Achamos que neste sentido, o Gaivota deixa muito a desejar”.

“Também neste item avaliamos de acordo com a convivência com outra equipe, já que não tivemos até então nenhum caso envolvendo estes órgãos diretamente”.

“Agilizam sempre que necessário. Tentar criar também Técnicos de Referência nos vários setores para que se fortaleça mais a rede”.

“Ainda não conseguimos amarrar uma relação com a SMCAS para dois pacientes e com o conselho do idoso, mas quando conseguirmos discutir a problemática poderemos nos manifestar”.

“Não é melhor porque os referidos (conselhos), não tem assumido as devidas responsabilidades, sobrecarregando as equipes de SF”.

Nos anos de 2009 e 2010, respectivamente, avaliam em 34% e 50% das equipes entre muito boa e boa a facilitação do trabalho inter setorial pela Rede Gaivota.

As avaliações qualitativas nestes anos trazem o olhar pessimista das equipes de SF sobre o funcionamento da rede de políticas públicas, no que tange a atender as necessidades dos usuários e otimizar recurso em rede. Aparece também em uma das avaliações a questão do risco de usuários, pela opção da equipe de apoio matricial da não institucionalização. Aborda o conflito entre a responsabilidade pelo cuidado quando existe risco e a disponibilidade das equipes para compartilhar a construção de novos recursos de cuidado nos territórios de vida dos usuários do SUS.

E ainda persistem equipes que não avaliaram este item, pois indicam que seus usuários não necessitem de agenciamentos inter setoriais.

“Não houve solução; foi muito burocrático e com péssima resolução”. (2009)

“Sempre que solicitados, a Rede Gaivota demonstrou interesse na facilitação”. (2009)

“Há um excesso de zelo antes de acionar estes mecanismos, tornando o processo certas vezes até perigoso para os usuários.” (2009)

“Este papel não foi observado pela equipe em relação à Rede Gaivota”.
(2009)

“São ações que levam muito tempo e tem muito pouca resolutividade”.
(2010)

“Nos poucos casos que necessitaram, não houve uma resolutibilidade, pois a rede não está bem articulada”. (2010)

“Muitas vezes as referidas instituições é que não são mais atuantes”. (2010)

“Não tivemos necessidade até o momento de relações Inter setoriais”.
(2010)

Ceccim (2005) fala da experiência da invenção de problemas. A tecnologia de Apoio Matricial, a partir da demanda de Saúde Mental, denotava o risco de focar-se apenas nas questões subjetivas. A relação entre as demandas subjetivas e as relações nos territórios de vida das famílias, remeteu a pensar a questão inter setorialidade. Este é o nó crítico no que tange a articulação e acesso entre as diversas políticas públicas. Trabalhar na perspectiva inter setorial exige ações e responsabilidade compartilhadas da equipe de Apoio Matricial, ampliando a clínica, configura a SM como núcleo de conhecimento e o campo e a Atenção Básica em Saúde. Assim, o pesquisador aponta que:

Para o setor da saúde, a estética pedagógica da Educação Permanente em Saúde é a de introduzir a experiência da problematização e da invenção de problemas. Esta estética é condição para o desenvolvimento de uma inteligência proveniente de escutas, de práticas cuidadoras, de conhecimentos engajados e de permeabilidade aos usuários, isto é, uma produção em ato das aprendizagens relativas à intervenção/interferência do setor no andar da vida individual e coletiva. (CECCIM, 2005, p. 984)

A inter setorialidade como pauta para intervenção nos territórios de vida das famílias usuárias do SUS traz em si o desafio de pensar gestão, atenção, formação e controle social no SUS. A tecnologia de apoio matricial se torna, neste contexto, uma aliada para problematizar as questões de acesso e construir múltiplas aproximações em diferentes direções (para o atendimento de múltiplas demandas das famílias). O mapeamento dos setores da rede social dos usuários e a pactuação de fluxos podem ajudar a dar permeabilidade inter setorial.

4.4 O PROCESSO DO APOIO MATRICIAL NAS ÁREAS COM MAIOR E MENOR ÍNDICES DE INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

A **Tabela A** apresenta as características das áreas selecionadas através dos dados do Sistema Informações da Atenção Básica (SIAB) 2010 quanto à faixa etária, nº de famílias, plano de saúde, crianças de 7 a 14 anos na escola e tratamento de água. Embora uma área seja da zona urbana e outra da zona rural, respectivamente Marluz e Vila da Quinta, no que se refere à faixa etária não apresentam diferenças. No que tange ao percentual de água tratada, a área da Vila da Quinta apresenta quase 20% menor cobertura.

Tabela A – Características dos usuários dos SUS, nas áreas selecionadas

	Marluz	Vila da Quinta
Nº de Famílias	1741	2911
Faixa Etária		
Até 10	13%	10%
11 a 14	10%	9%
15 a 19	10%	8%
20 a 59	50%	48%
60 e mais	17%	15%
Plano de Saúde	22%	20%
7 a 14 na escola	91%	82%
Tratamento de Água	84%	65%

SIAB, Rio Grande, RS 2010

No que se refere ao número de famílias, a área da Vila da Quinta apresenta 1.170 famílias a mais que área do Marluz. Esta unidade é atendida por duas equipes de SF e a área da Vila da Quinta por três equipes em duas unidades básicas de saúde da família.

No item de crianças de 7 a 14 anos na escola, a área da Vila da Quinta teve 9% a menos que a área do Marluz. Barreiras geográficas ao acesso dificultam a permanência na escola.

A **Tabela B** apresenta a distribuição dos atendimentos feitos pela Rede Gaivota nas duas unidades selecionadas por apresentarem as maiores e as menores taxas de internação psiquiátrica no período considerado para o estudo: Marluz – zona urbana e Vila da Quinta – zona rural, respectivamente.

Tabela B – Características dos casos supervisionados pela Rede Gaivota em duas unidades selecionadas. Município do Rio Grande, RS, 2007-2010

ÁREAS	Marluz	Quinta	Total
Ano *			
2007	10,7%	5,3%	24 (8,0%)
2008	31,3%	20,7%	78 (26,0%)
2009	24,0%	30,7%	82 (27,3%)
2010	34,0%	43,3%	116 (38,7%)
Sexo (NS)			
Masculino	42,0%	38,7%	121 (40,3%)
Feminino	58,0%	61,3%	179 (59,7%)
Idade (anos) **			
Até 9	12,3%	27,3%	57 (19,7%)
10 a 14	14,4%	16,8%	45 (15,6%)
15 a 19	8,2%	12,6%	30 (10,4%)
20 a 59	56,2%	37,1%	135 (46,7%)
60 e mais	8,9%	6,3%	22 (7,6%)
História clínica *			
Violência	4,1%	3,5%	11 (3,8%)
Relacional	9,5%	21,7%	45 (15,5%)
Álcool e Drogas	11,6%	3,5%	22 (7,6%)
Mental leve	22,4%	22,4%	65 (22,4%)
Mental moderado	27,2%	30,1%	83 (28,6%)
Mental Grave	15,6%	11,2%	39 (13,4%)
Outros	9,5%	7,7%	25 (8,6%)
Conduta terapêutica **			
Tecnologias leves #	44,8%	28,6%	104 (36,7%)
Leves-duras território	23,8%	13,6%	53 (18,7%)
Leves-duras território e institucional	11,2%	6,4%	25 (8,8%)
Leves-duras institucional	11,2%	29,3%	57 (20,1%)
Duras território	2,1%	14,3%	23 (8,1%)
Duras institucional	6,3%	3,6%	14 (4,9%)
Outros	0,7%	4,3%	7 (2,5%)
Total	150 (50,0%)	150 (50,0%)	300 (100%)

* P<0,05 ** P<0,001 NS=Diferenças não significativas

De acordo com o ano, observou-se uma evolução consistente para o total de atendimentos, passando de 8% em 2007 para 39% em 2010. Entretanto, diferenças

importantes são notadas, uma vez que no ano de 2007 foram feitos duas vezes mais atendimentos na área Marluz e nos dois últimos anos, os atendimentos foram maiores na área da Vila da Quinta.

Não foram observadas diferenças nos atendimentos em relação ao sexo. Cerca de 40% eram homens e 60% eram mulheres, para ambas as áreas. Já em relação à idade, na Vila da Quinta houve mais atendimentos de crianças e adolescentes, e na área da unidade Marluz houve mais atendimentos de adultos e idosos.

De modo geral, predominaram atendimentos relacionados aos transtornos mentais com destaque para os moderados, mas o perfil da história clínica é bem diferente entre as áreas. Na Marluz, houve mais atendimentos por álcool e drogas e na Vila da Quinta por problemas relacionais, como por exemplo, situações envolvendo orientação familiar para lidar com a fase da adolescência dos filhos, ou ainda situações familiares para organização da rotina diária dos filhos, mas com queixa de agressividade dos filhos, o que tem haver com os papéis familiares.

As áreas possuem índices por 1.000 habitantes bastante diferenciados; segundo a área do Marluz que apresenta 77,1 e a área da Vila da Quinta 21,5 de internações psiquiátricas. Somando-se as demandas de mental moderado e mental grave, estas representaram 42,8% e 41% dos casos, respectivamente.

A área do Marluz possui sete casas de cuidados de pessoas portadoras de sofrimento mental, atribuindo-se a este fato a superioridade e distanciando das demais áreas no índice de internação por habitante. Os percentuais similares entre as áreas confirmam esta constatação: se existisse maior número de casos de pessoas com transtorno mental crônico apareceria nos dados de supervisão da área. Conforme o relato no item 4.1, Histórico da Saúde Mental, existe uma comissão inter setorial para supervisionar estas casas. A comissão de Saúde Mental e Moradia foi uma estratégia em rede, liderada pela equipe de Apoio Matricial, tendo em vista o avanço e concentração das casas nestas áreas. Com a continuidade do avanço da cobertura da ESF, em curto espaço de tempo todas as casas de cuidado estarão em áreas de SF. Percebe-se que, em função da qualidade de atendimento da área de SF, está se concentrando um mercado privado de casas de cuidado.

Em termos da conduta terapêutica, considerou-se **tecnologia leve**, por exemplo, a realização de visita domiciliar pela Rede Gaivota em conjunto com algum

técnico da equipe de SF ou ainda o atendimento monitorado da equipe de apoio matricial ou apenas por algum profissional da equipe de SF. Quanto às condutas terapêuticas adotadas predominaram as relacionadas às tecnologias leves (45%), utilizadas mais na unidade Marluz.

Aqui foi considerado como **tecnologia leve-dura no território** (segundo fluxograma lógico item 4.3.1 que distingue recursos do território e institucionais) o monitoramento do caso pela Rede Gaivota ou não e a prescrição medicamentosa pelo médico da equipe de SF ou a partir de inter consulta psiquiátrica com equipe de apoio matricial. Quanto às condutas terapêuticas adotadas as relacionadas às tecnologias leve-dura no território (24 foram mais utilizadas na unidade Marluz).

Associando a tecnologia leve e a tecnologia leve–dura no território, temos a ênfase das diretrizes da tecnologia de apoio matricial de territorialização e coordenação do cuidado que, somadas, correspondem respectivamente nas áreas do Marluz e Vila da Quinta a 68% e 42% dos casos supervisionados.

Entendemos aqui como **tecnologia leve-dura no território e institucional**, o caso que, por exemplo, fica com prescrição medicamentosa na equipe de SF, ou com inter consulta psiquiátrica e passa a ser atendido também no Ambulatório Municipal de Saúde Mental e, portanto, monitorado pela equipe de SF.

A tecnologia leve-dura no território e institucional já nos remete a entender o compartilhamento de usuários da área de SF com outros níveis de atenção no SUS. Trabalha na lógica de compartilhar e não de encaminhar usuários, ou seja, existem possibilidades de monitorar e coordenar o cuidado dos usuários do SUS. Os percentuais de tecnologia leve-dura no território dos casos supervisionados pela Rede Gaivota das áreas Marluz e Vila da Quinta respectivamente foram de 11% e 29%.

Como **tecnologia leve-dura institucional**, por exemplo, pode-se citar o caso de alguém que é referenciado para o neurologista e também para algum serviço especializado da SM para atendimento psicológico.

A tecnologia leve-dura institucional se refere à lógica de encaminhamento dos usuários a outros serviços e níveis de atenção do SUS, sem mencionar nos registros a questão do monitoramento sistemático. Ou seja, esta modalidade terapêutica consegue contemplar as demandas diversificadas do usuário, mas não

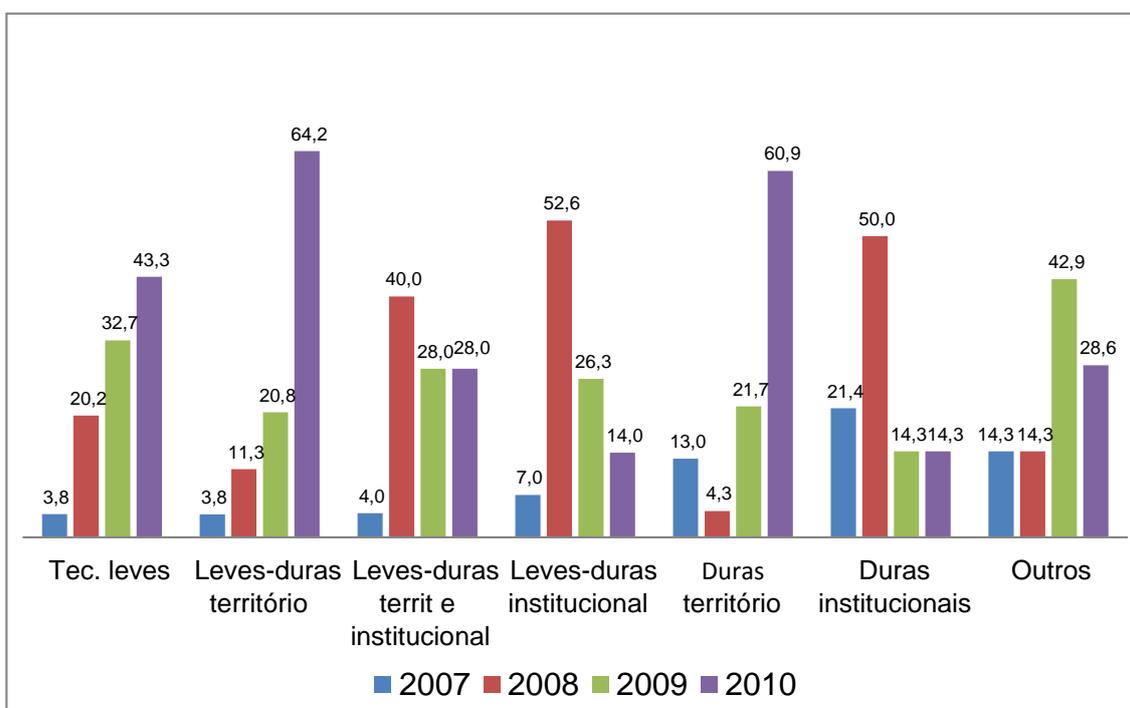
se vincula com este processo terapêutico. As áreas do Marluz e Vila da Quinta apresentam respectivamente os seguintes percentuais: 11,2% e 29,3%.

A **tecnologia dura no território** se refere aos casos em que os registros focam, por exemplo, no uso da medicação sem nenhuma ênfase em abordagens de acolhimento e contratos de cuidado. A tecnologia dura no território apresentou nas áreas do Marluz e Vila da Quinta 2,1% e 14,3%%, respectivamente.

E como **tecnologia dura institucional**, alguém que é referenciado para internação psiquiátrica ou para atendimento especializado com vistas à medicação, sem nenhuma combinação com a equipe SF de monitoramento.

A modalidade terapêutica tecnologia dura institucional se refere à abordagem de encaminhamento na perspectiva de clínica tradicional, remetendo o usuário para outro setor do SUS. Os percentuais das áreas respectivamente Marluz e Vila da Quinta se comportaram da seguinte maneira: 6,3% e 14,3%.

Gráfico 12 – Evolução das condutas terapêuticas adotadas pela Rede Gaivota (%). Município do Rio Grande, RS, 2007 a 2010



O gráfico nos evidencia o que foi abordado nos itens 4.3.1.4 sobre o sistema de referencia e contra referencia, em que analisamos que no ano de 2008 obtivemos um percentual ascendente de encaminhamentos para os serviços especializados em SM. As modalidades terapêuticas que referem tecnologias na perspectiva de compartilhar ou encaminhar usuários contam mais com recursos institucionais (segundo item tem seus maiores índices no ano de 2008, que são respectivamente as tecnologias leves-duras território e institucional, leves-duras institucional e duras institucional, com os seguintes percentuais: 40%, 53% e 50%.)

O ano de 2010 evidencia o aumento nos percentuais relacionados às tecnologias leves e, portanto, ao desenvolvimento das diretrizes de responsabilização, territorialização e vínculo na SF. Os percentuais se comportam neste ano as modalidades terapêuticas: Tecnologias leves 43.3%, Leves-duras território 64.2% e Duras território 60,9%.

Destaca-se o aumento o índice mais alto no ano de 2010 referente às tecnologias duras, devendo estar associado à oferta neste segundo (conforme analisado no item 4.3.1.3) de inter consultas psiquiátricas nas áreas de SF. Este índice evidencia duas questões: o risco de ênfase apenas na tecnologia dura, quando se decide pela inter consulta psiquiátrica, ou o prejuízo no registro quando se utiliza a tecnologia dura, por não se relacionar diretamente ao núcleo profissional dos matriciadores que realizam o registro nas pastas das áreas da SF.

Os resultados na primeira fase da pesquisa referem-se ao processo EPS em SM como forma de aproximação do SF. Enfatiza a construção coletiva na EPS, processo dialógico que produz estratégias, lidando com as contradições e necessidades na tentativa de produzir consensos provisórios. Os três exemplos marcantes são: Colegiado de SM (democratização e lugar para compor com as diferenças). A constituição da EPS em SM na SF – que deu origem ao dispositivo de apoio matricial e por fim o trabalho “Rio Grande enfrentando o crack”, e a supervisão às casas de cuidado – espaços de trabalho inter setorial em rede, também protagonizados pela Rede Gaivota, continuando o processo de criar formas estratégicas de organizar co-gestão do cuidado.

Na segunda fase da pesquisa a implantação e avaliação do trabalho de Apoio Matricial dão continuidade à proposta de construção coletiva com as equipes de SF e matriciadores. As avaliações do processo de trabalho ao longo de quatro

anos e construção dialógica dos PTS, vão possibilitando negociar as rotinas e pactuando o apoio matricial, refazendo movimentos de cuidado compartilhados (equipe SF e matriciadores) e, portanto, de ampliação da clínica. O centro no usuário e seus contextos, a otimização de recursos, vão ocupando a cena principal no contexto de SF no cuidado em SM. Os tensionamentos com a necessidade de qualificar o trabalho de apoio matricial ganha ênfase em detrimento às lógicas da disputa de poder entre especificidades profissionais e necessidades apenas de encaminhamento em SM. A gestão da Secretaria Municipal da Saúde vai apostando neste processo de trabalho matricial pela visibilidade institucional que as avaliações anuais produzem. Ao longo de quatro anos se identificam limites e possibilidades no trabalho de Apoio Matricial vai se pleiteando apoio institucional. A tecnologia vai se mostrando flexível às necessidades do processo de trabalho de SF. Os pontos detectados como mais frágeis da tecnologia de apoio matricial esta na relação com a rede interna em SM e intersetorial, devido a ausência de processo de pactuação de fluxo e rotinas com âmbito interinstitucional e intersetorial da rede, o que sobrecarrega as equipes que trabalham nos territórios de SF.

A terceira fase da pesquisa verifica a melhoria na rede de cuidado em SM na ESF e sua capacidade de influenciar na produção cuidado anti-manicomial. A ampliação de recursos ligados às tecnologias duras como supervisão psiquiátrica e ampliação tecnológicas leves apresenta potencial de diminuição nas internações dos casos do grupo de diagnóstico das psicoses, com a implantação do Apoio Matricial. Nesta análise das internações aparecem os limites da tecnologia de apoio matricial no que tange as demandas das pessoas usuárias de álcool e outras drogas, que apresenta aumento nos índices de internação psiquiátrica e necessidade de ações especializadas no território de SF.

Os resultados da quarta fase da pesquisa evidenciam a necessidade de criar dispositivos no território como o projeto supervisão das casas de cuidado, para ampliar potência do cuidado anti-manicomial, tendo em vista que o território de equipes de SF com maior índice de internações psiquiátricas possui casas de cuidado privadas, assim como no tema de álcool e drogas aparece o paradoxo entre o potencial e limites da tecnologia Apoio Matricial. Os limites estão associados as necessidades de desenvolver processos cooperativos e articulados nos diversos âmbitos da rede.

As áreas com maior índice de internação são devido às casas de cuidado. O Gráfico 12 apresenta os percentuais – os maiores índices no ano de 2008 eram referentes às tecnologias leves-duras institucionais e duras institucionais, ou seja, prevalecia a lógica de remeter o cuidado em SM para o serviço especializado. Em 2010 apresenta aumento nas tecnologias duras no território, talvez pelos profissionais médicos estarem medicando mais na UBSF e também pela oferta de inter consulta psiquiátrica no território. Mas o maior índice no ano de 2010 é de oferta de tecnologia leve-dura no território, o que se relaciona com a melhoria das condições de trabalho dos matriciadores (carga horária e lotação exclusiva Rede Gaivota), mas possibilita o avanço no cuidado no território de vida dos usuários e, portanto, compartilhado com a equipe nas reuniões mensais de Supervisão em SM.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As divisões das fases desta pesquisa demonstram de forma lógica um processo de trabalho coletivamente sonhado e implantado. As inquietações e os desejos das equipes de SF eram de apoio inter profissional. Na aposta e no pacto de gestão entre trabalhadores da SM e coordenação da ESF foi tomada a decisão de atender esta demanda dos trabalhadores. Organiza-se o trabalho de apoio inter profissional a partir das diretrizes do Ministério da Saúde baseado na tecnologia de Apoio Matricial. O que na época parecia uma resposta se revelou em muitas perguntas já antes dos primeiros encontros entre as equipes de SF e os matriciadores. Uma das perguntas era pensar o campo de saúde coletiva e o núcleo à Saúde Mental. O problema de pesquisa que pretendemos responder com a pesquisa refletiu a busca ao longo destes quatro anos (2007-2010) de Apoio Matricial em Saúde Mental em Rio Grande.

O Programa de SM e seus dispositivos tensionaram muito a instalação da equipe de Apoio Matricial. Outro tensionamento importante no processo implantação foi a necessidade dos profissionais de SF de que os matriciadores atendem-se sozinhos os usuários. O processo de pactuação do apoio matricial teve que se dar nestas três direções no Colegiado de SMe com as equipes do SF e de convencimento da gestão SF.

As avaliações anuais da Rede Gaivota foram importantes ferramentas para o processo de negociação com SF, pois demonstraram as potencialidades e fraquezas do processo de trabalho do Apoio Matricial – possibilitando a constituição estratégicas.

A Clínica Ampliada é o referencial teórico da tecnologia de Apoio Matricial. É através da sequencia dos cinco itens citados nos Cadernos da Atenção Básica (nº.

27, 2009) para descrever a clínica ampliada, a seguir apresentados como diretrizes que desenvolveremos nossas considerações finais: A compreensão ampliada do processo Saúde-Doença, Ampliação do “objeto de trabalho”, Construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, A transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho e suporte para os profissionais de saúde.

A compreensão ampliada do processo saúde-doença e ampliação do “objeto de trabalho”: o vínculo com o usuário do SUS no seu território de vida possibilita se relacionar com sua capacidade e produção de saúde. Pensamos na instalação do processo de trabalho do apoio matricial no nosso núcleo profissional e o campo de atuação como sendo Saúde Mental. No estudo das avaliações (segunda fase da pesquisa), aparecem como nós críticos da tecnologia as demandas intersetoriais e o sistema de referencia e contra referencia da rede de Saúde Mental e através dos dados qualitativos, nos faz compreender que SM é um dos núcleos do campo da ABS. Então pensar as diferentes necessidades dos usuários em SM extrapola este núcleo em outras dimensões de vida e âmbitos da rede.

A construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas nos leva a entender a tecnologia de apoio matricial em SM como um projeto piloto. As inter consultas, as VD's, o sistema de referencia e contra referencia da rede de Saúde Mental e as reuniões de supervisão em SM foram como ensaios.

O exercício de fazer de forma compartilhada com as equipes de SF e matriciadores o cuidado e de incluir o processo de subjetivação dentro da clínica é parte das agendas das equipes, através da tecnologia de Apoio Matricial em saúde mental. Algumas equipes estavam mais exercitadas para o acolhimento e vínculo, conforme aparece nos resultados da quarta fase de pesquisa. Aparece de forma crescente no ano de 2010(gráfico12) a ênfase dos casos supervisionados em tecnologias leves e no território. Estes dados das equipes selecionadas se referem a uma amostragem de 10% da cobertura de SF.

A pactuação de Apoio Matricial, com as equipes SF e matriciadores, pressupõem a co-responsabilidade com o processo de cuidado. As equipes de SF flexibilizam e dão espaço para os tensionadores dos matriciadores, pois recebem suporte e apoio na condução do cuidado dos usuários. É um processo de negociação contínua.

O Gráfico 12 confirma o avanço deste cuidado compartilhado entre matriciadores e equipes e SF ao longo dos anos concentrando-se mais na perspectiva de vínculo e cuidado no território das UBSF's.

Portanto, constata-se que existe produção sistemática de cuidado centrado no usuário e compartilhado entre os profissionais no território, a possibilitando exercício e formação de cuidado anti-manicomial e processos em movimentos contínuos em diferentes intensidades de ampliação da clínica.

A transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho, as estratégias de cuidado singulares para o atendimento das necessidades dos usuários exigem reinvenções da clínica.

A estratégia da constituição de TR entre as equipes e os matriciadores é um arranjo de gestão que otimiza os recursos para ampliação das possibilidades de organização e co-coordenação do cuidado dos usuários na SF.

As estratégias necessárias extrapolam o âmbito da assistência e se constituem em demandas com interface de assistência, formação, gestão e controle social, conformando assim o âmbito da EPS.

A experiência relatada no item 4.1 aborda a constituição da comissão de saúde mental e moradia para supervisionar as casas de cuidado à pessoa portadora de sofrimento psíquico. Outra exigência de reinvenção da clínica está na gravidade da demanda evidenciada pelos índices de internações psiquiátricas, em relação ao grupo diagnóstico de pessoas portadoras de transtorno referentes ao uso e abuso de álcool e drogas, especialmente nas áreas de SF, devido a serem espaços em que a oferta da droga é maior, quanto ao avanço do uso do crack.

No âmbito da assistência e prevenção não foi implementada nenhuma estratégia em território. Concorremos a editais com projetos inter setoriais e foram aprovados, mas por motivos administrativos não foram executados. A demanda de pessoas portadoras de transtornos referentes ao uso e abuso de álcool e drogas apresentam especificidades e exigem tratamento diferenciado. A tecnologia de apoio matricial atende de forma igual às demandas diferenciadas, não está centrada nas necessidades dos usuários de álcool e outras drogas. A exigência de atendimento estratégico desta demanda aparece como um dos limites da tecnologia de apoio matricial para a produção de cuidado anti manicomial.

As estratégias de organização horizontal de grupos de trabalho, a partir de projetos comuns em momentos que constituem possibilidade de se aproximar das necessidades dos usuários.

Em relação ao **Suporte para os profissionais de saúde**, a tecnologia de apoio matricial em Rio Grande estruturou várias ações de apoio: a supervisão psiquiátrica – aos médicos da SF, o apoio e cuidado à equipe e a inter consulta psiquiátrica. A ênfase no apoio aos profissionais possibilita que se ocupem dos usuários, à medida que dispõem de mais clareza de suas necessidades, podendo estar com suporte para a realização do cuidado.

As diferentes fases da pesquisa referem em seus resultados a necessidade do campo da ABS em saúde superar o cuidado centrado no médico ou na doença, apontando para ferramentas de apoio à transição de paradigma de centrar o cuidado no usuário do SUS. Houve durante o processo de repactuação do apoio às demandas das equipes de que os matriciadores funcionassem, para a equipe, na ideia de que dar suporte, fosse referenciar para o especialista o maior dos desafios para o apoio matricial em SM em RG foi o processo de fazer compartilhado como suporte. A negociação continua é desmistificar as ideias mágicas delegadas ao campo psi ou de Saúde Mental (em outro lugar na rede) e trabalhar para o desenvolvimentodas habilidades de cuidado em saúde mental de todos os trabalhadores.

A clínica ampliada busca construir sínteses singulares tensionando os limites de cada matriz disciplinar. Consiste pensar mais nas necessidades e recursos para cuidar do que nas especificidades profissionais. O vínculo e a compreensão ampliada do processo Saúde-Doença possibilita a ampliação do “objeto de trabalho” flexibilizando as fronteiras entre as áreas profissionais, através do enfrentamento das necessidades do usuário. Focar na pessoa usuária do SUS e não no trabalhador. A co-responsabilização do cuidado aciona outros recursos e estimula a criação de novos dispositivos no território, através de tecnologia leves e como organizadoras da Construção Compartilhada dos Diagnósticos e Terapêuticas. O fazer cuidar junto aciona processos de aprendizagens que driblam tensionamentos ligados aos núcleos profissionais. O PTS dos usuários organiza as relações solidárias e aparece com potencial de estabelecer metas cooperativamente. O monitoramento dos profissionais da linha de cuidado.

A tecnologia de apoio matricial em Rio Grande produz recriações de abordagens e PTS mais potentes, ampliando as possibilidades da Transformação dos “Meios” ou Instrumentos de Trabalho. As avaliações do processo de trabalhos nos dizem que existe assimilação/pactuação entre equipes SF e matriciadores, mas nos remete ao desafio da avaliação constante e da construção coletiva para além de manter o processo de cuidado compartilhado em SM, qualificá-lo.

Os pontos detectados como mais frágeis da tecnologia de apoio matricial esta na relação com a rede interna em SM e intersetorial, devido a ausência de processo de pactuação de fluxo e rotinas com âmbito interinstitucional e intersetorial da rede, o que sobrecarrega as equipes que trabalham nos territórios de SF.

Nesta análise as intenações aparecem os limites da tecnologia de apoio matricial no que tange as demandas das pessoas usuárias de álcool e outras drogas e das casas de cuidado, que apresenta aumento nos índices de internação psiquiátrica e necessidade de ações especializadas no território de SF. Os limites estão associados as necessidades de desenvolver processos cooperativos e articulados nos diversos âmbitos da rede.

A ampliação da clínica na lógica anti manicomial e de cuidado menos institucionalizado, na lógica de cuidado no território de vida dos usuários, contextualizado as suas necessidades e produzida pela relação tecnológica de apoio matricial e equipes de SF, a partir da análise das diferentes fases desta pesquisa, que identifica diferentes intensidades e desafia ao longo do processo do Apoio Matricial entre as equipes de SF e matriciadores e mapeia os desafios com a rede interna e externa de cuidado dos usuários .

Acredita-se que as reflexões oriundas deste esforço acadêmico sobre uma práxis possam se converter em contribuições concretas para as políticas na área da Saúde Mental em sua necessária interface com a atenção básica. O NASF que é a nova aposta do MS e da ESF , a partir desta experiência de implantação de apoio matricial em SM , tem premissas para refazer a pactuação de Apoio Matricial onde a SM é apenas um dos núcleos na relação com o campo da SF.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: debate em torno da Reforma Psiquiátrica. **Caderno de Saúde Pública**. V. 2. N. 3. Rio de Janeiro, jul.-set. 1995.

AVED, Bernadete Wrubueski (org.). **Traços do trabalho coletivo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 1979.

BAREMBLIT. **Introdução à esquizoanálise**. Belo Horizonte: Fundação Gregório Baremeritt, 1998.

BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006.

BRASIL. **Cartilha Humaniza SUS: equipe de referência e apoio matricial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. **Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho**. Cap: 5 Reforma Psiquiátrica: Direito ao Trabalho e Emancipação – Fernanda Nicácio - pág. 75- 78. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Cartilha Redes de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na Escola** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p.: il. – (Série B. **Textos Básicos de Saúde**) (Cadernos de Atenção Básica; n. 27)

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. V. 23. N. 2. Rio de Janeiro, fev. 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. V.4, N.2. Rio de Janeiro, 1999.

_____. **Saúde Paidéia**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

CECCIM, Ricardo Burg. *Educação Permanente em Saúde*: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(4):975-986, 2005.

_____. *A emergência da educação e ensino da saúde*: interseções e inter setorialidades. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v.1, n.1, p.9-23, jan./jun. 2008.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. V.14. N. 1. Rio de Janeiro, jan.-jun. 2004.

FIGUEREDO, Mariana Dorsa. O trabalho e a contemporaneidade: o trabalho tornado vida. Cartografias e deveres a construção do presente? **Revista Psicologia e Sociedade**. V. 16. N. 3. Rio de Janeiro, set.-dez. 2004, p. 137-147.

_____. **Saúde Mental na Atenção Básica**: um estudo hermenêutico - narrativo sobre apoio matricial na rede SUS. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2006.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 12.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2006.

_____. **História da loucura**: na Idade Clássica. 8.ed. São Paulo: Perspectiva, 2007.

FRANCO, Maria Laura P. B. **Análise de Conteúdo**. 2.ed. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

FRANCO, T.B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: Pinheiro, R. & Matos, R.A. **Gestão em Redes**. LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2006.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Produção Imaginária da Demanda. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs.) **Construção Social da Demanda**. IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2005.

GIOVANELLA, Lígia. Planejamento Estratégico em Saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 6 (2) : 129-153, abr./jun., 1990.

LANCETTI, Antonio. **Saúde Loucura**. Saúde Mental e Saúde da Família. Nº 7. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MAIA, Rousiley; FERNANDES. O movimento anti-manicomial como agente discursivo na esfera pública política. **REVISTA BRASILEIRA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**. V. 17, N. 48. São Paulo, fev. 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 24.ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 1994.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde** / Maria Cecília Minayo. 12.ed. Revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOLINA, Aurélio; DIAS, Emanuel; MOLINA, Ana E. A. L. **Iniciação em pesquisa científica**. Recife: EDUPE, 2003.

OLIVEIRA, Alice Guimarães; ALESSI, Neiry Primo. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. **Revista de Saúde Coletiva**. V. 17, N. 48. Rio de Janeiro, jan.-mar. 2005.

ONOCKO CAMPOS, R. Clínica: a palavra negada. Sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. In: **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v.25, n.58, p.98-111, maio/ago.2001.

SEVERINO, Antonio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico** – 23.ed. Rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.). **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

VECHI, Luís Gustavo. Iatrogênica e a exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. **Revista de Estudos de Psicologia**. Natal, set.-dez. 2004, v. 9, n. 3.

VIETTA, Edna P; KODATO, Sergio; FURLAN, Reinaldo. Reflexões sobre a transição paradigma em saúde mental. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto (SP), mar.-abr. 2001, v. 9, n. 2.

ZAMBENEDETTI, Gustavo. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. **Psicologia em Revista**. V. 14. N. 1. Belo Horizonte, p. 131-150, jun. 2008. Disponível em:

<<http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/292/301>>.

Acesso em: 19 jul. 2009.

ANEXOS

ANEXO 1 – Instrumento de avaliação Rede Gaivota

Solicitamos que:

- O preenchimento dos instrumentos seja realizado com toda a equipe;
- lembramos da responsabilidade do Técnico de Referência em Saúde Mental e ao mesmo tempo da coordenação da equipe de SF, para auxiliar no preenchimento dos mesmos;

OBS: O RECOLHIMENTO SERÁ REALIZADO NAS UBSF'S DIA 07-10- 2010.

1- Avalie os seguintes itens conforme o processo de trabalho da Rede Gaivota:

1.1 Supervisão Psiquiátrica

Muito Boa Boa Regular Ruim

Considerações e Sugestões:

1.2 Visitas de supervisão e assessoria em saúde mental com as equipes da ESF.

Muito Boa Boa Regular Ruim

Considerações e Sugestões:

1.3 Visitas domiciliares e inter consultas.

Muito Boa Boa Regular Ruim

Considerações e Sugestões:

1.4 Sistemas de referência e contra referência com a rede de saúde mental (encaminhamentos e comunicação)

Muito Boa Boa Regular Ruim

Considerações e Sugestões:

1.5 Grupos de cuidado em saúde mental dos usuários, com a participação da Rede Gaivota (Grupo de Orientação Familiar- CAIC e Quinta; Projeto Rodas de Conversa - Torotama).

Muito Bom Bom Regular Ruim

Considerações e Sugestões:

1.6 Assessoria com os técnicos da Rede Gaivota (espaço de cuidado da equipe).

Muito Boa Boa Regular Ruim

Considerações e Sugestões:

1.7 Atuação da Rede Gaivota como facilitadora das relações inter setoriais (SMCAS, Conselho Tutelar, Conselho do Idoso).

Muito Boa Boa Regular Ruim

Considerações e Sugestões:

2 - Avalie os seguintes itens conforme o processo de trabalho em Saúde Mental:

2.1 Preparação pela equipe UBSF da supervisão em Saúde Mental (participação membros da equipe e seleção de casos entre a equipe).

Muito Boa Boa Regular Ruim

Considerações e Sugestões:

2.2 O monitoramento (cuidado longitudinal) das famílias pela equipe da UBSF, dos casos discutidos nas visitas de supervisão em Saúde Mental.

Muito Bom Bom Regular Ruim

Considerações e Sugestões:

2.3 Organização documental da equipe da UBSF, dos casos/famílias com demandas em Saúde Mental (preenchimento Boletim Referência e Contra-Referência e organização dos registros da supervisão).

Muito Boa Boa Regular Ruim

Considerações e Sugestões:

Espaço aberto para críticas e sugestões:

ANEXO 2 – Boletim de referência e contra referência

PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO GRANDE SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	BOLETIM DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA	INFORMAÇÕES DA CONSULTA Data: Horário: Local: Médico
--	---	---

1- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome:..... Idade:..... Sexo:..... Profissão:..... Endereço:..... Bairro:.....
--

2- INFORMAÇÕES DE REFERÊNCIA

Profissional:..... UBS:.....

História Clínica:..... Exames Complementares realizados:..... Conduta Terapêutica:..... Especialidade referenciada:..... Motivo do Encaminhamento:..... Assinatura e Carimbo do Profissional:..... Local:...../...../.....
--

3- INFORMAÇÕES PARA CONTRA-REFERÊNCIA

Parecer: Conduta: RETORNO EM QUANTO TEMPO? Assinatura e carimbo do Profissional Local:...../...../.....
