

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – PPGA
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

Caroline Vanzin Hoffmann

**O MATRICIAMENTO COMO FERRAMENTA DE GESTÃO EM SAÚDE:
POSSIBILIDADES DE CUIDADO AOS USUÁRIOS DEPENDENTES QUÍMICOS
NO MUNICÍPIO DE NOVO HAMBURGO**

**Porto Alegre
Junho/2015**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – PPGA
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

Caroline Vanzin Hoffmann

**O MATRICIAMENTO COMO FERRAMENTA DE GESTÃO EM SAÚDE:
POSSIBILIDADES DE CUIDADO AOS USUÁRIOS DEPENDENTES QUÍMICOS
NO MUNICÍPIO DE NOVO HAMBURGO**

Trabalho de conclusão apresentado como requisito parcial ao Curso de Especialização de Gestão em Saúde, modalidade a distância, no âmbito do Programa Nacional de Formação em Administração Pública (PNAP) / Escola de Administração /UFRGS-Universidade Aberta do Brasil (UAB).

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

Tutor de Orientação a Distância: Juliane M. Winckler

Porto Alegre

Junho/2015

Dedicatória

*Aos meus filhos João e Augusto, razão de meus dias e
propósito de minhas crenças na vida e no futuro.
Ao meu esposo Tiago, por todo apoio, paciência e dedicação,
sempre acreditando que posso ir além.*

Agradecimentos

Agradeço muito a Juliane M. Winckler, por toda sua atenção e ajuda ao longo deste caminho.

Ao Profº Guilherme Dornelas por elucidar o impensável. A Rita Nuguem pelo apoio constante. Mas em especial, aos usuários do CAPS AD, meus referenciados, que me ensinam todo dia que a confiança está acima de qualquer coisa e me deixam caminhar lado a lado, partilhando dores e conquistas. Também meu sincero obrigado as queridas Ana Luiza Galvão e Priscila Fassbinder, sempre me apoiando e incentivando.

**"Donde se infere que o homem ajuda sem participar
e a mulher participa sem ajudar.
Da mesma forma aquela sentença:
"A quem te pedir um peixe, dá uma vara de pescar."
Pensando bem, não só a vara de pescar, também a linha,
o anzol, a chumbada, a isca, apontar um poço piscoso
e ensinar a paciência do pescador.
Você faria isso, Leitor?
Antes que tudo isso se fizesse
o desvalido não morreria de fome?
Conclusão:
*Na prática, a teoria é outra"***

(Cora Coralina/ Humildade, 1983)

RESUMO

A dependência química é um tema que incorre nos círculos da atenção as políticas públicas desde meados do ano 2000, bem como sua endemia nacional, tem ocupado a atenção do Ministério da Saúde estabelecendo os Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas (CAPS AD II) para o enfrentamento ao uso das drogas. Caracterizar a organização das redes de cuidado, sob a ótica da Gestão do Matriciamento no município de Novo Hamburgo (RS), a partir de observação realizada aos atendimentos junto ao CAPS AD é o objetivo deste trabalho. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória, com análise interpretativa dos dados. Utilizar a ferramenta de gestão do matriciamento, trata-se ao mesmo tempo, de uma estratégia desenhada para os serviços públicos, caracterizados pela escassez relativa de recursos humanos especializados em saúde mental, como também uma ferramenta de articulação maior das redes de cuidado no município. percebeu-se que o modelo assistencial não rompe de fato como o modelo biomédico de forma plena, comprometendo assim as diversas formas de praticas de cuidado, baseadas na articulação de redes. Existe a necessidade de incluir nas práticas de matriciamento as dimensões sociopolíticas e culturais da saúde mental o que introduziria importantes desafios para algumas profissões, tanto no que diz respeito à sua participação quanto a sua eventual ação.

Palavras Chave: Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. Saúde Mental. Gestão em Saúde.

LISTA DE TABELAS

Quadro 1- Levantamento de dados a partir de escuta	33
Quadro 2- Motivos dos encaminhamentos.....	34
Quadro 3- Tensões e Potências identificadas.....	36

LISTA DE SIGLAS

AB- Atenção Básica

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD- Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas

ESF- Estratégia de Saúde da Família

FSNH- Fundação de Saúde Pública de Novo Hamburgo

HMNH- Hospital Municipal de Novo Hamburgo

PSE- Programa de Saúde na Escola

PTS- Projeto Terapêutico Singular

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

Sumário

1 MATRICIAMENTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: CONCEITOS E INTERFACES.....	14
2 POSSIBILIDADES DO MATRICIAMENTO NO ATENDIMENTO A DEPENDÊNCIA QUÍMICA	19
3 OBJETIVOS.....	23
4 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA	24
5 OS CAMINHOS E OS CAMINHANTES: CONTEXTUALIZANDO A REDE DE SERVIÇOS EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE NOVO HAMBURGO.....	25
5.1 ATENÇÃO BÁSICA.....	26
5.2 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	27
5.3 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS).....	28
5.4 FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE NOVO HAMBURGO.....	29
6 O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS: O ORDENADOR DA REDE DE ATENDIMENTO EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA ...	30
7 TEORIA E PRÁTICA NO ACOLHIMENTO AO USUÁRIO DE DROGAS/ ÁLCOOL	32
8 O CUIDADO AOS PACIENTES NO MUNICÍPIO DE NOVO HAMBURGO: DESATANDO NÓS E CRIANDO CENÁRIOS	38
CONCLUSÃO.....	41
CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS.....	46

INTRODUÇÃO

Desde a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, a gestão pública de saúde vem superando problemas que surgem no dia a dia, bem como os desafios para uma gestão eficaz. Dentro deste sistema encontra-se a assistência à saúde mental que passou a perceber maior atenção a partir de 2002, com criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), através da Lei 10.216 de 2001. Apesar do tempo decorrido das atividades dos Centros de Atenção Psicossocial, ainda são poucos os estudos sobre seus vários processos de gestão, fato que estimulou a presente pesquisa.

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) é marcada por uma série de enfrentamentos, principalmente no que se refere à operacionalização de novos modelos de gestão e formatos organizacionais, que possibilitem adequar os serviços de saúde às mudanças de conjuntura socioeconômica do país, sem perder seu caráter social e público.

A implantação do SUS se deu através de um longo processo, partindo pelo Movimento da Reforma Sanitária, na década de 1980, culminando com a incorporação dos seus preceitos na Constituição Federal de 1988. “O Sistema Único de Saúde fundamenta-se através dos princípios da integralidade, equidade e universalidade de acesso” (BRASIL, 2003, p.5).

Dentre tantas questões desafiadoras que permeiam o SUS, o tema da dependência química passou a ocupar maiores atenções, sendo reconhecida como problema de saúde pública. Esta percepção ganhou sustentação pela constatação da Organização Mundial de Saúde (OMS) dos grandes problemas sociais decorrentes do uso das drogas. Diante das fundamentações apresentadas pela OMS, a partir de 2003, o Ministério da Saúde passou a se responsabilizar pela intervenção na área da dependência química, elaborando a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas.

Dentre os dispositivos estabelecidos como políticas de intervenção para o atendimento aos dependentes químicos, os Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) são vistos como fundamentais e estratégicos para esta nova política. Estes novos serviços, embasados pela Reforma Psiquiátrica, estabelecem um papel estratégico para a desospitalização, fixando um modelo de atenção com base comunitária, voltado para a reinserção social dos dependentes químicos. A complexidade e a diversidade que envolvem a dependência química, tais como suas consequências sociais, psicológicas, econômicas e políticas, aliadas à recente construção deste novo modelo de atenção, são fatores desafiadores aos gestores da saúde mental para dependentes químicos.

De acordo com a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, a assistência aos dependentes químicos deve estar presente em todos os níveis de atenção, mas suas ações prioritárias devem fixar-se em dispositivos extra-hospitalares como os Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e outras Drogas (CAPS AD) (BRASIL, 2003).

A necessidade de se construir uma nova maneira de produzir saúde em uma ampla rede de serviços públicos, que procure enfrentar o tema do acolhimento dos usuários de álcool e drogas nos estabelecimentos de saúde, de forma integral estimulou o tema deste trabalho, aqui sendo o matriciamento como ferramenta de gestão em saúde.

Portanto, este trabalho aborda a gestão dos equipamentos de saúde mental por dois vieses: como um dispositivo estratégico para implantar um modelo de atenção à saúde compromissada com o usuário e, como uma ferramenta para produzir um novo modo de ação administrativa. Será estudado o CAPS AD II do município de Novo Hamburgo e sua relação com os demais serviços componentes da rede de atenção em saúde do Município.

O CAPS AD II de Novo Hamburgo constitui-se em um dos primeiros serviços dessa natureza no Brasil e o primeiro no estado do Rio Grande do Sul a funcionar conforme a Política Nacional, e já foi tomado como referência por diversos municípios do Estado. Durante a trajetória de implantação, tanto a equipe quanto o processo de trabalho foram sofrendo significativas alterações implicando diretamente nas ações desenvolvidas; ora trazendo prejuízos (falta de trabalhadores e de espaço físico para os atendimentos), ora avanços (construção e revisão contínua do programa terapêutico).

O cenário deste estudo é a rede básica e a rede especializada de atenção, e a forma como estas redes se interligam e praticam o cuidado na lógica do matriciamento, visando identificar as redes de cuidado operando internamente no município e, que ganham relevância se considerarmos que a maior parte dos problemas de saúde podem ser resolvidos no nível básico da assistência (BRASIL, 2005).

O matriciamento é uma ferramenta de gestão em saúde que tem sido proposta cotidiana a ser adotada pelo CAPS AD. O apoio matricial é um arranjo técnico-assistencial que visa à ampliação da clínica das equipes de Saúde da Família, superando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica de co-responsabilização entre as equipes de Saúde da Família e de saúde mental, com a construção de vínculos entre profissionais e usuários, pretendendo uma maior resolutividade na assistência em saúde (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Essa estratégia se constitui em um processo de produção do apoio que dispara múltiplas conexões no interior da rede de cuidados no Município. O matriciamento é um dispositivo para a mudança das relações dentro da gestão, e uma estratégia para a construção de responsabilidades compartilhadas no apoio às equipes de saúde.

Nesta perspectiva, a pergunta que surge para estudo da temática é: **A partir da perspectiva do matriciamento, como são organizadas as redes de cuidado que envolvem o CAPS AD do Município de Novo Hamburgo?**

De modo a responder a essa pergunta, este trabalho está organizado da seguinte forma: no capítulo 1 faz-se uma descrição dos serviços de saúde que compõe a rede de atendimento no município de Novo Hamburgo. Em seguida é proporcionado ao leitor uma panorâmica sobre o funcionamento do Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD); no capítulo 3, tem-se descrito o atendimento aos usuários de substâncias psicoativas no município. O capítulo 4 trata do objeto deste estudo, o matriciamento como ferramenta de gestão, enquanto os capítulos 6 e 7 fazem referência ao processo de matriciamento enquanto teoria e prática respectivamente. Ao final são propostas algumas reflexões sobre as perspectivas de atendimento no município e suas interfaces com a gestão de saúde.

1 MATRICIAMENTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: CONCEITOS E INTERFACES

De acordo com Campos e Domitti (2007), o apoio matricial coloca em articulação as equipes de Saúde da Família e de Saúde Mental, favorecendo a construção de vínculos entre profissionais e usuários de modo consistente. Para os autores, o apoio matricial tem duas dimensões:

1. Suporte assistencial, que vai demandar uma ação clínica direta com os usuários e/ou família;
2. Suporte técnico-pedagógico, que vai demandar uma ação e apoio educativo com e para a equipe.

O apoio matricial em saúde mental é indicado, ou solicitado, quando a equipe de Saúde da Família encontra limites e dificuldades na condução de casos clínicos complexos. Os profissionais do apoio matricial, através de espaços de discussão em equipe, contribuirão para a elaboração e o planejamento de atividades relativas à área da saúde mental e que integrem os aspectos subjetivos. O matriciamento constitui-se numa ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade dessas equipes e comunidades.

Diversas experiências municipais já consolidadas demonstram que o apoio matricial em saúde mental melhorou a efetividade da atuação das equipes de Saúde da Família. A articulação com os serviços especializados, principalmente com os CAPS, dentro da Lógica Matricial, organiza o fluxo de atendimento e o processo de trabalho de modo a tornar horizontais as especialidades e a permitir que estas permeiem toda a atuação das equipes de saúde. Muitos casos graves, que necessitariam de acompanhamento mais intensivo em um dispositivo de saúde mental de maior complexidade, permanecem na Atenção Primária à Saúde por questões vinculares, geográficas e socioeconômicas, o que reforça a importância das ações locais de saúde mental.

Fazer saúde mental hoje é uma tarefa que compete a todos os profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas, agentes comunitários de saúde, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e psicólogos, dentre outros. Com as novas diretrizes propostas para área da saúde nos últimos anos no plano mundial (até mesmo por recomendação da Organização Mundial da Saúde) outros profissionais dessa área, especialmente os que operam na atenção primária e outras áreas, são convocados para intervir

nos processos de reabilitação das pessoas que ouvem vozes, usam drogas de maneira suicida, sofrem angústias, violências e opressões graves.

O lugar privilegiado para tratamento de pessoas com sofrimento mental, dependentes químicos, violentados e pessoas que sofrem de angústias profundas e intensas ansiedades é o bairro, as famílias e as comunidades e, logicamente, as unidades de saúde existentes nos territórios onde as pessoas vivem (LANCETI, 2006).

As demandas de saúde mental estão presentes em diversas queixas relatadas pelos pacientes que chegam aos serviços de saúde, em especial da Atenção Básica. Cabe aos profissionais perceber quais as práticas de saúde mental que podem ser realizadas por todos os trabalhadores na Atenção Básica, independentemente de suas formações específicas. As ações de saúde mental que podem ser realizadas no território das equipes exigem intervenções que sejam capazes de considerar a subjetividade, a singularidade e a visão de mundo do usuário no processo de cuidado integral à saúde (BRASIL, 2011).

A vulnerabilidade para o uso indevido de álcool e drogas é maior em indivíduos que estão insatisfeitos com a sua qualidade de vida, possuem saúde deficiente, não detêm informações minimamente adequadas sobre a questão de álcool e drogas, possuem fácil acesso às substâncias e integração comunitária deficiente.

Vale a pena ressaltar que, se existem fatores de risco – características ou atributos de um indivíduo, grupo ou ambiente de convívio social, que contribuem para aumentar a ocorrência do uso indevido de álcool e drogas, também existem fatores específicos de proteção para este mesmo uso. Fatores de risco e de proteção podem ser identificados em todos os domínios da vida: nos próprios indivíduos, em suas famílias, em seus pares, em suas escolas e nas comunidades, e em qualquer outro nível de convivência socioambiental; estando interligados de forma consistente. Desta forma, se as manifestações do uso indevido de álcool e drogas encontram seu lugar na comunidade, “é neste ambiente que terão lugar as práticas terapêuticas, preventivas e educativas de maior impacto sobre os chamados fatores de risco para este uso indevido” (BRASIL, 2004, p. 35).

O apoio matricial representa a possibilidade de, trabalhando diretamente com o usuário, propor intervenções no interior das equipes, no processo de trabalho delas, onde se davam os descompassos e os desafios de um cuidado integral com o usuário. A atitude de desabafar e de escutar o desabafo é comum no dia a dia de muitas pessoas, independentemente de elas exercerem um ofício profissional relacionado à saúde. Por ser considerada uma prática do senso comum e não uma técnica específica do profissional de

saúde, a oferta para escutar atentamente o desabafo pode parecer algo menor, se comparada a outras condutas técnicas. Contudo, essa desvalorização do espaço para a escuta não deve minimizar sua importância e potência, principalmente no trabalho na Atenção Básica.

Em um processo de escuta devemos considerar que cada pessoa possui uma explicação para seu adoecimento e para sua vida, e cabe ao profissional saber escutar e considerar esses elementos na construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS). A construção de um projeto terapêutico deve ter seu objetivo definido coletivamente, assim, elimina-se da ação em saúde o ato autoritário do profissional da saúde para com o usuário. É preciso (re) construir com o usuário seu projeto de vida, respeitando os motivos que ocasionaram o seu adoecimento e as correlações que ele estabelece entre o que sente e a vida. Ou seja, perguntar por que ele acredita que adoeceu e como ele se sente quando tem este ou aquele sintoma (BRASIL, 2009).

Na construção do PTS, quanto mais o sofrimento for compreendido e correlacionado com a vida, menos chance haverá de se tornar um problema somente do serviço de saúde, porque o usuário poderá perceber que, senão nas causas, pelo menos nos desdobramentos o adoecimento não está isolado da sua vida e, portanto, não pode ser resolvido”, na maior parte das vezes, por uma conduta mágica e unilateral do serviço de saúde. Será mais fácil, então, evitar a infantilização e a atitude passiva diante do tratamento. A escuta é mediadora do diálogo. O trabalhador de saúde comprometido com a comunidade não teme o encontro com a população, nem teme o diálogo com ela, de que resulta o grande saber de ambos (FREIRE, 2011).

O acolhimento é um modo de organizar o trabalho das equipes de forma a atender a todos os que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos, analisando as demandas/necessidades e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários e sua rede social.

Trata-se, portanto, de um dispositivo de intervenção que possibilita analisar o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e que pressupõe a mudança das relações entre os profissionais, destes com os usuários, e sua rede social, por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e como participante ativo no processo de produção da saúde. É um dispositivo para a formação de vínculo e a prática de cuidado entre o profissional e o usuário, que pode ampliar do acesso das pessoas aos serviços e às ações de saúde, como um dispositivo de cuidado e de organização do processo de trabalho da equipe (BRASIL, 2011).

O que se viu muito durante o período de observação, tanto no CAPS AD quanto nos serviços de referência na atenção básica, era o acolhimento ser transformando em triagem para consulta médica, principalmente ao usuário de drogas. Diante disso, através do apoio matricial, pode-se provocar mudanças nos modos de organização das equipes, nas relações entre os trabalhadores e no modo como cuidam das pessoas.

Vínculo significa algo que ata ou liga as pessoas, indica relações com duplo sentido, compromissos de profissionais com os usuários e destes com os profissionais, portanto a criação de vínculos depende do movimento e desejo, tanto dos usuários, quanto da equipe. O vínculo é um dispositivo de intervenção que possibilita a troca de saberes entre o técnico e o popular, o objetivo contribui para construção de projetos terapêuticos elaborados na perspectiva da integralidade da atenção em saúde (JORGE, 2011).

O Projeto Terapêutico é construído por meio desse vínculo, materializado em um plano de ação compartilhado e composto por um conjunto de intervenções que seguem a intencionalidade do cuidado integral à pessoa. Nesse projeto, as ações se dão através da conversa com o usuário, a partir de uma primeira análise do profissional sobre as múltiplas dimensões do sujeito. O vínculo deve buscar uma conduta cuidadora, resolutiva e humanizada.

Quando falamos em transformar as práticas de saúde, estamos nos referindo às mudanças no campo da gestão e no campo da atenção à saúde. Essas mudanças passam pela ampliação do acesso com qualidade às ações de saúde, como também pela ampliação do processo de co-responsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários. Para tanto, é preciso que se construam estratégias autônomas, implicadas com a produção de saúde, que permitam aos sujeitos atuarem como protagonistas e co-responsáveis pela construção de sua própria saúde, do mundo em que vivem e das práticas de cuidado.

A responsabilização compartilhada entre profissionais de saúde e os usuários dos serviços busca contribuir para a integralidade do cuidado à saúde, principalmente por intermédio da ampliação da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários (CHIAVERINI, 2011).

Para isso, o CAPS AD junto com a rede básica, precisam socializar, trocar experiências, compartilhar informações, orientações, de tal forma que os usuários e familiares sintam-se imoderados e com capacidade para desenvolver o autocuidado, a autonomia e a corresponsabilidade pela sua própria vida.

2 POSSIBILIDADES DO MATRICIAMENTO NO ATENDIMENTO A DEPENDÊNCIA QUÍMICA

As observações e escutas realizadas apontam para a importância do matriciamento na mudança no processo de trabalho, incorporando sua lógica de atuação, apoiando as ESF e UBSs na discussão de casos, atendimento compartilhado e construção conjunta de Projeto Terapêutico Singular, desenvolvendo ações de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, que impacte na situação de saúde, autonomia e qualidade de vida.

Segundo Barros (2003), a construção da assistência no CAPS, bem como da rede de serviços substitutivos, deve possibilitar a construção de projetos de vida, que deve ir além dos muros desses serviços, e para isso, faz-se necessária a formação de uma rede social a fim de evitar novas crucificações de usuários atendidos neste serviço. Esses equipamentos devem promover a inserção social das pessoas, no caso deste estudo, usuários de álcool e drogas, através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte e atenção à saúde mental na rede básica. A estratégia saúde da família tem sido componente importante na reorganização da atenção básica.

Contudo, verifica-se que a articulação entre a saúde mental e a atenção básica apresenta-se como imprescindível e inadiável, implicando em transformações profundas nas práticas de saúde institucionalizadas. Constitui-se, ainda, em uma importante estratégia de reorganização da atenção à saúde. Percebe-se possíveis avanços e dificuldades, em um constante movimento, até pelo fato de se encontrar em processo inicial. A organização da saúde mental na rede básica através do apoio matricial apresenta uma potencialidade em criar uma assistência mais integrada, desconstruindo a lógica do encaminhamento (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Entende-se que para este modelo crie corpo e sustente-se, a reforma do modelo de gestão deve pautar-se na descentralização, no planejamento e na avaliação. Para Campos (1992), o modo de gerenciar a saúde deve considerar o Sistema Único de Saúde (SUS) como fator estratégico à reforma sanitária, desde que o entendamos como instrumento de exercício de poder democrático. Neste sentido, poder-se-ia utilizá-lo como estímulo à criatividade com o objetivo de formar sujeitos que transformem a realidade atual, garantindo o acesso à saúde e às tecnologias que auxiliam a humanidade a ter uma vida mais saudável.

A centralização dos processos políticos e a fragmentação do trabalho levam os profissionais a adoceram ou ao desinteresse, à alienação e à desresponsabilização em relação aos resultados finais. Se no campo da produção em geral essa maneira de operar a organização do trabalho traz problemas, no SUS é agravada, pois é impossível transformar práticas com esse tipo de condução política e técnica (CAMPOS 2006; MERHY, 2002).

Ao longo deste trabalho, pode-se entender que o apoio matricial é um dispositivo articulador de um conjunto de estratégias fundamentais no processo de construção e de transformação da assistência em saúde mental. É um arranjo institucional que foi recentemente incorporado pelo Ministério da Saúde (2003) como estratégia de gestão para a construção de uma rede ampla de cuidados em Saúde Mental, desviando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica da co-responsabilização. Ademais, visa produzir maior resolutividade à assistência em saúde.

Verificou-se durante as observações, em reuniões do Departamento de saúde mental, que a posição em relação à proposta do Apoio Matricial, por parte da Secretaria Municipal de Saúde, é ampliar as ações de saúde mental para a rede básica, superando a lógica dos encaminhamentos e da referência e contra-referências, trazendo resolutividade para as demandas a partir de um trabalho compartilhado pelas equipes da rede básica e as dos serviços especializados em saúde mental.

Depreende-se que o matriciamento é uma proposta que precisa ser bem articulada e muito bem conduzida, necessita de uma discussão ampla acerca do tema, sendo um processo a longo prazo. A organização da rede precisa contemplar também a necessidade de modificar o modo de gerir os serviços e de trabalhar em saúde, para isso, segundo Merhy (2006), seria necessário reconstruir a ideia do trabalhador em saúde, para além do médico e, procurando a configuração do trabalhador coletivo, construir um processo que propague os espaços institucionais com a presença do conjunto de atores, realmente interessados na saúde, em particular, os usuários.

Existe uma série de obstáculos para se realizar o trabalho de articulação da rede de serviços, entre eles, a inexistência de uma rede de atenção básica eficaz, a deficiência de suporte dos serviços existentes, número insuficiente de profissionais. Como resultado, há uma demanda excessiva sobre as equipes, superlotação dos serviços, presença do encaminhamento para outros serviços como forma de atenção, dificuldades de funcionamento das equipes.

O matriciamento coloca em pauta a necessidade de uma qualificação na área da saúde mental. 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. Por isso, é importante tecer uma rede de atenção que seja capaz de sobrepor saúde e saúde mental como instâncias interligadas e complementares. Mais do que uma forma de estruturar a rede de saúde mental, o matriciamento pode ser pensado como uma forma de fazer saúde e de estruturar a rede de saúde como um todo.

O matriciamento exige ter uma visão ampla do processo saúde-doença, de compreender o lugar da rede básica, de contribuir nas discussões nas UBS e de colocar a sua experiência e o seu conhecimento em relação à saúde mental. O próprio discurso requer uma habilidade, a forma de se chegar às Equipes de Saúde da Família, de mostrar a importância do trabalho do apoiador, de modo que os profissionais sejam articuladores na rede de serviços de saúde.

Diante dessas considerações, acredita-se que os gestores devem pensar essa nova forma de ver o indivíduo usuário de álcool e outras drogas, acolhendo-o no seu ambiente, instituir equipes matriciais que podem ser organizadas por região ou por distritos de saúde. É evidente, que isso consiste em um desafio importante, já que temos uma heterogeneidade grande entre os distritos, em relação à população, à infraestrutura e aos recursos humanos. As equipes matriciais precisam assumir com a responsabilidade de dar um suporte técnico às ESFs, especialmente para acolher as necessidades no momento de crise dos indivíduos.

A efetivação de uma rede de serviços que dê conta dos problemas de saúde mental requer o entendimento acerca das duas esferas das práticas em saúde mental: a esfera político ideológica e a teórico-técnica, indissociáveis, mas, segundo Costa (2000), distintas em suas especificidades. De acordo com este autor, no campo político-ideológica trabalha-se um sistema em sintonia com os movimentos sociais que lutam pelo resgate da dignidade humana e dos direitos individuais e coletivos de cidadania. Nas ações teórico-técnicas referem-se a produção de novas formas de intervenção que possibilitem a construção de novos dispositivos que trabalhem pela transformação dos modelos institucionalizados e da ética em que se pautam.

Sabe-se que não é recente, a tentativa de integrar a saúde mental nas práticas de médicos e outros profissionais de saúde. Nesse sentido, Amarante (1995) sinaliza que 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. Uma atenção integral, como pretende a proposta do matriciamento, só poderá ser alcançada através da troca de saberes e práticas e de

profundas alterações nas estruturas de poder estabelecido, instituindo uma lógica do trabalho interdisciplinar, por meio de uma rede interligada de serviços de saúde.

Se, por um lado, o CAPS AD ocupa um 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 transformações tecno-assistenciais. Entretanto, 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 serviços substitutivos, dada à necessidade de estabelecer articulações necessárias para uma atenção resolutiva em saúde mental.

Dessa maneira, coloca-se a saúde mental na rede básica com o papel fundamental de contribuir com seus saberes para aumentar a capacidade resolutiva das equipes, nesse sentido o apoio matricial pretende superar a lógica da especialização e da fragmentação do trabalho da própria área de saúde mental. O matriciamento permite que se faça saúde de uma forma ampliada e integrada, através desse saber mais generalista e interdisciplinar; amplia o olhar dos profissionais da saúde mental, através do conhecimento das equipes nas unidades básicas de saúde, sobre os usuários, as famílias, o território; propondo que os casos sejam de responsabilidade compartilhada.

3 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Caracterizar como estão organizadas as redes de cuidado que envolvem o CAPS AD do Município de Novo Hamburgo a partir da perspectiva do matriciamento.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar a existência de redes de cuidado na atenção básica de Novo Hamburgo;
- b) Verificar se há a efetivação do matriciamento entre os serviços envolvidos neste estudo;
- c) Descrever a articulação das redes de cuidado de acordo com os princípios do matriciamento;
- d) Caracterizar os possíveis avanços na política de saúde pública a partir da perspectiva do matriciamento.

4 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória, com análise interpretativa dos dados. Foram desenvolvidos os seguintes procedimentos de coleta de dados:

a) leitura das fichas de escuta de pacientes do CAPS AD. As fichas de escuta tratam-se de instrumento iniciais no acolhimento do paciente novo que busca atendimento junto ao serviço especializado. Nesta ficha constam dados de identificação, local de encaminhamento e breve descrição da situação.

b) observação aos atendimentos prestados pelos diversos profissionais do CAPS AD, entre janeiro e julho de 2014, aos pacientes encaminhados pelos dispositivos da rede de atenção do município;

c) Revisão bibliográfica a cerca do tema em questão.

A coleta de dados deu-se de forma qualitativa, ainda que dados quantitativos tenham sido utilizados. O principal material para coletar dados foram as fichas de escuta dos pacientes encaminhados ao CAPS AD. A partir disto, os dados foram tabulados e situados quanto à localização dos pacientes e equipamentos de saúde, levando em consideração os locais da rede de onde vieram para assim identificar ou não a existência de relações que indiquem o matriciamento. (MINAYO, 1992).

A escolha por esta categoria se deu porque o matriciamento favorece a visão do sujeito como ser social, abrindo espaços assim para as discussões da subjetividade como o afeto, a empatia, os sentidos das ações que refletem de forma experiencial a atuação dos profissionais nos equipamentos de atenção à saúde.

Foram avaliados os fluxos assistenciais centrados no usuário, facilitando o seu caminhar na rede, tendo o matriciamento como de pano de fundo para uma gestão mais autônoma de saúde.

5 OS CAMINHOS E OS CAMINHANTES: CONTEXTUALIZANDO A REDE DE SERVIÇOS EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE NOVO HAMBURGO

Distante 40 quilômetros da capital Porto Alegre, Novo Hamburgo está localizada no Vale do Sinos. Sua população estimada é de 238 mil habitantes, segundo o Censo Demográfico realizado no ano de 2010, com uma área de 232 Km². Posse PIB (2010) de R\$ 5.395.053,00 e um PIB per capita (2010) de R\$ 22.268,63 (FEE, 2014). O município concretizou sua emancipação política em 5 de abril de 1927 e cidade cresceu em proporções geométricas, tornando-se um dos mais populosos Municípios gaúchos após o incremento da indústria do couro e do calçado. Investimentos maciços em obras, como a ampliação do metrô, construções de novas escolas e unidades de saúde, além do bom momento vivido pela indústria calçadista funcionam como alavanca para o desenvolvimento da cidade.

As mesmas obras que movimentam o mercado de trabalho formal, ajudando a aumentar o número de trabalhadores com carteira assinada, também melhoram a qualidade de vida e trazem oportunidades de desenvolvimento. Com a ampliação do metrô, milhares de hamburguenses estão sendo beneficiados todos os dias. Com a extensão da Linha 1 do Metrô de Porto Alegre até Novo Hamburgo, além do transporte propriamente dito, a cidade recebeu melhorias com os 4,5 quilômetros de ciclovia, e projetos solicitados pela Prefeitura. Desta forma, Novo Hamburgo está consolidada não apenas como pólo produtor, mas também como um centro de desenvolvimento tecnológico e informação para os setores.

Dentre seus tantos setores de gestão municipal, têm-se a Secretaria Municipal de Saúde. A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) trabalha para desenvolver e executar as políticas e os planos e programas na área da saúde no âmbito do Município, voltados para a melhoria da qualidade de vida da população em geral, prestando-lhe assistência, mantendo serviços na lógica da atenção integral, por meio da atuação de equipe multiprofissional.

A SMS também tem o dever de executar o processamento e realizar a receita e a despesa da pasta, respondendo seu titular como seu ordenador geral, distribuir medicamentos e exercer a fiscalização da saúde mediante o desenvolvimento de ações e serviços para a promoção, prevenção e assistência, planejados a partir da avaliação epidemiológica e socioeconômica, considerando as especificidades locais. A secretaria também objetiva a autonomia dos usuários, seus grupos familiares e comunidade, por meio da Educação Permanente em Saúde.

O Sistema Único de Saúde – SUS deve ser descentralizado, como prevê a Constituição Federal. A descentralização não significa outra coisa senão a transferência de atribuições em maior ou menor número dos órgãos centrais para os órgãos locais ou para pessoas físicas ou jurídicas. Centralização é a convergência de atribuições, em maior ou menor número, para órgãos centrais (JUNIOR, 1993). Com a descentralização pretende-se que os pacientes sejam tratados no local mesmo em que vivem, em seus municípios e territórios. A idéia, portanto, é evitar que as pessoas façam grandes deslocamentos no afã de realizarem tratamentos de saúde. O município de Novo Hamburgo apresenta os seguintes dispositivos no que concerne à descentralização:

5.1 ATENÇÃO BÁSICA

No Brasil, a Atenção Básica (AB) tem por objetivo ser desenvolvida de forma descentralizada e próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato inicial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2005)

As Unidades Básicas de Saúde, instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. A Atenção Básica (AB) estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde.

O redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho. Esse modelo se efetiva através da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A nova política articula a Atenção Básica no município de Novo Hamburgo com importantes iniciativas do SUS, como a ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde, com a universalização do Programa Saúde na Escola (PSE), a implantação de

Academias da Saúde (são 12 no município) e a implantação do Telessaúde, que integra os sistemas de informação com a política de regulação. Além disso a cidade conta com 9 Unidades de Atenção Básica.

5.2 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Um ponto importante é o estabelecimento de uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – ESF) composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

Cada equipe de Saúde da Família (ESF) deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe. Novo Hamburgo conta com a atuação de 21 equipes de ESF, contemplando uma cobertura de 42% da população e até o final de 2015 alcançará mais de 80% de cobertura, com o suporte do Programa Mais Médicos do Governo Federal, que disponibilizou 40 médicos para compor as Equipes de Saúde da Família.

5.3 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleo de Atenção Psicossocial é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). É um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.

O município conta com:

01 CAPS AD (Álcool e Drogas);

03 CAPS II (localizado em três regiões estratégicas: Centro, Santo Afonso e Canudos);

01 CAPS Infantil

Além disso o município pactuou com o Ministério da Saúde, junto ao Programa Crack é Possível vencer a implantação de mais serviços de Saúde Mental, que já estão em fase de estruturação:

1 CAPS AD III (com atenção 24 horas);

1 CAPS AD II (para a região de Canudos)

1 Consultório na Rua

1 Unidade de Acolhimento Transitório.

5.4 FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE NOVO HAMBURGO

No dia 19 de maio de 2009, foi sancionado o projeto de lei 1980/2009 que transformou a autarquia municipal denominada Hospital Municipal de Novo Hamburgo (HMNH) em fundação estatal de direito privado. Com a denominação de FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE NOVO HAMBURGO (FSNH), a entidade foi criada com o objetivo de responder às dificuldades enfrentadas pelo município na área da saúde pública,

funcionando como instrumento para a formatação de uma nova perspectiva do setor, focalizando no cuidado da saúde ao invés do cuidado da doença.

A FSNH foi instituída como fundação estatal com personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, de interesse coletivo e de utilidade pública, com autonomia gerencial, patrimonial, orçamentária e financeira, integrante da Administração Indireta do Município de Novo Hamburgo. Está sujeita ao regime jurídico próprio das entidades privadas sem fins lucrativos e de assistência social quanto aos direitos e obrigações civis, comerciais, trabalhistas, tributários e fiscais. A sua implantação foi efetivada em 01 de janeiro de 2010 e as atividades foram iniciadas a partir do chamamento dos profissionais aprovados no concurso 01/2009.

A Diretoria Executiva da Fundação, órgão de direção geral e de administração colegiada, responsável pela gestão técnica, patrimonial, financeira, administrativa e operacional da Entidade. A FSNH está vinculada à Secretaria Municipal da Saúde, que fixa as diretrizes, as políticas e as ações e serviços de saúde. Ela tem por finalidade manter e prestar ações e serviços de saúde, nos níveis de atendimento hospitalar e ambulatorial, incluindo atenção básica, com promoção, prevenção e proteção da saúde coletiva e individual. Além disso, presta serviços públicos em demais atividades correlatas e/ou inerentes à saúde pública, atuando exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

A FSNH é responsável pela gestão de 28 serviços, entre estabelecimentos e programas de saúde, sendo:

- 1 Hospital com 266 leitos;
- 1 Serviço de Atendimento Domiciliar - SAD
- 2 Unidades de Pronto Atendimento (PA e UPA);
- 11 Unidades de Saúde da Família, totalizando 21 equipes de saúde da família;
- 2 Unidades Básicas de Saúde (UBS Canudos e UBS Santo Afonso), sendo que as demais são gestadas pela Secretaria Municipal de Saúde.
- 1 Laboratório Público;
- 2 Centros de Diagnóstico por Imagem – Ecografia e Mamografia
- 1 Base SAMU;
- 5 Centros de Atendimento Psicossocial – CAPS;
- 1 Oficina de Geração de Renda e

- 1 Centro de Educação Nutricional - NUTRIR

Percebe-se então, que o modo de cuidado se revela de forma eficaz em sua estrutura junto ao município de Novo Hamburgo, no que tange à micropolítica. No entanto, a produção do cuidado de forma operacional está distante e sucateada desta realidade administrativa. O desafio está na avaliação qualitativa das redes de cuidado existentes no Município, aprofundando a compreensão micropolítica e a dinâmica de gestão em saúde pela perspectiva do matriciamento.

6 O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS: O ORDENADOR DA REDE DE ATENDIMENTO EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA

A partir da definição da Política Municipal de Saúde Mental em março de 2001, adequada ao reordenamento da Política Nacional de Saúde Mental, foi criado no município de Novo Hamburgo, no mês de maio de 2002, o Programa denominado CAUS (Centro de Atenção a Usuários de Substâncias), funcionando inicialmente junto a Casa de Saúde Mental. Neste período ainda não havia sido estabelecida a Portaria 336/GM de 2002, sendo que todos os transtornos mentais, inclusive a dependência química, eram tratados no mesmo espaço, a Casa de Saúde Mental.

Neste mesmo período da implantação do CAUS no município, acontece o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental no Brasil, pelo Ministério da Saúde, através da Lei Federal 10.216 de 06/04/01 e da Portaria 336/GM de 30 de abril de 2002, que institui os Centros de Atenção Psicossocial no âmbito do SUS.

Procurando adequar o trabalho à Política Nacional, contemplando, ainda, as dificuldades do seu funcionamento, junto às dependências da Casa de Saúde Mental, o Serviço é reorganizado. Em novembro de 2002, ocorre a transferência para um prédio locado para uso exclusivo, procedendo à inauguração oficial do CAPS AD II de Novo Hamburgo. Em março de 2003 foi constituída equipe interdisciplinar, iniciando-se o processo de credenciamento do Serviço junto ao Ministério da Saúde e a sua efetivação ocorrida em 2004 e , também neste período, tendo sede própria.

Segundo a portaria de regulamentação do serviço, o CAPS AD II conta com uma equipe mínima, distribuídos entre, Médicos Psiquiatra, Técnicos de Enfermagem, Enfermeira, Psicólogas, Assistentes Sociais, Oficineira, Assistentes Administrativos e Higienização, que atendem a uma população usuária ativa e circulante de aproximadamente 450 pessoas.

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD II) de Novo Hamburgo é um dos serviços que integra o Departamento de Saúde Mental – DSM da Secretaria Municipal de Saúde de Novo Hamburgo. Os serviços prestados aos dependentes químicos visam o diagnóstico e avaliação para a construção de projetos terapêuticos que respeitem a singularidade de cada sujeito, auxiliando no desenvolvimento de sua autonomia e promoção da cidadania.

O CAPS AD II também tem a incumbência de capacitar os profissionais das equipes de saúde do município para identificar os casos de uso/abuso e ou dependência química, além

de buscar parcerias com instituições intra e intersetoriais na perspectiva de ampliar as possibilidades de cuidado. O funcionamento e a dinâmica de trabalho deste serviço seguem os princípios e as diretrizes estabelecidas em âmbito nacional, estadual e municipal de saúde e com uma operacionalização que procura contemplar as características e particularidades da realidade do município.

Quanto ao ingresso de novos pacientes, o mesmo é atendido por técnico de referência, responsável pelo turno, procedendo à apresentação do serviço e a proposta de trabalho, sendo explorada a problemática do usuário relacionada ao uso de substâncias psicoativas. Após a conclusão do processo de acolhimento individual, passa-se a elaboração do Plano Terapêutico Singular (PTS), que consiste em instrumentos personalizados que privilegiam as necessidades terapêuticas respeitando a singularidade e a especificidade dos sujeitos, focando na melhora do quadro clínico, a socialização, a psicoeducação, o autocuidado e outras demandas apresentadas pelos usuários.

No CAPS AD II de Novo Hamburgo os PTSs são resultados de discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial (em casos extremos, embora a lógica diga que deveria ser lugar comum de compartilhamento), se necessário, fazendo parte dessa construção à pessoa em atendimento, o técnico de referência e os familiares (ou rede de apoio em geral), tendo o suporte da equipe. Os objetivos destes planos consistem em identificar as necessidades gerais e específicas do sujeito para definir linhas de intervenção, estabelecer conexão com outros serviços da rede, monitorar e avaliar os resultados obtidos e facilitar o amparo legal quando necessário.

Na definição do PTS também é determinado a referência técnica do usuário, que se constitui em um profissional da equipe que realiza um acompanhamento mais próximo do processo de tratamento do sujeito, no CAPS AD II, sendo um mediador da relação do paciente com o serviço e todas as questões daí decorrentes.

No que tange a rede de apoio do CAPS AD de Novo Hamburgo, pode-se destacar os serviços de saúde como as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), o Hospital Municipal de Novo Hamburgo, os outros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município, Oficina de Geração de Renda e as Unidades de Saúde da Família (USF). Na assistência temos os abrigos municipais, a Casa da Cidadania, o conselho tutelar, os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Serviço de Atendimento à População de Rua (SAS Rua) e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social para a População de

Rua (CREAS POP). Ainda pode-se destacar o Conselho Municipal de Entorpecentes (COMEN), o Centro de Atendimento Sócio-educativo (CASE) e o Instituto Penal de Novo Hamburgo.

7 A TEORIA E A PRÁTICA NO ACOLHIMENTO AO USUÁRIO DE DROGAS/ÁLCOOL

A ausência de cuidados que atinge de forma histórica e contínua aqueles que sofrem de transtornos mentais, aponta para a necessidade da reversão de modelos assistenciais, de modo a contemplar as reais necessidades da população, o que implica a disposição para atender igualmente ao direito de cada cidadão. Tal lógica também deve ser contemplada no planejamento de ações voltadas para a atenção integral às pessoas que consomem álcool e outras drogas.

A constatação de que tal uso tomou proporção de grave problema de saúde pública no País encontra ressonância nos diversos segmentos da sociedade, pela relação comprovada entre o consumo e agravos sociais que dele decorrem ou que o reforçam. O enfrentamento desta problemática constitui uma demanda mundial: de acordo com a Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2004), cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. Salvo variações sem repercussão epidemiológica significativa, esta realidade encontra equivalência em território brasileiro.

Produziu-se historicamente uma importante lacuna na política pública de saúde, deixando-se a questão das drogas para as instituições da justiça, segurança pública, pedagogia, benemerência e associações religiosas. A complexidade do problema contribuiu para a relativa ausência do Estado, e possibilitou a disseminação em todo o país de alternativas de atenção de caráter total, fechado, baseado em uma prática predominantemente medicamentosa, disciplinar ou, ainda, de cunho religioso, tendo como objetivo quase exclusivo a ser alcançada a abstinência. Frequentemente, tais modelos de cuidado acabavam por reforçar o isolamento social e o estigma associado ao uso de álcool e outras drogas.

Assim, a conexão dessas redes se faz cada vez mais urgente e deveria, portanto, ser de extrema importância que essas redes se articulassem de forma frequente e eficaz, para a elaboração do plano de trabalho e a interação com os clientes atendidos. Sobretudo, a participação da Unidade Básica de Saúde, através da atuação comunitária para a identificação de casos e encaminhamentos, teria um papel fundamental quando esse usuário obtivesse alta do CAPS AD e na detecção precoce de fatores de risco para recaída nas famílias desses indivíduos.

Revisando a fichas de escuta realizadas no período de estudo, compreendidos no período de janeiro a julho de 2014, pode-se registrar os seguintes dados de encaminhamento de pacientes ao serviço especializado:

Quadro 1- Levantamento de dados a partir de escuta inicial

Local de Origem	n
Hospital Municipal	8
CAPS de Outros Municípios	3
Sistema Prisional de NH	1
SAS Rua	3
Conselho Tutelar	6
Ambulatório AD	1
PA/UPA	3
CRAS	1
CREAS	1
ESF	6
UBS	5
Judiciário	3
CAPS II Adulto de NH	5
Outros Setores	2
TOTAL	48

Todos estes dados levantados foram possíveis pois os pacientes em sua escuta inicial traziam documento de referência de outros locais da rede. Cabe ressaltar que em nenhuma dos casos foi registrado pelo técnico acolhedor o prévio contato dos locais para troca de informações sobre a situação que o levou a encaminhar o paciente ao CAPS AD II. Também não se registrou nas fichas e prontuários depois de abertos, o retorno dos técnicos do CAPS AD II para o encaminhador de origem. Além disso, registrou-se uma demanda espontânea (quando o paciente procura o serviço de forma individual, sem ser triado por nenhum local de rede) de 73 casos. Foi possível então totalizar a entrada de 121 novos pacientes no período avaliado.

Também, através das escutas iniciais podem-se identificar os motivos dos encaminhamentos:

Quadro 2 - Motivos dos Encaminhamentos

Motivo do Encaminhamento	n
Dependência Alcoólica	9
Dependência de Drogas	92
Suspeita de Uso de SPA	17
Porte de Drogas	1
Surto Psicótico Motivado pelo Uso de SPA	1
Esquizofrenia com Uso de SPA	1
TOTAL	121

Com base nestes dados, percebeu-se não foram medidos pela equipe encaminhadora o grau e a intensidade do uso de substâncias psicoativas, sendo que os casos que, de fato, devem ser encaminhados ao CAPS AD II, devem referenciar um uso intenso e prejudicial. Casos de menor gravidade e intensidade devem ser matriciados e manejados no território de origem pela rede de saúde local.

Após o ingresso no serviço especializado, a maior dificuldade do Caps AD é o mapeamento da rede de saúde, principalmente no atendimento psicossocial aos usuários de álcool e drogas, devido à falta de articulação, não só em encaminhamentos, mas também na necessidade de aprofundamento dos casos, debates e discussões. Mapear a rede requer que as instituições se unam, se entrelacem, se interconectem, porque quando bem instrumentalizada, possibilita a melhor visão do sistema, seja do indivíduo, de sua família ou de sua comunidade, melhorando a resolubilidade da atenção.

Outro fator importante diz respeito ao espaço físico do CAPS AD II, uma vez que não dispõe de um ambiente confortável e acolhedor como deveria. Algumas salas são pequenas e não arejadas. Além disso, o Hospital Municipal é referência hospitalar em situação de crise ou de estabilização de quadro agudo dos pacientes do Hospital Municipal, que não possui às vezes capacidade de atender certas demandas.

Além de não haver uma ala específica para o atendimento aos pacientes da saúde mental (embora previsto e pactuado com o Estado), a falta de identificação da equipe médica

e de enfermagem com a demanda dependência química, faz com que se reproduza nos aparelhos de cuidado a exclusão e a estigmatização, produzidas no senso comum (BRASIL, 2003).

Além de todo o quadro exposto, e a partir da observação feita junto aos serviços de saúde, percebe-se ainda que os trabalhadores da atenção básica assumem uma tendência geral de evitarem a demanda relacionada ao uso e abuso de álcool e drogas, seja através de mecanismos de uma escuta e de um acolhimento desinteressado quando o paciente relata ser usuário de substâncias, seja por fatores até mesmo desconhecidos pelos trabalhadores.

A gestão em saúde do município também não prevê um atendimento especializado a estes pacientes na rede básica de atenção, fazendo com o usuário do sistema público tenha dificuldades ou até impossibilidade de acessar os serviços de forma plena. Estas demandas (álcool e drogas), provocam muito desconforto nos trabalhadores que se consideram tecnicamente despreparados para atender tal demanda, bem como produzir uma intervenção breve junto ao paciente ou seu familiar.

A referida falta de formação técnica para lidarem com tal demanda e oferecem algum tipo de resposta acaba constituindo ponto principal para falta de ações e praticas direcionadas os usuários de substâncias que procuram inicialmente as unidades básicas, antes de acessarem os serviços especializados (CAPS AD).

Também, é verdade que muitos trabalhadores buscam formação de forma independente para tentar dar conta de tal demanda, movidos por um compromisso social com a causa, mas são desencorajados pelos gestores, na medida em que não podem usar momentos da carga horária para tal formação, bem como não são valorizados por estas iniciativas. No município não há espaços instituídos para formação de trabalhadores para que se fortaleçam as redes ou se institua fluxos.

Outro problema do conjunto de equipamentos de atendimento no município é a precariedade da comunicação entre os serviços, que afeta o trânsito de informações e consequentemente o atendimento integral ao usuário. O sistema de referência e contra-referência funciona muito pouco. Em se tratando de atendimento ao usuário de álcool e drogas, o índice diminui mais ainda, pois a comunicação acontece mais fortemente apenas entre os níveis secundário e terciário, o que dificulta a formação de uma rede de atenção álcool e drogas.

A questão da comunicação apareceu em todos os momentos da pesquisa aparecendo como um item a ser trabalhado cotidianamente. Há uma tentativa de promoção de circulação

das ideias, efetivada através dos encontros mensais nas reuniões de planejamento semanal, nas reuniões de coordenadores. No entanto, de forma efetiva, pouco se avança, pois há pouca dinâmica de trabalho que permita aos trabalhadores dedicarem seu tempo ao matriciamento, por vários fatores identificados: absenteísmo nas equipes, rotatividade, não identificação com o tema, entre outros fatores.

A questão da autonomia se manifesta, também, em relação a gestão dos serviços de saúde local, que não está completamente envolvida com o modelo de vigilância da saúde. Daí aparece a questão da governabilidade como, ao mesmo tempo, barreira e possibilidade, isto porque há a abertura para a equipe organizar seu plano de ação em saúde, porém, ainda, sem o respaldo da gestão. Estes aspectos podem ser visualizados, através da tabela, que reflete algumas tensões e potências a partir do entendimento do modelo de vigilância, percebido durante os períodos de observação:

Quadro 3 – Tensões e Potências identificadas

Tensões	Potências
<ul style="list-style-type: none"> - constante troca de profissionais, tanto na atenção básica, quanto no serviço de CAPS AD; - inexistência de ações programáticas; - não tradução da demanda, por não apresentar possibilidade de acolhida; - grande demanda, pouca oferta de serviços; - sofrimento no trabalho, o que gera absenteísmo elevado; - indefinição de projetos de saúde; - dificuldade de envolvimento nas ações pelos profissionais fixos, devido a sobrecarga de trabalho; - falta de educação permanente. 	<ul style="list-style-type: none"> - valorização da demanda espontânea; - governabilidade na equipe sobre situações definidas; - movimento de acolhida à demanda em saúde mental, por parte de alguns serviços e de alguns profissionais.

Diante desse contexto, torna-se urgente a necessidade de alterar a forma de conceber a saúde pública no município de Novo Hamburgo, abandonando-se o atendimento exclusivamente individual, o planejamento fragmentado, incorporando uma forma de gestão que dê conta do coletivo, que funcione articuladamente, formando, de fato, uma rede de atendimento aos usuários, por meio dos serviços de saúde, como também, através da vinculação com outras políticas sociais.

Esse modo de gerir/gestar saúde mobiliza o sistema a romper com lógicas instituídas, ou seja, deixar apenas de atender à demanda espontânea, sem um planejamento que justifique a necessidade de efetuar tal procedimento, já que o trabalho realizado isoladamente, isto é, individualizado/fragmentado, permite a construção de um sistema que produz baixo impacto sobre os índices de saúde e tende a apresentar custos crescentes, o que pode resultar na inviabilização do caráter público e na indução à privatização.

É bom lembrar que os sistemas privados são, principalmente, sistemas de atendimento à demanda, e se baseiam em responder à procura de pacientes individuais, o que representa fatores de maior lucratividade (MÓDULO 06, 2004, p. 38). A partir disso, a necessidade de pensar o matriciamento como ferramenta de gestão em saúde emerge de muitas observações foi ouvida muitas vezes nas falas de profissionais que reiteram a falta de articulação das redes de atenção e cuidado e que apesar de estarem todos trabalhando sob a luz da mesma gestão, percebe-se abismos entre as diferentes equipes.

Significa então, utilizar um tipo de organização dos serviços de saúde, contemplando os aspectos epidemiológicos, no processo de planejamento e execução das ações, ou seja, conhecer e elencar os problemas de saúde mais presentes, para definir prioridades, conforme as reais necessidades da comunidade, contemplando, dessa forma as atividades possíveis de realizar de acordo com as potencialidades do serviço de saúde.

8 O CUIDADO AOS PACIENTES DOS CAPS AD NO MUNICÍPIO DE NOVO HAMBURGO: DESATANDO NÓS E CRIANDO CENÁRIOS

O campo da saúde mental na atenção básica está em construção e novas técnicas de abordagem à identificação, ao tratamento e à integração estão em constante desenvolvimento no Brasil e em outros países.

No entanto, desde o estabelecimento dos serviços de atenção primária, uma discussão é muito antiga: quem cuida do quê? Que tipo de usuário deve ser atendido exclusivamente pelos profissionais da atenção básica? Quais são os pacientes que também devem ter cuidados das equipes especializadas de saúde mental?

A essas duas perguntas, tipicamente relacionadas à lógica do encaminhamento e da comunicação, por meio de referência e da contra-referência, agora podemos adicionar uma nova questão: que tipo de usuário pode se beneficiar das interações do apoio matricial?

Essas perguntas nos remetem a decisões clínicas – dentro de uma perspectiva ampliada de clínica. Às vezes, problemas colaterais à relação entre a saúde mental e a atenção básica podem ter influência direta no manejo dos casos. A situação mais evidente talvez seja o processo de encaminhamento de casos agudos com risco para si e outrem para atendimento de emergência.

Principalmente os matriciadores, mas também os membros equipe da atenção básica, precisam estar conscientes da realidade na qual se inserem, compreendendo os limites, meandros e atalhos do sistema necessários para os cuidados à saúde mental dentro de sua prática.

Todo o processo de construção e observação deste trabalho nos permitiu algumas reflexões: as equipes de apoio matricial precisam compreender melhor quais são os papéis de cada uma para que juntas possam, diante de sua realidade de assistência e serviços, tomar as melhores decisões possíveis no sentido dos cuidados dos usuários sob sua responsabilidade

A abordagem psicossocial, foco dos projetos terapêuticos criados num matriciamento, nos remete diretamente ao trabalho em rede. No atual modelo do município de Novo Hamburgo, os serviços de saúde da atenção primária encaminham para os especialistas no CAPS AD e/ou hospitais e, na maioria das vezes, não sabem o resultado da consulta ou internação do usuário. Os atendimentos hoje são descontinuados. Dessa forma, o usuário de substâncias psicoativas é encaminhado e não é sentido pelos profissionais da atenção primária como de sua responsabilidade, apesar de estar no seu território, na sua comunidade.

No matriciamento, as duas equipes interagem, traçando juntas um projeto terapêutico, num apoio que gera novas possibilidades, além de reunirem seus conhecimentos sobre aquele indivíduo. Dessa forma, a equipe da ESF revela seu conhecimento sobre os hábitos do indivíduo, sua família, sua comunidade, sua rede de apoio social e/ou pessoal. A equipe de matriciadores traz seu conhecimento sobre a saúde mental, suas repercussões na vida do indivíduo.

Além da articulação da rede de atenção à saúde mental são também funções do CAPS AD dar suporte; discutir e intervir conjuntamente; supervisionar e capacitar as unidades de atenção básica e o Programa Saúde da Família, no atendimento às necessidades em saúde mental; propiciando a co-responsabilização dos casos existentes e aumentando a capacidade resolutiva de problemas de saúde mental pelas equipes locais.

Segundo Merhy (2000, p.38), “o tema de qualquer modelo de atenção á saúde faz referência não a programas, mas ao modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho”, aqui designados por gestão do trabalho e da educação na saúde, conforme estejam, como propõe o autor, “comprometidos com a produção dos atos de cuidar do indivíduo, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares”. Para o sanitarista, a construção do desenho tecnoassistencial é sempre “uma tarefa tecnológica, comprometida com necessidades”, devendo responder por valores de uso e pela utilidade para indivíduos e grupos.

Ainda citando Merhy (2009, p. 23) “a noção de território é compreendida não apenas do ponto de vista geográfico, mas como território-processo, onde a sociedade se estrutura e reproduz a vida, organiza a cultura, vive a história”.

Pode-se dizer então que o matriciamento é um desafio para a equipe do CAPS AD II este momento, justamente por emergir da necessidade de “aumentar o grau de resolubilidade das ações de saúde no que tange o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas” (BRASIL, 2005). Tal providência propõe “uma reformulação no modo de organização dos serviços e relações horizontais entre as especialidades que passam a oferecer apoio técnico horizontal às equipes interdisciplinares de atenção” (BRASIL, 2003, *online*), vindo, dessa forma, a favorecer as conexões em rede.

O matriciamento é um arranjo institucional incorporado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003, *online*) como “estratégia de gestão para a construção de uma rede ampla de cuidados em saúde mental, desviando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica da co-responsabilização.

Diante dessas considerações, acredita-se que os gestores devem pensar essa nova forma de ver o indivíduo com dificuldades diante do uso de substâncias, acolhendo-o no seu ambiente, instituir equipes matriciais que podem ser organizadas por região ou por distritos de saúde. Isso consiste em um desafio importante, já que temos uma heterogeneidade grande entre os distritos, em relação à população, à infraestrutura e aos recursos humanos. As equipes matriciais precisam assumir a responsabilidade de dar um suporte técnico às ESF/UBS, especialmente para acolher as necessidades no momento de crise dos indivíduos.

A efetivação de uma rede de serviços que dê conta dos problemas de saúde mental requer o entendimento acerca das duas esferas das práticas em saúde mental: a esfera político-ideológica e a teórico-técnica, indissociáveis, mas, segundo COSTA (2000), distintas em suas especificidades, e que possibilitem a construção de novos dispositivos que trabalhem pela transformação dos modelos institucionalizados e da ética em que se pautam.

|

CONCLUSÃO

Este trabalho teve por objetivo geral descrever e caracterizar as redes de cuidado que envolvem o Caps AD no município de Novo Hamburgo, a partir da perspectiva do matriciamento como ferramenta de Gestão em Saúde. Utilizar a ferramenta de gestão do matriciamento, trata-se ao mesmo tempo, de uma estratégia desenhada para os serviços públicos, caracterizados pela escassez relativa de recursos humanos especializados em saúde mental, como também uma ferramenta de articulação maior das redes de cuidado no município. A criação desse modelo assistencial tem nas equipes multiprofissionais que atuam na atenção básica um dos seus pilares fundamentais. Como o estudo pode mostrar, o matriciamento envolve interações entre matriciadores (especialistas em saúde mental) e matriciandos (profissionais não especialistas em saúde mental), e sua atuação na efetivação da ferramenta no trabalho cotidiano. Do ponto de vista dos conteúdos do matriciamento, aponta-se a necessidade de refletir acerca dos riscos de instituir uma visão extremamente medicalizada da saúde mental, ao não incluir (ou incluir em menor medida) entre os matriciadores que representem campos profissionais da área psicossocial em sentido estrito (assistentes sociais, psicólogos, antropólogos, entre outros). Pode-se dizer que existem redes de cuidado atuantes na atenção básica, mas ainda muito insipiente para que atenda os objetivos maiores do matriciamento: territorialização dos atendimentos em saúde. A necessidade de incluir nas práticas de matriciamento as dimensões sociopolíticas e culturais da saúde mental introduziria importantes desafios para algumas profissões, tanto no que diz respeito à sua participação como matriciandos quanto a sua eventual ação matriciadora. Além disso pode-se concluir que o estudo alcançou seu objetivo específico no que tange a descrição das redes de cuidado, e verificou que os princípios do matriciamento são ainda tímidos, no que cerne processos de trabalho, uma vez que pode-se lançar um olhar sobre as dificuldades e as potencialidade das equipes de atenção básica para lidar com a demanda dos usuários em uso de álcool e drogas .

No que diz respeito ao objetivo específico de descrever os possíveis avanços na política de saúde municipal a partir da perspectiva do matriciamento, percebeu-se que o modelo assistencial não rompe de fato como o modelo biomédico de forma plena, comprometendo assim as diversas formas de práticas de cuidado, baseadas na articulação de

redes. Os trabalhadores inseridos nesse modelo de cuidado vigente pouco produzem praticas de cuidado voltadas para o território que estão inseridos, uma vez que esta população usuária ainda é estigmatiza e seu atendimento fragmentado. Por sua vez , o serviço especializado tem dificuldade em mensurar o impacto destes atendimentos a nível territorial, por que suas demandas configuram-se a por uma busca espontânea por tratamento, conforme descrito na tabela 01 e 02.

E por fim, pode-se afirmar que o caminho percorrido permitiu, apenas, descrever alguns aspectos do matriciamento como instrumento político e técnico e, ao mesmo tempo, identificar questões que merecem ser aprofundadas por novos estudos.

Considerações Finais

A análise da trajetória histórica dos modelos assistenciais em saúde mental permitiu observar que o matriciamento surge a partir de condições de possibilidades criadas pelos próprios processos de transformação desses modelos. Embora todas as respostas assistenciais aos problemas de saúde envolveram algum tipo de padronização ou matriciamento da atenção, evidenciou-se que a Reforma Psiquiátrica, ao promover a criação de uma rede baseada na desospitalização e no atendimento ambulatorial territorializado, gerou as condições objetivas para instituir o apoio matricial como dispositivo ao mesmo tempo político e técnico.

Trata-se, ao mesmo tempo, de uma estratégia desenhada para os serviços públicos, caracterizados pela escassez relativa de recursos humanos especializados em saúde mental. A criação desse novo modelo assistencial tem nas equipes multiprofissionais que atuam na atenção básica um dos seus pilares fundamentais.

A análise de alguns conteúdos dos processos de matriciamento permitiu concluir que no município de Novo Hamburgo, a forma como a rede de cuidados se estrutura, denota um grande risco de que se firme uma visão mais biomédica e menos psicossocial da saúde mental, na contramão dos objetivos da própria Reforma Psiquiátrica. Isto ocorre, porque ainda existe a necessidade de incluir nas práticas de matriciamento as dimensões sociopolíticas e culturais da saúde mental introduziria importantes desafios para algumas profissões, tanto no que diz respeito à sua participação como matriciandos quanto a sua eventual ação matriciadora. Especificamente com relação ao campo de álcool e drogas salientamos a importância de suas contribuições em aspectos ou problemáticas que se referem a dimensões sociais da saúde mental, em matéria de desigualdades sociais, direitos dos usuários, relações de poder entre usuários e agentes institucionais e formas de organização e ação coletiva nesta área.

Portanto, percebeu-se que existem discussões entre redes de cuidado a cerca do tema da dependência química no município de Novo Hamburgo, mas ainda há muito com o que se romper com o modelo vigente, apesar das dificuldades ainda vivenciadas e, assumir que reduzir o fenômeno da drogadição em nossa realidade é algo que depende da interação entre vários grupos, exigindo mudanças substanciais na organização social das redes de cuidado, diminuindo drasticamente as desigualdades presentes nesse contexto. Também são necessárias

mudanças na formação dos profissionais que lidam com essa questão, além de alterações na forma de encarar o paciente ou o indivíduo que apresenta maior vulnerabilidade em relação à droga, encarando os mesmos como seres ativos, que possuem saberes e fazeres próprios, diretamente implicados no processo saúde/doença.

O conhecimento que se adquiriu deve funcionar como analisador das práticas, não como descritor de modos como devem funcionar as unidades de serviço no atendimento ao usuário de álcool e outras drogas. A mudança de modelo de atenção do município, é um processo que exige investimento de gestão e predisposição das equipes envolvidas. A partir deste estudo, pode-se constatar que é necessário reestruturar o processo de trabalho em saúde e repensar para quem se estrutura o cuidado, assumindo a centralidade no encontro com o usuário e que se constitua de fato o modelo de matriciamento como modo de atuação e inovadora e motivadora para a mudança nas práticas em saúde e consolidação de um Sistema Único de Saúde com qualidade.

O município de Novo Hamburgo têm como proposta de Gestão em Saúde enfrentar a tendência à fragmentação da atenção e desresponsabilização assistencial, sendo o matriciamento um norte, mas ainda uma proposta não implementada de forma institucional. Par que isto ocorra, percebeu-se que o movimento depende de transformações organizacionais importantes, dado o seu compromisso com a mudança nas relações de poder na organização, em busca da democracia organizacional e a valorização dos trabalhadores, de forma equilibrada com a eficácia clínica.

Por um lado, as demandas em saúde mental que se identificou ao longo do estudo que dificultam a disseminação da proposta de Apoio Matricial, na medida em que não basta uma equipe de atenção primária desejar se relacionar na forma de apoio matricial com outros serviços. É necessário que a receptividade seja incentivada pelos gestores, através de contratos que contemplem essa atividade. Também não é suficiente que um hospital deseje se relacionar com o restante da rede. É necessário que internamente, haja uma definição de equipes de referência, ou pelo menos que haja contratos com os profissionais em que estejam previstas atividades de Apoio Matricial. De qualquer modo, observou-se uma tendência, em várias áreas do município, de incorporar esses conceitos de Apoio Matricial: já existem residentes em Saúde mental que fazem esta interlocução com as Unidades de Saúde no território, assim como a prática do vínculo antecipado, a partir do CAPS AD, junto ao Hospital Municipal, estreitam estes ensaios ao matriciamento.

Assim considerar o paciente, sujeito/pessoa inserida em um contexto, necessitando de recursos que vai além de receitas, medicamentos e prescrições é o desafio do cuidado integral. É possível afirmar que somente juntos, os profissionais da ESF e CAPS conseguirão articular estratégias para um cuidado mais humano àqueles que sofrem psicicamente. Em meio ao caos e às tensões produz-se movimento.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. **Forças e Diversidade: as transformações na saúde e na loucura..** Rio de Janeiro: NAU, 1998.
- AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica **Cadernos de saúde pública**, v.11, nº 3: p.491-494,1995.
- BARROS, R. B. Reforma Psiquiátrica Brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais. **Loucura, Ética e Política: escritos militantes.** São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 196-206, 2003.
- 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.** Brasília/DF, 2003.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília/DF, 2004.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção.** Relatório de Gestão: 2003-2006. Brasília/DF, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de atenção básica. Acolhimento à demanda espontânea/Ministério da saúde. Brasília, 2011.
- _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)(Caderno de Atenção Básica, n. 27)
- _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília (DF), 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde. 2.ed.rev.ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Ministério da Saúde (BR). A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília (DF), 2003.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e Administração de Pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy, E.E. & Onocko, R. (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo, Hucitec, 2003.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CHIAVERINI, D. H., (Org). Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental. MS, Brasília, DF: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, p. 236, 2011.

FIGUEIREDO, M. **Saúde mental na atenção básica**: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas/SP. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas/SP, 2006.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 50. ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

JORGE, M.S.B. et al. Promoção da Saúde Mental – tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(7): 3051-3060, 2011.

LANCETTI, Antonio; AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e saúde coletiva**. (orgs.) MERHY, E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: Merhy, E.E. & Onocko, R. (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MORATO, H.T.P. (org.) **Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa**: novos desafios. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

ROGERS CR. **Tornar-se Pessoa**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997.