

MARIANA DORSA FIGUEIREDO

*Este exemplar corresponde à versão final da
Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências
Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de
Mestre em Saúde Coletiva, na área de Saúde Coletiva.
Campinas, 10 de Fevereiro de 2006.*

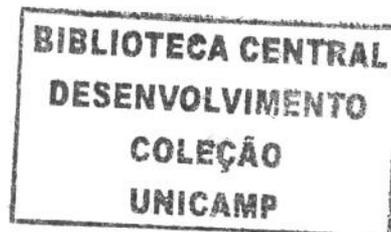
Prof. Dra. Rosana Teresa Onocko Campos
Orientadora

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA:

um estudo hermenêutico-narrativo sobre o Apoio Matricial na
rede SUS-Campinas (SP)

CAMPINAS

2006



MARIANA DORSA FIGUEIREDO

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA:
um estudo hermenêutico-narrativo sobre o Apoio Matricial na
rede SUS-Campinas (SP)

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas, para obtenção do título de
Mestre em Saúde Coletiva.*

ORIENTADORA: PROFA. DRA. ROSANA ONOCKO CAMPOS

CAMPINAS

2006

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	TI UNICAMP
	FL 6978
V	EX
TOMBG BCI	69726
PROC	6.123.06
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	11,00
DATA	23-8-06

FXXX

Figueiredo, Mariana Dorsa

Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas / Mariana Dorsa Figueiredo. Campinas, SP : [s.n.], 2006.

Orientador : Rosana Onocko Campos

Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde Mental. 2. Atenção básica à saúde . 3. Gestão. I. Campos, Rosana Onocko. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Slp/fcm

Título em ingles : Basic mental health care: a hermeneutic-narrative approach on matricial support in the unified health system (SUS) city of Campinas, State of São Paulo- BRAZIL

Keywords: • Mental Health

- Basic Health care
- Management

Área de concentração : Saúde Coletiva

Titulação: Mestrado em Saúde Coletiva

Banca examinadora: Profa. Dra. Rosana Onocko campos

Prof Dr Everardo Duarte Nunes

Prof Dr Paulo Eduardo de Carvalho Amarante

Data da defesa:10-02-2006

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Profa. Dra. Rosana Teresa Onocko Campos

Membros:

- 1. Profa. Dra. Rosana Teresa Onocko Campos**

- 2. Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante**

- 3. Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes**

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 10/02/2006

DEDICATÓRIA

*Ao meu pai (na memória),
que me narrava histórias antes de dormir.*

Enfim, posso tentar retribuir com essas lembranças àqueles que me apoiaram na realização desse trabalho, espero que continuemos trocando.

À Rosana, mais que orientadora... Pela aposta e confiança, sempre muito bem combinadas à sutileza com que me assegurava nos momentos de hesitação. Meu agradecimento e respeito por todos esses anos de formação.

Às equipes do Centro de Saúde São Marcos, em particular à Vera, Dra. Valéria e Dr. Pedro. Do nosso trabalho surgiram as indagações que me impulsionaram ao mestrado.

Agradeço especialmente a todos os profissionais que trouxeram sua voz nos grupos focais, gentilmente se deslocando de suas Unidades para tornar possível essa pesquisa, e que constroem no cotidiano os novos rumos da saúde mental.

À Cilene, Rosa, Ana Carla, Carol, Stella e Gabi, porque se desdobraram para pensar comigo a composição dos grupos focais, e deles participaram, empenhadas na concretização de tantos desafios da Reforma.

À Gabi, em especial, que durante anos de convivência me inspirava a seguir pela Saúde Coletiva.

À Clarice, pela sua contribuição nas discussões e pela paixão e delicadeza com que desenvolve seu trabalho.

À Úrsula e Nusha, pelas sensíveis observações durante os grupos focais.

Ao Juarez Furtado, pelos apontamentos sempre enriquecedores.

Ao Gastão Wagner, cuja obra me mobiliza até aqui e para além.

Aos professores Everardo Nunes e Paulo Dalgalarro, pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.

À turma do mestrado, pois, acompanhadas, era mais fácil seguir.

Ao nosso grupo de pesquisa. Processando dúvidas hermenêuticas sempre com bom humor.

À Rose, pelo bem vindo socorro em algumas transcrições.

Ao CNPq, pelo financiamento da pesquisa.

Ao Regis, pela sua fantástica tática de ensinar inglês para quem teimava não querer aprender.

À Nusha (de novo), pela amizade inigualável e pelas conversas de fim de tarde, quando dividimos as alegrias e as dores da vida enquanto passeamos com nossos cachorros.

Ao Nelson e à Larissa (pais da Elis), querido casal que me incentivou tanto, da revisão do projeto à sincera comemoração pela minha entrada no mestrado, e depois as perguntas interessadas sobre o trabalho.

Ao André, pelas interlocuções intermináveis que adoramos e porque pudemos compartilhar nossas experiências (por vezes dolorosas) de ter a palavra como isca de sentidos.

À Leo, amiga decidida, por me mostrar que na vida podemos o quanto queremos.

Aos queridos “Cronópios”, que fazem a hora do almoço incrivelmente familiar, saborosos momentos-vírgula no trabalho de escrever.

À minha família. Mãe, de quem herdei a determinação. Marina, Sérgio e Lucas, Marcelo e Grá, vibram comigo a cada conquista. Lívia, pequena sapeca, porque veio e nos chama a brincar.

Ao Marcus, minha paixão... Suportando minha ansiedade e compenetração exageradas nos momentos mais cruciais da pesquisa, me lembrava que ela era somente mais uma das delícias da minha vida.

*“A solidez da terra, monótona,
parece-nos fraca ilusão.
Queremos a ilusão grande do mar,
multiplicada em suas malhas de perigo.”*

CECÍLIA MEIRELES

	<i>PÁG.</i>
RESUMO	<i>xxiii</i>
ABSTRACT	<i>xxvii</i>
1- INTRODUÇÃO	31
No passo da Reforma.....	33
A saúde mental na rede básica.....	35
Uma rede ou um emaranhado?	39
O Apoio Matricial: imbricando saúde e saúde mental.....	43
Saúde mental e Apoio Matricial no Paidéia Saúde da Família.....	49
2- OBJETIVOS	57
3- PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS	61
4- O TRABALHO DE CAMPO	69
Técnica de coleta dos dados: grupos focais.....	73
Os grupos focais em ação.....	76
5- INTERPRETAÇÃO: a narrativa alinhavando sentidos	81
6- REFERENCIAL TEÓRICO COMUM	87
7- AS NARRATIVAS: diferentes olhares sobre o Apoio Matricial	93
1) O que diz a saúde mental?	95
2) A vez das Equipes de Referência: Parte I.....	108
3) A vez das Equipes de Referência: Parte II.....	117
4) Da perspectiva do gestor.....	124

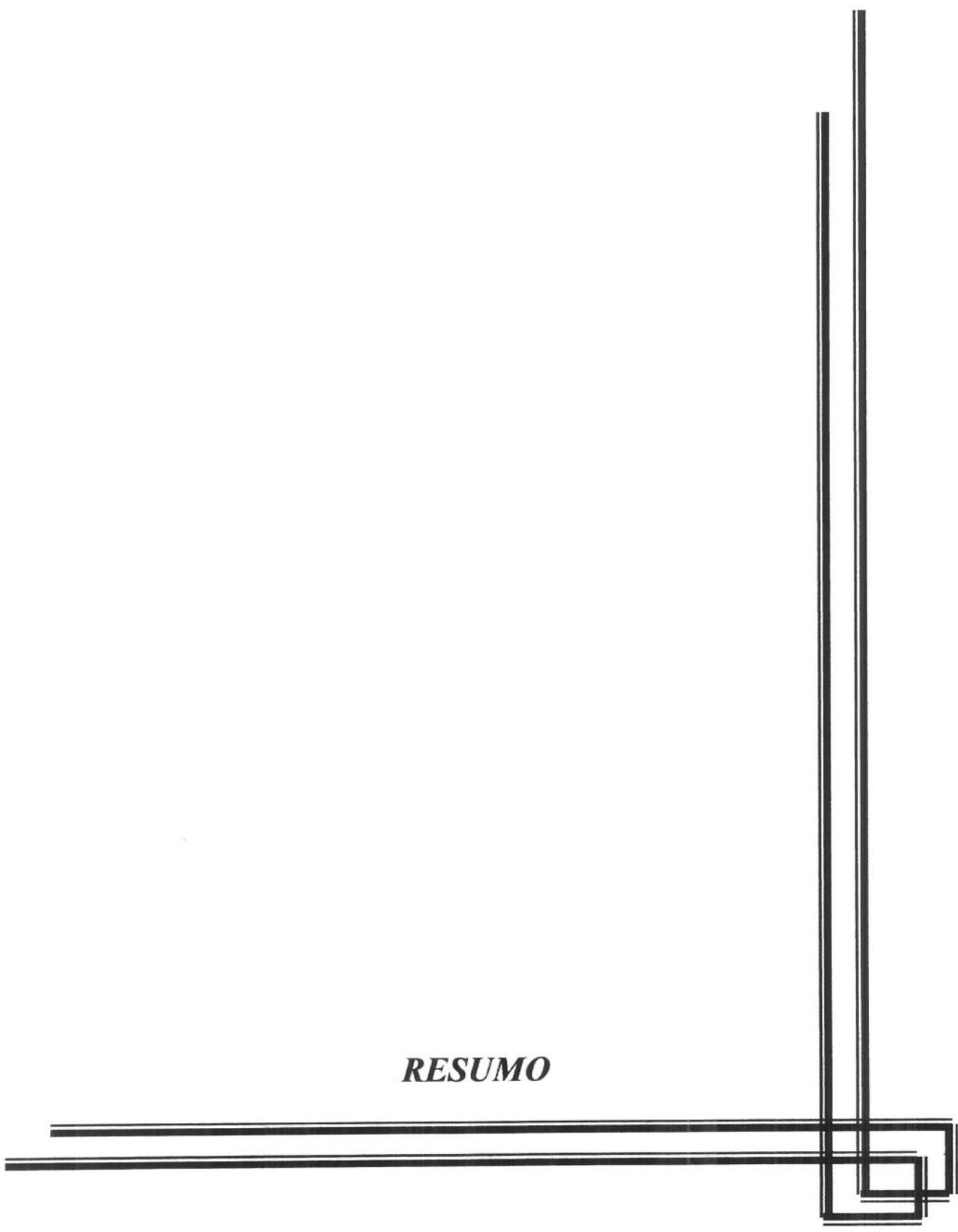
8- A META-NARRATIVA: tecendo o nosso enredo.....	135
9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	149
10- ANEXOS.....	157

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEVI	Centro de Vivência Infantil
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CRAISA	Centro de Referência e Atenção Integral à Saúde do Adolescente
CRIAD	Centro de Referência e Informação sobre Alcoolismo e Drogadição
CS	Centro de Saúde
ER	Equipe de Referência
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
MS	Ministério da Saúde
NAC	Núcleo de Atenção à Crise
NADEQ	Núcleo de Dependências Químicas
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NOT	Núcleo de Oficinas e Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SADA	Serviço de Atenção às Dificuldades de Aprendizagem

SM	Saúde Mental
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TO	Terapia Ocupacional
UBS	Unidade Básica de Saúde

RESUMO



Na presente investigação realizamos uma análise sobre a organização das ações de saúde mental na rede básica de saúde de Campinas (SP), a partir da implantação do arranjo de gestão denominado Apoio Matricial. Esse arranjo visa disparar a ampliação da clínica das equipes interdisciplinares de saúde e reorientar a demanda para a saúde mental. Desviando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica da co-responsabilização, ele pretende produzir maior resolutividade à assistência em saúde.

Realizamos grupos focais com profissionais de saúde mental, das Equipes de Referência e gestores, e procuramos, sob a ótica da abordagem hermenêutica-crítica, encadear suas principais linhas argumentativas de modo narrativo, a fim de combinar a análise com a construção de sentidos para o material produzido. Após essas construções narrativas, produzimos uma meta-narrativa, conectando os diferentes enredos e vinculando-os ao contexto histórico-social da saúde mental e da saúde coletiva. Pretendemos, com isso, contribuir para que as discussões geradas pelos profissionais possam ser significadas no interior das transformações políticas e assistenciais na área da saúde mental.

Palavras-chave: saúde mental, atenção básica à saúde, apoio matricial, gestão.

ABSTRACT

By means of the present study, we analyzed the organization of mental health actions in the basic health network of the city of Campinas (SP), from the implantation of arrangements for the management called Matricial Support. These arrangements aim to advance the enlargement of the clinic of health interdisciplinary teams and reorient the demand for mental health. By deviating the logic of indiscriminate referrals to the logic of co-responsibility, it intends to produce a larger solvability to health assistance.

We created focal groups with mental health professionals, from reference teams and managers, and we searched for, under the optics of the hermeneutic-critical approach, an interrelation of their main argumentative lines in a narrative way, with the purpose of combining the analysis with the construction of meanings for the material produced. After these narrative constructions, we produced a narrative goal, linking the different plots and joining them to the social-historical context of mental health and collective health. With that, we intended to contribute so the discussions generated by the professionals may be signified in the interior of political and assistance transformations in the area of mental health.

Key-words: mental health, basic health care, matricial support, management.

1- INTRODUÇÃO

No passo da Reforma

Nos últimos anos, a Reforma Psiquiátrica brasileira tem avançado vigorosamente na reformulação da atenção em saúde mental, desconstruindo conceitos e práticas baseadas no isolamento e na exclusão social como formas de tratar a loucura.

A partir do fim da década de 80, profissionais de saúde mental¹ articulam-se em torno do lema “Por uma sociedade sem manicômios” e desencadeiam um amplo debate nacional sobre a loucura, a psiquiatria e a violação de direitos humanos nos manicômios, e passam a impulsionar processos de desinstitucionalização e criação de novas propostas assistenciais (AMARANTE, 2001).

Através de ações incisivas na cultura e da ampliação dos atores sociais envolvidos, o Movimento da Luta Antimanicomial extrapola o contorno das ações institucionais e de assistência e passa a difundir a crítica ao manicômio e as discussões sobre o tema da Reforma Psiquiátrica, chamando a sociedade a reconstruir sua relação com o louco e com a loucura (TENÓRIO, 2002), condição fundamental para o sucesso das iniciativas de reabilitação psicossocial.

Tais ações na cultura foram fatores estratégicos e potencializadores do processo de desinstitucionalização, já que se tratava não apenas de desospitalizar os pacientes, mas de romper com o saber psiquiátrico enquanto ideologia (BASAGLIA, 1985) e desconstruir todo um aparato manicomial que se estende às atitudes sociais, à intolerância frente às diferenças, às relações de poder, dominação e exclusão que se estruturam em torno da loucura (AMARANTE, 1995).

¹ Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, Rede de Alternativas à Psiquiatria, Associação Brasileira de Psiquiatria, entre outros atores, que vieram compor, juntamente com usuários e familiares, o Movimento da Luta Antimanicomial.

Esse contexto de movimentação social e política, estreitamente ligado ao processo de redemocratização do país, cria as condições históricas para o surgimento de outras possibilidades de olhar e tratar a loucura e o sofrimento psíquico, sendo então nas décadas de 80 e 90, delineadas grandes transformações no cenário das políticas públicas em saúde mental, na tentativa de supressão do manicômio².

Através de uma intensa produção teórica e de novas experiências assistenciais, houve um esforço em direção à implantação de uma política que promovesse mudanças nos serviços e nas práticas profissionais. Mudanças que representaram negar a tutela como intervenção terapêutica, para construir uma assistência baseada na produção de vida e de subjetividades, no restabelecimento das relações afetivas e sociais dos sujeitos e na reconquista de seu poder social (DELGADO, GOMES & COUTINHO, 2001).

É nesse marco, que o Ministério da Saúde promulgou as Portarias 189/91 e 224/92 (BRASIL, 1991 e 1992), que vieram anunciar um contínuo processo de reformulação legislativa da área, baseado inicialmente na transferência do financiamento de internações psiquiátricas para a criação de serviços extra-hospitalares que substituiriam os hospitais psiquiátricos. Essa política passou a ser desencadeada a partir das experiências pioneiras de dois serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, o Centro de Atenção Psicossocial (Caps) Prof. Luis da Rocha Cerqueira, criado em São Paulo em 1987 e os Núcleos de Atenção Psicossocial (Naps), criados a partir de 1989 em Santos.

Desde então, o modelo Caps passou a ser experimentado nas diversas regiões do Brasil como principal investimento da política de saúde mental. Nas últimas duas décadas o número de Caps implantados expandiu de forma expressiva em todo o território nacional. De 1996 até 2004, o número de leitos em hospitais psiquiátricos caiu de 72.514 para 48.344. Com isso, houve um grande incremento no número de Caps, ampliando-se de 154 serviços existentes em 1996 para 554 na atualidade (BRASIL, 2004a).

Ainda que se esteja longe de superar a supremacia do hospital psiquiátrico, o processo de extensão da cobertura dos serviços substitutivos vem ocorrendo de maneira consistente e continuada. A Coordenação de Saúde Mental do Ministério (idem, ibidem)

² As propostas para reversão do modelo manicomial sucederam-se sob diferentes posições políticas, como se verá adiante. Para uma reflexão mais aprofundada, ver Braga Campos (2000).

estima a necessidade de 750 serviços no país (parâmetro internacional adotado pelo Instituto Franco Basaglia – IFB, 2004). Apesar de insuficientes para a grandeza da população brasileira, esses números demonstram a crescente e intensiva difusão da rede substitutiva de saúde mental pelo país, numa trajetória promissora de reversão do modelo assistencial vigente.

Porém, essa nova rede de atenção à doença mental grave, ainda que inserida no rol das políticas públicas de saúde e alinhada aos princípios do SUS, veio se constituindo de forma bastante afastada da rede básica de saúde, resultando num certo descolamento entre as práticas de saúde mental e as práticas de saúde na sua acepção mais ampla.

A saúde mental na rede básica

Para entendermos o lugar da saúde mental na atual conjuntura do sistema de saúde é preciso fazer algumas breves considerações sobre o modo como essa bifurcação de práticas e saberes veio se compondo na história sanitária.

Já desde o início dos anos 80, a política nacional para a área de saúde mental era um desdobramento da política de saúde mais geral, que havia estabelecido a Atenção Primária em Saúde como ponto de partida para a organização da assistência (BRAGA CAMPOS, 2000).

Em 1982, o CONASP – Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária – lança as diretrizes para a implantação da Atenção Primária em Saúde (idem, *ibidem*) e postula a hierarquização dos serviços por níveis crescentes de complexidade tecnológica, numa composição em pirâmide, ou seja, para o nível primário a prevenção e os cuidados básicos em saúde, o que seria a porta de entrada ao sistema, para o nível secundário a assistência especializada, nos ambulatórios de especialidades, e para o nível terciário as ações mais complexas, na rede hospitalar.

Seguindo esse princípio, a assistência psiquiátrica foi também inserida na estratégia de Atenção Primária através da implementação de equipes mínimas de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), cujo trabalho estaria voltado para prevenção e tratamento segundo seu nível de complexidade (SOMBINI, 2004).

Porém, essa política de inserção da saúde mental na rede básica não rompeu com as práticas psiquiátricas tradicionais (BRAGA CAMPOS, 2000), ao contrário, a lógica da hierarquização pressupõe que na ocasião de uma crise/agudização dos sintomas, o paciente acompanhado no Centro de Saúde deva ser encaminhado para um serviço de maior complexidade que, nesse caso, seria a internação hospitalar. Ainda que se esperasse que essas internações ocorressem em hospitais gerais, o fato é que na maioria das regiões do país elas continuaram a acontecer no hospital psiquiátrico.

Esse modelo era bastante criticado pelo Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental que, em suas diversas formas de expressão, defendiam uma proposta mais radical (no sentido de ser levada às últimas conseqüências) de desinstitucionalização e supressão dos manicômios. Alguns setores defendiam, sobretudo, a criação de equipamentos intensivos para a atenção psiquiátrica, que fossem capazes de dar sustentação integral à vida dos usuários, mesmo nos episódios de crise. Isso porque, especialmente nesse momento, seria fundamental manter o vínculo equipe/usuário.

A partir dos princípios adotados na Constituição de 1988 para a organização do Sistema Único de Saúde, inicia-se a implementação de uma rede básica mais complexa que a proposta do CONASP, que deveria funcionar não só como a porta de entrada ao sistema, mas realizar a integralidade das ações, incorporando a prevenção, a promoção e a assistência (MERHY, 1997).

Diversos Estados brasileiros passam a propor a ampliação das equipes de saúde mental na rede básica, visando o desenvolvimento de ações preventivas e de nível secundário, tanto para pacientes com transtornos prevalentes de menor gravidade, quanto para os pacientes egressos de hospitais psiquiátricos.

Porém, essas iniciativas não se sucederam de grande investimento político. Segundo Sombini (2004), as equipes de saúde mental foram absorvidas nos serviços sem qualquer revisão de seu processo de formação ou outras propostas de capacitação profissional. Foram se compondo com insuficiência de recursos humanos e pouca clareza do papel que deveriam exercer. Ainda mais, poderíamos afirmar que elas foram instaladas sem o acompanhamento de dispositivos institucionais que lhes permitissem refletir sobre as

próprias resistências à tarefa primária (KAËS, 1991; ONOCKO CAMPOS, 2003), e analisar as formações de compromisso institucionais resultantes, o que acabou por produzir (em numerosos casos) equipes que passaram a acompanhar as equipes das UBSs nas atividades de prevenção, promoção e educação em saúde, em prejuízo do acompanhamento dos casos mais graves.

Nessa mesma época, como já vimos, começam a ser criados os primeiros serviços extra-hospitalares em São Paulo e em Santos, os quais, pela inovação e ousadia da proposta, ganharam maior visibilidade e traziam grande repercussão para a reforma da assistência em saúde mental, visto que eram impulsionados por forte movimento político e social.

Assim, o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a implementação de equipamentos substitutivos passam a ser as principais estratégias políticas para a saúde mental nesse momento histórico, dada a necessidade e a grande dificuldade de desconstruir conceitos sobre a loucura e romper com as formas de tratamento já há muito tempo arraigadas no imaginário social – e também na lógica sanitária hegemônica – como muito bem destaca Amarante (2001).

Se por um lado o Caps ocupou esse lugar de destaque na reorganização da assistência em saúde mental, por outro, pouco se investiu para que a rede básica acompanhasse os avanços da área de saúde mental em sua trajetória de transformação tecno-assistencial.

Todavia, essa dicotomia traz desdobramentos importantes para a configuração do SUS enquanto sistema unificado e integral, assim como para a eficácia tanto da rede básica, quanto dos equipamentos substitutivos, dada a dificuldade de estabelecer parcerias necessárias para uma atenção resolutiva em saúde mental.

Além disso, o restrito investimento da Reforma Psiquiátrica na rede básica traz repercussões para a produção de subjetividade dos profissionais, que se mantiveram, em geral, à margem do movimento social pela saúde mental e pouco engajados na criação de uma assistência mais inclusiva e reprodutora da vida social. Todo o movimento gerado em

torno da invenção de respostas clínico-políticas à questão do sofrimento mental e a necessidade de construção de uma assistência territorial e integralizada, ainda hoje, na rede básica, encontram raro eco.

Em decorrência disso, e ainda se considerarmos que a saúde mental veio se apresentando como uma especialidade na área da saúde, podemos ressaltar o modo bastante burocratizado com que ela continua operando nos Centros de Saúde. Com práticas centralizadas nas tradicionais guias de referência e contra-referência, encaminha-se os pacientes para outras especialidades ou para o nível de maior complexidade, repercutindo quase sempre em des-responsabilização pela produção de saúde. Isso nos casos em que os Centros de Saúde possuem equipes de saúde mental. O que dizer então das situações de diversos municípios brasileiros em que os profissionais de saúde mental encontram-se isolados nos ambulatórios de especialidades, recebendo os encaminhamentos da Atenção Primária?

Esse modelo de rede hierarquizada em pirâmide, com seus níveis de complexidade primária, secundária e terciária, tem sido bastante criticado por alguns autores. Campos, já em 1994, propunha “... a substituição da pirâmide por um redemoinho de ponta-cabeça. Micro-furacões com a base em movimento sobre o solo. Ao invés de uma estrutura ossificada pelo concreto de normas e programas, um fluxo estruturado (...). Um tufão invertido e em movimento, tendo como fonte de energia as necessidades e interesses dos usuários e como leme o diálogo do saber técnico com este torvelinho de desejos. E tudo isto mediado pela política” (Op. Cit.: 61-62). Cecílio (1997) discute a possibilidade de pensar a hierarquização do sistema a partir de um “arredondamento da pirâmide” (Op. Cit.: 9), de modo que todo serviço funcionasse como porta de entrada às pessoas, cada serviço responsabilizando-se efetivamente por elas e realizando a integralidade possível das ações.

Uma atenção integral, como a pretendida pelo SUS, só poderá ser alcançada através da troca de saberes e práticas e de profundas alterações nas estruturas de poder estabelecidas, instituindo uma lógica do trabalho interdisciplinar, por meio de uma rede interligada de serviços de saúde.

Nesse sentido, o descompasso aqui discutido, entre a rede básica e a rede de saúde mental representada em especial pelos Caps, coloca-se como grande entrave para o entrelaçamento das ações que, em saúde mental, é uma necessidade inquestionável.

Uma rede ou um emaranhado?

Os Caps configuram-se como ‘equipamentos-síntese’ (NICÁCIO, 1994), subvertendo a lógica da hierarquização e agregando os diferentes níveis de atenção em uma só unidade. Definidos como serviços territoriais, isso aponta, para além da regionalização dos serviços, à idéia de territórios subjetivos, ou seja, o “conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenharam a moldura do cotidiano do sujeito, de seu projeto de vida e de sua inserção no mundo” (DELGADO *apud* TENÓRIO, 2002: 32).

Assim, a clínica no território não se restringe à remissão de sintomas, mas ocupa-se da existência dos sujeitos e de suas possibilidades de habitar o social (AMARANTE, 1995; GOLDBERG, 1992). Por isso, a assistência nesses serviços tem um caráter intensivo e suas ofertas terapêuticas são diversificadas e ampliadas para dar sustentação cotidiana às dificuldades acarretadas pela doença mental grave.

Ainda que a clínica das psicoses e das neuroses graves esteja baseada em cuidados intensivos de especificidade de equipamentos como os Caps (TENÓRIO, 2002), a Atenção Básica tem um papel importante no processo de reinserção social dos usuários com transtornos psiquiátricos graves, já que também está imersa no território e é, afinal, um espaço de produção de saúde em geral, tanto para os usuários, quanto para suas famílias.

A questão que aqui se coloca vai além da definição de qual serviço deveria se incumbir do paciente grave, se o Caps ou a Atenção Básica, outrossim, está na relação a ser construída entre os dois tipos de serviços para a composição de uma rede de atenção integral e resolutiva em saúde mental e em saúde na sua acepção mais geral.

O Ministério da Saúde, em sua Portaria 336, define que os Caps devem “responsabilizar-se (...) pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território” e “(...) desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território” (BRASIL, 2004b: 126).

Tomando como princípios que a clínica e a reabilitação psicossocial são mais eficazes quando operadas no território existencial onde as pessoas vivem (LANCETTI, *apud* BRAGA CAMPOS & NASCIMENTO, 2003) e que o Caps é o serviço de referência para a doença mental grave, então quanto mais territorial seja o Caps, menos a Atenção Básica se encarregará das demandas de maior gravidade.

Contudo, ao tomarmos o Caps como ordenador da rede, como propõe o Ministério, não estaríamos reiterando o foco nesse equipamento e o seu isolamento em relação àquela rede ampla e entrelaçada de saúde que almejamos?

Nesse caso, mais apropriado seria trabalhar com o conceito-imagem de uma rede multicêntrica, em que o Caps pode funcionar como agenciador das demandas em saúde mental, mas no qual, por outro lado, cada um dos atores sociais e serviços envolvidos na atenção se destacam, em determinado momento, de acordo com o andamento do Projeto Terapêutico de cada usuário. Uma rede que permita o entrelaçamento das ações e das relações. Uma rede pulsante e viva, que se movimenta para dar sustentação às necessidades dos usuários e de acordo com elas. Uma rede sem centralidade, porém quente o suficiente para agenciar as demandas dos usuários, e se transformar em um suporte efetivo para as dificuldades em andar a vida que esses usuários possuem.

Assim, destaca-se a necessidade de parceria entre os serviços: há casos comuns entre os serviços, há situações que dizem respeito tanto aos Caps como à Atenção Básica. Seria o caso do usuário do Caps que é da região de determinada equipe do Centro de Saúde ou o garoto usuário de drogas que em dado momento precisa de uma contenção de crise. Nessas situações é fundamental a articulação dos serviços, a discussão do caso comum, o envolvimento dos diversos atores no caso em questão.

Além disso, é na Unidade Básica de cada região onde os usuários dos Caps são assistidos em seus problemas de saúde em geral, e sabemos o quanto ainda é necessário desmistificar a doença mental no imaginário dos profissionais de saúde e qualificá-los para lidar com essa demanda.

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde os problemas de saúde mental respondem por 12% da carga mundial de doenças (OMS, 2001). No Brasil, o Ministério da Saúde avalia que cerca de 3% da população apresenta transtornos mentais

severos e persistentes e necessita de cuidados contínuos, intensivos (específicos dos Caps), enquanto que 9% apresenta transtornos mentais leves, pelos quais a Atenção Básica deve responsabilizar-se (BRASIL, 2003). Além disso, de 6 a 8% da população apresenta transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, e é também na rede básica que se realizam as práticas de cunho preventivo e assistencial a essa demanda (idem, ibidem).

Os transtornos psíquicos leves, mais prevalentes, são manifestos geralmente sob a forma de queixas somáticas e ‘nervosas’, transtornos de ansiedade, quadros depressivos e reativos relacionados a problemas sociais e familiares e decorrentes do uso e abuso de psicotrópicos.

Para além desses transtornos, são diversos os problemas advindos das faltas concretas na vida, ou gerados pela ordem sócio-econômica vigente. É inegável que a miséria em que se encontra a maior parte da população brasileira, sobretudo na periferia das grandes cidades, se traduz em condições de existência favoráveis às dificuldades afetivas, emocionais e relacionais.

Existe, ainda, um componente subjetivo que se associa a toda doença física. Muitas vezes ele atua como entrave ao tratamento, à adesão às práticas preventivas e até mesmo como intensificador da doença. Entre tantos exemplos por nós já conhecidos, seria o senhor que já não vê tanto valor na vida e não mais se importa se o cigarro potencializa sua doença cardíaca; a menina que não se mobiliza para o uso do preservativo nas relações sexuais, preocupada com o juízo que fará o seu parceiro; o paciente com câncer que não encontra resistência para enfrentar a doença. Esses casos todos poderiam em muito se beneficiar com a ampliação da clínica³ das equipes do Programa de Saúde da Família – PSF (CAMPOS, 2003).

Atualmente, o desenvolvimento da estratégia Saúde da Família na rede básica vem tencionando a incorporação das dimensões subjetiva e social na prática clínica, através do princípio da atenção integral ao sujeito e por meio do vínculo entre equipes e usuários, a

³ Consideramos o termo ‘ampliação da clínica’ no sentido desenvolvido por Campos (2003). Uma resignificação da clínica, de modo a deslocar sua ênfase na doença, para centrá-la num sujeito concreto e singular, portador de uma certa enfermidade.

fim de propiciar maior resolutividade para os problemas de saúde. Isso faz com que as equipes do PSF se deparem cotidianamente com problemas de saúde mental.

Uma pesquisa do Ministério da Saúde mostra que 56% das equipes de Saúde da Família referem realizar ‘alguma ação de saúde mental’ (BRASIL, 2003), ainda que essas equipes nem sempre estejam capacitadas para lidar com essa demanda. Por outro lado, por sua proximidade com as famílias e as comunidades, elas se constituem num recurso estratégico para o enfrentamento das diversas formas de sofrimento psíquico (idem, ibidem).

Além disso, a Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde estimam que quase 80% dos usuários encaminhados aos profissionais de saúde mental não trazem, *a priori*, uma demanda específica que justifique a necessidade de uma atenção especializada (CAMPINAS, 2001a).

É o caso da senhora que costumamos denominar poli-queixosa, e que representa uma demanda das mais corriqueiras para a saúde mental na Atenção Básica. Se ampliarmos a escuta, nos deparamos com o seu grande vazio existencial, cultivado pela ausência de espaços de convivência, lazer, trabalho, pela relação já desgastada com o marido alcoolista ou mesmo pela isenção de sua função materna tendo os filhos já crescidos.

Nesses casos, o empreendimento de longos processos psicoterápicos e a administração de antidepressivos são insuficientes como únicas respostas a esses problemas. Para melhor responder a essas demandas é preciso mobilizar outros dispositivos de atenção, disparadores de produção de vida, de fortalecimento da auto-estima, de sociabilidade (BRAGA CAMPOS & NASCIMENTO, 2003; CUNHA, 2004).

Baseado nessa compreensão, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) tem estimulado a inserção da saúde mental na rede básica através de redes de cuidado e da atuação transversal com outras políticas. Simultaneamente, propõe a ampliação da clínica das equipes de Saúde da Família, na construção de um modo de fazer saúde centrado no sujeito e não mais na doença.

Para isso, é necessário qualificar as equipes a incorporarem, em seu repertório de atuação, outras dimensões do sujeito além de sua faceta biológica, valorizando a sua subjetividade e o conjunto de relações sociais que determinam desejos, interesses e necessidades (CAMPOS, 2000a; 2003).

O especialista em saúde mental é, sem dúvida, essencial nos muitos casos em que a demanda expressa claramente a necessidade da psicoterapia em suas diferentes possibilidades, da medicação psicotrópica nos estados mais agudos, da terapia ocupacional e outras atividades terapêuticas peculiares ao núcleo de saber 'psi'.

Porém, como dito anteriormente, em muitas situações as complexas necessidades da população não podem ser satisfeitas com base apenas em tecnologias de uma ou outra especialidade (BRAGA CAMPOS & NASCIMENTO, 2003), mas fazem parte do campo de atuação de todo profissional de saúde (CAMPOS, 2000b).

Considerando as questões aqui discutidas, algumas administrações municipais têm formulado modelos tecno-assistenciais para a inserção ou aprimoramento da saúde mental na Atenção Básica, de acordo com cada realidade local (LANCETTI, 2001).

O Apoio Matricial é um arranjo institucional implantado no município de Campinas (SP) para reorganizar sua rede básica de saúde e foi recentemente incorporado pelo Ministério da Saúde (2003) como estratégia de gestão para a construção de uma rede ampla de cuidados em saúde mental.

O Apoio Matricial: imbricando saúde e saúde mental

“Onde a brasa mora e devora o breu

Como a chuva molha o que se escondeu

O seu olhar melhora o meu”

ARNALDO ANTUNES e PAULO TATIT

Não é nova a tentativa de integrar a saúde mental nas práticas de médicos e outros profissionais de saúde. Antes de falarmos sobre o Apoio Matricial, consideremos algumas das tradições que subjazem a essa proposta, buscando, assim, entender seus pontos de contato e os limites que o Apoio Matricial pretende superar com sua inovação.

Já desde as primeiras décadas do século XX o estudo das relações mente-corpo foi se colocando como um dos temas de progressiva importância para o saber médico, se reunindo em torno do movimento chamado medicina psicossomática. Esse movimento, nascido na Alemanha e na Áustria, e logo difundido nos Estados Unidos, representa um retorno de uma abordagem psicológica na prática e na pesquisa médicas, após a consolidação da tendência organicista da medicina do século XIX (BOTEGA, 2002a; BOTEGA & DALGALARRONDO, 1997).

A psicossomática parte das relações entre o psíquico, o social e o biológico na determinação da saúde e da doença e desenvolve-se na concepção de que toda doença humana é psicossomática, já que incide num ser sempre provido de soma e psique, inseparáveis, anatômica e funcionalmente (MELLO FILHO, 1994; PINHEIRO, 1992). Valendo-se das contribuições da psicanálise, a psicossomática procurou considerar a dinâmica da relação médico-paciente, as relações entre o doente e sua família, e entre a doença, a cultura e a sociedade.

Na década de 50, Michael Balint inicia na Inglaterra sua famosa experiência de supervisão de casos trazidos por clínicos gerais, a fim de estudar o que se passava na intimidade da relação entre médicos e seus pacientes e como o desprezo ou a consideração do médico pelos aspectos psicológicos poderia influenciar na evolução da doença (MELLO FILHO, 1994). Situados entre a psicanálise e a medicina, os grupos Balint ganharam grande destaque internacional, estendendo-se tanto ao incremento da formação de médicos, como a uma nova potencialidade da intervenção do psicanalista (MISSENARD, 1994).

Em diversos países o desenvolvimento de serviços psiquiátricos nos Hospitais Gerais também contribuiu no estreitamento das relações entre médicos e profissionais de saúde mental. No Brasil, com as transformações da política em saúde mental a partir da década de 80 e ao lado da criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, houve uma ampliação das modalidades de assistência psiquiátrica nos Hospitais Gerais (BOTEGA & DALGALARRONDO, 1997).

Dentre essas modalidades, a Psiquiatria de Consultoria e Ligação assinala a proposta de integração da saúde mental com as equipes assistenciais do hospital, a partir das influências da psicossomática. Ela visa aprimorar a assistência médica por meio de auxílio especializado da psiquiatria no diagnóstico e tratamento de pacientes com problemas psíquicos, enfocando também os problemas interpessoais e institucionais entre o paciente, a família e a equipe de saúde (BOTEGA, 2002a; BOTEGA & DALGALARRONDO, 1997).

Neste sentido, ‘consultoria’ refere-se à atuação de um profissional da saúde mental que avalia e indica um tratamento para pacientes que estão sob os cuidados de outros especialistas, sendo que sua presença no serviço é episódica e responde a uma solicitação específica. ‘Ligação’ implica em atividades mais regulares com a equipe médica, a participação em reuniões clínicas, a assistência direta aos pacientes e o trabalho com os aspectos da relação entre a equipe assistencial e o paciente (idem, ibidem).

A expressão Interconsulta Psiquiátrica tem sido empregada de forma genérica, substituindo o termo Psiquiatria de Consultoria e Ligação, para indicar o conjunto de atividades realizadas por profissionais de saúde mental junto a diversos serviços do Hospital Geral (idem, ibidem).

Segundo Botega (2002b), uma característica marcante da Interconsulta Psiquiátrica é o seu caráter emergencial. A equipe de saúde solicita a interconsulta do psiquiatra quando os problemas apresentados por seus pacientes extrapolam os limites de sua atuação. A equipe decide quando e se deve pedir ajuda ao psiquiatra. Muitas vezes essa decisão pode ser postergada até que a equipe não suporte as dificuldades desencadeadas por uma situação clínica e o psiquiatra deve responder de imediato. Outras vezes, a interconsulta é solicitada de acordo com o nível pessoal de tolerância da equipe, sua formação, experiência, autonomia e interesse pelos aspectos psicológicos. Nestes casos, o encaminhamento à Interconsulta Psiquiátrica pode ser utilizado como uma forma de transferir a angústia ou responsabilidade, ou para evitar o contato com os aspectos psicossociais do paciente (BOTEGA, 2002c).

De todo modo, embora a Interconsulta proponha a integração entre a equipe médica e os profissionais de saúde mental, o que ocorre é a manutenção do esquema tradicional dos encaminhamentos e das guias de referência e contra-referência, com atuação isolada de ambos os lados e demandas esporádicas de trabalho conjunto.

É precisamente essa lógica centrada no encaminhamento ao especialista que o Apoio Matricial pretende superar na rede básica de saúde, através de modificações na estrutura organizacional que repercutam em reformulação do processo de trabalho tradicional.

Em 1999, Campos propôs um arranjo organizacional que “*radicaliza e altera a tême reformata sugerida pela escola denominada matricial*” (Op. Cit.: 398). Na proposta desse autor, profundas reformas estruturais seriam necessárias para produzir saúde com um grau maior de resolutividade e desalienar os trabalhadores de saúde em relação ao objetivo último de seu trabalho. Partindo de Neuhauser (1972) e outros, Campos propõe uma rotação dos organogramas. Assim, os antigos departamentos especializados (outrora verticais, encarregados do acompanhamento longitudinal dos usuários) passam a ser horizontais oferecendo apoio especializado às equipes interdisciplinares de referência.

Nessa linha, são as Equipes de Referência as responsáveis por ampliar a clínica, realizar os Projetos Terapêuticos ao médio e longo prazo, promovendo assim o vínculo e a responsabilização, para desviar a lógica de encaminhamentos desnecessários.

Uma gestão implicada com a produção de saúde deve, necessariamente, se haver com essa questão, principalmente no contexto da Atenção Básica. O Apoio Matricial se coloca como um dos arranjos institucionais capazes de subverter a lógica dominante do modelo médico (ONOCKO CAMPOS, 2003) e produzir outras linhas de subjetivação nos trabalhadores que estimulem uma atenção compromissada com os sujeitos.

Referimo-nos ao Apoio Matricial como um dos arranjos, porque ele só é possível atrelado a uma forma de organizar os serviços que garanta um sistema de referência entre profissionais e usuários. Esse outro arranjo (Equipe de Referência) é complementar à adscrição de clientela proposta pelo Programa de Saúde da Família.

A adscrição está fundamentada na importância do vínculo entre profissionais e usuários. A relação terapêutica, horizontal no tempo, passa a ser a linha reguladora do processo de trabalho. Assim, toda vez que o usuário procura o serviço, ele é atendido pela sua equipe e seu profissional de referência, o que permite o acompanhamento do processo saúde/doença/intervenção de cada paciente (CAMPOS, 1999). Gradativamente, isso estimula a responsabilização pela produção de saúde e amplia a clínica, porque quando o usuário passa a ter um nome e uma história, a implicação da equipe aumenta e as respostas profissionais deixam de ser estereotipadas (ONOCKO CAMPOS, 2003).

Ampliar a clínica significa também que os profissionais possam, em determinados momentos, colocar em suspenso o seu saber prévio, o saber que vem garantido com a técnica, com o procedimento padrão, para se abrirem ao contato intersubjetivo que se dá na relação profissional/paciente e para interrogarem-se, em cada situação, sobre a melhor intervenção a fazer.

A proposta é que os profissionais possam aprender a lidar com os sujeitos em sua totalidade, incorporando em suas práticas as dimensões subjetiva e social do ser humano. Mas que estejam acompanhados, nessa tarefa, por alguém especializado que lhes dê suporte para compreender e intervir nesse campo.

O Apoio Matricial da saúde mental seria esse suporte técnico especializado, em que conhecimentos e ações, historicamente reconhecidos como inerentes à área 'psi', são ofertados aos demais profissionais de saúde de uma equipe. É um encontro entre profissionais de saúde mental e a equipe interdisciplinar de saúde na composição de um espaço de troca de saberes, invenções e experimentações que auxiliem a equipe a ampliar sua clínica e a sua escuta, a acolher o choro, a dor psíquica, enfim, a lidar com a subjetividade dos usuários.

O termo *Matr(i)* vem do latim mãe, a origem, de onde se vem. O Apoio Matricial está relacionado a essa noção de matriz, o lugar de onde se gera. Uma oferta do núcleo profissional 'psi' ao campo dos profissionais de saúde, na construção de um novo saber, um saber que se pretende transdisciplinar (BRAGA CAMPOS & NASCIMENTO, 2003). A transdisciplinaridade que, no sentido dado por Passos & Barros (2000), é uma das

grandes apostas do Apoio Matricial. *“A noção de transdisciplinaridade subverte o eixo de sustentação dos campos epistemológicos, graças ao efeito de desestabilização (...) da unidade das disciplinas e dos especialismos”* (Op. Cit.: 76).

Dessa maneira, coloca-se a saúde mental na rede básica com o papel fundamental de contribuir com seus saberes para aumentar a capacidade resolutiva da equipe local. Construir, junto com os outros profissionais de saúde, um raciocínio integral sobre cada caso e contribuir na invenção de possíveis caminhos a percorrer na prática terapêutica.

Por outro lado, o Apoio Matricial pretende superar a lógica da especialização e da fragmentação do trabalho da própria área de saúde mental. Pretende romper com o sistema das guias de referência e contra-referência, que produzem encaminhamentos consecutivos e que se traduzem, usualmente, em des-responsabilização e alienação dos profissionais em relação ao objetivo primordial de seu trabalho, que é a produção de saúde.

Contudo, a assistência especializada dos profissionais de saúde mental deve continuar existindo como uma das ofertas terapêuticas, para aqueles casos em que se identifica claramente a necessidade de uma atenção e tecnologia próprias do núcleo de saber ‘psi’. Mas, nessa perspectiva, não há diluição de responsabilidades. Quando um paciente utiliza uma oferta especializada da saúde mental, ele não se desvincula da sua Equipe de Referência. Esta continua como co-responsável pelo desdobramento de seu Projeto Terapêutico (CAMPOS, 1999).

A responsabilização compartilhada dos casos permite regular o fluxo de pacientes nos serviços. Através do Apoio Matricial, se irão distinguir as situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana, que podem ser acolhidas pela equipe local e por outros recursos sociais do entorno, daquelas demandas que necessitam de uma atenção especializada da saúde mental, a ser oferecida na própria Unidade ou, de acordo com o risco e a gravidade, pelo Caps da região de abrangência.

Com isso, é possível evitar práticas que levam à ‘psiquiatrização’ e à ‘medicalização’ do sofrimento humano e, ao mesmo tempo, promover a equidade e o acesso, garantindo coeficientes terapêuticos de acordo com as vulnerabilidades e potencialidades de cada usuário.

Isso favorece a construção de novos dispositivos de atenção em resposta às diferentes necessidades dos usuários e a articulação entre os profissionais na elaboração de Projetos Terapêuticos pensados para cada situação singular. Sempre considerando uma diversidade de possibilidades e recursos, dentro e fora do Centro de Saúde.

O Apoio Matricial pode acontecer também através de atendimentos conjuntos entre o profissional de referência e o profissional 'psi'. Isso se dá em algumas situações mais complexas, mas nas quais, mesmo assim, não se avalia a necessidade do acompanhamento específico da saúde mental. São situações de exclusão social, luto, perdas as mais diversas, que devem ser acolhidas durante a consulta clínica. Ou, ainda, quando o paciente é de referência do Caps, mas está em tratamento de algum problema de saúde com sua equipe na Atenção Básica. Muitas vezes, os profissionais sentem-se inseguros para lidar com esses pacientes e o atendimento conjunto com o apoiador matricial pode proporcionar um encontro desmistificador do sofrimento psíquico e da doença mental, ajudando a diminuir o preconceito e a segregação da loucura.

Essa reordenação do desenho institucional da rede básica permite que a complexidade da vida dos sujeitos e de suas necessidades sejam trazidas para o coletivo e possam ser enfrentados através do trabalho conjunto, favorecendo a gestão do processo de trabalho e a formação de uma outra subjetividade profissional (CAMPOS, 1999), centrada no diálogo e na transdisciplinaridade.

Saúde mental e Apoio Matricial no Paidéia Saúde da Família

Aportando-se nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, a rede básica do município de Campinas (SP) vem experimentando o Apoio Matricial, desde 2001, com a implantação do Programa Paidéia Saúde da Família (CAMPINAS, 2001b).

O nome Paidéia indica a formação integral do ser humano, noção originária da Grécia clássica, e faz referência à abordagem ampliada das questões de saúde (CAMPOS, 2003). Para além do biológico, saúde como fruto da sociabilidade, da afetividade, da organização da vida cotidiana, das relações com o território e com o meio

ambiente. O Programa Paidéia, portanto, tem como pressuposto que produzir saúde significa também intervir nessas dimensões.

Paidéia se refere também à dupla finalidade (CAMPOS, 2000a) de qualquer instituição, que seria tanto produzir valores de uso, quanto atender aos interesses e necessidades de seus agentes institucionais, cumprindo funções pedagógicas e de produção de subjetividade das pessoas. No caso da saúde, a produção e o atendimento das necessidades sociais e de saúde dos usuários devem vir atreladas à produção simultânea de subjetividade dos trabalhadores. Por isso, a proposta de gestão do Paidéia é uma gestão compartilhada ou co-gestão, reconhecendo que não há combinação ideal entre os distintos interesses de usuários e profissionais e que é no exercício da co-gestão que se irão construindo contratos e compromissos entre os sujeitos envolvidos com o sistema de saúde (CAMPINAS, 2001a).

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

Segundo Braga Campos (2000), essa história se inicia já na década de 70, quando Campinas passa a organizar os serviços públicos de saúde através do modelo da Atenção Primária em Saúde. Nesta época foram criados Postos de Saúde Comunitária com equipes constituídas por médicos generalistas e auxiliares de saúde, que trabalhavam muito diretamente com a comunidade numa perspectiva de educação em saúde. Além disso, os serviços de saúde mental também passam a ser oferecidos nessa rede de Atenção Primária. Eram equipes mínimas de saúde mental, com psicólogo, assistente social e psiquiatra (e posteriormente o terapeuta ocupacional) alocados em alguns Postos e Centros de Saúde.

Dessa forma, em 2001, quando a Secretaria Municipal de Saúde iniciou a implantação do Programa Paidéia, Campinas já contava com uma rede de 44 Centros de Saúde, porém não havia adotado o Programa de Saúde da Família do Ministério. A rede básica funcionava num modelo que subdividia a saúde em áreas de atenção e programas. A assistência e os profissionais se dividiam nas áreas de atenção ao adulto, à criança, à mulher, e nos programas de saúde mental e bucal (CAMPINAS, 2001c; SOMBINI, 2004).

Diferente de outros municípios onde o PSF foi implantado em módulos paralelos às Unidades Básicas, em Campinas optou-se por empregar os recursos já existentes na rede para constituir um PSF ampliado e combinado com outros princípios, como acolhimento, responsabilização, co-gestão, entre outros, para reformular a atenção em saúde na cidade (CAMPINAS, 2001c).

Assim, os profissionais dos Centros de Saúde foram reorganizados em Equipes de Referência para famílias de determinado território geográfico. O que passa a definir a organização do trabalho não são mais os programas ou as áreas clínicas (adulto, criança, mulher, mental, etc), mas sim os usuários, seus Projetos Terapêuticos e as necessidades encontradas no território de abrangência de cada equipe (idem, ibidem).

As Equipes de Referência passam a ser o eixo permanente dos Centros de Saúde. Elas se constituem em Unidades de Produção que têm objeto e objetivo de trabalho comum, ou seja, o atendimento básico e integral às famílias, e cada uma tem autonomia relativa para pensar e organizar o processo de trabalho e os Projetos Terapêuticos (CAMPOS, 1999; CAMPINAS, 2001b).

Essas equipes são compostas de maneira ampliada em relação ao modelo PSF do Ministério. Além do médico generalista, da enfermagem e dos agentes comunitários de saúde, no Paidéia também fazem parte das equipes, o pediatra, o ginecologista, o dentista e o auxiliar de consultório dentário. Cada uma dessas equipes ampliadas é responsável pela cobertura de aproximadamente 1400 famílias adscritas (CAMPINAS, 2001c).

Algumas áreas específicas, que antes eram organizadas segundo categorias profissionais ou especialidades, como a saúde mental, a saúde coletiva, a reabilitação física, no Programa Paidéia passam a integrar o eixo matricial de apoio, para contribuir na ampliação da clínica das Equipes de Referência.

Como já discutimos anteriormente, o Apoio Matricial da saúde mental passa a ser um recurso essencial na rede básica, através do qual se busca modificar o processo de trabalho tanto das Equipes de Referência quanto da própria saúde mental, as quais, dentro

do modelo hegemônico da saúde, vinham cada vez mais num movimento de especialização, fragmentação do trabalho e des-responsabilização pela saúde integral dos sujeitos.

Em Campinas apostou-se na organização da saúde mental na rede básica através do Apoio Matricial principalmente pela sua potencialidade em criar uma assistência mais integrada, desconstruindo a lógica do encaminhamento. O Apoio Matricial se destina, assim, a criar rede de atenção, a alinhar as ações dos diversos profissionais que irão se responsabilizar juntos pelos Projetos Terapêuticos.

Além disso, essa opção baseia-se na necessidade de garantir o princípio da equidade na atenção. Aumentando a capacidade resolutiva das Equipes de Referência, amplia-se o acesso para aquelas pessoas que estão em situações mais complexas de vida e que realmente demandam uma atenção especializada do núcleo da saúde mental.

Sendo assim, os profissionais de saúde mental na rede básica de Campinas, têm como diretrizes:

“1. apoio e acompanhamento às equipes locais de referência (...); 2. trocar conhecimentos e somar à formação de um raciocínio generalista e multidisciplinar destas equipes, com discussão de casos em saúde mental; 3. assistência especializada aos casos demandados pela e para a clínica. Partindo dela – uma clínica ampliada – reformular a atenção à saúde mental, saindo do programado nível secundário, ambulatorial (...), para um movimento através das demandas das equipes do Paidéia, por todo o território geográfico, histórico, biográfico e subjetivo” (CAMPINAS, 2001a: 15).

Essa assistência especializada pode ser oferecida pelos profissionais de saúde mental das próprias Unidades Básicas ou, de acordo com o risco e a gravidade, nos equipamentos de referência em saúde mental.

Atualmente a rede conta com 47 Centros de Saúde e 13 Módulos de Saúde da Família⁴. Há profissionais de saúde mental sediados em 24 destes Centros de Saúde, que apóiam matricialmente as Equipes de Referência de sua Unidade de origem e das Unidades

⁴ Os Módulos de Saúde da Família foram criados para ampliar a cobertura dos Centros de Saúde em locais afastados e de difícil acesso ao Centro de Saúde da área de abrangência.

próximas que não possuem profissionais de saúde mental. Além disso, são responsáveis pela atenção especializada em saúde mental aos casos demandados por essas equipes.

Os equipamentos de referência em saúde mental dentro rede de saúde de Campinas organizaram-se em três principais frentes, articuladas com a rede básica e com propostas de ações intersetoriais com a assistência social, a educação, cultura, ongs e equipamentos sociais dos territórios (CAMPINAS, 2003 e 2001a):

- Rede de atenção psicossocial: Destina-se à atenção às pessoas com transtornos psíquicos graves (neuroses e psicoses graves). Compõem essa rede os Caps de cada Distrito, os Serviços Residenciais Terapêuticos (moradias extra-hospitalares), o Núcleo de Atenção à Crise (NAC), o Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT – que também atende pessoas em tratamento de dependência química);
- Rede de atenção à infância e adolescência: Além dos pediatras e outros profissionais das Equipes de Referência/Saúde da Família e dos programas Crescer Antes (redução de gravidez na adolescência), Criando Redes de Esperança (assistência às crianças e jovens usuários de drogas e em situação de rua) e Quebrando o Silêncio (assistência às vítimas de violência doméstica e abuso sexual), é constituída pelos seguintes equipamentos de referência: CRAISA (Centro de Referência e Atenção Integral à Saúde do Adolescente), CEVI (Centro de Vivência Infantil) e SADA (Serviço de Atenção às Dificuldades de Aprendizagem);
- Rede de atenção à dependência química: Com dois serviços de referência, o CRIAD (Centro de Referência e Informação sobre Alcoolismo e Drogadição) e o NADEQ-24hs (Núcleo de Dependências Químicas - a proposta é de assistência preferencialmente ambulatorial, mas conta com leitos em hospitais gerais e no NADEQ para desintoxicação e avaliação clínica, quando necessário).

Um dos grandes desafios para a saúde mental, os quais o Programa Paidéia vem procurando enfrentar através do Apoio Matricial, é que *“a lista de espera e outras formas de repressão da demanda se transformem e consigam ocupar os espaços coletivos de convivência. (...) a maior contribuição para a prevenção e promoção à saúde mental será a possibilidade de facilitar a relação e o convívio entre as pessoas”* (CAMPINAS, 2001a: 19).

Para isso, o município conta com três Centros de Convivência organizados nos Distritos Leste, Noroeste e Sudoeste. Esses Centros de Convivência são espaços culturais, criados para estimular a ampliação das redes sociais e promover a inclusão social, que auxiliam no fortalecimento da auto-estima das pessoas e no resgate da cidadania. São utilizados como dispositivo terapêutico para a atenção em saúde mental e são abertos à comunidade em geral.

É nesse cenário que o Apoio Matricial vem sendo construído. Em cada contexto institucional e de acordo com os recursos disponíveis em cada região de Campinas, esse arranjo adquire formas peculiares de configuração, refletindo tempos e histórias diferentes, mas que em geral vêm sendo pactuadas entre gestores e profissionais.

Muitos são os avanços em desenvolvimento e outras tantas são as dificuldades reconhecidas. Por ser o Apoio Matricial um arranjo inovador e recentemente implantado, é de grande importância a formulação de propostas de avaliação dessa experiência e de outras que forem surgindo, já que, em nível nacional, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) tem estimulado a sua utilização como forma de aprimorar a rede de saúde dos municípios.

Além disso, como qualquer arranjo que se institucionaliza, o Apoio Matricial não está a salvo de ser capturado pela lógica dominante (ONOCKO CAMPOS, 2003) das organizações de saúde. Por essa razão, uma análise crítica e constante é fundamental para realimentar a sua função contra-hegemônica.

Assim, reiteramos a importância do debate sobre esta e outras estratégias possíveis para tecer uma rede de atenção que seja capaz de sobrepor saúde e saúde mental como instâncias interligadas e complementares. Uma rede que, sobretudo, incite o

movimento de acordo com as necessidades sociais e de saúde das pessoas às quais ela se destina. Uma rede efetiva de ajuda e socorro ao usuário da saúde mental e não uma teia na qual ele fique preso, sem acesso, perdido nos emaranhados da des-responsabilização, uma rede de salvamento e não de captura e indefesa.

2- OBJETIVOS

Geral:

Analisar o funcionamento do arranjo 'Apoio Matricial' da saúde mental no Programa Paidéia Saúde da Família de Campinas (SP).

Específicos:

- Investigar como vem se dando a articulação entre as equipes de saúde mental e as Equipes de Referência do PSF de Campinas;
- Investigar se a saúde mental, na rede básica de Campinas, tem saído do papel de 'especialidade' e se constituído como rede de Apoio Matricial para as Equipes de Referência;
- Analisar como e se a reorganização do processo de trabalho baseada no Apoio Matricial tem contribuído para a ampliação da clínica na rede básica de Campinas.

**BIBLIOTECA CENTRAL
DESENVOLVIMENTO
COLEÇÃO
UNICAMP**

3- PRESUPOSTOS METODOLÓGICOS

“Por que?”

Quem faz essa pergunta se encontra diante de um enigma, algo que não entende. Não entende e dói. É preciso que o não-entendido doa para que a pergunta brote. Há muitas coisas que não entendemos. Mas elas não doem. Não doendo, não fazemos a pergunta. Fazemos a pergunta para diminuir a dor, para dar sentido à dor.”

RUBEM ALVES

Optamos pela hermenêutica como abordagem metodológica para nortear a pesquisa, especialmente porque ela privilegia a historicidade do objeto e a reflexão vinculada à praxis.

A hermenêutica é uma disciplina antiga que se ocupava especialmente da compreensão de textos bíblicos. Pode-se considerá-la como uma postura interrogativa, que busca a compreensão do sentido daquilo que está sendo comunicado num texto, aqui entendido de forma ampla: biografia, narrativa, discurso, documento, livro, dentre outros.

Analisando as diferentes linhas de produção em torno da hermenêutica, Ayres (2005) se refere à Teoria hermenêutica como um conjunto de princípios e procedimentos metódicos usados na exegese dos textos bíblicos, na interpretação de obras clássicas e na interpretação e aplicação jurídica do espírito das leis. Segundo o autor, esses princípios foram posteriormente unificados em uma única ciência e arte da compreensão em geral, na medida em que o escopo da hermenêutica foi historicamente sendo ampliado, passando, assim, de uma condição de regras e técnicas interpretativas a uma filosofia, um modo de compreender a existência.

A Filosofia hermenêutica passa então a consistir numa reflexão metadiscursiva que vai além da compreensão de textos e obras, e funda na linguagem a compreensão das próprias realidades humanas. Para Ayres (ibidem), Gadamer, o principal teórico da hermenêutica filosófica, não aborda a hermenêutica como uma metodologia, mas a entende como uma atitude filosófica que sustenta procedimentos cognitivos de modo geral.

Em sua obra *Verdade e Método* (1997), Gadamer trabalha com alguns conceitos que fundamentam o processo hermenêutico da compreensão: ‘tradição’, ‘preconceito’, ‘história efetual’.

Encontramo-nos sempre imersos na tradição. Tradição que é expressa através de múltiplas vozes que ressoam tanto o hegemônico quanto o novo, estando sempre atuante no presente e nas mudanças históricas.

Para Gadamer (1997), é o distanciamento histórico que produz uma tensão capaz de interpelar o pesquisador com indagações a respeito de uma dada realidade. O presente e suas questões não compreendidas voltam a atenção do pesquisador para o passado, para a tradição e a historicidade dessas questões.

Assim, nesse encontro entre passado e presente que o pesquisador opera na tentativa de responder àquilo que o interpelou, se dá o que o autor chama de ‘destaque do objeto’.

O conceito de destaque do objeto é colocado como uma relação recíproca. *“O que deve ser destacado tem que destacar-se de algo (...). Todo destacar algo torna simultaneamente visível aquilo do qual se destaca”* (Op. Cit.: 457), de tal modo que o contexto sócio-histórico no qual o objeto veio se constituindo deve permear constantemente o processo de compreensão. No nosso caso, como o Apoio Matricial se destina a transformar práticas hegemônicas na saúde, a investigação esteve implicada com as tradições da área que comparecem e se atualizam nas práticas atuais.

Gadamer discute a função positiva do preconceito como sendo a condição, a mola propulsora do movimento hermenêutico. Não seria possível afastarmo-nos de nossos preconceitos, que estão mais próximos de valores e de crenças do que da racionalidade, numa suposta neutralidade científica como ambiciona o pensamento positivista.

Nossos conceitos prévios permeiam inevitavelmente nossa compreensão, de forma que, quando entramos em contato com o objeto, o fazemos a partir de determinadas expectativas e de determinados projetos de sentido que desenhamos previamente. *“A compreensão do que está posto no texto consiste precisamente na elaboração desse projeto*

prévio, que, obviamente, tem que ir sendo constantemente revisado com base no que se dá conforme se avança na penetração do sentido” (Op. Cit.: 402).

Para a hermenêutica, o exercício constante da interrogação é a única forma de passarmos dos nossos conceitos prévios ao entendimento daquilo que de fato diz o texto. É dar-mo-nos conta dos próprios pressupostos, para que o texto possa apresentar-se em sua alteridade, podendo assim confrontar sua verdade com as nossas opiniões prévias pessoais.

É através do exercício da pergunta sobre os próprios preconceitos e do reconhecimento das vozes do passado e da tradição, que a história ‘faz efeito’ e então o objeto pode destacar-se.

São os efeitos da história no presente que determinam o que se mostra a nós como algo questionável e passível de transformar-se num objeto de investigação. Portanto, a questão da aplicação do conhecimento está colocada desde o início, pois é o próprio contexto da aplicação que faz possível o destaque do objeto.

A aplicação é, no processo hermenêutico, tão essencial quanto a compreensão e a interpretação. *“Um saber geral que não saiba aplicar-se à situação concreta permanece sem sentido”* (GADAMER, 1997: 466). E o problema da aplicação, posto que faz parte do mundo da ação e da situação concreta e real, é sempre um problema ético. Interessa aqui, não o saber prévio da técnica, com o qual a relação meios/fins já está resolvida *a priori*. Mas o saber-se em situação, para agir em função de uma finalidade que não carrega em si os meios predeterminados para atingi-la. A ética requer sempre ‘buscar conselho consigo próprio’ perante cada situação para, aí sim, acionar um saber prévio (ONOCKO CAMPOS, 2004).

Nessa perspectiva, ao analisar os entraves nos quais esbarra a implantação do Apoio Matricial em Campinas, pretendeu-se levantar proposições e buscar saídas para superar tais impasses. Isso considerando que as conclusões serão sempre conclusões provisórias, já que estão referidas a um dado momento histórico e, assim, passíveis de novas formulações. Ainda, a pesquisa teve a intenção de promover um espaço de análise e reflexão para que os participantes extrapolassem o papel de mera fonte de dados, sendo estimulada sua capacidade crítica para gerar possíveis transformações e intervenções na realidade.

Apoiemo-nos também em Ricoeur que, a partir de Gadamer, propõe conectar teoria crítica e hermenêutica. Para este autor, “*o discurso é sempre discurso a respeito de algo (...) é a vinda à linguagem de um mundo*” (RICOEUR, 1990: 46) e portanto, para a interrogação hermenêutica, interessa o tipo de mundo que é aberto pelo texto, que é o que possibilita que a hermenêutica comporte uma crítica do real.

O que produz o distanciamento necessário à compreensão é a fixação do discurso na escrita. Na escrita, a comunicação se dá na e pela distância, não há situação comum ao escritor e ao leitor.

Assim, a escrita torna o texto relativamente autônomo em relação às intenções do autor, o que possibilita que o texto se abra à sucessivas leituras situadas em diversos contextos sócio-culturais, podendo se descontextualizar para depois ser recontextualizado numa nova situação. Nisso está a instância crítica da interpretação.

Porém, uma hermenêutica crítica deve basear-se não apenas na escrita, mas na obra, que é objetivação de uma práxis e revela o tipo de ‘ser-no-mundo’ do texto. Ricoeur chama de agenciamento formal essa busca pela proposição de mundo que está contida no texto, a reatualização, na leitura, do mundo próprio àquele texto que é único.

O que deve ser interpretado, num texto, é essa proposição de mundo. Porém, ela “*não se encontra atrás do texto, como uma espécie de intenção oculta, mas diante dele, como aquilo que a obra desvenda, descobre, revela*” (Op. Cit.: 58).

Com essa dimensão mediadora própria ao texto, Ricoeur marca a entrada em cena da subjetividade do intérprete, já que o caráter fundamental do discurso é ele ser sempre dirigido a alguém. Para o autor, “*compreender é compreender-se diante do texto*” (Op. Cit.: 58). Não se trata de projetar-se no texto, mas expor-se a ele e ao contato com o mundo que se manifesta diante dele. A subjetividade do intérprete é assim colocada em suspenso, irrealizada e potencializada, do mesmo modo que o mundo do texto.

Cabe ressaltar que, como no estudo de Soares (1999), extrapolamos a postura hermenêutica na compreensão de textos que foram escritos precisamente como composição literária, científica ou artística, para utilizá-la na interpretação de textos construídos a partir

do desenho metodológico que se adotou nesta pesquisa, ou seja, do material transcrito das discussões em grupos focais com os atores envolvidos com o nosso objeto de estudo.

A interpretação é aqui entendida como sendo composta pelos movimentos da análise e da construção (FREUD, 1975; ROUDINESCO & PLON, 1998; ONOCKO CAMPOS, 2005), com os quais procuramos agregar os fragmentos históricos e inerentes ao nosso tema na produção de linhas de sentido.

Essa construção de sentido se dá através do que Ricoeur (1997) chama agenciamento dos fatos, ou seja, da sua composição de modo narrativo⁵.

Fazer rupturas e reLigações, encadeando acontecimentos, histórias e linhas argumentativas, para depois reuni-los em uma narrativa. Uma narrativa que recupera a tradição para produzir um sentido novo e, ainda, necessário, já que se trata de histórias ainda não narradas e por estarem inseridas no campo da práxis, *“pedem para ser contadas”* (Op. Cit.: 115).

⁵ Essa questão será aprofundada mais adiante, no capítulo V.

4- O TRABALHO DE CAMPO

Para o delineamento do trabalho de campo, nos inspiramos em alguns instrumentais da pesquisa avaliativa, mais especificamente da avaliação de quarta geração, como intitulada por Guba & Lincoln (1989).

Estes autores reconhecem que um processo avaliativo sempre irá envolver um juízo de valor sobre o que se pretende avaliar. Como discutido por Furtado (2001), isso implica a necessidade de ampliar e diversificar os eixos em torno dos quais são emitidos tais julgamentos, de forma que a avaliação não se torne arbitrária.

Devem, portanto, ser incluídos no processo avaliativo os diferentes pontos de vista dos grupos envolvidos com o programa ou serviço avaliado, os quais emitirão seus distintos e eventualmente divergentes julgamentos.

Os grupos envolvidos com o programa/serviço, comumente chamados 'stakeholders' ou grupos de interesse, são as organizações, grupos ou pessoas que serão potencialmente vítimas ou beneficiários do processo avaliativo. São formados por pessoas que têm características comuns e que estão envolvidas ou poderão ser afetadas pela avaliação (FURTADO, 2001).

Apesar de não se configurar como um processo avaliativo formal, esta pesquisa se propôs a trabalhar com os principais agentes envolvidos na implantação do Apoio Matricial, a fim de analisá-lo a partir de seus diferentes olhares. Assim sendo, foram definidos como grupos de interesse da pesquisa:

- Profissionais de saúde mental da rede (Unidades Básicas e Caps), que realizam o Apoio Matricial;
- Profissionais de Equipes de Referência de Unidades Básicas que possuem equipes de saúde mental;
- Profissionais de Equipes de Referência de Unidades que não possuem saúde mental (Essa distinção se deu porque nas Unidades que não possuem equipes de saúde mental, o Apoio Matricial é feito por profissionais de outras Unidades ou do Caps da região);

- Gestores (Coordenadora de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde, equipe de apoiadoras distritais de saúde mental e coordenadores de Unidades Básicas), já que a implantação do Apoio Matricial depende, em grande medida, de sua função de governo⁶.

Para incluir os grupos de interesse e seus diferentes pontos de vista, foi necessário construir, junto com tais grupos, um referencial teórico comum sobre o Apoio Matricial. Realizamos uma primeira etapa de discussão para formar um consenso sobre seus objetivos, meios e resultados pretendidos, que pudesse servir como parâmetro para as reflexões sobre o cotidiano dos serviços e as construções da realidade efetivadas por cada grupo.

Esse referencial foi construído através de informações obtidas nas discussões com os grupos de interesse (como se verá a seguir), análise de documentos da Secretaria Municipal de Saúde referentes ao Apoio Matricial e observações da própria pesquisadora. Uma vez delineado um quadro teórico geral, baseado nas informações dessas diferentes fontes, ele foi sintetizado na forma de um esquema gráfico e um conjunto dos principais tópicos que definem e descrevem o Apoio Matricial.

Na etapa seguinte, o referencial teórico comum foi apresentado a cada um dos grupos de interesse para que pudesse ser negociado e validado. Tomando-o como pano de fundo, cada grupo de interesse pôde discutir sobre suas opiniões, questões e experiências relacionadas ao Apoio Matricial. Tais questões foram fomentando as discussões subsequentes com os outros grupos de interesse, assim como as análises de documentos e observações da pesquisadora alimentaram as discussões de forma a expandir a interlocução e o referencial utilizado pelos participantes.

⁶ Assumindo os riscos inevitáveis de qualquer escolha, os usuários, embora sejam evidentemente afetados pelas transformações tecno-assistenciais, não foram por nós incluídos como um grupo de interesse da pesquisa, já que nosso objetivo principal era analisar o funcionamento do Apoio Matricial enquanto arranjo transformador das práticas profissionais, a partir do destaque da gestão do processo de trabalho.

Técnica de coleta de dados: grupos focais

O grupo focal é uma técnica que permite a obtenção de dados a partir de encontros grupais entre pessoas que compartilham traços comuns. Caracteriza-se pelo interesse nos conhecimentos, opiniões, representações, atitudes e valores dos participantes, e possibilita uma análise em profundidade de dados obtidos nessa situação de interação grupal (WESTPHAL, BÓGUS & FARIA, 1996).

Essa técnica tem sido bastante utilizada na condução de grupos de discussão, em investigações nas áreas educacionais, de saúde e das ciências sociais, com a finalidade de acompanhar e avaliar experiências, programas e serviços, a partir do ponto de vista dos grupos neles envolvidos (WESTPHAL, BÓGUS & FARIA, 1996; WORTHEN, SANDERS & JAMES, 2004).

Segundo Westphal (1992), o grupo focal permite verificar de que modo as pessoas avaliam uma experiência, como definem um problema e como suas opiniões, sentimentos e representações encontram-se associados a determinado fenômeno. Trata-se de desenvolver um processo que visa à compreensão das experiências dos participantes do grupo, do seu próprio ponto de vista.

Optamos pelo grupo focal como estratégia de coleta de dados, pensando no que comenta Minayo: “... no âmbito de determinados grupos sociais atingidos coletivamente por fatos ou situações específicas, desenvolvem-se opiniões informais abrangentes, de modo que, sempre que entre membros de tais grupos haja intercomunicação sobre tais fatos, estes se impõem, influenciando normativamente na consciência e no comportamento dos indivíduos” (MINAYO, 2000: 129).

De acordo com Westphal, Bógus & Faria (1996), como as percepções, atitudes, opiniões e representações são socialmente construídas, a expressão das mesmas é mais facilmente captada durante um processo de interação em que comentários de uns podem fazer emergir a opinião de outros.

Além de possibilitar a apreensão não somente ‘do que’ pensam os participantes, mas também ‘porque’ eles pensam de determinada forma, essa interação grupal proporciona que o pesquisador possa observar como a controvérsia vem à tona e como os

problemas são resolvidos (WESTPHAL, BÓGUS & FARIA, 1996), evidenciando os diferentes graus de consensos e dissensos existentes (FURTADO, 2001).

O moderador dos grupos tem um papel fundamental na condução da discussão. Ele deve criar uma atmosfera permissiva e não ameaçadora entre os participantes, deve manter a discussão focalizada no assunto, encorajar todos os participantes a contribuir para a discussão, resolver conflitos e solicitar maiores informações quando a discussão não estiver clara. Deve resumir e devolver ao grupo, periodicamente, as idéias básicas resultantes das discussões, para encadear os assuntos e solicitar maiores esclarecimentos (WESTPHAL, 1992).

Acrescenta-se a isso o moderador como alguém que pode, de um ponto de vista externo ao grupo, contribuir com outras sínteses a partir das questões trabalhadas no grupo e de suas próprias leituras prévias sobre o assunto (FURTADO, 2001).

Os grupos focais, numa pesquisa, costumam ser coordenados por um único moderador, a fim de garantir certa homogeneidade na condução dos grupos. O moderador deve contar com o auxílio de um observador, que estará atento para as comunicações não-verbais, anotando as contribuições de cada membro do grupo, as conversas paralelas, os momentos que parecem significar unanimidade ou discordância, entre outros aspectos que se mostrarem relevantes (WESTPHAL, 1992). Além disso, para garantir a coleta dos dados, a discussão deve ser áudio-gravada, com o conhecimento e autorização dos participantes.

Para o planejamento dos grupos focais é necessário definir os sujeitos participantes, a composição dos grupos e um roteiro de questões de interesse para a discussão.

Segundo Westphal (1992), o critério de seleção dos participantes usado para o grupo focal é intencional, e se baseia na concepção de que a posição que o indivíduo ocupa na estrutura social se associa à sua construção social da realidade. Essa realidade está intimamente relacionada à forma como os indivíduos se posicionam em relação às questões propostas.

A composição dos grupos focais deve, preferencialmente, privilegiar a homogeneidade entre os participantes. Os grupos mais homogêneos permitem obter resultados mais ricos e aprofundados sobre o tema (WESTPHAL, 1992), na medida em que cada grupo elabora e esmiúça as questões em discussão a partir de seu lugar específico enquanto componentes da trama social. Ademais, a homogeneidade é desejável para facilitar a interação grupal (WORTHEN, SANDERS & JAMES, 2004), ao passo que a heterogeneidade e as diferenças muito marcantes em termos de educação, papéis sociais ou autoridade podem inibir as relações interpessoais.

O roteiro da discussão é composto por um conjunto de tópicos ou questões abertas, que focaliza os temas de interesse da pesquisa. Esse roteiro, formulado em função dos objetivos e do referencial teórico assumido, serve como guia para o moderador coordenar a discussão (WESTPHAL, 1992).

Como se trata de uma discussão grupal, e não uma entrevista em grupo, o roteiro deve ser flexibilizado. Não há seqüência rígida de tópicos, eles muitas vezes vão emergir espontaneamente a partir do andamento da própria discussão, ou poderão ser introduzidos pelo moderador, que irá encadear um tópico a outro e aprofundar as questões discutidas.

De acordo com Westphal (1992), os grupos focais colocam as pessoas em situações próximas à situação real de vida, oferecendo ao pesquisador a possibilidade de apreender a dinâmica social e analisar a forma que adquirem as relações interpessoais no contato com o tema em discussão.

Assim, essa técnica nos pareceu bastante apropriada aos propósitos da pesquisa, já que interessava analisar o posicionamento dos trabalhadores na constituição das equipes e a maneira pela qual isso se reflete na organização e no processo de trabalho. Além disso, consonante com os princípios da pesquisa, o espaço de discussão e análise promovido nos grupos focais favorece o desenvolvimento da capacidade crítica dos sujeitos, potencializando sua ação prática e as possíveis intervenções no cotidiano dos serviços.

Os grupos focais em ação

O trabalho de campo iniciou após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética da FCM e pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas⁷.

Foram feitos cinco grupos focais, nos quais participaram profissionais de todos os Distritos de Saúde de Campinas, representando cada um dos grupos de interesse (como descrito anteriormente: profissionais de saúde mental, profissionais de Equipes de Referência de Unidades Básicas que possuem profissionais de saúde mental e de Unidades que não possuem, e os gestores)⁸.

Partindo dos grupos de interesse, a escolha dos profissionais que participariam dos grupos focais foi feita juntamente com a equipe de apoiadoras distritais. A consigna para essa escolha era que o profissional deveria estar envolvido, de alguma maneira, com o Apoio Matricial, fosse um profissional engajado nesta proposta ou fosse um crítico dela. Cada apoiadora distrital indicou os profissionais de seu Distrito que poderiam melhor contribuir com a pesquisa e a partir desta indicação foram feitos os contatos para a apresentação da pesquisa e o convite para a participação nos grupos.

Todos os grupos foram coordenados pela pesquisadora, que atuou como moderadora da discussão, facilitando que cada participante pudesse expressar suas opiniões e pareceres a respeito do tema proposto e focalizando o debate para as questões mais pertinentes. A pesquisadora contou com o auxílio de uma observadora, encarregada de captar as informações não-verbais e ajudar na análise de eventuais vieses existentes.

As discussões foram áudio-gravadas, com a autorização dos participantes, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido⁹.

Eram duas as etapas para os grupos focais. A primeira tinha como objetivo construir, junto com os profissionais, o referencial teórico comum do Apoio Matricial. A segunda etapa seria o momento de analisar as vicissitudes da prática do Apoio Matricial, tendo o referencial teórico como pano de fundo.

⁷ Ver anexos 1 e 2.

⁸ Para uma melhor compreensão da conformação dos grupos focais, ver anexo 3.

⁹ Anexo 4.

Nesta **primeira etapa** para a construção do referencial teórico comum fizemos **um grupo focal misto**, composto por representantes de cada um dos grupos de interesse: três apoiadoras distritais, quatro profissionais de saúde mental (dentre estes, duas psicólogas e duas terapeutas ocupacionais) e uma profissional de Equipe de Referência (médica generalista). A composição mista deste grupo foi necessária para incluir, já desde o início do processo, as diferentes perspectivas na elaboração compartilhada do referencial teórico.

Após apresentarmos o desenho geral da pesquisa, seus objetivos, questões e procedimentos, os participantes foram convidados a falar sobre o que entendiam como Apoio Matricial e o debate centrou-se na construção de um consenso possível sobre esse arranjo.

Sempre que necessário e quando a discussão se desdobrava para as particularidades do cotidiano dos serviços, a pesquisadora focava a discussão para os princípios e objetivos do Apoio Matricial, recolocando a intenção desta primeira etapa e a importância da consolidação de um referencial comum para nortear as análises dos próximos grupos.

Na **segunda etapa** seria o momento de **validar o referencial teórico** do Apoio Matricial construído no grupo anterior, e **confrontá-lo** com a sua prática, a fim de que fossem colocados em discussão, a partir de um referencial compartilhado, os consensos e os eventuais antagonismos entre o que os profissionais supõem que seja o Apoio Matricial e o modo como ele de fato é operado. Nesta segunda etapa foram feitos **quatro grupos focais**, agora grupos **homogêneos** em relação aos grupos de interesse, ou seja, cada grupo focal era composto por profissionais de cada um dos quatro grupos de interesse¹⁰. Os integrantes da primeira etapa (referencial teórico) também participaram desta segunda etapa, agregando-se a partir do grupo de interesse aos outros profissionais participantes.

¹⁰ Ver anexo 3.

Assim, a composição dos quatro grupos focais da **segunda etapa** se deu da seguinte maneira:

Grupo focal “Saúde Mental”: três psicólogas e duas terapeutas ocupacionais.

Grupo focal “Equipes de Referência de Unidades que possuem saúde mental”: três médicas, três enfermeiras e uma auxiliar de enfermagem.

Grupo focal “Equipes de Referência de Unidades que não possuem saúde mental”: uma médica, uma enfermeira e três agentes de saúde.

Grupo focal “Gestores”: coordenadora de saúde mental da Secretaria de Saúde, cinco apoiadoras distritais de saúde mental e quatro coordenadores de Unidades Básicas.

Em cada um desses quatro grupos, a pesquisadora inicialmente apresentava a pesquisa e seus objetivos, e expunha como vinha se dando o trabalho de campo: a construção do referencial teórico do Apoio Matricial no primeiro grupo e a necessidade de validá-lo junto aos quatro grupos desta etapa, de forma a tomá-lo como norteador da discussão. A seguir, a pesquisadora fazia a apresentação do esquema gráfico e dos principais tópicos que definiram o referencial teórico comum do Apoio Matricial, solicitando que o grupo o questionasse e o complementasse. Atingido um consenso possível sobre o referencial teórico, os profissionais eram convidados a falar livremente sobre suas experiências cotidianas no trabalho com o Apoio Matricial.

Para a discussão nesses quatro grupos, a pesquisadora tinha um mesmo conjunto de eixos temáticos que foram previamente pensados para contemplar os objetivos da pesquisa, quais sejam:

- Concepção de saúde mental;
- Modelo assistencial;
- Processo de trabalho;
- Diferentes configurações que o Apoio Matricial adquire de acordo com cada contexto institucional;

- A forma com que os diferentes atores vivenciam esta experiência;
- Dificuldades e avanços;
- Posicionamento dos gestores na efetivação do Apoio Matricial como uma diretriz de governo.

Esses eixos temáticos carregam questões importantes para o debate sobre a mudança institucional pretendida com o Apoio Matricial. Assim, eles serviram como balizadores para que a pesquisadora pudesse, sempre que necessário, focalizar a discussão para os aspectos de interesse da pesquisa, porém não atuaram como níveis fechados ou estanques, tendo sido estimulada a emergência de outros temas considerados relevantes pelos próprios profissionais.

5- INTERPRETAÇÃO:
a narrativa alinhavando sentidos

Em *Construções em análise* (1975), Freud enfatiza que uma interpretação não se faz apenas esmiuçando o discurso, ele aposta na função do analista de alinhar os fragmentos da história primitiva trazidos pelo paciente para produzir com ele um sentido. Sua tarefa é a de completar aquilo que foi reprimido a partir dos traços que deixou atrás de si, ou seja, construí-lo.

Já explicitamos anteriormente nossa pretensão em trabalhar a interpretação em suas dimensões de análise e de construção. A análise seria a dimensão da fragmentação, o trabalho de esmiuçar os fenômenos para poder compreendê-los. E a construção, a dimensão fundamental para a elaboração de linhas de sentido que possam contribuir como saídas para os impasses encontrados.

Instaurando a instância crítica da hermenêutica, Ricoeur (1990; 1997) destaca a necessidade de superar a separação existente entre o compreender e o explicar. A superação dessa dicotomia se buscaria, sobretudo, através do que o autor chama agenciamento dos fatos, ou a construção do sentido de modo narrativo.

Em sua obra *Tempo e Narrativa* (1997), Ricoeur parte das reflexões de Santo Agostinho sobre a natureza do tempo e da *Poética* de Aristóteles para formular sua tese de que “o tempo torna-se tempo humano na medida em que está articulado de modo narrativo; em compensação, a narrativa é significativa na medida em que esboça os traços da experiência temporal” (Op. Cit.: 15).

A partir de Agostinho, o autor mostra que o tempo só pode ser definido ou medido através da experiência subjetiva da memória do passado e da espera do porvir. São sempre o passado ou o futuro, tal como o sujeito os concebe, que serão narrados.

Da *Poética* de Aristóteles, Ricoeur resgata os conceitos de *Mimese* (imitação da ação) e *Muthus* (agenciamento dos fatos). Para ele, a *Mimese* é a representação do campo prático através da narrativa. E a narrativa corresponde àquilo que Aristóteles chamava *Muthus*: o agenciamento dos fatos, o enredo (intriga) que dá sentido e coerência aos acontecimentos.

Então a narrativa, como representação do tempo e da ação humana, não se ordena necessariamente de forma cronológica, numa descrição linear dos eventos. Para representar a temporalidade da ação, a narrativa deve corresponder à experiência psicológica do tempo, sendo o encadeamento lógico dos fatos a sua característica fundamental.

Ricoeur divide a *Mimese* aristotélica em três níveis, Mimese I, II e III. Três operações através das quais “*uma obra eleva-se do fundo opaco do viver, do agir e do sofrer, para ser dada, por um ator, a um leitor que a recebe e assim muda seu agir*” (Op. Cit.: 86).

O sentido de Mimese I é o de imitar ou representar a ação. Para a composição da narrativa é necessário, primeiro, pré-compreender o que ocorre com o agir humano. A ação, para Ricoeur, nunca é eticamente neutra, há sempre uma avaliação da ação em termos de bem ou de mal. Portanto, esse elemento anterior à composição do texto narrativo remete ao universo simbólico da cultura e da tradição.

Na Mimese II abre-se a dimensão do ‘como-se’. Esse segundo nível se qualifica como o texto narrativo propriamente dito, o agenciamento dos fatos. Na Mimese II está a função mediadora da narrativa, o ato de transformar os acontecimentos em história. Aqui, recheando a narrativa, encontramos os elementos simbólicos da cultura indicados através do ser e do agir das personagens.

O nível da Mimese III corresponde, segundo Ricoeur (1997), à aplicação na hermenêutica gadameriana. Envolve a intersecção entre o mundo do texto e o mundo do leitor, o que implica tomar o leitor como agente que reconstrói a história no ato da leitura.

Desse modo, o percurso de Mimese I à Mimese III fecha uma circularidade. Se de um lado Mimese I remete-se ao universo da cultura e da tradição que subjaz o texto, Mimese III traz o leitor envolvido em sua própria cultura, interpondo à narrativa o seu próprio horizonte cultural e de vida, o que dá margem as múltiplas interpretações do texto narrativo (Ricoeur, *apud* Vieira, 2001).

Ricoeur reconhece que tal círculo corre o risco de se tornar vicioso, se os três níveis miméticos atuarem confirmando-se mutuamente de forma tautológica. Porém, resgatando em Gadamer o círculo hermenêutico, Ricoeur sustenta que é preciso vê-lo, não como tautologia morta, mas como um círculo saudável, *“uma espiral sem fim que faz a meditação passar muitas vezes pelo mesmo ponto, mas numa altitude diferente”* (Ricoeur, 1997: 112).

Ainda, o autor destaca que se uma ação pode ser narrada é porque ela já está inserida numa práxis social, e por isso as narrativas seriam histórias não (ainda) narradas. *“Narrar, seguir, compreender histórias é só a ‘continuação’ dessas histórias não ditas”* (idem, ibidem: 116).

Ao utilizarmos a narrativa para interpretar o material produzido nos grupos focais, pretendemos trazer nossa contribuição fazendo emergir, dos emaranhados das discussões, um sentido para as histórias vividas, mas ainda não narradas.

Assim, transcrevemos as discussões dos grupos focais realizados e fizemos uma primeira interpretação dessas discussões, considerando o material produzido em cada grupo como uma unidade narrativa¹¹. Comprometemo-nos, com isso, a alinhar as linhas argumentativas presentes nos diferentes discursos, encadeando-as uma a outra de forma a construir o enredo próprio a cada grupo.

Após essas construções narrativas, empreendemos uma segunda fase de interpretação confrontando as narrativas produzidas entre si: seus diálogos, convergências, diferenças e pontos de recalque.

Consideramos o produto dessa fase como uma meta-narrativa, que pretende conectar os diferentes enredos e aposta, junto com Ricoeur, na tentativa de superar a dicotomia entre o compreender e o explicar.

¹¹ Advertimos que somente a discussão do primeiro grupo focal, por ter sido composto de forma mista (diferentes categorias profissionais oriundas dos diferentes grupos de interesse da pesquisa), não foi interpretada de modo narrativo. Organizamos o material produzido nesse grupo em forma de um esquema gráfico e uma reunião dos principais tópicos discutidos, pois interessava sintetizar o referencial teórico comum do Apoio Matricial ali construído, a fim de facilitar a sua apresentação e compreensão pelos demais grupos.

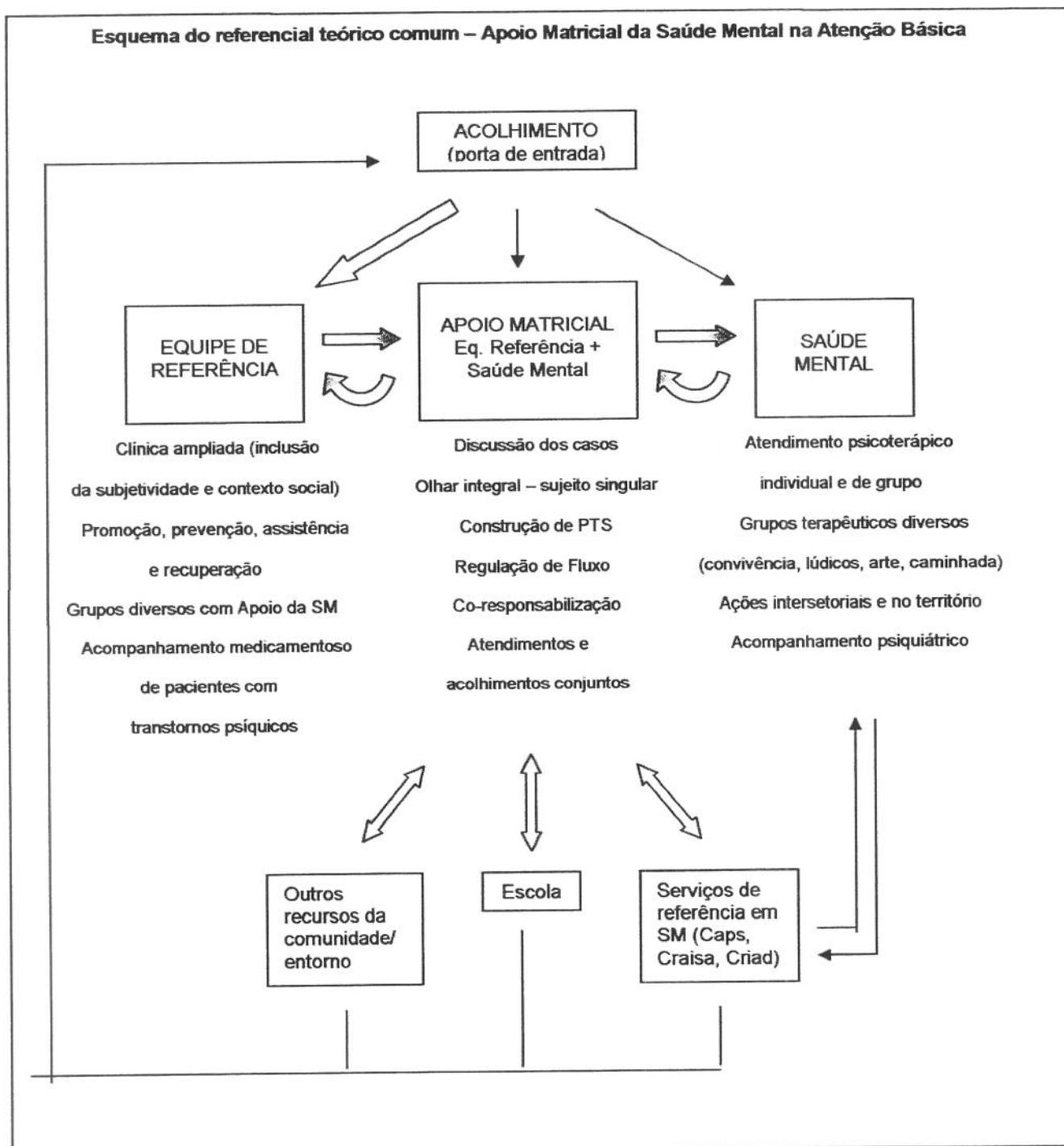
Vinculamos a meta-narrativa ao contexto da produção histórico-social da saúde mental e da saúde coletiva, buscando identificar a presença de suas várias tradições que compõem nos discursos e nas práticas.

Oferecemos assim o nosso enredo como contribuição para que as discussões geradas pelos próprios profissionais possam ser significadas no interior das transformações políticas e assistenciais que a saúde mental vem desencadeando. Ousamos ainda, a partir disso, propor alternativas para o enfrentamento dos principais nós críticos encontrados, que podem servir para o aprimoramento da atenção em saúde mental e sua efetiva inserção na rede básica de saúde.

Dessa maneira procuramos percorrer o círculo hermenêutico, passando várias vezes pelo mesmo lugar, porém sempre numa outra altitude. No dizer de Gadamer (1997), *“a compreensão não é nunca um comportamento somente reprodutivo, mas é, por sua vez, sempre produtivo. (...) quando se logra compreender, compreende-se de um modo diferente”* (Op. Cit.: 444).

6- REFERENCIAL TEÓRICO COMUM

Como já descrito, o referencial teórico do Apoio Matricial foi construído a partir da discussão junto ao primeiro grupo focal misto. Ele foi sintetizado na forma do esquema gráfico abaixo, de forma a facilitar a sua apresentação e compreensão pelos outros grupos de interesse da pesquisa, que o complementaram e o validaram.



De acordo com o esquema gráfico, na lógica do Apoio Matricial, o paciente chega ao Centro de Saúde (demanda espontânea ou encaminhamento de outros equipamentos) e é recebido no acolhimento. Após isso, o paciente poderá ser atendido pela sua Equipe de Referência, que aciona o Apoio Matricial se necessário. Os profissionais irão discutir o caso e será construído um Projeto Terapêutico, a partir do qual se definirão as ações a serem feitas com o paciente, podendo envolver a Equipe de Referência, os profissionais de saúde mental, os recursos existentes no território, a escola, os serviços de referência em saúde mental. Eventualmente, quando se identifica uma urgência já no acolhimento, o paciente poderá ser atendido diretamente pela saúde mental, porém o caso deverá ser discutido posteriormente.

Na segunda etapa de grupos focais este esquema foi apresentado, juntamente com uma explanação feita pela pesquisadora sobre os principais tópicos que foram discutidos no primeiro grupo. A partir dessa apresentação, cada grupo focal pôde complementar o referencial teórico e validá-lo, a fim de que ele pudesse servir como pano de fundo para a discussão que seria suscitada em seguida, durante cada um destes grupos.

Os principais tópicos que definiram o nosso referencial teórico do Apoio Matricial foram os seguintes:

- 1- O Apoio Matricial é um arranjo que possibilita que o profissional de saúde mental esteja junto com os profissionais das Equipes de Referência, visando conceder-lhes conhecimentos técnicos da saúde mental e auxiliá-los para que estejam mais capazes de acolher o sofrimento psíquico;
- 2- É um encontro de profissionais de diferentes formações, que vão compor um saber que é mais do que a soma de cada saber, mas uma transposição de saberes pra entender o sujeito de forma integral, com as suas diferentes facetas, as físicas, as sociais, as subjetivas;
- 3- O Apoio Matricial permite fazer saúde de uma forma ampliada e integrada, através desse saber mais generalista e interdisciplinar. Ele amplia o olhar e a escuta da Equipe de Referência através do apoio da saúde mental em relação

ao sofrimento psíquico. E por outro lado, amplia o olhar dos profissionais da saúde mental, através do conhecimento da Equipe de Referência sobre os pacientes, as famílias, o território;

- 4- O Apoio Matricial visa construir uma assistência centrada na singularidade de cada paciente, através da construção dos Projetos Terapêuticos;
- 5- Visa tentar reverter a lógica do trabalho especializado e fragmentado da saúde em geral e também da saúde mental;
- 6- O Apoio pretende inverter a lógica do encaminhamento e instaurar uma lógica da co-responsabilização. Não haveria encaminhamentos indiscriminados de pacientes para a saúde mental, nem des-responsabilização por parte das Equipes de Referência quando o paciente está sendo acompanhado pela saúde mental. O Apoio Matricial propõe que os casos sejam de responsabilidade mútua, tanto da Equipe de Referência, quanto dos profissionais de saúde mental;
- 7- O Apoio é um regulador de fluxo, que permite entender e diferenciar os casos que realmente precisam ser atendidos pela saúde mental, e os casos que podem ser acompanhados pela Equipe de Referência ou pelo menos ser acolhidos momentaneamente por estes profissionais;
- 8- Ao regular o fluxo, o Apoio Matricial abre o acesso à saúde mental para as demandas de maior gravidade;
- 9- Através do Apoio procura-se desmistificar a doença mental - o medo e os rótulos que se criam em torno da loucura. A partir dele é possível que os profissionais passem a considerar o sujeito, que não se reduz à doença ou ao sofrimento.

7- AS NARRATIVAS:
diferentes olhares sobre o Apoio Matricial

1) O QUE DIZ A SAÚDE MENTAL?*

Participaram deste grupo os profissionais que operam o Apoio Matricial: psicólogas e terapeutas ocupacionais que, a partir de seus saberes e lugares como profissionais de Centros de Saúde ou de Caps, apóiam as equipes de saúde na ampliação da clínica.

Após as apresentações pessoais, exponho os objetivos da pesquisa e como ela vem sendo realizada com a participação de seus diversos grupos de interesse. Segue a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que é assinado por todos os participantes.

Descrevo como se deu a primeira etapa em que representantes de cada um dos grupos de interesse reuniram-se na construção de um referencial teórico comum do Apoio Matricial. Agora seria, então, o momento de validar esse referencial, complementando-o, e tomá-lo como modelo norteador de um debate sobre como o Apoio Matricial vem acontecendo na prática.

Iniciando a discussão, o grupo coloca que o “*consenso*” sobre o Apoio Matricial não se deu logo no início de sua implantação, mas ele foi se consolidando no decorrer do trabalho com as equipes de saúde.

No “*treinamento*” realizado no início da implantação do Programa Paidéia, teria sido colocada a diretriz do Apoio Matricial, porém de forma “*não muito enfatizada*”. Esse treinamento, segundo o grupo, teria exigido que os profissionais pensassem sobre o próprio trabalho, mas passada essa exigência, o que se faz na prática hoje é “*mais informal*” e não é tão bonito quanto foi visto na teoria.

Reiterando o referencial apresentado, o grupo considera o Apoio Matricial como regulador de fluxo dos encaminhamentos. Conferem alguma mudança em relação à forma com que os pacientes são encaminhados para a saúde mental, antes e depois do Apoio Matricial. Antes, bastava que o paciente chorasse para ser encaminhado, e a maioria

* Narrativa do grupo focal realizado com profissionais de saúde mental da rede SUS - Campinas.

desses encaminhamentos era de pessoas que estavam sofrendo questões efêmeras ou dificuldades acarretadas pelo contexto social, “... ou porque estão sofrendo de um luto, ou porque estão desempregadas ou porque chorou porque brigou com o marido”.

Com o Apoio Matricial, passam a ser favorecidas as discussões com as equipes de saúde sobre a impossibilidade de separar a ‘saúde mental’ da ‘saúde em geral’. O grupo, aqui, formula um sentido para a introdução do Apoio Matricial no contexto das Unidades Básicas: “a história do Apoio estar lá dentro é que a saúde mental não é desvinculada do (...) cotidiano, da vida da pessoa, ninguém é só saúde mental ou é só falta de comida, falta de emprego, não é isso, ou tá doente mesmo, é tudo junto”. Identificam que o Apoio Matricial veio potencializar as ações das equipes de saúde nos casos em que se expressa a subjetividade e o sofrimento, e avaliam que houve evolução na direção de uma maior responsabilização das equipes por estes casos.

Entretanto, seguem defendendo que o Apoio Matricial não é apenas mero regulador de fluxo. Mais que isso, o apoiador matricial deve intervir, “discutir Projetos Terapêuticos sim”.

A orientação da assistência a partir da reflexão sobre as necessidades singulares seria um grande ganho trazido pelo Apoio Matricial: “... discute-se o caso, se faz um certo Projeto Terapêutico, não tão sistematizado, mas se faz. (...) e é importante resgatar o caso (...). Eu acho que é um avanço muito grande, você ter a linha de tratamento, de cuidado, e garantir de certa forma”. Além disso, a construção coletiva dos Projetos Terapêuticos favorece a co-responsabilização e a avaliação contínua do tratamento. São mencionados alguns exemplos de Projetos Terapêuticos que vêm tendo resultados positivos, dentre eles é salientado “um projeto que uniu muitas coisas: uniu a Vigilância (Sanitária), uniu a Equipe de Referência, uniu a nossa equipe de saúde mental, o Caps, a família, a rede social...”.

Além da construção conjunta dos Projetos Terapêuticos, o Apoio Matricial também seria uma forma de capacitação *in loco* para as Equipes de Referência nas questões referentes à saúde mental, que se daria através de atendimentos conjuntos entre o profissional da saúde mental e o profissional de referência. Segundo o grupo, muitas vezes as equipes não conseguem suportar o sofrimento ou o choro do paciente. Assim, os

atendimentos conjuntos com o profissional 'psi' seriam importantes para instrumentalizá-las quando é necessário diminuir ou aliviar o sofrimento naquele dado momento.

No entanto, é feita uma distinção: no atendimento conjunto, a partir da intervenção do profissional de saúde mental com o paciente, o profissional de saúde pode aprender, em situação, novas formas de intervir, novas formas de acolher. Quando se atende junto, se empresta saber. Já quando estão na reunião de equipe discutindo um caso, estão equiparados, podem compartilhar conhecimentos, a partir do saber de cada um dos membros da equipe.

O grupo acredita que os atendimentos conjuntos são pedagógicos, porém não se pode esperar que a equipe de saúde atue como os profissionais de saúde mental, *“não é faça como eu faço (...) o jeito de um auxiliar de enfermagem escutar é diferente de um psicólogo”*. Para o grupo, é possível ajudar os membros da equipe a fazerem uma escuta mais qualificada, mas há um limite, não se pode esperar algo que não corresponde à própria formação dos profissionais.

Apesar desse limite, consideram que várias ações podem ser realizadas pela equipe de saúde, ações que necessariamente envolvem o lidar com a subjetividade e que, por isso, se potencializam com o fator pedagógico dos atendimentos conjuntos. Mas, segundo o grupo, esses atendimentos devem ter duração temporária. Fazer junto, mas com a intenção que o profissional possa se apropriar daquele modo de intervenção e que possa vir a fazer sozinho, *“aos poucos ir abandonando, desmamando”*.

Porém, *“o fazer junto é um risco que se corre”*. O grupo adverte que quem antes abandona a intervenção conjunta é a própria equipe. Muitas vezes tentam fazer junto, mas o caso acaba ficando sob sua responsabilidade. Em seu entendimento as equipes de saúde teriam uma certa resistência em trabalhar com o que não é medicamentoso.

Na berlinda, as Equipes de Referência...

“(...) você vem aqui, eu te atendo, te passo um remédio, (...) eu fico livre de você”. Esta fala tenta retratar a dificuldade da equipe em se responsabilizar pelos atendimentos que não se encaixam nos protocolos. O medicamento como garantia rápida e eficaz. A intervenção que não prevê garantia, isso não se saberia fazer.

Nesse sentido, o grupo chega a comparar o apoiador matricial com um supervisor institucional, pois o contato com o sofrimento traz à tona questões ligadas à própria subjetividade dos profissionais. O apoiador precisaria lidar com as expectativas da equipe nos casos em que o possível não é a cura, mas a melhora, às vezes ínfima, da qualidade de vida, o desenvolvimento da autonomia. Precisaria trabalhar com os pólos da onipotência/impotência habitualmente trazidos pelo médico, e em alguns momentos pelos outros membros das equipes.

Quando se está diante de alguém que chora, não há procedimento que se possa seguir, não há desfecho imediato, e por vezes o problema não será resolvido na lógica da cura. Para o grupo, a equipe não suporta essa frustração.

Na avaliação do grupo há uma fala recorrente das equipes, proclamada toda vez que se tem um caso desses nas mãos: *“eu não sei como fazer”*.

Admitem que a dificuldade das equipes passe, de fato, pela questão da formação profissional. Porém, colocam que, como a equipe está acompanhada e aprendendo com o apoiador nos atendimentos conjuntos, a questão não estaria no saber, mas na disponibilidade para aprender. *“... não sei o quanto isso pega ou não de ter tido uma formação (...) porque a gente também está lá dizendo que vai estar fazendo junto, que a gente vai estar capacitando e vai conversando...”*.

A dificuldade estaria na necessidade de responsabilização pelos possíveis desdobramentos do atendimento inicial: *“a impressão que eu tenho (...) é o nem acolher; quando chega alguém assim, ah procura alguém da saúde mental pra saúde mental acolher (...) eu não sei o que fazer, eu encaminho... e também eu não quero fazer, porque isso vai significar ter que se responsabilizar pelo caso e vai significar algumas obrigações outras”*.

O grupo também discute essa fala como uma impossibilidade dos profissionais se apropriarem ou se autorizarem nessa tarefa, o que não seria resolvido apenas com a aquisição de conhecimentos teóricos ou técnicos em saúde mental, mas com a possibilidade *“das pessoas irem podendo enxergar que elas têm potencial”*.

Outra hipótese é lançada no grupo: lidar com o sofrimento psíquico seria uma questão de escolha profissional. *“Quando eu fui fazer psicologia, eu escolhi né? Ai o outro, quando ele foi fazer enfermagem, ele não tava a fim disso. (...) ele não tava a fim da cabeça, ele não tava a fim de cuidar desse jeito, ele tava a fim de outras coisas. Então porque que agora, no meio do caminho, depois de tantos anos (...) eu vou ter que mudar e resolver que eu vou me responsabilizar por essas pessoas? Faça isso você, você que estudou e escolheu fazer isso”*. As equipes representam o Apoio Matricial como uma imposição, que veio modificar o modo de trabalho a que estavam adaptadas.

Além disso, na concepção do grupo, o Apoio Matricial seria visto pelas equipes como um alibi da saúde mental: *“que a gente da saúde mental está querendo é se livrar, sabe? Tipo, pra eu não ficar responsável, que é um casamento pra mim, então eu peço pra você dividir comigo”* e *“que a saúde mental não quer nada com nada, não quer atender ninguém”*.

A saúde mental através do espelho...

O argumento do grupo se concentra, sobretudo, em projetar nas Equipes de Referência a origem das falhas do Apoio Matricial.

Raras são as vezes em que admitem a própria dificuldade em sair do modo de trabalho tradicional e assumir o papel de apoiadores: *“... a gente fala muito das Equipes de Referência e esquece da equipe de saúde mental (...) a equipe de saúde mental também, assim, eu já cansei de ouvir a mesma coisa: ‘eu não escolhi ser apoiadora matricial, não acredito no Apoio Matricial e eu não faço Apoio Matricial’”*.

Uma fala aponta que há dificuldade dos próprios profissionais de saúde mental em compreender a definição e as finalidades do Apoio Matricial, embora não seja uma posição predominantemente aceita pelo grupo: *“Talvez a gente não consiga explicar bem nas equipes o que que é... qual é o papel do matriciador, porque eu sinto isso, porque nem a gente tem muito claro, eu não tenho muito claro”* - *“Ah não, eu tenho!”*.

Segundo o grupo, a maior parte da demanda atribuída à saúde mental é representada por casos considerados leves. *“Não são casos graves, a maioria mesmo, o que enche a agenda, o que pesa na lista de espera são esses casos mais leves”*.

Consideram que mesmo esses casos leves deveriam ser acompanhados pela saúde mental, porém isso seria inviável dado o contexto do SUS. *“E que se você for acompanhar todos né? O ideal: nossa, vou acompanhar todo mundo num grupo terapêutico e tal... mas haja tempo e psicólogo pra fazer isso!”*.

“Era muito difícil ter vaga pra saúde mental pra essas pessoas (...) era um psicólogo, um TO... então assim, e a gente via que por outro lado se a gente tivesse um suporte para a equipe, pra ela estar trabalhando junto aquele luto, mesmo que seja por pouco tempo, ajuda”. O Apoio Matricial viria possibilitar a ampliação da clínica e da capacidade resolutiva das Equipes de Referência na assistência a esses casos leves, para que, de acordo com o princípio da equidade do SUS, seja garantido o acesso à assistência especializada da saúde mental para os casos de maior gravidade. *“... as vagas pra saúde mental deviam ser realmente pra aqueles casos mais graves (...) tem gente que tem depressão mesmo e vai ter que ser tratada conforme manda o figurino, digamos, mas tem gente que está ocupando vaga de quem realmente tem uma demanda séria de saúde mental, né, e esses de repente nem chegam.”*

Para o grupo, é necessário que a própria saúde mental repense sua forma de assistência, adequando sua clínica para as necessidades de saúde da população e do contexto da saúde coletiva. *“... eu penso que a saída, não pra todo mundo (...), mas é centrar em intervenções mais breves, fazer grupos de duração limitada, rever quem precisa continuar ou não, assim, parar com essa idéia de que a gente tem que fazer terapia de um ano, dois anos pra dar conta de um problema, porque você traça um foco (...), e se der conta com aquela pessoa naquele momento, a pessoa não tem que ficar...”*.

Além disso, listam-se diversos recursos que devem ser usados como alternativas à assistência tradicional da saúde mental, no sentido da ampliação da clínica tanto das Equipes de Referência quanto da própria saúde mental. *“... um grupo de convivência para mulheres (...), que tenha alguma coisa pra fazer que atraia as mulheres e*

enquanto isso a gente conversa...”, “... alguns recursos (...) tipo espaço cultural, (...) tinha atividades diversas, tinha várias oficinas...”, “... tem uma auxiliar de enfermagem que dá Lian Gun (atividade física de origem oriental); tem um médico generalista que faz ginástica postural (...); tem um médico que dá judô para crianças (...) então também aquelas crianças que chegam, que não têm trauma nenhum, na verdade está fazendo arte na rua porque não tem nada pra fazer (...), eu faço brinquedoteca...”.

Referem que a ampliação do leque de possibilidades de assistência em saúde mental é uma necessidade no contexto do SUS, mas é, sobretudo, eficaz na resolução dos problemas sociais e de saúde da população. *“... parece assim, que é substitutivo, que a gente vai fazer um atendimento de saúde mental pra uma realidade aí mais complicada. Mas não é isso, porque a necessidade de lá, as pessoas acabam sentindo esse vazio existencial, acabam tendo um monte de problema exatamente porque não têm amigo, não têm onde se encontrar, não têm o que fazer. Acho que as pessoas estão muito solitárias hoje, então nesses bairros acho que é importante ter esses espaços de encontro, pra eles falarem do sofrimento mental, mas que seja um espaço pra eles construírem alguma coisa de bom pelo bairro, lutar por aquele direito de cidadão. (...) achar saídas pra uma grande demanda, né, corriqueira... que são problemas de todo mundo... é esses grupos mesmo”. O grupo reitera a sua eficácia: “E que funcionam!”, “Funcionam mesmo”.*

Embora tenham destacado a importância da diversificação dos recursos terapêuticos para atender à singularidade das demandas em saúde, acham que é preciso também garantir as ofertas tradicionais da saúde mental para os casos mais graves. *“... fazer esses grupos de convívio, esses grupos todos são fundamentais, mas assim, existe um grupo de pessoas que têm um sofrimento que vai um pouco além de só trabalhar nesses grupos, que precisa mesmo de psicoterapia (...) eu acho que a psicoterapia e o atendimento com o psiquiatra pra medicar...”.*

Prossegue a discussão sobre os critérios aos quais se valem para avaliar a gravidade das demandas em saúde mental. Critérios que serviriam de balizadores para a distinção de quais pacientes se beneficiam da ampliação da clínica das Equipes de Referência e quais devem necessariamente ser assistidos pela saúde mental.

“... tem caso que é muito fácil! Que é assim: já internou? Já ficou internado num hospital psiquiátrico? Tem CID F20-0?”. Para os pacientes que apresentam transtornos psíquicos graves, as ações e responsabilidades estão definidas.

A maior dificuldade é quando se trata do sofrimento intrínseco e inevitável do humano, que aparece, senão através de sintomas, mas do choro e de inúmeras queixas. “Agora, pra esses menores...”, “... o pepino maior são esses casos”.

Fala-se da duração do problema e da capacidade da pessoa em lidar com ele: “... eu acho que tem um tempo que é muito importante, tempo que aquela pessoa pare o sofrimento, o quanto que ela suporta, mesmo que seja um sofrimento pequeno, o quanto que a gente percebe que ela está suportando”, “... ou sucumbindo”.

“E não adianta eu falar assim: ‘ah, é porque ela tá vivendo um luto e portanto esse luto vai passar daqui a um tempo e boa’. Não, porque assim, eu vivencio o luto de um jeito, ela vivencia de outro”. São casos que precisam ser avaliados no contexto, um a um. Direcionará as ações e responsabilidades, não a situação-problema vivida em si, mas a forma de vivenciá-la. “O que é que aquele sofrimento mental está atrapalhando a vida dela”, “... no cotidiano”, “Ela tá sofrendo, ela não consegue trabalhar, ela não consegue dar conta da família, ela não consegue dar conta do papel de mãe minimamente. Assim, até que ponto esse sofrimento atrapalha realmente a vida dela”.

Nesses casos em que o sofrimento vivido compromete demasiadamente a vida da pessoa, há necessidade de um acompanhamento específico da saúde mental.

O foco da questão está, portanto, na palavra ‘demasiadamente’, e a avaliação desse limiar não pode se dar *a priori*, mas requer uma análise da singularidade de cada indivíduo, das suas vulnerabilidades e riscos frente àquela dada situação.

Nenhuma referência foi feita no grupo em relação a uma definição mais detalhada ou formalizada de critérios que norteiam a avaliação de risco e se há acordo sobre isso entre os profissionais.

Não é consenso, por exemplo, para os próprios profissionais de saúde mental, sobre se há necessidade ou não de priorizar a infância e adolescência. Há duas posições distintas. De um lado, o grupo coloca: “... a gente tem muito caso de violência doméstica, de abuso sexual (...) as crianças nesse sentido são um critério importante (...) tem que pensar em prevenção, os adolescentes (...) é uma população que a princípio já é colocado como um critério que a gente precisa dar um respaldo”. Mas há uma contraposição: “... a criança não tem prioridade, a gente acaba atendendo mais adulto (...), o adulto complicado, doente hoje, ele não dá conta nem da criança. Então tem que priorizar, já que eu não posso ter porta aberta pra todos, a criança geralmente espera mais”.

“... é muito difícil você dividir o que que é saúde mental e o que que não é”. Para o grupo, a avaliação de risco deve ser aprimorada e discutida também no coletivo, com o apoiador matricial, ou o choro continuará sendo usado como critério pelas Equipes de Referência: “... a pessoa que tá lá na cadeira de rodas, o tempo todo dentro de casa, sem poder sair pra ir pra um parque, sem sair na rua... isso é saúde mental (...) mas eles (as Equipes de Referência) não chamam pra discutir um caso se a pessoa não estiver chorando em cadeira de rodas. Se ela só estiver na cadeira de rodas não falando nada, não chamam, não é saúde mental. Agora, se ela chorou, caiu uma lágrima, aí já é saúde mental”.

O grupo já havia mencionado a dificuldade da equipe de saúde em lidar com a incerteza das intervenções que não estão nos protocolos. E também admitem que, para eles mesmos, essa não é uma tarefa fácil: “Porque também muitas vezes a gente não sabe, não sabe o que fazer”. A diferença é que os profissionais de saúde mental, pela própria natureza de seu objeto de trabalho, estariam mais inclinados a lidar com essa imprevisibilidade, pois têm seu saber nuclear que os instrumentaliza (e os protege) nessas intervenções. E ainda assim, se referem à freqüente necessidade de trazer essas situações para a discussão no coletivo: “Quantas vezes a gente não tá na reunião de saúde mental e fala: ‘estou com um caso assim assado, o que que eu faço, gente? Tá difícil, eu não tô conseguindo ir pra frente (...) alguém tem alguma sugestão?’”.

Para o grupo, existem circunstâncias passageiras em que o paciente expressa sua emoção sem que isso signifique a necessidade de uma resposta técnica. É trazida uma situação exemplar: “... eu tava passando no corredor e aí uma enfermeira veio me falar:

'ah, tem uma pessoa que tá chorando lá na minha sala, chorando, chorando, não pára de chorar', aí eu perguntei: 'você já conversou com ela?' 'Já, mas ela não pára de chorar.' 'Então deixa ela chorar, gente! O que que tem uma mulher chorar? (...) ela precisa disso nesse momento, fica lá com ela...' E a enfermeira já queria que eu fosse lá dar conta da mulher que tava chorando". Ademais, existem situações que vão além da capacidade resolutiva de uma técnica ou de uma disciplina específica: "... nem sempre por ser da saúde mental especificamente naquele momento é que se daria conta". Nisso, a disponibilidade de escuta e acolhimento da Equipe de Referência seria, segundo o grupo, um elemento primordial. "... a mesma coisa que eu faria, vocês também fariam com certeza, por que que tem que ser pra mim?", "... eu falo pra equipe: 'é só você usar a sua experiência de vida, você não sabe atender uma mãe que tá atendendo uma criança com negligência, talvez orientar, questionar, falar coisas que talvez essa mãe nunca ouviu?'".

O grupo destaca o problema da definição de responsabilidades e, com isso, os vários encaminhamentos gerados. *"... eu digo a eles que eles podem dar conta e eles teimam que a gente é que tem que atender", "E volta pro generalista, volta pro psicólogo..."*.

Rumos pulsantes...

O Apoio Matricial é, para o grupo, a possibilidade de resolução dessa questão. Ele exige que os profissionais, juntos, compreendam o caso e as necessidades que ele demanda, e só então seria possível bloquear os encaminhamentos indiscriminados e decidir sobre as responsabilidades de cada profissional. *"O mais comum é a equipe falar: 'olha, eu tenho um caso, vou passar pra você', aí tem que fazer o movimento contrário, vamos pegar o prontuário, vamos ler, vamos tentar conhecer um pouquinho melhor (...). É inverter e falar: 'não, você tem um caso pra discutir e não pra passar pra mim'"*.

No entanto, para potencializar o seu alcance, o Apoio Matricial deve estar continuamente sendo analisado, *"... sempre questionar mesmo qual que é esse papel do Apoio Matricial, qual é esse papel, acho que isso tem que estar em discussão mesmo"*.

Sem essa análise constante, seria difícil manter sua função desvio. Bastaria pouco para se retornar ao modo cristalizado de trabalho: “... *tem que discutir, até pra não furar, porque se a gente começa a furar, começa a ir tudo sem o Apoio Matricial, sem as reuniões, sem as discussões...*”.

Descristalizar a lógica do encaminhamento: esta seria a principal empreitada do Apoio Matricial. Segundo o grupo, ela é mais árdua quanto mais arraigada no serviço esteja essa tradição.

O grupo concorda que existe maior dificuldade de exercer a função de apoiadores nos Centros de Saúde onde estão alocados como equipe de saúde mental. “... *a equipe tá muito acostumada a bater sempre na nossa porta (...) a pessoa, quando chegava chorando, já ia direto, era muito mais fácil eles escoarem pra gente, porque a gente tá lá*”, “*É mais fácil bater na minha porta do que ouvir a pessoa...*”.

Essa transferência direta de responsabilidades encontraria maiores empecilhos nas Unidades que não contam com profissionais de saúde mental. Não haveria como bater na porta ao lado para ‘escoar’ a demanda. “... *Eles não têm pra quem jogar o paciente, então eles contam com o nosso apoio, mas eles têm que muitas vezes se virar com aqueles casos que chegam lá. Então é bem diferente*”.

“... *nas outras equipes que a gente tava matriciando que não tinha saúde mental, era muito mais evidente o quanto eles conseguiam lidar com essa questão de pensar estratégias, que não era só encaminhar*”. Para seguir na lógica do encaminhamento seria necessário percorrer caminhos às vezes mais longos e difíceis do que propriamente acolher o paciente em sofrimento ou mesmo criar outras estratégias de assistência. Assim, os profissionais se autorizam e se experimentam mais na responsabilização pelos pacientes. “*Lá eles têm todo um empenho, toda uma tentativa de se envolver, de discutir, até pra trazer o caso, eles já trazem o caso assim mais mastigado, mais compreendido, o que cada um pode fazer... Eles se mostram mais assim dispostos, disponíveis, pra atuar. Até porque a gente não tá lá, então aí, algumas ações ficam sob responsabilidade deles...*”.

São nessas Unidades em que o grupo se percebe melhor desempenhando seu papel: “... *ai sim eu sou matriciadora...*”.

Se a proximidade da saúde mental favorece o apelo à lógica tradicional de trabalho e acentua a dificuldade de subvertê-la, isso se torna impraticável se não houver, ao menos, periodicidade nos encontros entre os profissionais. “... *a reunião de lá é difícil de acontecer (...). É na reunião de Equipe de Referência onde o Apoio iria acontecer, né? Só que não tem a reunião, então o Apoio não acontece...*”.

Só se faz possível o Apoio Matricial com o estabelecimento das reuniões de equipe como parte fundamental da rotina de trabalho, o que deveria ser garantido e incitado pelo gestor do serviço. “... *eu acho que o investimento pro Apoio Matricial acontecer, é assim, (...) as equipes se reunirem semanalmente, faça chuva ou faça sol, (...), acho que isso é investimento por parte da coordenação, que ela exija mesmo que a reunião aconteça e aí favorece a discussão*”.

Além do coordenador da Unidade como “*parceiro para que o Apoio Matricial aconteça*”, o grupo aponta a importância do suporte e da mediação do apoiador distrital: “... *principalmente na discussão (...) de o que que a gente faz com a demanda que a gente não tá conseguindo...*”, “... *tem hora que ele desata uns nós... não sei se é porque ele está fora do serviço, acho que porque ele tem uma visão mais geral (...) está no funcionamento da rede como um todo...*”.

A insuficiência de profissionais em relação à grande demanda, assim como a falta de recursos materiais são apontadas como outro empecilho que muitas vezes inviabiliza o Apoio Matricial: “... *tem a história de não ter carro, de não ter como ir na reunião (...), de realmente efetivar o que foi discutido, seja para encaminhar pra psicoterapia, seja pra encaminhar pro psiquiatra, seja pra inserir a pessoa num núcleo lá do bairro, um centro de convivência (...) na prática isso não se efetiva de fato, porque tem muita demanda...*”.

Por fim, apesar dos obstáculos institucionais e das dificuldades apontadas, o grupo reconhece os avanços alcançados: “*Agora, eu sinto que houve uma mudança (...) os clínicos estão acolhendo mais (...) casos que antes era tudo mandado pro psiquiatra, hoje*

eles estão dando conta”, “... uma generalista chegou: ‘olha, tinha uma adolescente, ela estava assim, começou a conversar comigo, falei isso, falei aquilo pra ela e ela saiu da consulta outra’. E ela não me encaminhou!”.

Realçam também que os rumos que vêm trilhando como apoiadores matriciais têm produzido resultados importantes: *“... quando você vê o pessoal das Equipes de Referência fazendo, você fala: ‘nossa, olha que legal’. E quando eles fazem, eles fazem muito bem feito, vão aprendendo a fazer. Às vezes vêm te perguntar: ‘tá certo?’, aí você olha, esse caminho tá certo? Lógico que tá...”.*

Se no início o grupo trouxe a fala *“... de que na teoria é muito bonito (...), mas que na prática não é assim...”*, no final a retomam para transformá-la. Há muito ainda por construir, mas se colocam como protagonistas dessa construção. *“... e aí a gente tem que dizer que não, que na prática também é muito bonito. Eu vejo um caminho muito bonito”.*

2) A VEZ DAS EQUIPES DE REFERÊNCIA: PARTE I*

Este era um grupo de médicas, enfermeiras e auxiliares de enfermagem que trabalham em Centros de Saúde de diversas regiões de Campinas, nos quais estão sediados os profissionais de saúde mental responsáveis pelo Apoio Matricial.

Como no grupo anterior, a discussão inicia-se com a apresentação da pesquisa, seus objetivos e procedimentos. Segue a exposição do referencial teórico do Apoio Matricial construído, a fim de que ele seja complementado e validado neste grupo. Assim, coloca-se o mote para o debate: tomar esse referencial comum como modelo norteador da discussão sobre a prática do Apoio Matricial.

Para complementar o modelo, o grupo coloca a necessidade de pensar a escola como especial parceira do Centro de Saúde, e incluí-la como um elemento em constante relação com o Apoio Matricial, ao lado dos serviços de referência em saúde mental e equipamentos sociais do território, já que os encaminhamentos da escola representam a maior parte da demanda por saúde mental.

Também acrescentam que não são apenas as Equipes de Referência que acionam o Apoio Matricial, mas a própria saúde mental pode levantar a necessidade de rediscutir casos que se beneficiariam das ações das Equipes de Referência, ou ainda quando o próprio atendimento da saúde mental gera a necessidade de visitas domiciliares ou a entrada de outro profissional no Projeto Terapêutico.

O grupo reitera o referencial construído, acrescentando que um fator importante na prática do Apoio Matricial é a disponibilidade das Equipes de Referência para se responsabilizarem pelas questões que extrapolam a clínica tradicional, “... o que a equipe de saúde mental absorve ou não, depende muito da Equipe de Referência”, “... existe uma grande dificuldade das equipes estarem lidando com a questão da saúde mental, desde a crise em si até pacientes que reclamam de estresse ou questões mais leves, então não têm uma vontade de estar discutindo isso”.

* Narrativa do grupo focal realizado com profissionais de Equipes de Referência de Unidades Básicas que possuem profissionais de saúde mental.

A disponibilidade da equipe em “*conversar sobre outras questões que não sejam questões clínicas*”, estaria relacionada com o perfil dos profissionais: “... *tem alguns profissionais (...) que têm uma intimidade melhor com o paciente da saúde mental, têm um perfil... sabe ouvir bem, gosta, então assim, acabam sendo direcionados pra essas pessoas*”.

Ainda, essa disponibilidade para acolher a subjetividade também seria influenciada pela formação dos profissionais: “*tem profissionais que são mais antigos na rede, muitos que viraram generalistas mas tinham outra formação, então eu acho que precisa mesmo é de capacitação*”.

Segundo o grupo, a insegurança gerada pela falta de formação, somada ao estigma da loucura, contribuem para a grande resistência dos profissionais em relação à co-responsabilização: “... *quando se fala em saúde mental existe um medo muito grande, eu acho que assusta muito, e depois trabalhar com esse caso, o que fazer?*”.

Com isso, o grupo vai transitando para a discussão sobre as maiores dificuldades suscitadas a partir do trabalho com o Apoio Matricial.

O contato com o sofrimento: se houvesse um atalho...

“*Vontade de chorar junto*”. É o que um dos membros do grupo sente quando atende um paciente em sofrimento. “*Eu não choro, mas eu me sinto péssima... Agora, se for dor física (...) a gente resolve. (...) Mas se for dor mental... eu não sei o que fazer... é muito angustiante...*”. Essa angústia é também compartilhada pelo restante do grupo, que muitas vezes não sabem como ajudar o paciente que chora no atendimento.

Em contrapartida, colocam que, ainda assim, entendem que a resolutividade de seu trabalho aumenta quando conseguem fazer uma escuta acolhedora e compreender o sentido desse choro. “... *conversando com o paciente, ele fala que tá passando por um problema na família (...) é bom o paciente falar, que tem coisa que a gente consegue trabalhar na consulta (...). Então eu acho que você consegue resolver melhor as coisas do que você, o paciente vem com alguma queixa e você começa a pedir vários exames, fazer várias coisas que na verdade não são necessárias*”. No entanto, voltam a trazer a angústia:

“... às vezes você até consegue resolver, mas isso ainda não me tira a angústia que eu tô sentindo”.

O grupo considera sua formação insuficiente para a compreensão dos processos psíquicos e das formas de lidar adequadamente com diversas situações que se deparam no cotidiano. *“O enfermeiro não tá habilitado, se chegar alguém surtando ou chorando, por favor, eu tenho as minhas dificuldades (...) e o medo do desconhecido...”.*

Esta fala também manifesta o temor presente no imaginário social da loucura e, se por um lado ele se torna um obstáculo para a humanização e ampliação da clínica, por outro também produz grande sofrimento para o trabalhador. *“Até eu chegar lá pra atender, você não sabe o desgaste que eu passo, porque eu não tive treinamento pra isso, não tô preparada pra isso. (...) eu saio de lá e é como se alguém tivesse me dado uma surra...”.*

Assim, o atendimento à crise é trazido inicialmente como sendo de responsabilidade dos profissionais de saúde mental: *“Espera-se que a equipe de Apoio Matricial de saúde mental dê conta de alguma maneira dessa urgência, que dê pelo menos um encaminhamento”.* E discutindo o papel dos Caps na rede de saúde, o grupo acorda sobre a pertinência do atendimento à crise nesse serviço especializado, ainda que circunstancialmente o Centro de Saúde precise atuar: *“Mas muitas vezes não tem psiquiatra no Caps (...) os pacientes que estão lá eles trazem pro Centro de Saúde pra medicar...”.*

Em relação a outras demandas de urgência, o grupo comenta que as equipes vêm tentando organizar o fluxo através do Apoio Matricial: *“... se tem alguma urgência acaba se discutindo antes das reuniões (...), e se dá pra esperar, leva o caso pra discussão na equipe”.*

Salvo essas situações mais graves em que o grupo reforça a necessidade do núcleo da saúde mental, acreditam que a Equipe de Referência deva intervir, tentando superar as suas dificuldades.

Entendem que o contexto social e a forma com que as pessoas conseguem andar a vida são fatores que influenciam em sua saúde mental. *“Saúde mental acho que tá relacionado com a autonomia né, de lidar com os problemas da vida, de se sustentar, de*

trabalhar, se relacionar com as pessoas...". Por isso, para além da psicoterapia e da medicação, existem outros recursos que podem ser usados pela própria Equipe de Referência na atenção à pessoa em sofrimento: "Grupos de qualidade de vida, artesanato, fuxico, pintura, grupos de dança, coral...". E vão listando diversos tipos de atividades: "... grupo de caminhada ajuda bastante, trocar idéias na comunidade...". "... em casos de pacientes depressivos, depressivos leves, você vai tentar criar alternativas pra que ele tente mudar a situação de vida atual, estimular algumas coisas, tipo uma caminhada, estimular alguns grupos que a gente tem...".

Mas entrar em contato com o sofrimento dos pacientes se torna ainda mais difícil pela complexidade dos problemas sociais enfrentados pela população: *"principalmente porque a maior parte das Unidades está rodeada pela violência né, e isso acaba praticamente em todos os atendimentos, trazendo uma sobrecarga...", "Tem situações que deixa a gente muito angustiada, por exemplo uma mãe que o filho foi assassinado... mas o que eu vou fazer com isso?"*.

Concordam que podem intervir em diversas situações, *"com uma conversa ou com uma orientação"*. E entendem que é preciso incluir a subjetividade em suas ações de saúde: *"o cara tá sentindo dor de estômago, mas não é o estômago, o problema dele é outro; a pessoa tem hipertensão, mas isso é consequência..."*.

Porém, é quando aparece o choro, especialmente na relação dual com o paciente, que o profissional se defronta com seu sentimento de impotência, como se devesse sozinho dar fim àquela dor.

Então expressam uma preocupação em relação à eficácia de suas intervenções, no sentido de que produziriam resultados apenas imediatos, ou um certo alívio momentâneo do sofrimento: *"... ela ficou bem naquele momento, mas e depois de sair de lá?"* Além disso, se remetem ao receio de não serem capazes de fazer uma avaliação adequada das vulnerabilidades dos pacientes, e que isso possa acarretar, posteriormente, consequências desastrosas. *"Não vou conseguir dizer se ela tem saúde mental ou não e se é um transtorno permanente", "... naquele momento ela tá bem, e depois faz uma besteira na casa dela..."*.

O grupo coloca que seria de fundamental importância “*conseguir identificar o que que é uma situação de estresse ou uma situação mesmo que precisa de uma avaliação específica da saúde mental.*” Mas não se consideram qualificados para isso: “... *eu já ouvi, já acalmei (o paciente), mas eu não sei avaliar. (...) se é bom ou não, eu não sei te dizer*”, “... *se perguntar se ele foi avaliado, foi nada! (...) eu não me sinto segura, tem que ter alguém pra avaliar. (...) se ele precisa de um acompanhamento mesmo ou não. (...) porque eu não tenho condição de fazer isso...*”.

Referem que quem geralmente faz a avaliação de risco durante o acolhimento são os auxiliares de enfermagem, e acreditam que eles não tenham recursos técnicos para fazer uma avaliação aprimorada: “... *nesse acolhimento que a gente faz, a gente tenta (...), só que com o pouco conhecimento que a gente tem... a gente encaminha...*”.

Seria preciso haver retaguarda de profissionais mais qualificados no momento da avaliação de risco. Essa seria uma queixa freqüente de enfermeiros e auxiliares de enfermagem: “*Ah, tudo bem, eu faço acolhimento, eu escuto, mas e depois se eu precisar do médico? (...) toda vez que eu preciso de alguma coisa, pra fazer uma avaliação, (...) eu fico rodando no Centro de Saúde pra achar alguém que possa me ajudar*”, “*Ou se precisar de atendimento mesmo...*”.

O Apoio Matricial e a possibilidade de aprender

Para qualificar o trabalho das Equipes de Referência, é necessário que haja contínuos processos de capacitação, os quais, na opinião do grupo, “*têm que vir do próprio matriciamento*”. É trazido um exemplo da apoiadora de uma equipe que vem fazendo “*tipo uma capacitação (...). Estamos conversando sobre famílias, famílias que têm perdas, como escutar, como acolher, porque às vezes os próprios profissionais falam assim: ‘ah, o paciente chega aqui e ele briga e ele xinga a gente’, então talvez entender esse paciente que chega assim, como acolher e não ficar como um problema*”.

O grupo se remete às diversas estratégias criadas para orientar os atendimentos, que foram sendo negociadas entre cada equipe e seu apoiador matricial, e as avalia como uma contribuição bastante positiva. “... *a gente foi estabelecendo alguns roteiros, o que*

fazer quando... de como abordar, de como fazer uma escuta mental, de que dados são importantes e relevantes pra gente estar levando pra reunião de matriciamento...”.

Identificam nesses roteiros uma forma de capacitação: *“... a gente teve que aprender a lidar com o medo, a questão das urgências, com quem falar, fizemos vários acordos e a questão do acolhimento, o que acolher e o que não acolher, é a coisa da capacitação que a gente precisa estar fazendo nas Equipes de Referência. Aí fizemos um anti-protocolo, o que acolher, como ouvir. Aí fizemos tipo uma regrinha né, então o que eu vou falar direto (...) em que momento eu vou levar esse caso pra psicóloga, o que eu levo entre uma consulta e outra, e o que eu posso esperar até a reunião de equipe”.*

O grupo vinha argumentando que as Equipes de Referência não se sentem qualificadas para se responsabilizar pelas questões suscitadas pelo Apoio Matricial. Agora, reconhecendo uma certa função pedagógica, admitem que o próprio Apoio Matricial também vem tentando os ensinar a lidar com tais questões.

“No começo existia uma angústia mesmo muito grande em atender o paciente de saúde mental, né, o que fazer com esse paciente, como abordar esse paciente... e no matriciamento, a gente leva essa angústia pra tentar refletir, a gente percebe que ela é coletiva e a gente começa a conversar disso... a gente tinha umas reuniões de Apoio Matricial que a gente nem conversava de caso clínico, a gente conversava sobre como lidar com essa angústia, como fazer com esse paciente nessa hora...”.

Mas ainda assim, voltam a trazer sua insegurança: *“... eu tenho condições pra lidar com essa questão? Tenho, mas é assim, eu gostaria que nesse momento eu tivesse um suporte...”.* Aqui, a oferta de conhecimentos feita pelo Apoio Matricial não é vista como suporte, e o grupo não faz nenhuma referência às intervenções conjuntas com o apoiador matricial, não as identificando como uma outra estratégia de capacitação.

Nos caminhos do Apoio Matricial

Indagados sobre a função pedagógica do Apoio Matricial, alguém se adianta: *“Eu acho que não existe”.* O grupo refuta, várias vezes ao mesmo tempo, tentando soar mais alto: *“Eu não concordo!”*, *“Eu também não concordo. Existe, existe e mudou muito”.*

Tanto as discussões com o apoiador matricial, quanto os roteiros para orientar os atendimentos, estariam facilitando o aprendizado necessário para a ampliação da clínica. *“... mudou sim. (...) Eu acho que o lidar, o matriciamento trouxe isso de positivo, a quebra da coisa do paciente começar a querer chorar e eu já falo: ‘olha, você vai passar com a psicóloga...’ E agora a gente deixa ele chorar, ‘mas porque você tá chorando, o que aconteceu, como é que tá em casa...’ Eu acho que você aprende a olhar a pessoa como um todo...”*.

Além disso, reconhecem algumas experiências que evoluíram para que os profissionais de referência se apropriassem de um modo de intervenção mais ampliado, de forma a poderem se autorizar nas ações mesmo sem o Apoio Matricial. *“... ficamos um ano sem psiquiatra (...) e tivemos que aprender em duas ou três reuniões de matriciamento (...). E por conta disso, mesmo tendo a psiquiatra depois, depressões leves, moderadas, ficavam com o generalista e com os clínicos mesmo, (...) às vezes só a primeira avaliação com a psiquiatra, mas depois retorna pra acompanhamento com eles mesmo...”, “... não precisou fazer matriciamento nem apoio de saúde mental pra perceber que pra aquelas mães faltava auto-estima, pra olhar pra elas de outra maneira e montar um dia da beleza, e convidar um monte de cabeleireiros pra fazer pé, mão, cabelo e maquiagem, né, trabalhar a auto-estima delas. Eu acho que muito dessa coisa de sensibilizar a equipe, não há dúvida que sensibilizou, melhorou. Obriga a pessoa a não olhar mais só a questão da patologia física...”*.

O grupo acredita que o Apoio Matricial vem conseguindo produzir mais responsabilização: *“O que a gente tá tentando fazer é acolher mesmo os casos. (...) que esses casos entrem pela equipe mesmo, que levem pra discussão e que passem por uma avaliação. Que a equipe e os profissionais se responsabilizem mais por aquele caso”*.

E com isso, a assistência pensada a partir das necessidades do paciente e da construção de Projetos Terapêuticos: *“... a gente tem que ver a família, na comunidade, no Centro de Saúde, as idas do agente comunitário pro uso da medicação, ponte com escola, com instituições que frequentam, ver se consegue benefício (...) então esse é o nosso campo de atuação”*. *“Nem que seja assim: ‘esse caso é pro Caps’, e o Projeto Terapêutico é fazer a ponte com o Caps, inserir ele no Caps, acompanhar, ver se ele tá indo, se não tá, que que*

tá fazendo, que que precisa da Unidade fazer. Isso é um projeto né, que envolve toda a equipe, então assim, às vezes parece 'então a gente encaminhou pro Caps, então a gente lava as mãos', não é assim".

Admitem que a lógica do encaminhamento ainda permaneça subjacente: “... *na nossa reunião de matriciamento, se deixar é assim, 'passa o caso, passa o caso, passa o caso', não tem interesse de se apropriar ou de mudar".* Mas identificam alguns avanços no sentido de superá-la: “... *antigamente a gente tinha aquele encaminhamento fosco, se dizia assim: 'precisa de atendimento psicológico'. Mas precisa por quê, pra quê? Ai a gente começou a fazer reuniões, foram criadas algumas estratégias, de capacitar realmente o pessoal (...), pra tá sabendo o que encaminhar, se precisa encaminhar e como encaminhar...".*

Outro avanço trazido pelo Apoio Matricial, no entendimento do grupo, é a transição de um modo de trabalho marcado pelo isolamento dos profissionais em suas áreas para um trabalho mais coletivo e interdisciplinar. “... *uma das coisas que também mudaram é a gente só centrar, (...) o local da saúde mental, o local do enfermeiro, a gente tem que dividir, então eu acho que a coisa da reunião de equipe, de trazer o caso... até pra saúde das equipes é interessante...".*

Entretanto, colocam uma ressalva: “... *a integração, ver o indivíduo como um todo, desmistificar os problemas mentais, ampliar saberes, a transdisciplinaridade, a contra-lógica do encaminhamento, a responsabilização. Isso é fantástico. (...) O que não tá legal é usar isso como um tapa-buraco na falta de profissionais. (...) uma depressão leve não precisa ficar acompanhando com psiquiatra nem com psicólogo, o clínico geral dá conta. Dá conta do que? De fazer receita de Fluoxetina? Sem dúvida, dou conta. Psicoterapia, que é o que ela precisa, não dou conta (...) porque é o núcleo da saúde mental. (...) até que ponto a gente tá usando o matriciamento pra cobrir o buraco da falta de profissionais de saúde mental no SUS?".*

As queixas em relação à falta de profissionais vieram permeando toda a discussão. As alternativas terapêuticas que foram descritas anteriormente seriam importantes e eficazes, porém em alguns casos não podem ser usadas em substituição às ofertas especializadas, as quais, na avaliação do grupo, são insuficientes frente à grande

demanda: “... as Equipes de Referência podem estar trabalhando num campo grande, só que tem um núcleo que precisa do psiquiatra, da psicóloga, da TO, e não tem. Lá no Centro de Saúde tem um psiquiatra 16 horas (...) ele tem que atender a demanda de 4 Centros de Saúde, então é uma coisa de louco que vira o Centro de Saúde (...) você vê aquela sala de espera... Qual saúde mental é essa?”.

Por outro lado, quando conseguem contornar essa questão, criando estratégias que envolvam as equipes, percebem que a resolutividade pode ser maior: “... tem muito caso infantil (...) e é só uma psicóloga pra uma região imensa (...). Então foi feito um grupo de mães com a pediatra, pra ver se auxiliando as mães as crianças vão melhorar. (...) E o resultado vem com o tempo, pelo menos a equipe ficou menos ansiosa porque a gente conseguiu desenrolar esse grande nó que tinha”.

Nesse sentido, colocam a importância do apoio dos gestores que, além da função de articular os serviços e garantir recursos, teriam um papel de sustentação das equipes: “... é fundamental, enquanto coordenação, estimular muito a questão das reuniões (...). E o mais importante é a postura de motivar as equipes, que é um pouco centralizar, puxar as equipes pra fazer as coisas e segurar”.

E por fim, no interior de algumas falas, pode-se perceber a necessidade de trazer para a discussão no coletivo todas essas dificuldades geradas no trabalho com o Apoio Matricial. “... você tem que ter espaço, você tem que ter tempo, às vezes você tá muito cheio e você vai atrás de uma outra pessoa (...) porque não tem com quem trocar (...) ou dividir essa angústia...”, “... não adianta só lidar com os casos e não lidar com os problemas que a equipe enfrenta”.

3) A VEZ DAS EQUIPES DE REFERÊNCIA: PARTE II*

Este foi o grupo composto por profissionais de Centros de Saúde que recebem Apoio Matricial de Unidades vizinhas ou do Caps da região: médicas, enfermeiras e agentes de saúde.

São seguidos os mesmos passos realizados com os grupos anteriores, a apresentação da pesquisa e do referencial teórico do Apoio Matricial. Inicialmente este referencial é validado sem discordâncias ou outras sugestões para complementá-lo. Como se verá adiante, durante a discussão subsequente foi sendo possível observar com mais detalhes o entendimento do grupo sobre o Apoio Matricial.

Que apoio se quer do Apoio Matricial?

No relato de algumas experiências se evidencia uma distinção entre o ‘Apoio que dá certo’ e o ‘Apoio que não dá certo’. A seguinte descrição aponta para o que *“realmente é um Apoio legal”*: *“... a gente passa o caso, ele é psicólogo (o apoiador), a gente discute em reunião, ele caça todas as nossas demandas, as nossas análises (...) ele tenta estimular a gente a achar uma saída. Quando a gente não consegue, ele vai encaminhando...”*. Seguem outros exemplos do que consideram um bom resultado do Apoio Matricial: *“... nós ligamos no Caps e tivemos apoio na hora, o apoio deles foi na hora: orientou a família (...) já ia receber ela lá”, “... a gente tá tendo um bom respaldo, até porque ficar com esses casos gera muita ansiedade...”*.

Inversamente, *“... às vezes você leva o caso para o Apoio e ele te volta o caso pra você estar conduzindo como se você fosse um psicólogo”*. Essa seria a situação em que o Apoio não dá certo: *“A gente não consegue estar encaminhando...”*.

Explica o grupo que, como os profissionais de saúde mental não estão sediados nessas Unidades, o fluxo de encaminhamentos não é automático, pois *“... a Unidade fica distante da matriz...”*. Por isso, o grupo refere que tem que assumir a maior parte da demanda em sua integralidade, só acionando o Apoio Matricial para os casos que, na sua

* Narrativa do grupo focal realizado com profissionais de Equipes de Referência de Unidades Básicas que não possuem profissionais de saúde mental.

avaliação, têm extrema necessidade de atendimento da saúde mental. *“A gente não leva tudo pra saúde mental (...) a grande maioria de casos é resolvido junto com o agente, junto com o generalista, junto à enfermagem. Realmente o que a gente acaba levando são aqueles casos de risco ou pra si próprio ou pra família, aí a gente leva”*. Assim se justificaria que a resposta esperada do Apoio Matricial seja, sobretudo, o encaminhamento para atendimento especializado.

Quando essa resposta não acontece e o que se propõe no matriciamento é uma discussão do caso para que a equipe possa acompanhá-lo, o grupo considera que a assistência fica prejudicada: *“... a gente não consegue o apoio que a gente acha que a família precisaria”*, e o Apoio é visto como *“apoio entre aspas”*. *“... chega até no Apoio Matricial, assim, com a Equipe de Referência, mas depois daí pára, aí não tem mais... assim, não vai nem pro Caps e nem tem uma resposta concreta”*.

Nos caminhos do Apoio Matricial

“... a nossa parte a gente faz, a gente faz a discussão, a gente tenta encaminhar...”. Segundo o grupo, a ausência da contrapartida esperada faz com que as equipes se sintam abandonadas na condução dos casos, para a qual não se sentem preparadas.

É reiterada a falta de capacitação necessária para agir e tomar decisões no campo da saúde mental, além da questão do tempo reduzido para a atenção da grande demanda. Justificam a sua dificuldade em acompanhar alguns casos argumentando não ser por falta de interesse na área, *“... não é que a gente não tenha vontade ou interesse, a gente até gostaria, mas a gente não tem o tempo e não tem a preparação”*. Por outro lado, afirmam que a responsabilização depende da disponibilidade do profissional: *“Eu acho que é pessoal, é muito do profissional (...) tanto na saúde mental quanto nas Equipes de Referência, tem o profissional que tem o perfil de estar se responsabilizando pelo paciente e têm outros que não”*.

O grupo faz referência aos protocolos que foram criados para auxiliar as equipes no acompanhamento das demandas por saúde mental. Mas colocam que, mesmo usando desse instrumento um problema permanece: *“... seguia aquele protocolo, mas*

chegava na reunião (...) a psicóloga falava assim 'ah, mas será isso? Será aquilo? Você não perguntou isso?' (...) e aí voltava pra jogar novas perguntas...”, “... é frustrante (...) a gente vai e volta, vai e volta, várias vezes, às vezes a gente não chega à conclusão nenhuma e fica aquele impasse”.

Dessa perspectiva, o grupo acredita que o profissional de referência se torna “... a ponte entre a psicóloga e o paciente...”, o que faz com que a resolução esperada das situações seja protelada: “... a paciente ficava voltando várias vezes (...) e começou a ficar sem resposta. E ninguém era encaminhado, sempre tinha novas perguntas e acabou assim: ninguém foi encaminhado”. O paciente ficaria, então, “naquele jogo, né, joga pra mim, eu joga pra ele... e aí a coisa não caminha”.

Por outro lado, consideram que os protocolos são úteis para nortear os atendimentos, porém devem ser construídos em parceria entre o apoiador e a Equipe de Referência para que os profissionais possam se apropriar do instrumento e, a partir daí, poderem acompanhar os casos com Apoio. “Ele (o apoiador) montou com a gente o questionário e aí ele matriciava a gente baseado naquele questionário, aí o questionário funcionou. Por que? Porque ele ajudou a gente a montar”.

Assim também deve ser com os grupos que são conduzidos pela Equipe de Referência com Apoio Matricial. É trazido um relato sobre um grupo de pais montado pela pediatra do Centro de Saúde, devido aos muitos pedidos de encaminhamento para a saúde mental de crianças com queixas escolares. Através desse grupo foi possível avaliar que, de todos os casos, apenas um tinha demanda específica para acompanhamento psicológico, sendo que os demais puderam ser assistidos através do próprio grupo de pais. Referem que esse grupo só “... deu certo porque o apoiador tava junto, então a dívida que a médica pediatra tinha, ela já ia direto nele (...), ele tava junto, ele tava auxiliando de perto...”.

Seguem a discussão refletindo sobre o que mudou na assistência depois da implantação do Apoio Matricial. Contam que antes “... escutava um assunto desse, (...) você já encaminhava, ou já agendava uma consulta com a psicóloga ou com o psiquiatra. Se fosse um paciente que já fazia uso de um tipo de medicamento, (...) se já tinha uma

história (...) a gente já agendava com o psiquiatra”. E enfatizam: “... se ele tava nervoso, (...) um estresse, chorou, encaminha pro atendimento psicológico”.

Com a introdução do Apoio Matricial tem se destacado a importância das discussões de caso. *“Agora a gente faz a reunião, discute os casos com a equipe (...) a gente faz entrevista, colhe a história, discute (...) e tenta resolver”.*

Segundo o grupo, a implantação do Programa Paidéia fez com que aumentasse a demanda antes reprimida: *“... a demanda de saúde mental não era tão grande quando o Paidéia começou ou ela não chegava porque não tinha o acolhimento, não tinha... então (...) era uma demanda que era escondidinha e a gente acabou por desencadear todo esse processo aí”.* Esse aumento da demanda teria trazido a necessidade de estabelecer critérios para definir os casos que deveriam ser encaminhados e os que poderiam ser assistidos pela Equipe de Referência.

O grupo reafirma que tem se responsabilizado por grande parte dos problemas de saúde mental mais leves. Consideram que esses problemas são gerados pelas condições sociais desfavoráveis a uma boa qualidade de vida, *“... a pessoa tá adoecendo porque não tem o que dar pro filho comer, (...) não tem um bom emprego, (...) não tem lazer...”, “... não tem perspectiva de vida...”, “... não tem com quem conversar, (...) tem a violência...”.* Portanto, para enfrentar tais problemas referem utilizar tanto dos grupos coordenados pelos próprios profissionais das Equipes de Referência (grupos de pais e de adolescentes, entre outros), como dos recursos existentes no bairro (grupos de convivência, de artesanato), ainda que avaliem a necessidade de outras parcerias com as Igrejas, com as Secretarias de Assistência Social, de Educação e de Cultura.

O grupo indica que a ampliação da clínica implica resolutividade ao próprio trabalho da Equipe de Referência: *“... ela fala, ela chora, ela desabafa, você escuta, tranquilo, só uma escuta, sem intervir, sem dar conselho nada, ela já sai bem melhor. Então, muitos casos nem chegam à saúde mental porque a gente já vai resolvendo”.* E avaliam a importância de processos de formação que possam qualificá-los para lidar com o sofrimento psíquico: *“eu antes tinha mais dificuldade em ficar escutando, mas depois que a gente fez umas aulas de psicoterapia de grupo, já melhorou muito, é mais uma arma, a escuta que você tem pra estar ajudando em alguns casos”.*

Demonstram como vêm conseguindo atender o que consideram problemas leves de saúde mental. *“No caso de depressão, (...) um princípio de depressão: o paciente chegou, começou a conversar, desmoronou, começou a chorar. Então, nesses casos (...) vão conversar, vão chamar pro grupo de artesanato... vai levando... Fora da crise (...) nosso tratamento vai ser esse, no grupo, a gente vai conversar, vai visitar mais a pessoa pra ver como é que tá (...), com o filho com problema, com a doença...”*

Assim, com o Apoio Matricial, a assistência vem sendo organizada de forma que o que encaminham para a saúde mental são os casos de mais urgência, *“... a gente procura estar encaminhando os casos que assim, que têm prioridade mesmo, né. E o restante a gente procura estar resolvendo na Unidade”*.

Para estabelecer essas prioridades, o grupo entende que deve *“incluir os critérios sociais”*. *“A gente dá prioridade pras pessoas que já estão com outras dificuldades (...), que têm criança (...) lá as mães têm muitos filhos, então a gente dá prioridade pra essas mães pra que os filhos não fiquem abandonados”*. Consideram que são casos de urgência: *“... quando a medicação não tá mais fazendo o efeito esperado, ou tá em crise, ou teve alguma tentativa (...) de suicídio, (...) assim, se tiver risco de vida, esse caso tem que priorizar porque não tem como ficar discutindo muito”*.

Para os casos com demanda muito específica, o grupo refere *“descentralizar”* e encaminhar diretamente para o respectivo equipamento de referência. *“A gente tem o apoio do Caps, do Craisa, do Cevi, (...) então a gente já encaminha pra aquele órgão, sem passar pela equipe de saúde mental. (...) o que é infância, a gente já manda pro Craisa, se é problema com droga, (...) o Criad...”*. Seria uma tentativa de desviar do Apoio Matricial, já que muitas vezes encontram dificuldade para encaminhar os casos que, na sua concepção, precisam de atendimento especializado: *“... a lista de espera é muito grande e a gente tem esse problema do vai e volta. A gente vai, leva o caso (para o Apoio Matricial), (...) aí chega lá: ‘mas você não perguntou tudo?’ e aí tem que voltar com a paciente. (...) então a gente decidiu usar esses outros equipamentos (...) e já descentralizar”*.

Os demais casos considerados de urgência são levados para a discussão com o apoiador, na tentativa de encaminhar para os profissionais de saúde mental dos Centros de

Saúde, “... a gente vai forçando a barra mesmo (...) pra que a equipe de saúde mental atenda”.

Com relação ao acompanhamento medicamentoso, o grupo acha inadequada a prática da transcrição de receitas pelo médico generalista, que não tem formação em psiquiatria e não conhece profundamente os efeitos de tais medicamentos. Porém, afirmam ser necessário “manter a mesma receita até conseguir discutir todos os casos (...) com um psiquiatra”. Assim, os casos mais críticos são acompanhados mais de perto pelo generalista, “porque se perceber alguma coisa diferente... aí você vai se mexer, você vai ligar, pedir alguma ajuda”.

Referem muita dificuldade em conseguir acessar o psiquiatra para matriciar o generalista nas medicações, pois há poucos psiquiatras na rede. O problema da insuficiência de profissionais da saúde mental é enfatizado em vários momentos, problema que se acentua quando as Equipes de Referência estão incompletas, principalmente quando quem está ausente é o próprio generalista.

Colocam a necessidade de ampliar tanto as equipes de saúde mental, como as equipes de Saúde da Família, em resposta ao aumento da demanda. “... implantaram esse Programa de Saúde da Família com as equipes que já existiam nas Unidades (...) só que não ampliou, aumentou a demanda (...). Acho que deveria sim ampliar as equipes de saúde da família, ampliar equipe de saúde mental”.

Além disso, acham que seria importante, para a além de processos de capacitação, haver um espaço em que pudessem trabalhar com as próprias dificuldades geradas no contato com o sofrimento dos pacientes. “... a gente lida com situações de extremo sofrimento (...), por mais que você esteja capacitado, você sofre muito”, “... chega um momento que a gente não suporta e acaba levando pra casa, pra família (...). A Prefeitura tem que trabalhar junto à saúde dos trabalhadores também”. Colocam que este próprio grupo de discussão para a pesquisa teve funções terapêuticas por proporcionar uma reflexão sobre o trabalho.

Por fim, no que se refere ao papel da Atenção Básica, o grupo traz duas posições divergentes. De um lado, colocam que não compete ao Centro de Saúde o atendimento emergencial: *“estão jogando pra Unidade Básica, muitas funções que antes não era nossa, além de ter que fazer um atendimento emergencial (...) pronto-socorro na verdade, aí tem as consultas ambulatoriais, tá muito misturado”*. Segundo outra concepção, o Centro de Saúde deveria *“estar cuidando de todos os pacientes ali da sua área de cobertura, seja na hora de uma emergência, seja na hora de uma consulta programada”*.

O atendimento às emergências, de acordo com a primeira concepção, estaria precedendo às discussões em equipe e outras atividades assistenciais, o que prejudicaria a ampliação da clínica. *“... o grupo (...) é visto como secundário (...). A reunião de equipe ela é secundária; você tem que dar atenção pra demanda. Eu acho que enquanto não desvincular esse atendimento emergencial da função que a gente realmente como Centro de Saúde tem que fazer, eu acho que não vai melhorar”*.

O papel do gestor não foi enfatizado frente à discussão sobre a necessidade da instituição das reuniões de equipe. Para o grupo, o coordenador do Centro de Saúde teria a função de articular as Unidades, na tentativa de garantir as vias de atendimento às demandas de saúde mental, o que representaria seu investimento para os desdobramentos do Apoio Matricial: *“... ele teve que intervir mesmo, chamar as Unidades, e conseguiu com que ela (a psicóloga) agendasse pelo menos uma vez por semana, na Unidade, um paciente”*.

4) DA PERSPECTIVA DO GESTOR*

Neste grupo falam os gestores: a coordenadora de saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, as apoiadoras de saúde mental dos cinco Distritos de Saúde da cidade e coordenadores de algumas Unidades Básicas**.

Após as etapas iniciais de costume, prosseguem alguns apontamentos sobre o referencial do Apoio Matricial exposto ao grupo. A discussão desenvolve-se principalmente em torno do acolhimento proposto pelo Programa Paidéia, em substituição à prática anterior da triagem em saúde mental.

Enquanto modelo, o acolhimento seria a porta de entrada comum para todas as questões de saúde, inclusive as de saúde mental. Deste modo, as demandas suscitadas no acolhimento seriam remetidas às Equipes de Referência, as quais, com o Apoio Matricial, avaliariam as ofertas mais adequadas. Abolir-se-ia, assim, a triagem como porta de entrada direta para a saúde mental e se introduziria a avaliação de necessidades e a co-responsabilização.

“... a idéia é que a via de entrada seja o acolhimento... mesmo que esse acolhimento, via de regra, tenha que ser compartilhado. E não só pela mental... pode ser pelo pediatra...”. Esse acolhimento conjunto com o profissional de saúde mental seria uma forma de capacitação *in loco*, ou seja, o profissional de saúde mental emprestando saber aos profissionais das equipes, de modo que eles possam aprender fazendo e, posteriormente, vir a fazer sozinhos.

Seria necessário, porém, fazer uma ressalva. Ainda que grande parte das Unidades esteja fazendo o redirecionamento das demandas levantadas via acolhimento para as Equipes de Referência, diversas Unidades ainda mantêm a triagem das demandas espontâneas por saúde mental coexistindo com o acolhimento das Equipes de Referência.

* Narrativa do grupo focal realizado com gestores de saúde do município de Campinas.

** Estiveram presentes no grupo coordenadores de Unidades Básicas de Saúde que possuem e que não possuem profissionais de saúde mental.

O grupo pondera que o modelo do Apoio Matricial foi se adaptando em cada contexto local. *“... uma coisa é o que foi pensado enquanto proposta do Apoio Matricial, né... e tem uma coisa que é a construção do cotidiano, que foi dando outras caras, que foi dando outras formas (...), nesses quatro anos foi se configurando... e cada região acabou fazendo de uma maneira”, “na medida do possível, na medida do recurso, na medida do lugar... com mil variáveis”.*

De modo geral, se há Unidades que se valem do Apoio Matricial como instaurador de uma lógica da responsabilização, também há aquelas que não incorporaram essa potencialidade do modelo, permanecendo na lógica do encaminhamento e fragmentação: *“... tem lugares que eles querem simplesmente passar o caso pras pessoas que vão pro Apoio... então eles não conseguem inserir as pessoas dentro de uma discussão...”.*

Voltando à questão do acolhimento, o grupo discute a chamada ‘demanda espontânea’ por saúde mental. Assim como as demandas pelas especialidades médicas, ela teria sido, em grande parte, produzida historicamente pelas próprias ofertas da área da saúde. *“... uma pessoa chega dizendo: eu quero uma consulta com o psicólogo porque eu tô muito triste (...) isso é uma demanda criada por nós mesmos... a gente foi fazendo algumas ofertas... historicamente essas ofertas foram sendo vendidas às pessoas...”.*

“... e aí, de repente, assim, a gente resolveu: então agora nós queremos fazer de outro jeito...”. Uma análise dessa produção de demanda deve permear o processo de mudança de modelo, pois no acolhimento, quando surgem as demandas por saúde mental, *“os profissionais acabam justificando... dizendo assim: ah, é uma demanda espontânea da população... a população que tá pedindo... e se esquecem que (...) nós construímos essa necessidade de saúde pras pessoas”.*

No entanto, é colocada uma advertência: não se poderia perder o ‘para- quê’ do Apoio Matricial. Ele seria uma estratégia para responder à demanda por um sistema de saúde que é público e que tem uma lógica diferente da clínica privada. Mas ele não é uma finalidade, *“... não podemos (...) que o modelo passe a ser a nossa grande bandeira”, “... é pra levar pra equipe, não por uma questão de modelo, é porque a equipe é um dispositivo clínico muito mais interessante”.*

O percurso da mudança

O grupo pontua que há casos que já vinham sendo acompanhados pela saúde mental e que não foram levados para discussão no Apoio Matricial. Pacientes que permanecem com esse vínculo específico com o serviço, sendo considerados ‘os pacientes da mental’. “... *alguns profissionais da saúde mental não conseguiram fazer esse retorno pra Equipe de Referência, no sentido de compartilhar Projeto Terapêutico, de compartilhar ações... de co-responsabilizar, né... fica uma coisa (...) embaixo das asas (da saúde mental)*”.

Referem que, como gestores, têm dificuldade em modificar a agenda da saúde mental em relação a esses casos mais antigos, embora os dados da Organização Mundial de Saúde, segundo eles, indiquem que 60% dos pacientes atendidos pela saúde mental poderiam ser acompanhados pelas equipes interdisciplinares.

Por outro lado identificam que essa dificuldade foi se atenuando em relação àqueles casos que chegam através do acolhimento. “... *muitas vezes é acompanhado só pela equipe, e o Apoio faz com que ele seja mantido pela equipe... ele é medicado, ele vai pro grupo, ele é acompanhado... às vezes sem precisar de nenhuma consulta com o psiquiatra*”.

Isso foi se tornando possível ao longo de todo o processo de implantação do Apoio Matricial, através de inúmeras discussões e negociações. “... *hoje isso é possível... (...) mas tem que ver com um processo... no começo (...) ninguém topava (...) as pessoas hoje até se permitem fazer uma roda pra discutir medicação por exemplo...*”.

Em relação às diferentes configurações do Apoio Matricial, é assinalada uma peculiaridade do Apoio feito pelo psiquiatra. Ela estaria focada na capacitação dos generalistas e enfermeiros para o uso da medicação psiquiátrica, e poderia ser feita isoladamente, fora da Equipe de Referência, de profissional para profissional. O grupo discute essa capacitação como uma das possibilidades, mas não a única. “... *cabe a capacitação in loco (...) assim como cabe também atividade na intersetorialidade*”, na medida em que se concebe o Apoio Matricial como disparador da responsabilização.

Mais adiante reconhecem que, de maneira geral, quando o psiquiatra matricia uma equipe, tende a focar a medicação devido ao seu próprio núcleo de saber, porém, quanto mais ele estiver integrado nas discussões entre os profissionais de saúde mental, mais ele irá conseguindo fazer a reflexão sobre a subjetividade para além da medicação.

Nesse sentido, apontam que o matriciador também recebe apoio na sua própria equipe de saúde mental, o que permite que o Apoio possa ser feito independente da categoria profissional. *“... são dois níveis de apoio... ele tá ali na linha de frente com a equipe (...) e ele, por sua vez, tem uma reunião semanal com a sua equipe de saúde mental, onde ele é apoiado também pelos colegas. (...) essa mistura de profissionais é uma riqueza muito grande, ou seja, quando a equipe é apoiada, não é apoiada por um profissional, ela é apoiada por uma equipe...”*. Isso teria favorecido a dissolução de uma reivindicação anterior das equipes de que o Apoio Matricial deveria ser feito exclusivamente pelo psiquiatra. Para o grupo, o fato de o Apoio ser feito também pelos psicólogos e terapeutas ocupacionais pode ajudar a desestimular a medicalização, *“... começa por uma fonte que não vai medicalizar muito...”*.

O grupo coloca que o matriciador vem desenvolvendo um papel de educador, na medida em que instrumentaliza as Equipes de Referência para a ampliação da clínica, *“... não basta ser sabedor da doença, tem que saber transmitir...”*. Por outro lado, as Equipes de Referência tiveram que ir aprimorando a coleta das informações a serem levadas ao Apoio Matricial, de forma que hoje seu conhecimento a respeito dos pacientes é mais apurado.

Houve, na avaliação do grupo, uma evolução no que se refere às questões atualmente discutidas no Apoio Matricial. *“O caso que é trazido hoje pra discussão (...) é um caso totalmente diferente do que há dois anos atrás. O caso que chega pro matriciador é um caso mais complexo, mais difícil... o caso que, entre aspas, é mais simples, já nem entra, já é discutido entre a equipe”*.

Identificam que as Equipes de Referência modificaram sua forma de lidar com a subjetividade. *“... antigamente, se a pessoa vinha, chorava ou gritava, pronto... já era da saúde mental (...), agora a gente já tá passando a ver esse choro ou essa gritaria dentro de um território, dentro de um processo...”*.

Esse seria um grande salto no processo, pois demonstra que as Equipes de Referência têm ampliado suas intervenções para uma clínica mais resolutiva, o que incita o redirecionamento do fluxo para a saúde mental. “... *você não entra na psiquiatria indiscriminadamente, agora você tem pelo menos critérios (...) tem que percorrer todas as exigências...*”.

Como consequência do redirecionamento de fluxo, avaliam que houve um aumento do acesso a uma demanda reprimida que antes era atribuída à saúde mental. “... *ficava aguardando vaga na mental essa demanda reprimida, e hoje ela é encarada (...) ela é atendida pela equipe*”.

Uma das dificuldades identificadas pelo grupo na implantação do Apoio Matricial é a insuficiência de profissionais de saúde mental em relação ao número de Equipes de Referência a serem matriciadas. “*É desumano pensar que você tem um profissional da mental pra matricular oito equipes de PSF...*”. Em contrapartida, o grupo percebe que essa mesma dificuldade acabou, em alguns contextos, por estimular a busca por alternativas que se traduziram em aumento da responsabilização das equipes: “... *os momentos que a equipe melhor produziu, conseguiu criar, conseguiu achar alternativa, foi quando ela se viu mais sozinha...*”.

É trazido um relato de uma situação em que a ausência do psiquiatra no serviço tencionou a criação de um grupo coordenado pela generalista, que “*resolveu se responsabilizar (...) colocou todos os seus atributos pessoais nesse grupo, é uma pessoa formada em homeopatia inclusive, e toda a equipe se estruturou pra apoiar a generalista nesse grupo...*”. Essa iniciativa teria reverberado nas outras equipes da Unidade, que se apropriaram de algumas ações antes reservadas à saúde mental, além de ter contribuído para a desmistificação da doença mental, “... *os pacientes da mental deixou de ser tão assustador... as equipes começaram a acolher melhor...*”.

Do mesmo modo, nas Unidades que não têm profissionais de saúde mental sediados, as Equipes de Referência precisam desenvolver maior grau de autonomia para resolver os problemas, “... *as pessoas têm que se virar (...) porque o paciente tá lá, as equipes têm que fazer alguma coisa, (...) não tem um fluxo que dê resposta...*”. A

impossibilidade de recorrer automaticamente ao encaminhamento influencia em como a saúde mental é vivenciada na Unidade, “... às vezes não tem equipe de saúde mental e é justo o Centro de Saúde que tem mais grupos de produção de saúde...”.

Uma situação correspondente ocorreria em municípios onde não há profissionais de saúde mental na Atenção Básica. “... o entendimento da especialidade é outro, é outra demanda, o entendimento da sua responsabilidade enquanto participante da Equipe de Referência é outro... a responsabilização pela clientela dita de saúde mental é outra... assim, o paciente é dessas pessoas que não são psiquiatras...”.

Para o grupo, o Apoio Matricial vem desencadeando um movimento de rediscussão da saúde mental na Atenção Básica, cujo principal objetivo é provocar “mudança na lógica de funcionamento do serviço”. Consideram que faz parte da especificidade da saúde mental investir nesse processo, ajudando na reflexão sobre a saúde e a doença, “porque se não nós vamos continuar caindo no erro de a gente delegar um espaço, um lugar pra uma determinada clientela que a gente acha, olha, dessa eu não dou conta então vai pra mental (...) cinco anos passando com uma receita que aí o que significa isso na vida dele?”.

Entendem que, no contexto da Atenção Básica, a produção de saúde mental deve se dar, sobretudo, através de um trabalho de prevenção. “... ela é muito mais comunitária, (...) ela vai tentar que as pessoas vivam suas vidas melhor (...). Saúde mental passa pela felicidade, pela capacidade de levar a vida, lidar com os conflitos...”. Nessa perspectiva, a constituição das equipes de Saúde da Família contribuiria para o desenvolvimento de intervenções mais potentes, “... pra pessoa que chega dizendo quero um psicólogo (...) conseguir que isso se transforme em algo que a gente consegue conhecer a família, (...) que a gente consegue fazer uma clínica mais ampliada, construir um Projeto Terapêutico...”.

Além da prevenção, diz o grupo que a Atenção Básica deve ofertar dispositivos clínicos à questão do sofrimento psíquico e responder à complexidade dos problemas sociais, “... também tem que dar oferta às vezes muito curativa (...) tratar as pessoas que já estão deprimidas, as pessoas já estão doentes, estão sozinhas...”.

Assim, seria necessário garantir a assistência nuclear da saúde mental, porém criando propostas clínicas mais adequadas, mais resolutivas e menos medicalizantes. “... a gente poderia ter propostas muito mais interessantes pra pensar a saúde mental em suas interfaces, e tentar produzir na vida das pessoas uma coisa melhor”. O grupo concorda que a saúde mental ainda precisa avançar nesse sentido, “... nisso, com certeza nós estamos falhando, não estamos dando conta...”, “... a gente tem ainda um percurso muito, muito grande”.

Para o grupo, a responsabilidade pela transformação da assistência em saúde mental não cabe apenas aos profissionais ‘psi’, mas também às Equipes de Referência. “... é responsabilidade da equipe de saber que, na equipe dela, tem 30% da população na psiquiatria que tá tomando medicação e que talvez tenha que tomar pelo resto da vida (...) mas tem que ser discutido, quer dizer, daquela turma, tenho certeza que uma parcela vai deixar de usar se tiver outras ofertas...”.

Entretanto, é colocado que a complexidade dos problemas sociais não pode ser enfrentada pela saúde isoladamente, haveria que se construir parcerias com outros níveis de atuação pública. “... se a gente começar a se responsabilizar por criação de renda, por promover lazer, promover isso e aquilo, a gente não faz a nossa função. (...) tem que conseguir juntar mais gente, por exemplo, eu acho que a geração de renda é do pessoal que lida com isso...”.

Em relação a isso, segue uma posição de certa forma divergente. Considerando que a saúde mental na Atenção Básica deve buscar o desenvolvimento da autonomia e cidadania, a geração de renda, por exemplo, poderia ser utilizada não apenas como fim em si, mas como meio de produção de saúde mental, se configurando também como núcleo da Atenção Básica e da terapia ocupacional principalmente. “... é um dispositivo bárbaro... de fazer com que as pessoas criem outra relação com o mundo... quando elas se unem em torno de algo que cria sentido (...) isso muda a vida de muitas pessoas...”.

Prossegue o grupo para a discussão da configuração da saúde mental como especialidade. Por um lado, pontuam que a saúde mental não pode ser encarada apenas como especialidade, já que a subjetividade deve ser incluída em qualquer intervenção em

saúde. “... quando ela se torna muito especialidade, então aí tá um problema”, porque provoca a fragmentação do ser humano. Mas em contrapartida, existe uma especificidade do saber e das práticas da saúde mental que não pode ser desconsiderada. “... ao mesmo tempo ela se configura numa área, que tem ações específicas, tem núcleo, tem compromissos...”.

Assim, as Equipes de Referência devem estar qualificadas para fazer a avaliação de risco e identificar a necessidade dessa assistência especializada. “... o generalista tem que olhar pra aquilo e falar: não, isso eu tenho que encaminhar (...) o paciente tá em crise, tá em risco de desagregar, tá com potencial suicida...”.

No entanto, a diferenciação do que deve ser considerado como urgência em saúde mental na Unidade Básica e no Caps é apontada como uma dificuldade a ser superada. Essa questão não é consensual para os próprios profissionais de saúde mental. Segundo o grupo, os profissionais dos Caps que matriciam equipes no Centro de Saúde tenderiam a minimizar as questões consideradas de urgência pelas equipes, “... acham que lá é mais gravidade (...) os psicóticos, os neuróticos graves, os ditos loucos... mas a gente tem caso de complexidade, de violência, de desestruturação familiar... só não tá delirando...”, “... eles têm uma lógica diferente, uma equipe que tem um matriciador que é do Caps vem com um tipo de encaminhamento pro Caps, e o outro que não é, vem com outro tipo de encaminhamento...”.

Além da necessidade de estabelecer critérios para a identificação das urgências e qualificar a avaliação de risco, ainda seria preciso investir na garantia do acesso à assistência especializada, “... os mais graves eu tenho que conseguir mandar pro Caps se ele precisar de fato, ou pro médico se precisar”.

Para o grupo, também é necessário ampliar o quadro de profissionais de saúde mental, sem que isso se contraponha à lógica da co-responsabilização, “... só tem que tomar cuidado pra não virar ‘paciente da mental’ de novo...”.

No que se refere a essa questão, o grupo aponta que houve, desde o início da implantação do Programa Paidéia, um equívoco por parte de muitos profissionais ao considerarem o Apoio Matricial como um invento para solucionar o problema da falta de

recursos humanos. Como se o Apoio Matricial fosse *“uma estratégia pro fato da gente não ter profissionais suficientes pra atender em clínica a demanda da saúde mental... isso é um grande engano, porque o papel do Apoio seria o de melhorar a clínica dos profissionais de saúde mental e da Equipe de Referência (...). É um engano muito ruim porque aí dá um caráter assim, (...) de uma saída meia-boca pras questões de acesso...”*.

Outro equívoco freqüente seria considerar o Apoio Matricial como supervisão de caso. Essa linha da supervisão clássica traria inúmeros obstáculos para a prática, *“... a questão do sigilo (...) e do não fui escolhida pra ser a apoiadora”*. Além disso, *“não reverte mudança e envolvimento nenhum, nem pra quem recebe, nem pra quem tá fazendo...”*.

Nesse sentido, acreditam que um problema na implantação do Apoio Matricial foi a ausência de espaços de discussão e formação específicos para que os profissionais de saúde mental pudessem se apropriar da finalidade da proposta, *“... não basta ter um apoiador, às vezes tem um apoiador e ele não entende o que tá fazendo, não gosta, ou (...) é ruim de clínica, ou não consegue entrar, então (...) não é só uma organização (...) não pode perder os ‘para-quês’, pra que a gente tá fazendo tudo isso?”*.

Reconhecem o investimento no processo de discussão com os profissionais, *“... a gente fez rodas dos mais variados tipos, discutimos as mais variadas questões, que em alguns momentos essa questão do Apoio Matricial ela até permeava”*. Mas avaliam que deveria ter sido feita uma capacitação focada no Apoio Matricial para os profissionais de saúde mental, já que ele implica também em mudança de cultura, *“... a gente botou as pessoas pra fazer uma coisa pra qual elas também não têm formação”*.

O grupo faz uma crítica em relação à forma como se deu a implantação do Programa Paidéia. *“... de repente mudou-se tudo (...), houve uma necessidade, um afã, uma vontade de inverter o modelo rapidamente”*. Isso teria sido positivo, por um lado, pois *“criou-se uma energia que tirou a saúde coletiva da inércia em que ela se encontrava”*. Porém, acreditam que se a implantação tivesse se dado de maneira mais processual, *“com uma infra-estrutura mais adequada, preparando primeiro o profissional (...), pra adquirir*

competência, uma integração melhor da equipe...”, talvez os profissionais pudessem estar mais qualificados para atuar na lógica proposta.

Analisa também seu próprio papel enquanto gestores na construção de contratos com os profissionais. *“... tem um pedaço que é nosso também (...) pra bancar, pra poder convencer, fazendo junto, pra aquilo que vem na vertical se tornar na horizontal...”*. Além disso, faz diagnóstico das Unidades para estabelecer arranjos diferentes em cada local, de acordo *“com a dinâmica, com a subjetividade, (...) os grupos, (...) o perfil do profissional”*, potencializando o que há de melhor em cada contexto.

Embora o grupo reconheça que ainda há muito por construir, identifica que se deu um grande avanço no que se refere ao entendimento dos profissionais em relação ao Apoio Matricial. *“... as pessoas vêem hoje que isso é uma necessidade, tanto as Equipes de Referência quanto as equipes de saúde mental. (...) a questão do Apoio Matricial está posta... ela está posta como um recurso”*.

Com todas as dificuldades colocadas, o grupo pontua que onde se consegue que o Apoio Matricial se legitime e efetivamente ocorra, ele é potente para produzir maior responsabilização pela saúde.

Para valorizar as conquistas alcançadas nesse caminho, o grupo finaliza a discussão com um breve e significativo relato da fala de uma usuária, que dizia: *“Hoje eu vejo a saúde com mais cara de saúde, mais feliz, mais alegre, menos doente...”*.

7- A META-NARRATIVA:

tecendo o nosso enredo

Entrecortados no decorrer das narrativas até aqui construídas, podemos vir observando alguns pontos de contato na diversidade dos discursos formulados nos grupos de discussão, convergências que se nos oferecem como encaixos na tentativa de elucidar os principais aspectos envolvidos no trabalho com o Apoio Matricial.

Da mesma forma se revelam divergências e contradições que, desde a perspectiva de cada grupo, passaremos agora a articular e significar no interior de um diálogo entre as narrativas, buscando identificar através de seus elos os principais pontos de tensão que o Apoio Matricial suscita, suas origens, desdobramentos e possíveis alternativas para contorná-los.

Inúmeras mudanças no sentido proposto pelo Programa Paidéia foram sendo incorporadas, é certo que mais enfaticamente em determinados serviços e menos em outros, sempre de acordo com as diferentes realidades. Verificamos também que a implantação do Apoio Matricial produziu alguns avanços na atenção em saúde mental na rede básica, e vem esbarrando em muitas dificuldades ainda não superadas.

Começamos então por refletir sobre o percurso rumo aos objetivos que orientam as transformações do processo de trabalho. Se uma primeira intenção do Apoio Matricial era fazer com que a saúde mental saísse do isolamento dos consultórios e do núcleo especializado para transitar no fazer dos diferentes profissionais, podemos considerar que houve uma propagação nesse sentido. Os diferentes grupos afirmam que há um engajamento nas discussões de caso, tanto por parte dos profissionais de saúde mental como das Equipes de Referência, as quais têm se dado a considerar a saúde mental de uma forma menos compartimentalizada. Apesar de aparecerem fronteiras ainda bem marcadas entre os diferentes campos de saber, podemos observar que vem se exercitando a troca de conhecimentos entre os profissionais, em que o saber de um pode complementar o saber do outro numa interdisciplinaridade possível.

Em todos os grupos foi discutida a necessidade de romper com a superespecialização da área da saúde e a pertinência da supressão da lógica tradicional do encaminhamento, principalmente no contexto da Atenção Básica, se ela pretende oferecer uma assistência realmente abrangente à integralidade dos sujeitos. Os grupos indicam

mudanças importantes em relação ao modo de trabalho anterior ao Apoio Matricial. Se retomarmos as narrativas, encontraremos em todas elas uma referência ao abandono de uma conduta antes muito em voga nas Unidades Básicas, evidente na fórmula “ao paciente que chora, um encaminhamento para a psicologia”.

De certa forma, a lógica da co-responsabilização vem sendo tencionada a se sobrepor à lógica do encaminhamento, o que faz com que o sofrimento psíquico deixe de ser responsabilidade exclusiva da saúde mental, tendo as Equipes de Referência que se verem diante dessa questão que agora passa também a fazer parte de sua rotina de trabalho.

Os grupos reconhecem que onde se conseguiu instituir o Apoio Matricial, e apesar das adversidades, a ampliação da clínica vem sendo conquistada, tanto no que diz respeito ao acolhimento da dimensão da subjetividade pelas Equipes de Referência, quanto na diversificação das ofertas terapêuticas da saúde mental, que vem extrapolando a sua atuação dos consultórios para o território.

Outro ganho trazido pelo Apoio Matricial é a modificação do foco da orientação da assistência, que se desloca progressivamente dos serviços e seus cardápios de programas e ofertas, para se dar a partir das necessidades dos sujeitos, das famílias, do território e da rede de relações que nele acontecem. A construção de Projetos Terapêuticos pensados para cada situação singular, princípio herdado da Reforma Psiquiátrica e carro-chefe da assistência nos Caps, ganha lugar no fazer dos diversos profissionais da Atenção Básica.

Todas essas conquistas não significam, evidentemente, que a subversão da lógica de trabalho buscada pelo Apoio Matricial esteja resolvida, até porque o que observamos é mais uma sobreposição de duas lógicas antagônicas e menos a substituição de uma pela outra. Houve, de fato, o desencadeamento de um processo em que os encaminhamentos deixam de ser automáticos para poderem ser discutidos em equipe, mas nesse processo incidem inúmeras variáveis bastante complexas, fazendo com que ora predomine a fragmentação, ora se evidencie a co-responsabilização.

Da perspectiva dos profissionais de saúde mental, as Equipes de Referência costumam evitar o contato com o sofrimento psíquico a partir de justificativas como a insegurança gerada pela falta de formação em saúde mental e a dificuldade em intervir fora do campo mais objetivo dos procedimentos e da conduta medicamentosa. No entanto, os próprios profissionais de saúde mental, quando se referem ao ideal da saúde mental, chegam a revelar indiretamente uma crença de que quaisquer questões subjetivas são de fato da competência exclusiva da saúde mental, e que a co-responsabilização seria uma estratégia para a assistência num sistema de saúde desprovido de recursos. Uma nuance da própria dificuldade em distanciarem-se da clínica tradicional? Podemos também lê-la como a manifestação do ideal da clínica privada, para a qual foram formados, mas que deve ser transposto com empenho e compromisso à realidade da Saúde Coletiva, que se distingue especialmente em função das necessidades sociais e de saúde da clientela.

À parte a defesa assídua do Apoio Matricial como forma de diminuir a ‘psicologização’ do sofrimento e da necessidade de ampliação da clínica das Equipes de Referência, aparece o discurso recorrente da especialização, que muito contribui para compartimentalizar a saúde mental dentro da área da saúde. Impregnada no modo de pensar dos profissionais, a lógica da especialização suscita, inadvertidamente, uma desvirtuação do sentido do Apoio Matricial. Essa questão é analisada no grupo dos gestores, os quais ponderam sua própria responsabilidade na manutenção de alguns equívocos por parte dos profissionais, criados desde o início da implantação do Apoio Matricial e conservados na ausência de espaços de discussão específicos sobre as finalidades desse arranjo.

As Equipes de Referência, por sua vez, admitem o aumento da resolutividade de seu trabalho quando ampliam seu campo de intervenção para além dos aspectos considerados como sendo meramente biológicos. No entanto, permanecem considerando sua formação inadequada para compreender e lidar com a subjetividade e o sofrimento psíquico. Aliada à angústia gerada no contato com o sofrimento e ao tempo reduzido para atender à grande demanda, a formação dita inadequada aparece como justificativa para os encaminhamentos para a saúde mental.

É também trazido nos diferentes grupos o argumento da disponibilidade pessoal para o acolhimento e ampliação da escuta ao paciente em sofrimento. Essa discussão nos grupos passa na tangente das diretrizes para a saúde mental na rede básica e da política de

humanização da área da saúde, ficando muito centrada nos contornos do perfil profissional, como se houvesse certos profissionais que, pela benevolência ou boa vontade, pudessem se disponibilizar a uma clínica ampliada e outros, na ausência de tais atributos, estivessem liberados dessa tarefa.

Apesar dessas particularidades, as Equipes de Referência valorizam o incremento de sua formação a partir das discussões que o apoiador vem desencadear e, a partir dessa abertura para as ofertas do apoiador, consideram possível pensar e transformar sua prática, fazendo surgir alternativas criativas e mobilizadoras para os serviços.

A função pedagógica do Apoio Matricial é bastante enfatizada nas narrativas da saúde mental e dos gestores, os quais destacam a capacitação *in loco* como fundamental para que as Equipes de Referência aprendam, durante a prática, a intervir no campo da subjetividade. Porém, essa forma de capacitação não é lembrada pelas Equipes de Referência como um dispositivo de aprendizagem. São mais valorizados os roteiros criados para aprimorar a coleta de informações e orientar os atendimentos, talvez por aludirem aos clássicos protocolos, essa ferramenta de gestão e direcionamento da clínica amplamente difundida pela tradição da Programação em Saúde. Tais roteiros amparam as equipes nas intervenções, mas por serem bastante prescritivos, é preciso cuidar para que eles não se transformem em *scripts* estanques ou manuais passo-a-passo que podem provocar trabalho alienado e burocratizar os atendimentos. Consideramos que seja importante vinculá-los a uma constante avaliação do processo de trabalho e a um maior investimento nos atendimentos conjuntos com o profissional ‘psi’, pois o processo de ensino-aprendizagem *in loco* é uma estratégia bastante adequada se o que se pretende é que os profissionais possam se autorizar nas intervenções que nem sempre cabem nas balizas dos protocolos.

Ao analisarmos a concepção de saúde mental subjacente nas falas dos diferentes profissionais, observamos um significativo consenso no que se refere às determinações do processo saúde-doença.

Os profissionais de saúde mental, alguns mais nitidamente familiarizados e implicados com a Reforma Psiquiátrica (especialmente os mais novos na rede), discutem a saúde mental como fortemente influenciada por fatores sociais, pela capacidade dos sujeitos

de lidarem com os problemas advindos de seu contexto de vida e pelo grau de participação social, expresso tanto nos vínculos afetivos e de convivência com seus pares quanto no exercício da cidadania.

Marcas da tradição basagliana da Itália, parecem aqui a autonomia, a convivência e a cidadania como princípios da reabilitação psicossocial buscados pela Reforma Psiquiátrica brasileira e que ganham ressonância na Atenção Básica, para além dos Caps como dispositivos básicos da Reforma.

Esses princípios também se manifestam nas falas dos profissionais das Equipes de Referência, e podemos considerar que a aproximação desses profissionais à discussão da reabilitação se deve em muito pelo movimento gerado com o Apoio Matricial ao deslocar a saúde mental do interior dos consultórios para as trocas no coletivo das equipes.

Dessa concepção mais ampliada de saúde mental, desenvolvem-se algumas propostas assistenciais ao estilo da reabilitação, que se fundamentam na importância do incremento dos laços sociais e no aumento do grau de autonomia e contratualidade das pessoas. São os grupos de produção de saúde com modalidades diversas, como os grupos de convivência, artesanato, caminhada, etc., os quais, de outro lado, são também resgatados da tradição da Promoção à Saúde, que historicamente vem privilegiando as propostas grupais como recursos estratégicos para a atenção e focados no desenvolvimento de medidas de auto-cuidado e na melhora da qualidade de vida das pessoas.

Através desses dispositivos se podem atingir resultados substantivos na construção de sentido aos projetos de vida de sujeitos que experimentam a exclusão social, o isolamento afetivo, a impossibilidade de desempenhar protagonismos. Não obstante, é preciso destacar que, muitas vezes, tais grupos são utilizados nem tanto em função de sua potencialidade inerente, mas são empregadas como subterfúgio para a atenção à grande demanda. Nisso, encontramos a herança do 'eficientismo' da saúde pública, na premissa do atender mais gente no menor período de tempo possível, que nem sempre caminha ao lado da resolutividade da assistência em saúde.

Tampouco podem a pintura, o artesanato, a caminhada serem tomados como fins em si, pois que eles são instrumentos por meio dos quais se irão buscar a produção de novos sentidos na história dos pacientes. Não bastaria diversificar a oferta de dispositivos de atenção em saúde mental sem que isso venha combinado a uma robusta discussão sobre o modelo clínico que fomenta essas propostas e com a radicalidade de sua incorporação pelos profissionais que as conduzem. Entendemos, ainda, que a diversificação dos dispositivos terapêuticos não deva prescindir às técnicas tradicionais da saúde mental, como a psicoterapia e a medicação psicotrópica, sem dúvida apropriadas em inúmeros casos, mas que devem ser empregadas, sempre e como em qualquer oferta, com base na singularidade das demandas.

Todos os grupos indicam a necessidade de processos de formação que qualifiquem os profissionais para o trabalho com o Apoio Matricial. Consideramos especialmente importante qualificar os profissionais de saúde mental para a atuação como apoiadores que vão desencadear as discussões nas equipes, estimulá-las na co-responsabilização e, sobretudo, incrementar a formação dessas equipes. Além disso, como apontam os gestores, deve também ser enfocada a própria prática clínica da saúde mental para que seja fortalecida a incorporação de modelos clínicos mais resolutivos e adequados à diversidade das demandas.

Em relação à capacidade resolutiva das equipes, encontramos uma diferença acentuada entre as Equipes de Referência de Unidades Básicas onde estão sediados os profissionais de saúde mental e as Equipes de Referência de Unidades que recebem Apoio Matricial de outros serviços. De acordo com a análise feita tanto no grupo da saúde mental como no dos gestores, e com o que pudemos observar nas outras narrativas, nas Unidades que possuem equipes de saúde mental as Equipes de Referência têm maior dificuldade em modificar a maneira automática de encaminhar os pacientes, pelo acesso mais facilitado aos profissionais, corroborado pela força do modelo instituído. É na narrativa dessas equipes que fica marcante a angústia que sentem os profissionais ao entrarem em contato com o sofrimento psíquico, talvez pelo costume de delegar à saúde mental a responsabilidade por essa demanda.

Já nas outras Unidades, as Equipes de Referência já estavam habituadas a encaminhar somente os casos de maior gravidade e risco. Aparecem na narrativa dessas equipes alguns critérios mais apurados que norteiam a avaliação de risco, assim como uma referência à sua maior autonomia no acompanhamento de pacientes em sofrimento psíquico. Coincidindo com as falas dos profissionais de saúde mental que as apóiam, essas equipes costumam acionar o Apoio Matricial após já terem esgotado a discussão do caso e avaliado a legítima necessidade de atendimento especializado.

Essa diferença nos chama a pensar sobre a inserção da assistência em saúde mental nas Unidades Básicas. Será que deveríamos retroceder na história e aglutinar novamente toda a assistência em ambulatórios de saúde mental, oferecendo à rede básica somente o Apoio Matricial para os casos que podem ser acompanhados pelas equipes? Defendemos que não, uma vez que descentralizar a saúde mental para os territórios foi uma conquista cara à Reforma Psiquiátrica e consideramos necessário aprimorar esse modelo, vinculando cada vez mais a assistência com a análise e utilização do território e da rede social, a fim de desenvolver uma clínica implicada com a constituição de sujeitos mais saudáveis em sua afetividade e em suas relações sociais, e mais potentes para transformar a realidade.

Ainda, consideramos essa tensão estabelecida entre os profissionais de saúde mental e as Equipes de Referência como uma força saudável, capaz de desestabilizar o instituído e pôr a prática em movimento em torno das reflexões nascidas da fertilidade desse encontro.

Esse grande ponto de tensão situa-se onde o Apoio Matricial provoca e explicita uma intensa imprecisão das fronteiras entre o que é de responsabilidade de quem. Quando se trata de pacientes que apresentam transtornos psíquicos mais graves, não há desacordo sobre a necessidade da intervenção e do núcleo da saúde mental. Mas arma-se uma grande peleja quando o que está em jogo são questões subjetivas que não se encaixam na rigidez dos diagnósticos, como as dificuldades afetivas e relacionais, a capacidade maior ou menor de enfrentar os problemas cotidianos ou outras necessidades que demandam orientação e escuta acolhedora. Nesses casos a potência do Apoio Matricial está justamente em desfazer

a delimitação entre as diferentes disciplinas e tecnologias, e, através das discussões de caso e da regulação de fluxo, reverter o processo de ‘psicologização’ do sofrimento.

A função de regulação de fluxo que o Apoio Matricial proporciona parece de fato gerar incômodo para os diferentes profissionais. Podemos compará-la a uma imagem bastante sugestiva de um guarda de trânsito que, num cruzamento obstruído, orienta a passagem dos automóveis para um desvio. Não é sem propósito a associação com a figura do guarda e o impedimento. Vários profissionais se referiram à regulação de fluxo como um dos fatores de maior conflito. As Equipes de Referência, esperando conseguir delegar para os profissionais de saúde mental aqueles pacientes com os quais não conseguem lidar, encontram no Apoio Matricial um impedimento ao livre fluxo de encaminhamentos. Aparentemente negativa, porque invoca algo repressivo, essa associação também traz a questão do novo e da mudança em relação ao instituído. O desvio do hegemônico. Do fazer automático para um caminho onde o fazer pode ser pensado e as ações construídas a partir de um determinado sentido. Mais que um guardião do trânsito livre e direto de encaminhamentos para a saúde mental, o Apoio Matricial como oferta de um saber que auxilia as equipes a refletir, caso a caso, sobre os rumos de sua intervenção.

A despeito disso, devemos pensar sobre uma questão que surge a partir das narrativas: até que ponto as Equipes de Referência podem intervir? A angústia e a insegurança trazidas pelos profissionais podem ser lidas como sendo próprias ao trabalho em contato com o sofrimento, mas também expressam certa desproteção desses profissionais pela falta de recursos teóricos e técnicos ou de ferramentas para a ação. Muitos profissionais afirmam que podem acolher os pacientes e escutá-los em seu choro, mas para além do acolher, não sabem como fazer uma intervenção que seja potente como resposta àquele choro.

Acreditamos ser importante diferenciar a capacidade que todo profissional de saúde deve ter para uma prática integral e humanizada na atenção ao sofrimento psíquico, daquilo que extrapola sua formação no que se refere à compreensão dos processos psíquicos e aos modos de intervir nucleares da saúde mental. Ou, no limite, se correria o risco de pender a outro pólo do espectro, diluindo a especificidade e a relevância dos

saberes e tecnologias da área 'psi', e negligenciando a assistência às pessoas que demandam o núcleo especializado.

Por isso, acreditamos que a avaliação de riscos e necessidades é um dos temas de maior importância para se pensar o Apoio Matricial, já que é a partir dela que se distinguem quais pacientes as Equipes de Referência podem acompanhar, quais devem receber atenção especializada da saúde mental e, ainda, que casos precisam ser discutidos com o apoiador matricial.

Esse tema é recorrente nas narrativas de todos os grupos, porém observamos a maneira inconsistente com que é abordado nos serviços. Normalmente, quem faz a avaliação de risco são os auxiliares de enfermagem, muitas vezes sem a retaguarda de outros membros da equipe para apoiá-los. São justamente aqueles profissionais cuja formação é mais frágil e cuja realidade é, em muitos casos, bastante próxima ao contexto de vida da população assistida. Assim, sem o filtro que os recursos técnicos podem oferecer, esses profissionais se tornam mais vulneráveis às identificações com os pacientes e ao sofrimento indiferenciado, prejudicando a qualidade da avaliação.

Além disso, os profissionais manifestam pouca clareza sobre os critérios de risco que devem orientar a avaliação, e tampouco há uma discussão sobre a necessidade de defini-los e reuni-los em torno de um consenso entre os diferentes profissionais.

Entendemos que seja necessário investir num debate mais aprofundado sobre esses critérios, focado na reflexão sobre os conceitos de risco e prognóstico em saúde mental, a fim de viabilizar uma avaliação mais apurada sobre as vulnerabilidades e potencialidades de cada paciente. Uma avaliação feita com qualidade possibilitará fazer uma melhor distinção de quais pacientes as Equipes de Referência têm competência para acompanhar de forma resolutiva e responsável.

As narrativas apontam para um aumento real da demanda nos serviços após a implantação do Programa Paidéia, o que pode ser lido como resultado da ampliação do acesso pela via do acolhimento ou mesmo da descoberta de demandas antes reprimidas. Contudo, os profissionais avaliam que não houve ampliação das equipes na mesma

proporção do aumento da demanda, o que trouxe sobrecarga de trabalho e dificuldade em realizar as discussões de caso. Avaliam, sobretudo, que o número de profissionais de saúde mental não é suficiente para atender aos casos que precisam do núcleo ‘psi’.

No interior dessa questão há um limite tênue entre o que é uma queixa que mascara a ilusão de que tudo se resolveria com o aumento do quadro de profissionais e até o desejo de permanecer na lógica da transferência de responsabilidades, e o que é realmente uma insuficiência de recursos humanos em relação à demanda específica de cada região. Torna-se então necessário fazer um diagnóstico de cada Unidade e compará-lo com as diretrizes do Ministério da Saúde para a Atenção Básica, cuja proposta é de uma equipe de saúde mental para no mínimo seis e no máximo nove equipes de Saúde da Família ou para grupos populacionais entre quinze e trinta mil habitantes, combinando essa apreciação a uma análise crítica da singularidade dessas reivindicações e até mesmo a uma reavaliação da própria proporção estabelecida pelo Ministério.

Entendemos que, assim como em qualquer processo de mudança institucional, outra dificuldade na implantação do Apoio Matricial situa-se no descompasso entre os tempos e ritmos da gestão, que precisa instituir suas propostas de governo, e o ritmo das transformações das práticas no cotidiano, ditados e expressos pelo sentido que os profissionais imprimem às diretrizes.

Os gestores avaliam que a implantação do modelo Paidéia precisou se dar com radicalidade para tornar possível a mudança de cultura pretendida, e reconhecem que isso se traduziu na maneira pouco processual com que foram introduzidas as transformações nos serviços. Como consequência disso, há uma avaliação de que o Apoio Matricial foi sentido como uma imposição da gestão e, sem poder compreender suas finalidades, alguns profissionais permaneceram pouco permeáveis às mudanças.

Em todas as narrativas se evidenciou a importância do papel do gestor local e do apoiador distrital. Em seu lugar de mediação entre as propostas de governo e as práticas dos profissionais, esses gestores devem fortalecer a incorporação das diretrizes e oferecer escuta e suporte para as questões trazidas pelos profissionais, tentando continuamente negociar contratos e compromissos para instituir a nova lógica de trabalho.

Embora os gestores ponderem que tenha havido grande investimento nas negociações com os profissionais durante a implementação das diretrizes, não foram criadas rodas de discussão específicas para pensar o projeto instituinte do Apoio Matricial, a fim de que a mudança pudesse de fato fazer sentido aos profissionais.

Devemos reconhecer que a mudança da lógica de trabalho proposta pelo Apoio Matricial não é fácil de ser assumida pelas equipes e não ocorre automaticamente com a determinação das diretrizes. Ela deve ser especificamente trabalhada junto às equipes, instalando-se espaços destinados à reflexão e à análise crítica sobre o próprio trabalho, e que possam ser continentes aos problemas na relação entre a equipe, aos preconceitos em relação à loucura, à dificuldade de entrar em contato com o sofrimento do outro e à sobrecarga trazida pela lida diária com a pobreza e a violência. Todas essas questões podem se colocar como possíveis entraves para a realização do Apoio Matricial, se os profissionais não tiverem espaços de reflexão e formação permanentes para processá-las, que sejam capazes de realimentar constantemente a potencialidade do Apoio Matricial enquanto arranjo transformador das práticas hegemônicas na saúde.

9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.25, n.58: p.26-34, 2001.

AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica. In: **Cadernos de Saúde Pública**, v.11, n.3: p.491-494, 1995.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. In: **Ciência & Saúde Coletiva – Abrasco**, v.10, n.3: p.549-560, 2005.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BOTEGA, Neury José. Psiquiatria no Hospital Geral: histórico e tendências. In: BOTEGA (org). **Prática psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002a. p.15-30.

BOTEGA, Neury José. Interconsulta psiquiátrica: natureza e fatores de encaminhamento. In: BOTEGA (org). **Prática psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002b. p.68-77.

BOTEGA, Neury José. Interconsulta psiquiátrica: visão psicodinâmica. In: BOTEGA (org). **Prática psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002c. p.78-93.

BOTEGA, Neury José & DALGALARRONDO, Paulo. **Saúde mental no Hospital Geral: espaço para o psíquico**. São Paulo: Hucitec, 1997. 116p.

BRAGA CAMPOS, Florianita Coelho & NASCIMENTO, Stellamaris Pinheiro. **O Apoio Matricial: reciclando a saúde mental na Atenção Básica**. Mimeo. 2003.

BRAGA CAMPOS, Florianita Coelho. **O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos**. Campinas, 2000. (Tese de doutorado – Departamento de Medicina Preventiva e Social/ FCM/ UNICAMP).

BRASIL, Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde. **A política de saúde mental do Ministério**. Mimeo. 2004a.

BRASIL, Ministério da Saúde/ Secretaria Executiva. **Legislação em saúde mental**. 3ª ed. revista e atualizada, 2004b.

BRASIL, Ministério da Saúde/ Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Mimeo. 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde/ Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Portaria nº 224**, de 29 de Janeiro de 1992.

BRASIL, Ministério da Saúde/ Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Portaria nº 189**, de 19 de Novembro de 1991.

CAMPINAS, Secretaria Municipal de Saúde. **Paidéia – 3 anos**. Mimeo. 2003.

CAMPINAS, Secretaria Municipal de Saúde. **1ª Conferência Municipal de Saúde Mental**. Caderno Programa Paidéia Saúde da Família, 2001a.

CAMPINAS, Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto Paidéia Saúde da Família**. Disponível em: www.campinas.sp.gov.br/saude/programas/protocolos, acesso em 23/03/05. 2001b.

CAMPINAS, Secretaria Municipal de Saúde. **As Reformas, Sanitária e Psiquiátrica, mudando a atenção em saúde mental de Campinas/SP**. Mimeo. 2001c.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, G.W.S. (org). **Saúde Paidéia**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003. p.51-67.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Editora Hucitec, 2000a. 236p.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. In: **Ciência & Saúde Coletiva – Abrasco**, v.5, n.2: p.219-230, 2000b.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. In: **Ciência & Saúde Coletiva – Abrasco**, v.4, n.2: p.393-403, 1999.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: Revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. (org). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1994. p.29-87.

CECILIO, Luis Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. In: **Cadernos de Saúde Pública**, v.13, n.3: p.469-478, 1997.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. Campinas, 2004. (Dissertação de Mestrado – Departamento de Medicina Preventiva e Social/ FCM/ UNICAMP).

DELGADO, P.G.G.; GOMES, M.P.C. & COUTINHO, E.S.F. Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil. In: **Cadernos de Saúde Pública**, v.17, n.3: p.452-453, 2001.

FREUD, Sigmund. Construções em análise (1937). In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, v.XXIII. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975.

FURTADO, Juarez Pereira. **Avaliação como dispositivo**. Campinas, 2001. (Tese de Doutorado – Departamento de Medicina Preventiva e Social/ FCM/ UNICAMP).

GADAMER, Hans-Georg. **Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. Petrópolis: Editora Vozes, 1997. 731p.

GOLDBERG, Jairo Idel. **A doença mental e as instituições – a perspectiva de novas práticas**. São Paulo, 1992. (Dissertação de Mestrado – Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP).

GUBA, E.G. & LINCOLN, Y.S. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park: Sage Publications, 1989. 294p.

IFB - Instituto Franco Basaglia. **Cultura, informação e pesquisa para uma sociedade sem manicômios**. Disponível em: <http://ifb.org.br>, acesso em: 27/09/2004.

KAËS, René. Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. In: KAËS, R.; BLEGER, J.; ENRIQUEZ, E.; FORNARI, F.; FUSTIER, P.; ROUSSILLON, R. & VIDAL, J.P. (orgs). **A instituição e as instituições**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991. p.1-39.

LANCETTI, Antonio. **SaúdeLoucura 7: Saúde Mental e Saúde da Família**. São Paulo: Editora Hucitec, 2001. 220 p.

MELLO FILHO, Júlio. **Concepção psicossomática: visão atual**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994. 215 p.

MERHY, Emerson Elias. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R. (orgs). **Agir em saúde**. São Paulo: Hucitec. 1997. p.197-228.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2000.

MISSENARD, André. Entre a psicanálise e a medicina: Michaël Balint. In: MISSENARD, A. (org). **A experiência Balint: história e atualidade**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994. p.1-7.

NEUHAUSER, D. The hospital as a matrix organization. In: **Hospital administration**. Fall Editions, 1972. p.8-25.

NICÁCIO, Maria Fernanda. **O processo de transformação em saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura**. São Paulo, 1994. (Dissertação de Mestrado – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo).

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo – Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Geneva: Biblioteca da OMS, 2001. 173p.

ONOCKO CAMPOS, Rosana. O encontro trabalhador – usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. In: **Ciência & Saúde Coletiva – Abrasco**. v.10, n.3: p.573-583, 2005.

ONOCKO CAMPOS, Rosana. Humano demasiado humano: un abordaje del mal-estar en la institución hospitalaria. In: SPINELLI (org). **Salud Colectiva**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004. p.103-120.

ONOCKO CAMPOS, Rosana. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003. p.122-149.

PASSOS, Eduardo & BARROS, Regina Benevides de. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. In: **Psicologia: teoria e pesquisa**, v.16, n.1: p.71-79, 2000.

PINHEIRO, Raimundo. **Medicina psicossomática: uma abordagem clínica**. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1992. 125p.

RICOEUR, Paul. **Tempo e narrativa. Tomo I**. Campinas: Papyrus, 1997. 327p.

RICOEUR, Paul. **Interpretação e ideologias**. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1990. 172p.

ROUDINESCO, E. & PLON, M. **Diccionario de psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. 874p.

SOARES, Luiz Eduardo. Acaso e necessidade na ética do crime ou o uso da crítica literária na análise sociológica do discurso ordinário. In: VAITSMAN, V. & GIRARDI, S. (orgs). **A Ciência e seus impasses**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p.111-136.

SOMBINI, Carolina Helena Almeida de Moraes. **A psicologia no projeto Paidéia: do consultório ao território? Os psicólogos e a política de saúde mental da SMS – Campinas**. Campinas, 2004. (Dissertação de Mestrado – Departamento de Medicina Preventiva e Social/ FCM/ UNICAMP).

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. In: **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.9, n.1: p.25-59, 2002.

VIEIRA, André Guirland. Do conceito de estrutura narrativa à sua crítica. In: **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.14, n.3: p.599-608, 2001.

WESTPHAL, M.F.; BÓGUS, C.M. & FARIA, M.M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. In: **Boletim da Oficina Sanitária do Panamá**, v.120, n.6: p.472-482, 1996.

WESTPHAL, Márcia Faria. **Participação popular e políticas municipais de saúde: Cotia e Vagem Grande Paulista**. São Paulo, 1992. (Tese de Livre-Docência – Faculdade de Saúde Pública/ USP).

WORTHEN, B.R.; SANDERS, J.R. & FITZPATRICK, J.L. **Avaliação de programas: concepções e práticas**. São Paulo: Editora Gente, 2004.

10- ANEXOS

Anexo 1- Parecer do Comitê de Ética da FCM



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Caixa Postal 6111, 13083-970 Campinas, SP
☎ (0_19) 3788-8936
FAX (0_19) 3788-8925

CEP. 21/09/04
(Grupo III)

PARECER PROJETO: N° 395/2004

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: "SAÚDE MENTAL E APOIO ESPECIALIZADO MATRICIAL NA REDE SUS- CAMPINAS (SP)"

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Mariana Dorsa Figueiredo

INSTITUIÇÃO: Secretaria Municipal de Saúde de Campinas

APRESENTAÇÃO AO CEP: 12/08/2004

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 21/09/05

II - OBJETIVOS

O presente estudo tem como objetivo analisar a atuação das Equipes de Saúde Mental nas Unidades Básicas de Saúde, como especialidade e/ou como rede de apoio, e investigar a articulação destas Unidades com as Equipes de Referência do PSF de Campinas.

III - SUMÁRIO

O projeto consta de duas partes: Na primeira fase, o pesquisador tem como objetivo avaliar o processo de trabalho da Saúde Mental nas Unidades Básicas de Saúde de Campinas, suas mudanças ao longo do tempo e sua relação com as equipes de referência. Para esta fase, o pesquisador realizará reuniões com grupos de profissionais de Saúde (grupos focais), constituídos por profissionais que participam de 3 estruturas distintas: (a) equipes completas de saúde mental, compostas por psiquiatras, psicólogos e terapeutas ocupacionais; (b) profissionais de equipes de referência, e (c) coordenadores de Centros de Saúde. Nestes diferentes grupos, a discussão será baseada em alguns temas previamente determinados, como o modelo teórico dos profissionais a respeito do trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, o modelo clínico e as práticas adotadas por estes profissionais, a compreensão das diretrizes do Apoio Especializado Matricial, o posicionamento dos gestores frente a estas diretrizes, e o processo de trabalho. São propostas duas reuniões com estes grupos focais, para a elaboração de um modelo teórico da Unidade. A Segunda fase do projeto consta da coleta de informações de prontuários médicos de pacientes envolvidos no Programa de Saúde Mental, que apresentem sucesso ou dificuldades no seguimento. Esta seleção de prontuários tem como objetivo avaliar (a) a concepção de sucesso e fracasso terapêutico pelos profissionais de Saúde e (b) verificar o fluxo dos usuários pelo serviço, desde a entrada até o atendimento pela Saúde Mental, e (c) avaliar a demanda espontânea, as formas de encaminhamento e o tipo de acolhimento ao usuário pelo serviço, além do fluxo de encaminhamento para as Equipes de Referência. O pesquisador espera, com esta

análise, evidenciar concordâncias e discrepâncias entre o discurso e a prática nos serviços e a percepção dos mesmos sobre o atendimento aos usuários. O pesquisador já realizou consulta junto à Secretaria de Saúde de Campinas, havendo viabilidade da realização do projeto nas Unidades Básicas.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O protocolo, em sua primeira fase, determina reuniões com profissionais envolvidos em programas de Saúde Mental e em Unidades de Referência, com o objetivo de determinar o modelo teórico de organização deste sistema, com o intuito de melhor compreensão do Atendimento de Saúde Mental no Programa Paidéia de Saúde do município de Campinas. O termo de consentimento livre e esclarecido, anteriormente desmembrado em dois formulários, foi adequado pelo pesquisador, com linguagem adaptada a esta população. Na Segunda fase do projeto, o pesquisador propõe avaliar a adequação real do modelo atual de Saúde Mental e suas relações com as Equipes de Referência, e que consta de avaliação dos prontuários médicos dos pacientes houve questionamento em relação ao termo de consentimento livre e esclarecido e/ou sobre autorização dos envolvidos nesta análise. O termo de consentimento foi adequado pelo pesquisador, em linguagem de fácil entendimento pela população alvo. As dúvidas restantes estavam relacionadas à forma de contato com os sujeitos de pesquisa e se haveria alteração da conduta para os pacientes considerados como insucesso. O pesquisador explica que a análise será baseada na leitura dos prontuários médicos, após autorização pelo paciente ou por seu representante legal, e que, ao final da pesquisa, se houver constatação de que as propostas terapêuticas não apresentaram resolutividade para alguns pacientes, o pesquisador se compromete a levar os resultados ao conhecimento dos profissionais responsáveis, para a elaboração de novas alternativas terapêuticas. Todas as pendências existentes foram adequadamente respondidas pelo pesquisador.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na IX Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 21 de setembro de 2004


Profa. Dra. Carmen Sílvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM/UNICAMP

Anexo 2- Aprovação da Secretaria Municipal de Saúde



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GABINETE DA SECRETÁRIA**

Avenida Anchieta, 200 – 11º andar – Campinas/SP – Cep: 13.015.904
Fones: (19)3735.0290 – 0172 Fax: (19) 3735.0175
site: www.campinas.sp.gov.br/saude - email: carminha@campinas.sp.gov.br

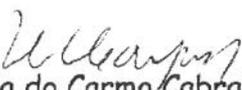
Ofício nº 411/04/SMS/GAB/aca

Campinas 10 de junho de 2004.

Prezado Senhora,

Venho através deste, manifestar parecer favorável à realização da pesquisa para o Projeto de Mestrado: "SAÚDE MENTAL E APOIO ESPECIALIZADO MATRICIAL NA REDE SUS - CAMPINAS (SP)", sob a orientação da Profª Drª Rosana Onocko Campos.

Atenciosamente.


Drª Maria do Carmo Cabral Carpintéro
Secretária Municipal de Saúde

MARIANA DORSA FIGUEIREDO
PESQUISADORA
DMPS/FCM/UNICAMP

Anexo 3- Configuração dos grupos focais realizados

1º Grupo focal – misto Referencial teórico comum

- 3 apoiadoras distritais (1-Distrito Norte e 2-Sul)
- 4 profissionais de saúde mental
(1 TO- CS São Marcos- Distrito Norte; 1 TO- CS São Quirino- Leste; 1 psicóloga- CS Jd. Florense- Noroeste; 1 psicóloga- CS São José- Sul)
- 1 profissional de Equipe de Referência
(médica generalista- CS Vista Alegre- Sudoeste)

2º Grupo focal
Saúde Mental

- psicóloga- CS Jd Florense-Noroeste
- psicóloga- CS São José-Sul
- psicóloga- CS Jd Aurélia-Norte
- TO- Caps Capistrano- Sudoeste
- TO- CS Vista Alegre- Sudoeste

3º Grupo focal
Eq. de Referência
com saúde mental
na Unidade

- médica- CS Vista Alegre- Sudoeste
- médica- CS Faria Lima- Sul
- médica- CS Integração- Noroeste
- enfermeira- CS Anchieta- Norte
- enfermeira- CS Vila Rica- Sul
- enfermeira- CS Conceição- Leste
- auxiliar de enfermagem- CS Tancredão- Sudoeste

4º Grupo focal
Eq. de Referência
sem saúde mental
na Unidade

- médica- CS Orozimbo - Sul
- enfermeira- Mód. Nova América- Sul
- 2 agentes de saúde- CS DIC I- Sudoeste
- agente de saúde- CS Floresta- Noroeste

5º Grupo focal
Gestores

- coordenadora de saúde mental da rede
- apoiadora Norte
- 2 apoiadoras Sul
- apoiadora Leste
- apoiadora Noroeste
- coordenador CS Sta Mônica- Norte
- coordenador CS São José- Sul
- coordenadora CS Balão do Laranja- Noroeste
- coordenadora CS Vista Alegre- Sudoeste

Anexo 4- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLERECIDO

Esta pesquisa será realizada com fins acadêmicos, como subsídio para a Dissertação de Mestrado intitulada “Saúde Mental e Apoio Matricial na rede SUS - Campinas (SP)”, pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social – FCM – UNICAMP.

A pesquisa tem como objetivo analisar o processo de trabalho das Equipes de Saúde Mental nas Unidades Básicas de Saúde, e investigar como essas equipes vêm exercendo o papel de Apoio Matricial proposto pelo Programa Paidéia Saúde da Família.

Pretende-se, com isso, conhecer e avaliar as repercussões que esse modelo assistencial vem trazendo para a área de saúde mental no município e para a ampliação da clínica nos serviços.

São objetivos específicos da pesquisa os seguintes:

- Compreender qual a inserção da saúde mental no Programa Paidéia (PSF de Campinas);
- Analisar o funcionamento das equipes de saúde mental enquanto rede de Apoio Matricial, tomando como referência a ampliação da clínica e a reorganização do processo de trabalho desencadeadas pelo Programa Paidéia;
- Investigar como vem se dando a articulação entre a equipe de saúde mental e as Equipes de Referência do PSF de Campinas.

A coleta de dados se dará através de grupos de discussão realizados com os sujeitos da pesquisa, ou seja, profissionais de saúde mental e das Equipes de Referência, apoiadoras de saúde mental e coordenadores de Unidades Básicas. Estes grupos serão coordenados pela pesquisadora, que irá apresentar os tópicos de interesse para a pesquisa e focar o debate para as questões mais pertinentes. A pesquisadora contará com o auxílio de uma pessoa responsável por fazer anotações das falas e que participará do grupo como observadora.

Será utilizado um gravador de áudio para se garantir que todos os dados fornecidos pelos sujeitos da pesquisa possam ser recuperados e analisados posteriormente.

É compromisso da pesquisadora preservar a identidade e a privacidade dos sujeitos da pesquisa, quando da transcrição das falas e incorporação das informações na redação da Dissertação.

Os sujeitos têm liberdade para se recusarem a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que tenham nenhum tipo de prejuízo.

A pesquisadora se compromete também a prestar quaisquer tipos de esclarecimentos, antes e durante a pesquisa, sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados a ela.

Sendo assim, pelo presente instrumento que atende às exigências legais, após leitura minuciosa das informações sobre a pesquisa e ciente dos objetivos e procedimentos da mesma, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta.

E, por estarem de acordo, assinam o presente termo.

Campinas/ SP, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Sujeito

Assinatura da Pesquisadora

Pesquisadora: Mariana Dorsa Figueiredo
Psicóloga e aluna do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do
Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP
Telefones para contato: (19) 3289 8025 e (19) 8111 1053

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp – telefone: (19) 3788 8936.