

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

PAULA DE FÁTIMA OLIVEIRA FARIA

**O APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL E AS INTERFACES COM
A REDE DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM NECESSIDADES DECORRENTES
DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

São Carlos

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

PAULA DE FÁTIMA OLIVEIRA FARIA

**O APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL E AS INTERFACES COM
A REDE DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM NECESSIDADES DECORRENTES
DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em
Terapia Ocupacional no Programa de Pós-Graduação em
Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos,
área de concentração:

Linha: Redes sociais e vulnerabilidades

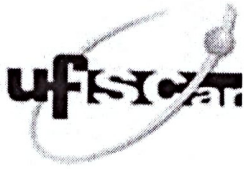
Orientadora: Profa. Dra. Isabela Ap.de Oliveira Lussi

São Carlos

2017

[VERSO DA FOLHA DE ROSTO]

Ficha catalográfica



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Paula de Fatima Oliveira Faria, realizada em 21/02/2017:

Isabela Ap. O. Lussi

Profa. Dra. Isabela Aparecida de Oliveira Lussi
UFSCar

Gustavo Tenório Cunha

Prof. Dr. Gustavo Tenório Cunha
UNICAMP

Maria Fernanda Barboza Cid

Profa. Dra. Maria Fernanda Barboza Cid
UFSCar

Dedico este trabalho às Luzes da minha vida:

Mariana Luz e Isabella Luz

*Que vocês possam auxiliar na construção de uma sociedade
mais justa e digna*

AGRADECIMENTO

Todo o processo da pesquisa foi de extrema importância, um processo rico de crescimento e de autoconhecimento que me instigaram a querer mais.

Agradeço inicialmente às pessoas em sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas que me ensinam e me sensibilizam diariamente.

À minha família, minha mãe Maria Fausta, que desde a infância me ensinou a olhar para o diferente com respeito. Ao meu pai (na memória e no coração), homem forte e digno. Às minhas irmãs Maria Teresa e Ana Raquel que durante todo o processo de pesquisa foram apoio e tias maravilhosas.

Às minhas filhas, Mariana Luz e Isabella Luz que suportaram minha ausência para que eu pudesse me dedicar à esta pesquisa! O mundo fica bem mais divertido e colorido com vocês!

À orientadora Profa. Dra. Isabela Ap.de Oliveira Lussi que fez mais, muito mais que orientar, foi apoio e exemplo de fortaleza. Gratidão por acreditar nesta pesquisa!

Às contribuições ricas da banca examinadora Dr. Gustavo Tenório Cunha e Dra. Maria Fernanda Cid.

Ao direcionamento e suporte técnico e afetivo da querida Sabrina Ferigato, essa construção é nossa!

Aos profissionais do CAPS Ad Independência, em especial Carol, Camila, Daniel e Américo que me enriqueceram no cotidiano do CAPS com trocas importantes e respeitadas.

Aos profissionais da Atenção Básica que aceitaram participar desta pesquisa e foram essenciais em todo processo.

Aos profissionais, crianças e adolescentes do CAPS ij Carretel, que com doçura, afeto e colorido, facilitaram todo o processo.

Às queridas Juliana Fernandes e Claudia Fúria, por aceitarem participar da pesquisa conduzindo os Grupos Focais.

Ao Coletivo Paidéia, que me acolheu o tempo necessário para que eu pudesse saber por onde começar!

À prática da meditação e ao Deeksha que não me deixaram pirar durante o processo de pesquisa!

Às madrugadas, fiéis e companheiras na execução desta escrita!

Às queridas companheiras desta aventura do PPGTO! Gratidão por todas as trocas!

És um senhor tão bonito
Quanto a cara do meu filho
Tempo tempo tempo tempo
Vou te fazer um pedido
Tempo tempo tempo tempo
Compositor de destinos
Tambor de todos os ritmos
Tempo tempo tempo tempo
Entro num acordo contigo
Tempo tempo tempo tempo
Por seres tão inventivo
E pareceres contínuo
Tempo tempo tempo tempo
És um dos deuses mais lindos
Tempo tempo tempo tempo
De modo que o meu espírito
Ganhe um brilho definitivo
Tempo tempo tempo tempo
E eu espalhe benefícios
Tempo tempo tempo tempo
O que usaremos pra isso
Fica guardado em sigilo
Tempo tempo tempo tempo
Apenas contigo e comigo
Tempo tempo tempo tempo
E quando eu tiver saído
Para fora do teu círculo
Tempo tempo tempo tempo
Não serei nem terás sido
Tempo tempo tempo tempo
Ainda assim acredito
Ser possível reunirmo-nos
Tempo tempo tempo tempo
Num outro nível de vínculo
Tempo tempo tempo tempo
Portanto peço-te aquilo
E te ofereço elogios
Tempo tempo tempo tempo
Nas rimas do meu estilo
Tempo tempo tempo tempo

(Caetano Veloso)

RESUMO

O presente estudo tem como foco a relação entre os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS AD) e à Atenção Básica por meio do Apoio Matricial. Estes dispositivos configuram as interfaces da rede de atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. O objetivo principal do estudo foi compreender o processo do Apoio Matricial, na perspectiva dos profissionais dos CAPS AD e Atenção Básica, de forma específica na rede de atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Para o alcance deste objetivo optamos pela pesquisa de abordagem qualitativa. Escolhemos como campo do estudo o município de Campinas, uma vez que o Apoio Matricial foi inaugurado há aproximadamente vinte anos neste município como uma metodologia de trabalho que estabelece uma prática interdisciplinar para a construção do saber coletivo. Participaram do estudo sete profissionais matriciados e oito profissionais matriciadores. A coleta de dados se deu por meio da realização de dois grupos focais, um com os profissionais matriciados da Atenção Básica e outro com os profissionais matriciadores dos CAPS AD. Os dados produzidos foram analisados mediante análise temática. Os resultados apontam que o Apoio Matricial é uma ferramenta inovadora mesmo após vinte anos de implantação no município de Campinas, já utilizada para estabelecer comunicação entre matriciados e matriciadores, contudo os relatos mostram que o Apoio Matricial ocorre de forma heterogênea na rede de atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Tanto os profissionais da atenção básica como os dos CAPS AD apontam que esta metodologia apresenta potencialidades ainda não alcançadas, mas em constante construção. Os profissionais matriciadores apontam que a perspectiva da redução de danos ainda é pouco utilizada pela Atenção Básica e os profissionais matriciados apontam dificuldades no encaminhamento para alguns CAPS AD. Os profissionais matriciadores, indicam que a relação de Cogestão entre a Prefeitura e o serviço Dr. Cândido Ferreira resulta atualmente em pontos que dificultam a articulação para manutenção do Apoio Matricial. O suporte esperado dos Apoiaadores Institucionais aparece fragilizado nos relatos dos profissionais matriciadores. Ambas equipes referem o desejo por capacitação específica em álcool e outras drogas. Pretendemos que a pesquisa possa contribuir para o fortalecimento da metodologia do Apoio Matricial que se dá entre Atenção Básica e CAPS AD, facilitando a troca de saberes e construção coletiva.

Palavras-chave: Saúde Mental; Apoio Matricial; Rede de atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas; Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas; Atenção Básica.

ABSTRACT

The present study focuses on the relationship between the Centers for Psychosocial Care Alcohol and other drugs (CAPS AD) and Basic Care through the Matrix Support. These devices configure the network interfaces for people with needs arising from the use of alcohol and other drugs. The main objective of the study was to understand the process of Matrix Support, from the perspective of the CAPS AD and Primary Care professionals, specifically in the network of attention to people with needs arising from the use of alcohol and other drugs. To reach this goal we opted for qualitative research. We chose as camp of the study the municipality of Campinas, since the Matrix Support was inaugurated approximately twenty years ago in this municipality as a methodology of work that establishes an interdisciplinary practice for the construction of collective knowledge. Seven matriculated professionals and eight matriculation professionals participated in the study. The data collection was done by means of two focus groups, one with the professionals enrolled in Primary Care and the other with the professional nurses of the CAPS AD. The data produced were analyzed using thematic analysis. The results indicate that the Matrix Support is an innovative tool even after twenty years of implementation in the city of Campinas, already used to establish communication between matriciados and matriciadores, however the reports show that the Support Matrix occurs in a heterogeneous way in the network of attention to people With necessities arising from the use of alcohol and other drugs. Both the primary care professionals and those of CAPS AD point out that this methodology presents potentialities not yet achieved, but in constant construction. The training professionals point out that the perspective of harm reduction is still little used by Primary Care, and the trained professionals point out difficulties in the referral to some CAPS AD. The maturation professionals indicate that the relationship between City Hall and Co-management currently results in points that make articulation difficult to maintain the Matrix Support. The expected support of the Institutional Supporters appears weakened in the reports of the professional teachers. Both teams refer to the desire for specific training in alcohol and other drugs. We intend that the research can contribute to the strengthening of the methodology of Matrix Support that is given between Basic Attention and CAPS AD, facilitating the exchange of knowledge and collective construction.

Palavras-chave: Mental Health; Matrix Support; Network of attention to people with needs arising from the use of alcohol and other drugs; Center for Psychosocial Care alcohol and other drugs; Basic Attention.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição das UBS por Distritos de Saúde e Localização dos três CAPS AD participantes da pesquisa.....	53
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização dos Participantes Profissionais CAPS AD.....	36
Quadro 2 – Caracterização dos Participantes Profissionais AB.....	38
Quadro 3 – Cursos complementares relacionados ao campo de álcool e outras drogas e tempo de atuação na Rede Ad	40
Quadro 4 – Dinâmica do trabalho – Ações grupais direcionadas às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas – Profissionais CAPS AD – matriciadores	42
Quadro 5: Dinâmica do trabalho – Ações grupais direcionadas na Gestão do Cuidado às pessoas com necessidades do uso de álcool e outras drogas – Profissionais CAPS AD – matriciados.....	43
Quadro 6: Dinâmica do trabalho – Ações grupais – direcionadas aos usuários de álcool e outras drogas - Profissionais CAPS AD – matriciados	45
Quadro 7: Dinâmica do trabalho – Atividades grupais – Profissionais Atenção Básica – matriciados	47
Quadro 8: Dinâmica de trabalho – Ações grupais direcionadas na Gestão do cuidado às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas – Profissionais AB – matriciados.....	48
Quadro 9: Dinâmica do trabalho – Atividades individuais – Profissionais Atenção Básica – matriciados.....	49
Quadro 10: CAPS AD Atendimentos ofertados e Profissionais dos serviços – UBS	50
Quadro 11: Atendimentos ofertados e Profissionais dos serviços – CAPS AD.....	53
Quadro 12: Formação exigida e Capacitação para profissionais da equipe	54
Quadro 13: Dinâmica do trabalho – CAPS AD – Ações de Apoio Matricial	56
Quadro 14: Dinâmica de trabalho – AB – Ações de Apoio Matricial.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA – Alcoólicos Anônimos

AFASCOM – Associação Franciscana de Assistência Social Coração de Maria

AFIP – Associação Fundo de Incentivo à Pesquisa

ASPA – Ambulatório de Substâncias Psicoativas

CAISM – Centro de Atenção Integral da Saúde da mulher

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPS ij – Centro de Atenção Psicossocial infância e adolescência

CETS – Centro de Educação dos trabalhadores da Saúde

CGMAD/DAET/SAS – Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social

CS – Centro de Saúde

DAS – Distrito da Assistência Social

DEGES/ SGTES – Departamento de Gestão da Educação na Saúde

DIS – Departamento de Informática em Saúde

DST – Doença Sexualmente Transmissível

EAD – Educação a Distância

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HC-UNICAMP – Hospital de Clínicas Universidade Estadual de Campinas

MJ – Ministério da Justiça

NA – Narcóticos Anônimos

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNH – Política Nacional de Humanização

PSF – Programa Saúde da Família

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SPA's – Substâncias Psicoativas

SUPERA – Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento

SUS – Sistema Único de Saúde

TB – Tuberculose

UAT – Unidade de Acolhimento Transitório

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UFSCar – Universidade Federal de São Carlos

UNASUS – Universidade Aberta do Sus

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 Breve Histórico sobre a Reforma Psiquiátrica, a Política de álcool e outras drogas e Redução de Danos.....	20
2. OBJETIVOS	27
2.1 Objetivo Geral	27
2.2 Objetivos Específicos	27
3. PERCURSO METODOLÓGICO	28
3.1 Participantes da pesquisa	28
3.2 Campo da Pesquisa	29
3.3 Instrumentos	31
3.4 Procedimentos	31
3.4.1 Procedimentos Éticos	31
3.4.2 Localização dos Participantes	32
3.4.3 Coleta de Dados	33
3.4.4 Análise de Dados	36
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
4.1 Caracterização dos Participantes	36
4.2 Caracterização dos Serviços	51
4.3 Categorias Resultantes dos Grupos Focais	63
4.3.1 Concepções e Ações do Apoio Matricial	63
4.3.2 Dificuldades e facilitadores do processo de Apoio Matricial	71
4.3.3 Especificidades do cuidado com usuários de álcool e outras drogas.....	83
4.3.4 Potências e limites do Apoio Matricial.....	88
4.3.5 Relações de cogestão e prefeitura: Pacto de gestão e aspectos políticos institucionas.....	91
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	95

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
ANEXOS	104

1. INTRODUÇÃO

A Constituição de 1988, em seu artigo 198, estabelece a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, organizado por meio de princípios e diretrizes que priorizam o reconhecimento da saúde como um direito social. Composto por três níveis de atenção sendo básica, média e alta complexidade, o SUS possui princípios e diretrizes norteadores para o planejamento e implementação de ações no campo da saúde (BRASIL, 2006).

Com o objetivo de tornar a saúde acessível e na busca da efetivação do princípio da integralidade originou-se uma reorientação ao modelo assistencial nas ações desenvolvidas na atenção básica, e gradativamente uma noção ampliada do entendimento do processo saúde-doença (BRASIL, 2011; LANCMAN; BARROS, 2011).

Em função da necessidade de reorganização e reestruturação da atenção básica, embasada em um contexto de desafios para compreender os objetivos propostos tanto na Declaração de Alma-Ata quanto na Reforma Sanitária que defendiam um modelo de Atenção Primária Ampliada, o Ministério da Saúde implantou, em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF) (LIMA; FALCÃO 2014).

Contudo, desde a implantação do PSF considera-se a necessidade de reorganização da atenção básica no Brasil, assim objetivou-se a expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que aprimora os serviços de saúde oferecidos às famílias por meio do Programa de Saúde da Família (BRASIL, 2007).

As ESFs são constituídas por equipes mínimas multidisciplinares que visam a operacionalização da Atenção Básica sendo caracterizadas como porta de entrada preferencial do SUS de forma descentralizada e em consonância com o princípio de equidade. As equipes que compõem a ESF devem desenvolver relações de vínculo com as famílias assistidas e de responsabilização, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado, estimulando assim a participação da comunidade na tarefa de construção da saúde e articulação das ações de promoção à saúde (BERTAGNONI *et al* 2012).

Uma das propostas da ESF é a de que os profissionais, por meio das trocas existentes em seus relacionamentos com as famílias e comunidade, busquem humanizar e adequar à assistência prestada em suas práticas diárias de saúde, objetivando a satisfação dos usuários e conscientizando-os de que saúde é um direito do cidadão e um alicerce da qualidade de vida. A ESF utiliza como estratégia as ações de prevenção e recuperação da

saúde das pessoas, de forma integral e contínua. Assim, favorece o atendimento domiciliar, propiciando uma assistência mais humanizada, o que possibilita a promoção da saúde e redução das internações (BRASIL, 2005).

Levando em consideração o processo de implantação da Atenção Básica à Saúde no Brasil, o Ministério da Saúde, em 2008, criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o intuito de apoiar a inserção da ESF e assim ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica embasado pela Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008).

Com vistas a assegurar ao usuário do sistema de saúde o conjunto de ações e serviços que necessitam, com efetividade, eficiência e aperfeiçoamento do funcionamento político-institucional do SUS, surge a proposta das Redes de Atenção à Saúde (RAS), por meio da Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (MENDES, 2010).

Concomitantemente ao processo de efetivação do SUS como política, no Brasil, estruturou-se a Política Nacional de Saúde Mental que teve sua discussão iniciada com o movimento de Reforma Psiquiátrica no final da década de 1970 e na década de 1980. Atualmente a Política Nacional de Saúde Mental é concretizada por meio de vários programas e Portarias, mas especificamente, pela implantação da Rede de Atenção Psicossocial, ou RAPS. Esta por sua vez, busca consolidar um modelo de atenção aberto, territorial e de base comunitária (BRASIL, 2011).

O movimento da Reforma Psiquiátrica iniciou no Brasil, no final da década de 1970 com a mobilização dos profissionais da saúde mental, e passou a ter a participação de familiares e usuários da saúde mental a partir de eventos ocorridos na década de 1980. Embasado no contexto de redemocratização do país e na mobilização político-social, acontecimentos como a intervenção e o fechamento da Clínica Anchieta, em Santos/SP, e a revisão legislativa proposta pelo então Deputado Paulo Delgado por meio do projeto de lei nº 3.657, ambos ocorridos em 1989, impulsionam a Reforma Psiquiátrica Brasileira (BRASIL, 2005; ROTELLI, 1995).

A Política de Saúde Mental que visa garantir o cuidado da pessoa em sofrimento psíquico por meio de serviços substitutivos é resultante da Declaração de Caracas que em 1990 propõe a reestruturação da assistência psiquiátrica e da aprovação da Lei Federal 10.216, em 2001, que visa à proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2005; BEZERRA, 2007).

O Ministério da Saúde, nos últimos anos, vem incentivando a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial e da rede de serviços substitutivos de saúde mental,

contudo, além da necessidade de ampliação de serviços é preciso definir novas estratégias de cuidado adequadas aos princípios e diretrizes propostos pela Política de Saúde Mental (BRASIL, 2007; BOCCARDO *et al*, 2011; MÂNGIA; BARROS, 2009).

A Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, importante marco da Reforma Psiquiátrica, citada anteriormente, validou as diretrizes básicas que constituem o Sistema Único de Saúde, favorecendo acesso à atendimentos especializados aos usuários de serviços de saúde mental e, conseqüentemente, aos usuários de álcool e outras drogas. A universalidade de acesso e direito à assistência, assim como à integralidade; possibilita a descentralização do modelo de atendimento, determinando assim o encadeamento de dispositivos mais próximos do convívio social de seus usuários. Assim, em 23 de dezembro de 2011, por meio das Portarias nº 3088/GM/MS e 3089/GM/MS, institui-se a Rede de Atenção Psicossocial para atenção às pessoas com sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011).

A RAPS busca desenvolver ações pautadas no cuidado centrado nas necessidades das pessoas com sofrimento psíquico, incluídos os decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Dentre o cuidado em saúde, que a RAPS se propõe, direciona-se a perspectiva do cuidado e prevenção no uso de álcool e outras drogas se dá pelas práticas da redução de danos e ações intersetoriais em parceria com organizações governamentais e sociedade civil, assim a promoção dos cuidados em saúde é direcionada aos grupos mais vulneráveis, entre estes, pessoas em situação de rua e dependentes de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011)

Considerada uma demanda importante na atenção básica, as ações em saúde mental são essenciais considerando os agravos relacionados a este fenômeno que atingem grandes grupos populacionais ainda insuficientemente acolhidos pelas políticas públicas. O cuidado em saúde mental deve ocorrer em rede e contemplar a participação dos usuários e familiares como protagonistas na construção dos projetos terapêuticos singulares (BERTAGNONI *et al*, 2012).

Assim, com a implantação do apoio matricial pretende-se ampliar a rede de serviços substitutivos, melhorar o funcionamento dos atuais equipamentos e capacitar os profissionais de ambos os níveis de atenção, objetivando a resolutividade e universalidade do acesso aos serviços e os cuidados em saúde mental. 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 (BRASIL, 2010).

Desde o final da década de 1980, o conceito de Apoio Matricial e Equipe de Referência vem se transformando. A reorganização dos processos de trabalho embasados na metodologia do Apoio Matricial e Equipe de Referência, foi implantada em alguns municípios brasileiros entre os anos de 1990 a 1998, e, com isso, foi possível constatar alterações do modelo teórico original, bem como avanços importantes que vêm contribuindo com a delimitação de seu referencial teórico e prático (BALLARIN; BLANES; FERIGATO, 2012).

Algumas políticas do ministério da Saúde, tais como: A Política Nacional de Humanização (PNH), a Política Nacional de Saúde Mental - Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), direcionam-se na perspectiva de implementação de recentes composições organizacionais, tais como o Apoio Matricial, pois suas diretrizes fomentam a criação de um modelo de atendimento mais singularizado, potencializando assim o trabalho interdisciplinar. Esses surgiram como forma de superar a racionalidade gerencial tradicionalmente verticalizada, compartimentalizada e produtora de processo de trabalho fragmentado e alienante para o trabalhador, produzindo novas formas de abordagem para a gestão da clínica (BRASIL, 2009; FIGUEIREDO; CAMPOS 2008; DIMESNTEIN *et al*, 2009; BALLARIN; BLANES; FERIGATO, 2012; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O modelo de Apoio Matricial surge como metodologia de gestão do trabalho em saúde proposta por Campos (1999) que objetiva garantir uma retaguarda especializada, capaz de oferecer tanto suporte técnico-pedagógico quanto retaguarda assistencial. As ações em saúde mental na atenção básica buscam promover respostas adequadas às necessidades dos usuários de modo a combater as formas de violência e estigma (CAMPOS, 1999; SOUZA, 2012; BRASIL, 2003; BERTAGNONI *et al*, 2012).

O Apoio Matricial potencializa singularidades, o que favorece a elaboração de projetos terapêuticos e apoio no compartilhamento de novos conhecimentos para lidar com casos complexos. Além disso, desenvolve atividades específicas de formação, realiza atendimentos conjuntos, disponibiliza contatos para situações emergenciais, entre outras ações de corresponsabilização (BRASIL, 2004; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Assim, este arranjo destina-se principalmente a contribuir com a ampliação da clínica e oferecer um acolhimento da demanda no intuito de impedir a psiquiatrização e psicologização do sofrimento, potencializando a corresponsabilização entre as equipes, promovendo saúde e a diversidade de ofertas terapêuticas. Assim, a estratégia do Apoio

Matricial vai ao encontro da ressignificação da lógica do processo saúde/doença, repensando a construção de um modo de fazer saúde centrado no sujeito e não mais na doença.

O apoio matricial almeja disparar uma série de mudanças na atenção em saúde, no sentido da corresponsabilização, da ampliação da clínica e da interdisciplinaridade, evitando a fragmentação da atenção, a medicalização e outros danos iatrogênicos provocados pelo consumo excessivo de tratamentos, procedimentos e exames (CASTRO, 2015; FIGUEIREDO; ONOCKO CAMPOS, 2009).

A realidade da medicalização social crescente, aliada às múltiplas crises da atenção à saúde, tem indicado a necessidade de rediscussão e desenvolvimento do tema da medicalização, de suas consequências e do seu manejo nos serviços públicos de saúde (rede básica e Programa Saúde da Família - PSF). Sob o ponto de vista da construção de estratégias de ação prática para o SUS, é necessário compreender a ação medicalizante da atenção básica, bem como a atuação dos médicos e seus saberes sobre a cultura em saúde dos usuários, sempre reconstruída em cada interação usuário-serviço ou médico-paciente. Neste sentido, estratégias e orientações para uma atenção à saúde na rede básica, de caráter “desmedicalizante” e/ou minimizador da medicalização, tornam-se valiosas e são relativamente escassas (TESSER, 2006)

Santos (1982) esclarece que o saber médico científico divorciou-se da vida e da percepção pessoal, cultural e social dos homens. Ganhou um caráter técnico, esotérico e positivo, um saber dito de terceira pessoa, gerando um abismo entre o que sabem e podem saber o paciente e o médico.

Ficam, assim, tais saberes desamarrados em meio à massa de técnicas, valores e ideologias que reforçam a dependência institucional, o consumo farmacêutico e de procedimentos e serviços especializados, a desvalorização da autonomia e de outros saberes ou valores próprios do doente ou de outras referências filosóficas ou culturais diversas. Na prática profissional daí derivada tais saberes tendem a minimizar o que subsiste de autonomia nos sujeitos (ALMEIDA, 1996)

Com relação ao apoio matricial, são recentes e inovadoras as diretrizes para este e a implantação do cuidado integral e interdisciplinar. Sendo assim, é natural que os profissionais de saúde chamados a ocupar esse lugar apresentem dificuldades para atuarem como apoiadores. Trabalhar de forma interdisciplinar em uma equipe matricial exige do profissional uma predisposição subjetiva para receber e fazer críticas, para dialogar acerca de saberes e visões de mundo e para tomar decisões de modo compartilhado (CAMPOS; DOMITTI, 2007; BALLARIN; BLANES; FERIGATO, 2012).

Para o desenvolvimento desta pesquisa, escolheu-se como campo o município de Campinas-SP, que desde a década 1990 desenvolve ações comprometidas política e socialmente na concretização do SUS. A rede pública de Campinas iniciou a metodologia Paideia ¹ de cogestão das instituições e do cuidado em saúde. Desenvolvida por Gastão Wagner de Sousa Campos e colaboradores ao longo dos últimos 25 anos, vem sendo amplamente utilizada em políticas e práticas de saúde no Brasil. Orientados por este referencial, serviços de saúde mental, de atenção básica e da área hospitalar do Sistema Único de Saúde de Campinas sofreram mudanças organizacionais, novos arranjos, ¹inovadores dispositivos de gestão e do processo de trabalho. Buscou-se, com isto, a democratização institucional e a qualificação do atendimento à população (CAMPOS, *et al* 2014).

Nos anos seguintes, várias cidades incorporaram modos de realizar o Apoio Institucional e Matricial. O interesse em desenvolver a pesquisa neste município também parte do diferencial em realizar-se o processo de Apoio Matricial, sendo que em Campinas, este não necessariamente está vinculado a implementação dos NASF, mas sim, um apoio diretamente realizado entre os especialistas dos CAPS (matriciadores) no encontro com os profissionais da Atenção Básica (matriciados).

Desde 1989, no município de Campinas (SP), fomentava-se, no contexto da rede municipal, uma discussão sobre modos para alterar-se o paradigma clínico e sanitário na prática profissional em saúde. Reforçava-se a importância de reformulação da clínica em todas as instâncias do sistema, e não somente na saúde mental, chamando-se atenção para os aspectos subjetivos, sociais e de educação em saúde habitualmente descuidados na clínica tradicional (DOMITTI, 2006).

Iniciou-se, na cidade de Campinas, a partir de 2001, uma adaptação do Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde com a implantação do Programa Paidéia, dessa forma a rede de Atenção Básica passou a ser organizada em lógica semelhante à Estratégia de Saúde da Família, porém, num modelo ampliado em relação ao modelo sugerido pelo Ministério da Saúde, dialogando com a dinâmica de funcionamento já instalada no município. O Programa Paidéia define-se a partir das metodologias da Clínica Ampliada, Cogestão, Equipes de Referência, Apoio Matricial, Colegiados Gestores e Apoio

¹ A concepção teórica e metodológica Paideia, desenvolvida por Gastão Wagner de Sousa Campos e colaboradores ao longo dos últimos 25 anos, vem sendo amplamente utilizada em políticas e práticas de saúde no Brasil. Como uma rede conceitual e metodológica, possui três eixos de aplicação: Apoio Institucional, Apoio Matricial e Clínica Ampliada e Compartilhada

Institucional. Campinas, desde então, vivencia um novo e articulado arranjo de trabalho em rede entre serviços especializados e Atenção Básica à Saúde (FIGUEIREDO; ONOCKO, 2008; FERNANDES, 2014).

A partir do levantamento bibliográfico realizado algumas questões surgiram e tornam-se norteadoras deste projeto de pesquisa:

De que forma o Apoio Matricial tem sido realizado na rede de atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso álcool e outras drogas?

Quais as percepções dos profissionais que compõem a Atenção Básica à Saúde e os CAPS AD sobre o Apoio Matricial? Quais as singularidades da metodologia do Apoio Matricial neste contexto? Esse processo se dá de forma interdisciplinar?

Após a introdução apresentaremos um breve histórico sobre a Reforma Psiquiátrica, a Política de álcool e outras drogas e Redução de Danos bem como o conceito de Apoio Matricial, nomeadamente sua proposição e estruturação no município de Campinas. O contexto da pesquisa é o município de Campinas, especificamente os três CAPS AD, que compõem a rede de saúde mental, e suas respectivas articulações com as UBS para as ações de Apoio Matricial.

Na sequência, apresentaremos os objetivos do estudo e o percurso metodológico, no qual explicitaremos a escolha pela pesquisa qualitativa e participativa na saúde; os participantes do estudo, os instrumentos utilizados para a coleta de dados, o campo do estudo e os procedimentos que incluem a coleta de dados por meio de Grupos Focais e a análise dos mesmos que se deu por meio da técnica da Análise Temática.

Por fim, apresentaremos os resultados do estudo e a discussão dos mesmos. O capítulo está dividido em três partes, na primeira apresentaremos os resultados referentes aos participantes do estudo, ou seja, os profissionais dos CAPS AD e da Atenção Básica, na segunda apresentaremos os resultados relacionados aos serviços participantes no estudo e na terceira, as categorias que emergiram da análise temática realizada com o material oriundo dos Grupos Focais.

1. Breve Histórico sobre a Reforma Psiquiátrica, a Política de álcool e outras drogas e Redução de Danos

Nesse item será resgatado um breve histórico sobre a Reforma Psiquiátrica, assim como Política de álcool e outras drogas e Redução de Danos.

Nos anos 1970, surgiram movimentos que começaram a propor novas formas de atenção em saúde mental, com o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”. O cenário do Brasil, naquele momento, de luta pela democratização do país, criou condições de crítica ao modelo hospitalocêntrico e manicomial existente (ALVERGA; DIMENSTAIN, 2006).

O processo de reforma psiquiátrica começou a ser esboçado após a II Guerra Mundial, a partir de críticas formuladas às instituições asilares. Críticas estas embasadas em denúncias de maus tratos, tratamento disciplinar e o abandono de suas funções terapêuticas. Essas críticas só encontraram ressonância quando novos problemas foram colocados para o conjunto da sociedade, por meio dos Movimentos de Reforma Psiquiátrica ocorridos na Europa e Estados Unidos. Tais movimentos influenciaram a construção da Reforma Psiquiátrica brasileira, principalmente o de desinstitucionalização proposto pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia que defendia a ideia de que o hospital psiquiátrico impunha uma barreira ao convívio, impedindo possibilidades de troca com o mundo exterior (GOFFMAN, 2011).

Basaglia, em meados de 1970, propôs a perspectiva da psiquiatria democrática italiana, que ofereceu a contribuição mais fundamental para o encaminhamento do debate no campo da saúde mental e para a construção da reforma psiquiátrica. Assim, uma das mais importantes contribuições da experiência italiana de reforma psiquiátrica foi a de ter deslocado o eixo da discussão acerca da assistência, que se dava, até os anos 1970, basicamente em torno da questão da desospitalização e das formas alternativas de tratamento dentro das próprias instituições, para a questão da desinstitucionalização e estruturação da rede de atenção em saúde mental territorial (BASAGLIA, 1985; ROTELLI, 1992).

Basaglia iniciou uma profunda transformação, ao negar a psiquiatria enquanto ideologia e atribuir ao processo de desinstitucionalização a noção de uma nova prática e de um novo imaginário social sobre a loucura. Desse modo, a saúde mental deixa de ser ausência de sintomas psiquiátricos e oposição à doença mental e assume a noção do sujeito (BASAGLIA, 2005; AMARANTE, 2007).

Aliado ao movimento da Luta Antimanicomial, no Brasil, nasce o movimento da Reforma Psiquiátrica. Mais do que denunciar os manicômios como instituições de violências,

o movimento propõe a construção de uma rede de serviços e estratégias territoriais e comunitárias, embasados em ações inclusivas e libertárias, com implicações políticas e afetivas, defendendo assim, a ideia de defesa dos direitos humanos e de resgate da cidadania das pessoas em sofrimento psíquico, contrário a qualquer forma de violência, discriminação, exclusão e segregação (AMARANTE, 1995; BRASIL, 2005; BRASIL, 2009).

Portanto, entende-se que o movimento da reforma psiquiátrica brasileira desdobrou-se em um amplo e diversificado escopo de práticas e saberes. Contudo, faz-se necessário enfatizar que a cidadania é o ponto organizador de todo o processo, por ser um campo heterogêneo, que abrange a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico, o movimento se faz por vários atores e especificidades, fator este que o fortalece e o diversifica de qualquer outro movimento (BRASIL, 2005)

No entanto, é somente a partir dos anos 1990, que o processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação passa a tornar-se política pública no Brasil, fortalecendo-se em 2002 com a implantação de normatizações do Ministério da Saúde, estabelecendo assim, mecanismos claros, eficazes e seguros para a redução de leitos psiquiátricos a partir dos macro hospitais (BRASIL, 2005).

Breve contextualização da inserção da Saúde Mental na Atenção Básica

Com a criação dos serviços substitutivos, após conquistas por meio da Reforma Psiquiátrica, a atenção em Saúde Mental é inserida, de certa forma, na Atenção Básica à Saúde. O SUS e as significativas transformações estruturais possibilitaram um novo contorno na atenção à saúde e propiciaram a efetivação de uma nova política de saúde mental que reforça a atenção de base territorial, em substituição à atenção hospitalar tradicional (NICACIO; CAMPOS, 2007).

Entende-se aqui, que a Atenção Básica fundamenta-se nos princípios do SUS expressos na Constituição Federal de 1988, sendo estes, saúde como direito, integralidade da assistência, universalidade, equidade, resolutividade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação social (BRASIL, 2006).

Em 1998, compreendendo a necessidade da implantação de ações de Saúde Mental na Atenção Básica, o Departamento de Atenção Básica, juntamente com a Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde (MS), decidiram elaborar o Plano Nacional de Incorporação de Ações de Saúde Mental no âmbito da Atenção Básica, dentro do conjunto de

ações que compõem o cuidado integral à saúde. Assim, o Ministério da Saúde, incentivou atores do contexto da saúde, por meio de seus representantes, a realizarem oficinas com gestores, profissionais da saúde mental e da Atenção Básica, com o intuito de melhor desenvolver estratégias de inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica (SOUZA; RIVIERA, 2010).

Vale lembrar que, também na década de 1990, marcadas pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. Contudo, é somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. A Lei Federal 10.216, já citada anteriormente neste texto, redirecionou a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços territoriais de base comunitária, os conceitos de proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não instituiu mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios (BRASIL, 2005).

O grande desafio, que ainda perdura nos dias atuais, principalmente diante dos últimos retrocessos político institucionais, vai além de substituir os hospitais psiquiátricos, é preciso substituir a lógica manicomial. O movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro inclui, entre outros pontos, a crítica ao modelo hospitalocêntrico, a participação da comunidade, a revisão da legislação psiquiátrica, a criação e diversificação de práticas e a ampliação de serviços de base territorial comunitária. O cuidado, então se dá na base territorial, na perspectiva da desinstitucionalização, que têm o sujeito e sua família, e não mais a doença, como foco de sua atenção. A Atenção Básica, aproxima-se, quase que de forma inevitável das demandas de saúde mental, sendo necessário uma nova abordagem e um cuidado que evitem encaminhamentos desnecessários aos serviços especializados (CAMPOS, FIGUEIREDO, 2007).

Os saberes médicos desamarrados em meio à massa de técnicas, valores e ideologias que reforçam a dependência institucional, estimulam o consumo farmacêutico e de procedimentos e serviços especializados, a desvalorização da autonomia e de outros saberes ou valores próprios do doente ou de outras referências filosóficas ou culturais diversas. Na prática profissional daí derivada tais saberes tendem a minimizar o que subsiste de autonomia nos sujeitos (TESSER, 2006),

Faz-se necessário sensibilizar os profissionais, principalmente da Atenção Básica, ao cuidado, entendendo que o perfil dos usuários dos CAPS AD diferencia-se das pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas que se encontram no território.

As Comunidades Terapêuticas (CTs) no cuidado em álcool e outras drogas

Historicamente, inclusive no Brasil, o tema do uso do álcool e de outras drogas é associado à criminalidade, resultando em tratamentos inspirados em modelos de exclusão e separação dos usuários do convívio social. Até a década de 1990, não havia uma política de alcance nacional, no âmbito da saúde pública. O favorecimento ao pensamento que as drogas são o grande mal da atualidade, permite concentrar esforços na sua eliminação e no seu combate, resultando em abismos de entendimento, dos que são contra e dos que são a favor destas, oferecendo um entendimento limitado do tema, excluindo fatores importantes à discussão como a pobreza, o desemprego, a violência, a falta de acesso às ações de prevenção, entre outros (SOUZA, 2013).

As Comunidades Terapêuticas foram ganhando notoriedade a partir dos anos 1950, como alternativa para o tratamento psiquiátrico manicomial, contudo, mesmo com a proposta alternativa ao modelo manicomial, desde o surgimento da CT já se criticava o fato de que algumas facilmente voltavam ao velho esquema dos antigos hospícios. A partir de 1960, surgem as primeiras CT voltadas exclusivamente para o tratamento das toxicomanias, estas eram basicamente associadas ao Modelo de Minnesota, que utilizava a versão institucional dos Alcoólicos Anônimos (AA), com essência predominantemente espiritual, e baseada na ajuda mútua e nos doze passos. O tratamento em regime fechado poderia variar de 28 dias a vários meses, e buscava a instilação de esperança através da confiança em um poder divino superior (RIBEIRO; FIGLIE; LARANJEIRA, 2004).

Lancetti (2015, p32) esclarece que:

A expressão Comunidade Terapêutica, foi esculpida pela experiência inglesa e depois americana de Maxwell Jones, Bion, entre outros que, buscavam por meio de assembleias, grupos e psicodramas, modificar as estruturas rígidas dos hospitais psiquiátricos com o objetivo de transformar uma instituição fechada e iatrogênica, numa instituição aberta e terapêutica. Se a comunidade terapêutica inglesa buscou desconstruir a psiquiatria objetivando tornar terapêuticas instituições iatrogênicas, as comunidades terapêuticas atuais as reafirmam. De base moral, retornam às velhas concepções psiquiátricas que entendiam a doença mental como desvio de razão, daí os tratamentos corretivos aplicados, como banhos de água fervente e água gelada, a laborterapia, os choques insulínicos e as celas fortes.

Após inúmeras denúncias que chegavam insistentemente ao Observatório de Saúde Mental e Direitos Humanos da Rede Internúcleos de Luta Antimanicomial (Renila), o Conselho Federal de Psicologia, em 2011, problematiza a questão das drogas como disparador para uma inspeção, realizada em sessenta e oito locais onde havia internação de usuários de drogas, na qual constatou-se diversas formas de desrespeito aos direitos humanos (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011).

Em contrapartida, com relação aos programas criados para o cuidado às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, o Programa “De Braços Abertos” criado no início de 2014, por Fernando Haddad e coletivo, inspirado em experiências de sucesso nos Estados Unidos e Canadá, utiliza o conceito da política de redução de danos. O Programa nasce na região da Luz, ou também conhecida como cracolândia, no centro da cidade de São Paulo. O Programa, baseado na política de redução de danos, propõe o cuidado no território, possibilitando às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, moradia, alimentação, trabalho e cuidado em saúde. Até então a região, só havia experimentado ações baseadas na repressão e na internação forçada, propostas por governos anteriores (SÃO PAULO, 2016).

O Programa é reconhecido como referência no Congresso Mundial sobre Drogas nas Nações Unidas, uma das políticas de redução danos com melhores resultados, contudo com a eleição de João Dória (PSDB), como novo prefeito da cidade de São Paulo, o Programa poderá ser extinto, já que, Dória afirma não visualizar os resultados reconhecidos até em outros países. Este declara preferência ao programa Recomeço, baseado na abstinência da droga e pensado pelo Governo Estadual de Geraldo Alckmin. O programa intitulado “Recomeço”, tem participação da Secretaria de Saúde e da Secretaria Social, e propõe a internação de pessoas com necessidade decorrentes do uso de álcool e outras drogas, direcionando o cuidado a esta população, em contramão aos preceitos propostos pela Reforma Psiquiátrica (SÃO PAULO, 2016).

Importante ressaltar, o momento político que vivenciamos, em que o Governo Federal direciona-se ao fortalecimento de combate às drogas, militarização das penitenciárias e criação de novos presídios, resultando numa crise de um sistema prisional nunca visto antes no Brasil. O contexto nos presídios, é resultado da guerra às drogas. É urgente aos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, a proposta de novos conceitos e novas práticas à crise posta.

Reconfiguração da Política de Álcool e outras drogas e RAPS

A ampliação da rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas ocorreu dentro do contexto da “epidemia do crack”. A mídia reforçava a ideia que o advento “crack” deveria ser tratado como uma epidemia, distorcendo a questão real para abordagens que fortaleciam o entendimento do fenômeno em questão, como algo patológico, que se alastrava.

Em 2001, na III Conferência Nacional de Saúde Mental, a Redução de Danos é apontada como umas das diretrizes a serem consolidadas pelas políticas de Saúde Mental, inaugurando o caminho da transversalização à integração das ações de Saúde Mental e DST/AIDS. Assim, os Programas de Redução de Danos migraram do campo exclusivo da DST/AIDS, e passaram a compor a assistência em Saúde Mental, articulando a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral à Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003; SOUZA, 2007) .

A articulação das ações de Redução de Danos nos territórios com a Política de Álcool e Drogas no Brasil teve pioneirismo na cidade de Santos, entre 1989 e 1994. No ano de 1989, o médico sanitário Fábio Mesquita (coordenador do Programa de DST/Aids), junto com David Capistrano Filho (secretário de saúde de Santos e um dos principais militantes da Reforma Sanitária Brasileira), foram responsáveis por essas primeiras ações de Redução de Danos no Brasil (SOUZA, 2007).

Em Campinas, Gastão Wagner de Souza Campos, então secretário da saúde, oficializou, em 2001, a Redução de Danos como uma política do município, abrindo caminho para ampliação do projeto, sendo criado em 2002, o Programa de Redução de Danos.

A Portaria 1.028 de julho de 2005, regularizou no território nacional, as ações de Redução de Danos, ampliando o cuidado direcionado às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas para além das propostas que se pautassem exclusivamente no paradigma proibicionista. Ainda em julho de 2005, por meio da Portaria n.º 1.059/GM, destinou-se incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos nos CAPS AD.

Em 2002, por meio da Portaria n.º 816/GM, instituiu-se, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, desenvolvido de forma articulada pelo Ministério de Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e municípios. O Programa, organiza as

ações de promoção, prevenção, proteção à saúde e educação das pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2005).

Assim, no mesmo ano, a Portaria 336, ao caracterizar as diferentes modalidades de Centros de Atenção Psicossocial, inclui os CAPS AD como um dos serviços centrais na organização da nova rede substitutiva de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas.

Destaca-se aqui iniciativas do Governo Federal relacionado ao cuidado ofertado às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas como o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde-SUS (PEAD), instituído pela Portaria nº 1190, de 04 de junho de 2009; e o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIEC), instituído pelo Decreto Presidencial nº 7179, de 20 de maio de 2010. Por meio destas iniciativas, o Ministério da Saúde passou a financiar através do SUS, Projetos de Consultórios na Rua, Casas de Acolhimento Transitório (CAT), Escolas de Redutores de Danos, tal fato potencializou, para além dos CAPS AD, o surgimento de experiências de diversificação e expansão de dispositivos assistenciais (BRASIL, 2009).

Neste cenário de incentivo de projetos direcionados às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde institui a Portaria Nº 3.088, em 2011, que estabelece a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. É importante ressaltar, que a RAPS alinha-se a Lei 10.216 ao atualizar a proposta de uma rede substitutiva de cuidados em saúde mental (BRASIL, 2011).

Atualmente, o Consultório na Rua está entre os pontos de atenção da RAPS na atenção básica, constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, este serviço considera as diferentes necessidades de saúde e oferta ações às pessoas em situação de rua, em geral, pessoas com transtornos mentais e usuários de crack, álcool e outras drogas, por meio de ações de redução de danos. Para tal, o Consultório na Rua estabelece parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial e Prontos-Socorros (BRASIL, 2011).

O primeiro Consultório de Rua do Brasil, criado em 1995, foi uma iniciativa do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), da Universidade Federal da Bahia, um modo de atenção à saúde para pessoas que vivem em situação de rua, expostas ao uso de substâncias psicoativas. A proposta surgiu de três constatações principais: dificuldade

de acesso aos serviços de saúde por parte desta população; comprovação dos riscos sociais e à saúde, decorrentes do uso de substâncias psicoativas e da vida nas ruas; e invisibilidade social desta parcela da população (NERY; VALÉRIO; MONTEIRO, 2011).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Com o propósito de responder tais questões, este estudo tem como objetivo geral compreender o processo do Apoio Matricial, na perspectiva dos profissionais dos CAPS AD e Atenção Básica, de forma específica na rede de atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar o que dificulta e o que facilita o desenvolvimento do apoio matricial percebidos pelos profissionais matriciados e matriciadores para o desenvolvimento do apoio matricial na rede de atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas;
- Analisar a dinâmica de trabalho que se estabelece entre os profissionais no Apoio Matricial na rede de atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas;
- Identificar, na perspectiva dos profissionais, quais são as ações destinadas aos usuários de álcool e outras drogas embasadas na prática do Apoio Matricial.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de estudo transversal, descritivo exploratório, com abordagem qualitativa. Esta pesquisa se insere no campo das pesquisas qualitativas em saúde e se baseia nos modos de concepção da realidade e da relação sujeito-objeto característicos da abordagem qualitativa das relações sociais. Nas pesquisas qualitativas sujeito e objeto se relacionam de modo que a visão de mundo do pesquisador permeia sua aproximação do objeto e, além disso, o pesquisador é considerado como instrumento-chave para a compreensão da realidade a ser estudada (MINAYO, 2010).

A pesquisa insere-se nas pesquisas de avaliação participativa. De acordo com Campos e Furtado, 2008 estas são compreendidas como um processo resultante de parcerias entre avaliadores e pessoas afetadas e envolvidas por um serviço, como profissionais do serviço, usuários, familiares, gestores. Os autores defendem que a escolha por uma pesquisa de dimensão participativa, justifica-se por uma posição política e ideológica, pautadas em ideias de justiça social e democracia. Os indivíduos pertencentes a grupos oprimidos e setores marginalizados teriam a oportunidade de se fazer ouvir e de influenciar o curso de um dado programa ou serviço, resultando em emponderamento destes, principalmente pelo fato de estarem envolvidos no processo da pesquisa. Entendemos a necessidade desta escolha de pesquisa como um elemento importante para dar voz aos profissionais que direcionam o cuidado às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, possibilitando assim espaço para ser dito sobre dificuldades e potencialidades encontradas nos cotidianos de ações de cuidado.

3.1 Participantes

A pesquisa foi composta por 15 profissionais, sendo 08 profissionais dos três CAPS AD (Antônio Orlando, Reviver e Independência) e 07 profissionais das Unidades Básicas de Saúde da cidade de Campinas, com nível técnico, médio e graduação, atuantes no processo de Apoio Matricial na Clínica de álcool e outras drogas como matriciadores ou matriciados.

Os critérios de inclusão no estudo foram: assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e atuar há pelo menos seis meses no processo de Apoio Matricial tanto nos CAPS AD como nas Unidades Básicas de Saúde.

3.2 Campo da Pesquisa

O estudo desenvolveu-se na cidade de Campinas que tem, aproximadamente 1 milhão e 200 mil habitantes. O contexto da pesquisa foi constituído pela rede de saúde estabelecida entre os três CAPS AD que compõem a cidade de Campinas e as UBS (Unidade Básica de Saúde) que se articulam com estes CAPS AD na perspectiva do Apoio Matricial.

Os três CAPS AD participantes do estudo funcionam em parceria com a Prefeitura Municipal de Campinas. A relação entre o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira e Prefeitura Municipal de Campinas se dá por meio de convênio desde 1990. Assim, ao longo destes anos foi-se estabelecendo a constituição de uma extensa e complexa rede pública de serviços de saúde mental, sem paralelo em nenhuma outra cidade deste país, que articula diferentes tipos de equipamentos, caracterizados por diferentes modalidades e intensidades de cuidados prestados aos usuários com sofrimento mental, composta por Centros de Atenção Psicossocial (Mental, Álcool e outras Drogas, Criança e Adolescente), Centros de Convivência, Oficinas de Geração de Renda, Residências Terapêuticas e Serviço de Retaguarda (CAMPINAS, 2016).

A saúde mental de Campinas conta com uma cogestão com o Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira e é composta por seis unidades de CAPS III; quatro unidades de CAPS AD (Álcool e Drogas), dois que contam com funcionamento 24 horas e serviço de leito noite, um que conta com Unidade de Acolhimento Transitório (UAT), uma equipe de Consultório na Rua; quatro unidades de CAPS ij; cinco unidades de Centros de Convivência; quatro Oficinas de Trabalho e Geração de Renda; Serviços Residenciais Terapêuticos; Apoio de saúde mental nos distritos; e equipes mínimas de saúde mental na Atenção Básica. Este cenário é utilizado também para processos de formação profissional de diferentes universidades e pesquisas em todo Brasil.

Desde 2001, o Apoio Matricial em Saúde no município foi implantado por meio do Programa Paidéia Saúde da Família, uma adaptação do Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde. O município destaca-se no cenário nacional pela sua história de pioneirismo nos processos de Reforma Psiquiátrica. Assim, sua rede de atenção básica conta com equipes de saúde mental desde a década de 1970, as quais foram ampliadas de forma significativa durante a implantação do Apoio Matricial (CUNHA, CAMPOS, 2011).

Desta forma, a escolha pelo município de Campinas como campo de investigação da pesquisa se dá, pois, o município realizou de forma inaugural as ações embasadas no Apoio Matricial em Saúde Mental, por meio do Programa Paidéia Saúde da Família (CAMPOS, 2007) e por ser de interesse da pesquisadora, tendo em vista o fato desta ser trabalhadora e militante da rede de saúde mental de Campinas.

A rede de saúde de Campinas era estruturada na divisão de assistência em saúde por áreas e programas, dentre estes o programa de saúde mental, sendo que esta rede não havia aderido ao Programa de Saúde da Família. Assim a opção política da administração municipal foi por implantar o Programa Paidéia, em 2001. A perspectiva era de construir um PSF ampliado, alinhado com os pressupostos do Método Paidéia, visto que na época, o secretário de saúde era o próprio formulador do Método (FIGUEIREDO, 2005; RIGOTTI, 2016).

O cenário atual tornou-se bem diferente, apesar de não haver mudanças significativas no formato da rede, as mudanças no governo municipal para partidos de oposição àquele que implantou o Programa Paidéia, resultou em profundas transformações na sua lógica de trabalho

A escolha por este município também se dá por Campinas ser reconhecida como uma rede de saúde mental destaque para outros municípios brasileiros. Esta rede que foi arduamente conquistada pelo compromisso de seus trabalhadores, gestores e envolvimento de familiares e usuários de saúde mental, por um cuidado respeitoso, articulado e democrático. Campinas protagonizou uma mudança de paradigma no cuidado em saúde mental, contextualizada em resistências e enfrentamento político assistencial, resiste até os dias atuais, ao desmonte do SUS que vivenciamos com a reeleição de um prefeito que não tem demonstrado interesse em preservar o título de referência de Campinas, em sua rede de saúde mental, mas ao contrário, favorecendo o sucateamento e terceirização da rede de saúde mental da cidade.

Tais condições só ganharam força após impeachment da presidente Dilma Rousseff, o que culminou, quase que de forma imediata, em retrocessos no que tange os direitos humanos relacionados principalmente às conquistas dos últimos anos nos eixos de saúde e educação. As decisões do atual governo só ilustram esse retrocesso, mudanças relacionadas aos direitos do trabalhador brasileiro resultando no aumento do tempo do contribuinte, reduzindo os

recursos de saúde e educação, favorecendo assim a previdência privada, concretizam aspectos que direcionam ao desmonte do SUS.

A cidade de Campinas é composta por cinco Distritos de Saúde, sendo estes, Norte, Sul, Leste, Noroeste e Sudoeste. Os CAPS AD se configuram de forma estratégica, territorial e são localizados nos Distritos de Saúde Sul (CAPS Independência), Leste (CAPS Reviver) e Noroeste (CAPS Antônio Orlando).

Participaram da pesquisa os três CAPS AD e quatro UBS que compõem os Distritos Norte, Leste, Sul e Sudoeste do município de Campinas.

3.3 Instrumentos

Para a coleta de dados foram utilizados três instrumentos sendo, protocolo de informações dos profissionais, contendo informações sobre os dados pessoais e relacionados ao tempo de serviço e experiência em saúde mental (APÊNDICE A), protocolo de informações dos serviços, contendo informações específicas da dinâmica de funcionamento (APÊNDICE B), roteiro para desenvolvimento do grupo focal (APÊNDICE C) e diário de campo. Os instrumentos foram elaborados pela pesquisadora tendo como base o material teórico sobre o tema.

3.4 Procedimentos

3.4.1 Procedimentos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar tendo sido aprovado em 18/04/2016, sob o número 1.505.113 (ANEXO A), e à Prefeitura Municipal de Campinas por meio do CETS (Centro de Educação dos trabalhadores da Saúde), sendo aprovado em 15/12/2015, sob o número 083/2015 (ANEXO B). Após aprovações iniciou-se a coleta de dados.

Todos os profissionais participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando a utilização do material produzido na pesquisa, resguardado o sigilo, respeitando as prerrogativas da resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) que versa sobre ética em pesquisa com seres humanos.

3.4.2 Localização dos Participantes

Para localização dos participantes inicialmente foi realizado contato com os gestores dos CAPS AD Independência, Reviver e Antônio Orlando a fim de identificar os profissionais que realizam Apoio Matricial e em quais UBS estes profissionais o realizam. Após esse contato prévio, foi agendada data para contato inicial com os profissionais matriciadores dos CAPS AD. Esse contato se deu em reuniões de equipe, no qual foi apresentado o projeto aos profissionais, os objetivos, local e data da coleta de dados. Nesse momento, somando os três CAPS AD nove profissionais se interessaram em participar da pesquisa, sabendo que o CAPS AD Reviver possui quadro de funcionários que somam em 42 profissionais, sendo que 07 realizavam ações de Apoio Matricial. Já o quadro de profissionais do CAPS AD Independência compõe-se em 31 profissionais, sendo que 08 realizavam ações de Apoio Matricial e por último o CAPS AD Antônio Orlando com 24 profissionais, sendo que destes 08 realizavam ações de Apoio Matricial.

Caso o número de profissionais interessados em participar do estudo ultrapassasse quinze, seria realizado sorteio, contudo não houve necessidade deste procedimento. Alguns profissionais questionaram a ideia do Grupo Focal ser realizado com os três CAPS AD, apresentando certa resistência, contudo após justificativa apresentada pela pesquisadora, todos os profissionais participantes da pesquisa aceitaram e indicaram ser interessante este formato.

Compreende-se matriciadores como profissionais com formação de graduação, técnica ou média que estão nas equipes de serviços especializados, como os CAPS, e que realizam ações de Apoio Matricial, os profissionais matriciados possuem também formação de graduação, média ou técnica, que compõem a Atenção Básica à Saúde e realizam ações de Apoio Matricial. Os matriciadores exercem o apoio especializado às equipes da Atenção Básica, contudo este movimento não deve ser entendido como um processo vertical, a construção que se dá no processo de Apoio Matricial é circular, a troca de saberes movimenta-se de forma horizontal e dinâmica em busca de uma rede costurada, fio a fio, por mãos de matriciadores, matriciados e usuários da rede de saúde mental.

Para localização dos profissionais matriciados das UBS foi inicialmente realizado contato com a Secretária Municipal de Saúde de Campinas a fim de obter uma listagem dos Apoiadores de Saúde Mental, pois cada Distrito de Saúde possui seu respectivo Apoiador de Saúde Mental. Cada um dos Distritos conta com um coordenador distrital e uma equipe de apoiadores institucionais. Os Distritos recebem demandas do nível central da Secretaria Municipal de Saúde e mantém interlocução com os serviços da ponta por meio de seus apoiadores (CAMPINAS, 2006).

Após essa primeira etapa foi realizado contato com os Apoiadores, a fim de fornecerem uma listagem com todos os profissionais matriciados e as respectivas UBS (Unidade Básica de Saúde) que compõem os Distritos de Saúde Sul (CAPS Independência), Leste e Norte (CAPS Reviver) e Noroeste (CAPS Antônio Orlando).

Com listagem em mãos, foi realizado contato telefônico e por e-mail com todos os profissionais, que ao todo somavam em 143, orientando-os quanto aos objetivos da pesquisa, local e data da coleta de dados. Sabia-se que caso o número total de profissionais interessados em participar da pesquisa ultrapassasse quinze, seria realizado sorteio, contudo novamente não houve necessidade deste procedimento. Ao total foram oito profissionais matriciados interessados em participar da pesquisa.

Após todos os contatos estabelecidos a pesquisadora criou um Grupo de WhatsApp² com os profissionais matriciados e outro com os profissionais matriciadores. Acredita-se que este procedimento facilitou a comunicação, principalmente com relação a data, local e horário da realização do Grupo Focal diminuindo, assim, as faltas que totalizaram somente uma em cada grupo, ou seja, um profissional faltou em cada um dos grupos.

3.4.3 Coleta de Dados

Para a coleta de dados utilizou-se da técnica do grupo focal, sendo este entendido como uma técnica de coleta de dados em que pessoas que compartilham traços comuns aprofundam discussões sobre uma questão específica. As opiniões emergem da interação entre os participantes, que devem ter vivência com o tema

² O WhatsApp Messenger é um aplicativo gratuito para a troca de mensagens disponível para Android e outras plataformas. O WhatsApp utiliza a conexão com a internet para enviar mensagens e fazer chamadas.

discutido, de modo que a participação seja capaz de trazer elementos ancorados em suas experiências cotidianas. Com isso, é possível atingir um número maior de pessoas ao mesmo tempo e obter, com alguma facilidade, dados com certo nível de profundidade em um período curto de tempo (WESTPHAL, BÓGUS, FARIA, 1996; GATTI, 2005).

Foram realizados dois grupos focais, com duração de aproximadamente duas horas cada um, como prevê a literatura. Ocorreu um grupo focal com os oito profissionais matriciadores dos CAPS AD e outro grupo focal com os sete profissionais matriciados das UBS, totalizando dois encontros de grupos focais. O desenvolvimento dos grupos focais foi gravado e posteriormente transcrito.

A realização dos grupos focais aconteceu em sala cedida pelo CETS (Centro de Educação dos Trabalhadores de Saúde), localizado em região central de Campinas. A pesquisadora fez parceria com estacionamento próximo ao prédio do CETS, de forma a garantir desconto no custeio com estacionamento para os participantes da pesquisa.

Os grupos focais foram áudio-gravados e as observações foram registradas, pela própria pesquisadora, em diários de campo. A transcrição das gravações respeitou a veracidade e originalidade dos discursos e a preservação da identidade dos autores das falas, assim como a descrição do que foi observado.

O diário de campo é considerado um dos principais instrumentos científicos de observação e registro e ainda uma importante fonte de informação para uma equipe de trabalho, consiste no registro completo e preciso das observações dos fatos concretos, acontecimentos, relações verificadas, experiências pessoais do profissional/investigador, suas reflexões e comentários. Os fatos devem ser registrados no diário o quanto antes após o observado para garantir a fidedignidade do que se observa. São utilizados, por um determinado período de tempo, para o registro de reações, sentimentos, comportamentos específicos, interações sociais, atividades e eventos (FALKEMBACH, 1987).

Para o desenvolvimento dos grupos focais faz-se necessário um moderador que deve procurar cobrir a máxima variedade de tópicos relevantes sobre o assunto e promover uma discussão produtiva, assim o moderador deve limitar suas intervenções e permitir que a discussão flua, só intervindo para introduzir novas questões e facilitar o processo, que se embasa em um roteiro de temas (GONDIM, 2002).

A literatura aponta que a pessoa que assuma o papel de moderador nos grupos focais não esteja envolvida com o tema investigado, a fim de evitar possíveis interferências no

curso da discussão. No entanto, há diversos relatos de pesquisa em que a condução dos grupos focais é feita pelo próprio pesquisador ou por membros da equipe de pesquisa, o que pode favorecer o enfoque das questões de principal interesse e ainda permitir que o pesquisador contribua com outras sínteses a partir de suas próprias leituras prévias sobre o tema (FURTADO, 2001; FIGUEIREDO, 2006; FERRER, 2007).

A validação da investigação que utiliza o grupo focal, é função do observador. Um dos papéis mais importantes do observador é analisar a rede de interações presentes durante o processo grupal. O observador ainda identifica as reações do moderador com relação ao grupo, suas dificuldades e limitações, assumindo assim, uma posição menos ativa, restringindo-se ao registro de comunicações não-verbais, linguagem, atitudes preocupações e ordem de respostas que seja considerada importante. O conhecimento prévio do tema, auxilia no registro que cabe ao observador, contudo, este não deve esperar que tudo seja significativo (CHIESA, CIAMPONE, 1999; CANALES, PEINADO, 1995).

Tendo como suporte tais considerações, a pesquisadora assumiu o papel de observadora dos grupos focais, a fim de auxiliar a organização de aspectos práticos da condução do grupo e registros. Para a condução dos grupos focais foi feito contato com a equipe do Grupo de Pesquisa Paideia da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da UNICAMP, do qual a pesquisadora participou durante o ano de 2015, e realizou convite aos profissionais que se interessaram pelo tema. Duas profissionais aceitaram o convite e permaneceram como moderadoras dos Grupos Focais.

Após a realização do grupo focal com cada grupo de profissionais, ou seja, após o grupo com os matriciadores e após o grupo com os matriciados, foi aplicado o protocolo de informações dos profissionais. Para tal, foram distribuídos os protocolos impressos para cada um dos profissionais participantes dos grupos e foi cedido um tempo de aproximadamente 30 minutos para o preenchimento. Antes do início dos Grupos Focais, solicitou-se aos profissionais que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após a finalização dos grupos focais, a pesquisadora entrou em contato com os coordenadores das UBS referentes aos profissionais matriciados pesquisados e com os gestores dos CAPS AD para o preenchimento do protocolo de informações dos serviços.

3.4.4 Análise de Dados

A análise de dados desta pesquisa se deu a partir da perspectiva de Análise de Conteúdo de Bardin (1979). A autora define o método de Análise de Conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Tal análise é caracterizada por um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a discursos extremamente diversificados.

A autora define a análise temática como uma das formas que melhor se adequou as investigações qualitativas. Esta engloba três etapas que constituem a aplicação da técnica sendo elas a pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados e interpretação. A etapa de pré-análise resulta das informações obtidas por meio da transcrição do material oriundo da coleta de dados aplicada. A etapa de exploração do material consiste em codificar as informações contidas no material, ou seja, realiza-se o recorte do texto buscando classifica-lo de acordo com as temáticas. O tratamento dos resultados e interpretação tem por finalidade analisar os dados obtidos e interpretá-los (BARDIN, 2009).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os resultados referentes aos profissionais e aos serviços participantes da pesquisa obtidos por meio dos Protocolos de Informações dos Profissionais e Protocolo de Informações dos Serviços. Após, serão apresentados os resultados oriundos da análise temática realizada com o material proveniente dos grupos focais.

4.1. Caracterização dos Participantes

A caracterização dos profissionais se deu a partir de informações coletadas por meio do protocolo de informações. A população do estudo se constituiu por 15 profissionais, sendo 07 atuantes em 04 UBS que compõem os distritos de saúde Norte, Noroeste e Sul e 08 profissionais dos 03 CAPS AD do município de Campinas. Os participantes foram identificados por P1, P2 e assim sucessivamente até o P15, mantendo-se, assim, sigilo em relação aos mesmos. Quadro 1 é referente a caracterização dos profissionais dos CAPS AD.

Quadro 1 – Caracterização dos Participantes

Participante	Serviço de Saúde	Gênero	Idade	Formação Profissional	Formação Complementar	Local última formação	Ano última formação
P1	CAPS AD	Masculino	34	Psicologia	Aprimoramento em Psicologia em Saúde Pública; Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade; Mestrado em Saúde Coletiva	UNICAMP	2016
P2	CAPS AD	Masculino	33	Psicologia	Mestrado Profissional em Saúde Coletiva	UNICAMP	2016
P3	CAPS AD	Feminino	34	Enfermagem	Especialização em Saúde da Família; Especialização em Gestão de Enfermagem	UNIVAS	2006
P4	CAPS AD	Feminino	33	Técnico Enfermagem	Não realizou	ETECAP	2006
P5	CAPS AD	Feminino	31	Psicologia	Aprimoramento em Saúde Coletiva; Especialização em Saúde Mental	UNIFESP	2011
P6	CAPS AD	Masculino	29	Psicologia	Aprimoramento em Saúde Mental e Saúde Coletiva Mestrado em Ensino em Saúde (em andamento)	PUC CAMPINAS	2016
P7	CAPS AD	Masculino	25	Redutor de Danos	Não realizou	E.E Culto à Ciência	2012
P8	CAPS AD	Feminino	36	Psicologia	Especialização em Saúde Mental em andamento	PUC CAMPINAS	2016

Fonte: Próprio autor

A idade dos profissionais variou entre 25 e 36 anos, com relação à formação profissional predominante, destaca-se a psicologia apontada por 5 profissionais. Em

referência às formações complementares 06 dos 08 profissionais realizaram este tipo de formação. Dentre estes, 02 cursaram Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, 01 cursa Mestrado em Ensino em Saúde, 03 especializações sendo 02 em saúde mental, 03 aprimoramentos e 01 profissional cursou residência.

As formações complementares em sua grande maioria foram realizadas em Instituições Públicas, tendo a UNICAMP como a instituição mais apontada. Os profissionais que realizaram formação complementar a fizeram nos últimos dez anos, em sua maioria concluídas no ano de 2016. No que diz respeito à formação complementar, os profissionais com formação técnica em enfermagem e em redução de danos, não realizaram, contudo, destacaram o desejo e reconhecem a importância desta, para a prática profissional.

O profissional redutor de danos apontou que sua participação nas Supervisões com composição de redutores de danos dos três CAPS AD o auxilia na prática profissional, apesar desta não ser considerada formação complementar. As Supervisões apontadas pelo profissional é resultado de uma parceria entre Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira e Programa com o Centro de Convivência “É de Lei - Redução de danos sociais e à saúde associados ao uso de drogas”, estas ocorriam até julho deste ano, contudo foram canceladas devido a reajustes orçamentários do convênio entre Cândido Ferreira e Secretaria Municipal de Saúde.

O Centro de Convivência “É de Lei” é uma organização da sociedade civil, sem fins lucrativos, que atua há 16 anos na região centro da cidade de São Paulo desenvolvendo ações que buscam diminuir vulnerabilidades relacionadas ao uso de drogas por meio da promoção de direitos sociais e do desenvolvimento de estratégias que levem a reflexões sobre o uso de drogas e o autocuidado dos usuários (GOMES, *et al* 2015).

O período de atuação dos profissionais dos CAPS AD na rede de atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas varia de 02 a 07 anos, já o período de atuação em ações de Apoio Matricial é apontado por estes desde, no mínimo, 02 anos até, no máximo, 09 anos. Quanto à experiência no serviço atual, 06 profissionais apontam entre 02 a 04 anos de atuação e somente dois profissionais entre 07 e 08 anos nos CAPS AD, ou seja, a maioria dos profissionais dos CAPS AD participantes da pesquisa possuem somente de 02 a 04 anos de atuação no serviço atual. A seguir, o Quadro 2 especifica a caracterização dos profissionais da Atenção Básica.

Quadro 2 – Caracterização dos Participantes – Profissionais Atenção Básica

P9	UBS	Feminino	45	Terapeuta Ocupacional	Especialização em Saúde mental	UNICAMP	2016	15 anos	15 anos
P10	UBS	Masculino	36	Psicologia	Mestrado em Psicologia	PUC CAMPINAS	2012	02 anos	02 anos
P11	UBS	Feminino	29	Psicologia	Extensão em Apoio Matricial; Especialização em Psicologia Hospitalar	UNICAMP	2015	03 anos	03 anos
P12	UBS	Feminino	50	Medicina	Especialização em Homeopatia; Especialização em Saúde da Família	UNICAMP	2012	20 anos	02 anos
P13	UBS	Masculino	45	Psicologia	Mestrado Profissional em Saúde Coletiva; Doutorado em Psicologia em andamento	UNICAMP	2016	20 anos	15 anos
P14	UBS	Feminino	59	Serviço Social	Aprimoramento em DST/HIV/AIDS, Serviço Social e Saúde	UNICAMP	2012	11 anos	11 anos
P15	UBS	Masculino	54	Medicina	Residência em Psiquiatria	UFRJ	1987	27 anos	02 anos

Fonte: Próprio autor

Os profissionais das UBS que participaram da pesquisa, tinham idade entre 29 e 59 anos, a diferença entre faixa etária é maior se comparada aos profissionais dos CAPS AD.

Assim como os profissionais dos CAPS AD, a formação profissional predominante dos profissionais das UBS, concentra-se na psicologia indicado por 3 profissionais. Em referência

as formações complementares, 02 profissionais indicam especialização como formação complementar, dentre estes especialização em saúde mental, 01 profissional realizou curso de extensão em Apoio Matricial. Dois profissionais apontam como formação complementar mestrado, 01 doutorado em andamento, 01 aprimoramento e 01 residência em psiquiatria, informações verificadas no Quadro 2.

O curso de Extensão em Apoio Matricial indicado por 01 profissional matriciado foi oferecido pelo grupo de pesquisa, Coletivo de Estudos e Apoio Paideia do Departamento de Saúde Coletiva, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). O curso denominado Cogestão da Clínica Ampliada e Compartilhada, foi oferecido ao coletivo de trabalhadores de uma das unidades básicas do SUS de Campinas. Alguns pesquisadores do coletivo Paidéia, funcionaram como apoiadores horizontais durante todo o processo. O curso-intervenção, coordenado pelo Distrito Sudoeste e pelo Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, foi oferecido como curso de extensão da Universidade Estadual de Campinas e realizado de forma descentralizada, ou seja, em vários serviços de saúde da rede municipal. Este, sob a supervisão direta do professor Gastão Wagner de Sousa Campos, teve duração de um ano e meio, iniciando em junho de 2009 e encerrando em dezembro de 2010 (CASTRO, CAMPOS, 2014).

As justificativas apontadas pelos profissionais que realizaram formação complementar tanto dos CAPS AD como das UBS, indicam que, a formação resultou em sua maioria, em auxílio na prática profissional, favorecimento da compreensão do campo de atuação e compreensão do usuário de saúde mental. O estímulo para um olhar crítico e reflexivo sobre a prática profissional foi apontado como fator resultante da formação complementar. A maioria dos profissionais indicou que a formação complementar os direcionou, na reflexão da prática profissional.

O período de atuação dos profissionais da AB na rede de atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, variou de 02 a 27 anos, observa-se que este período é maior se comparado ao período de atuação dos profissionais dos CAPS AD com esse público.

Os profissionais das UBS possuem de 02 até 15 anos de experiência no serviço atual, sendo que 04 indicam que estão no serviço atual de 02 a 03 anos e 03 profissionais indicam atuação no serviço de 11 a 20 anos, diferença significativa se comparado à experiência no

serviço atual dos profissionais dos CAPS AD que variou no período de 02 até no máximo 09 anos. Observa-se, a partir do Quadro 2, que os profissionais da Atenção Básica atuam em ações de Apoio Matricial desde, no mínimo, 02 anos até, no máximo, 15 anos, período este também maior se comparado aos profissionais dos CAPS AD.

O Quadro 3 a seguir, especifica os cursos complementares realizados pelos participantes da pesquisa, relacionados ao campo específico de álcool e outras drogas.

Quadro 3 – Cursos complementares relacionados ao campo de álcool e outras drogas

Cursos complementares apontadas	Número de participantes que Apontaram o curso
SUPERA	03
Especialização Psicologia Clínica	01
UNASUS – Da coerção à coesão	02
Treinamento no Ambulatório de Substâncias Psicoativas – ASPA;	02
Grupo de Estudos em Winnicott com olhar para uso de SPA's; Curso de Extensão de Psicoterapia Breve Psicanalítica – UNICAMP	01

Fonte: Próprio autor

Com relação a realização de cursos relacionados ao campo de álcool e outras drogas, todos os profissionais dos CAPS AD realizaram ou realizam capacitação específica relacionada a este campo. Já 05 dos 07 profissionais da Atenção Básica apontaram que não realizaram curso relacionado ao campo de álcool e outras drogas. Dentre as justificativas mais apontadas estão:

- ✓ Ausência de tempo
- ✓ Não ter pensado na possibilidade em realizar um curso específico neste campo

Já os profissionais que apontaram a capacitação no campo de álcool e outras drogas destacam o curso “SUPERA - Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento” como observa-se no Quadro 3. Os cursos UNASUS – Álcool e outras drogas, da coerção à coesão e ASPA – Treinamento em Serviço: Abordagem em Dependências Químicas, são apontados por 02 profissionais como formação no campo de álcool e outras drogas. Um profissional considera que o curso de especialização em Psicologia Clínica contém elementos de formação para o campo de álcool e outras drogas e uma profissional aponta que sua participação no Grupo de Estudos em Winnicott com olhar para uso de SPA’s e realização do curso de Extensão de Psicoterapia Breve Psicanalítica – UNICAMP configura-se como capacitação relacionada ao campo de álcool e outras drogas.

O curso “SUPERA - Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e

Acompanhamento” é promovido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) do Ministério da Justiça (MJ), oferecido gratuitamente por meio da parceria com a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), apoiado pela Associação Fundo de Incentivo à Pesquisa (AFIP) e executado na modalidade de Educação a Distância (EaD) por meio do Departamento de Psicobiologia da UNIFESP e do Departamento de Informática em Saúde (DIS) (BRASIL, 2016).

O curso UNASUS – Álcool e outras drogas: da coerção à coesão é fruto da parceria entre o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/SGTES) e a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD/DAET/SAS), do Ministério da Saúde, é promovido pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), integrante da Rede UNA-SUS e ofertado na modalidade de Educação a Distância (EaD) (BRASIL, 2016).

E finalmente o curso ASPA – Treinamento em Serviço: Abordagem em Dependências Químicas é promovido como modalidade presencial no espaço físico do Ambulatório de Psiquiatria do HC- UNICAMP, no qual funciona o Ambulatório de Substâncias Psicoativas (ASPA), possui critérios de seleção que passam desde avaliação curricular, prova escrita até entrevista.

As atividades grupais desenvolvidas por profissionais matriciadores que compõem a dinâmica de trabalho é identificada no Quadro 4.

Quadro 4 – Dinâmica do trabalho – Ações grupais direcionadas às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas – Profissionais CAPS AD – matriciadores

Atividades grupais:	Profissionais:
Grupo de referência	2
Grupo de Psicoterapia	2
Grupo de Acolhimento	4
Grupo de Enfermagem	2
Grupo de Caminhada	1
Grupo música	1
Visita Domiciliar	7
Grupo Gestão Autônoma de Medicação (GAM)	1
Reunião saúde mental distrito	2
Grupo de Horta	2
Grupo de alcoolista	1
Grupo culinária	1
Grupo de sentimentos	1
Ambiência	4
Oficina de comunicação	1

Fonte: Próprio autor

Entre as ações grupais direcionadas às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas destacam-se as Visitas Domiciliares indicadas como ações grupais por 07 profissionais e Grupo de Acolhimento e Ambiência são apontados por 04 profissionais.

Os profissionais investigados identificam a Ambiência como uma ação grupal, assim como verifica-se no Quadro 4. O conceito de ambiência na saúde surge com a Política Nacional de Humanização (PNH) que aparece afinada com a perspectiva da produção de saúde, tendo em vista a possibilidade de se potencializarem, na arquitetura, na organização do espaço e das pessoas (profissionais e usuários), as trocas sociais e os

vínculos. Assim, um cuidado de qualidade está de certa forma, condicionado ao ambiente, o que torna este estruturante do cuidado, na medida em que favorece as ações cuidadoras.

A Gestão Autônoma de Medicação (GAM), mencionado por um profissional como ação grupal, incentiva que as pessoas que usam psicofármacos desenvolvam certa crítica, reconhecendo os medicamentos que usam cotidianamente e seus efeitos desejados e não desejados. Assim, dois princípios importantes da GAM são: o direito à informação e o direito a aceitar ou recusar os tratamentos. Entende-se assim, com apoio nas ideias de Campos et al. (2012), que é essencial a participação das pessoas nas decisões sobre os seus tratamentos.

O Grupo de Acolhimento é um dispositivo reconhecido por 4 profissionais do mesmo serviço, este configura-se em um grupo inicial ao cuidado, ofertado como ponte para a construção de vínculos e elementos que direcionem o Projeto Terapêutico Singular do usuário do serviço.

Quadro 5: Dinâmica do trabalho – Ações grupais direcionadas na Gestão do Cuidado às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas – Profissionais CAPS AD – matriciadores

Reuniões de Equipe de Referência	8
Reuniões de Equipe Geral	8
Reuniões de Apoio Matricial	8
Assembleias	7
Reuniões Colegiado Gestor	1
Grupo de Estudos com Profissionais do CAPS (Antônio Orlando em horário de trabalho)	3
Visita Domiciliar conjunta	8
Conselho Local de Saúde	1
Grupo Gestão Autônoma de Medicação (GAM)	1
Reuniões de Passagem de Plantão	8
Reunião saúde mental distrito	2
Reunião Rede Ad	1
Ambiência	4
Supervisão com redutores de danos	1

Fonte: Próprio autor

Dos oito profissionais participantes, todos indicam Reuniões de equipe de referência como uma ação grupal direcionadas na Gestão do Cuidado às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. As equipes de referência foram propostas por Campos (2007) embasadas na linha de pesquisa voltada para a reforma das organizações e do trabalho em saúde. A equipe ou profissional de referência são aqueles que estabelecem o cuidado longitudinal, conduzindo um caso individual, familiar ou comunitário. A equipe de referência potencializa as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários.

Entre as ações grupais desenvolvidas na Gestão do Cuidado, os profissionais apontaram o dispositivo de Assembleias. Observa-se que o dado é apontado por todos

os profissionais matriciadores participantes, assim torna-se um dado relevante. Embasados em Foucault (1992), podemos compreender assembleia como um dispositivo. Para o autor, um dispositivo é um conjunto heterogêneo que engloba discurso, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Assim, compreende-se que o dito e o não dito são os elementos do dispositivo, compondo-se uma rede que se estabelece entre estes elementos.

O Colegiado Gestor, apontado por um profissional como uma ação grupal direcionadas na Gestão do Cuidado, constitui-se como espaço coletivo de negociação, definição de prioridades e investimentos. Tem como objetivos elaborar o projeto de ação do setor, organizar os procedimentos operacionais, intervir em seu processo de trabalho. Assim como sugerir e elaborar propostas, criar estratégias para o envolvimento de todos os membros e equipes do serviço, criar indicadores e monitorá-los, administrar imprevistos, prestar contas aos conselhos e superintendência (BRASIL, 2007).

Somente três profissionais do mesmo CAPS AD sinalizaram que participam de Grupo de Estudos com profissionais da equipe. Os grupos ocorrem semanalmente e partem de uma demanda identificada pela própria equipe. Os assuntos são decididos coletivamente, assim como o direcionamento do grupo.

Dois profissionais apontaram que participam de reuniões de Saúde Mental dos Distritos, estas ocorriam mensalmente ou quinzenalmente, de acordo com cada distrito, contudo observa-se que nos Grupos Focais, alguns profissionais referem que atualmente estas reuniões não ocorrem de forma contínua. Participam destas reuniões serviços que integram a saúde mental de cada distrito, participam os Apoiadores de Saúde Mental de cada distrito e profissionais que compõem essa rede, desde profissionais das UBS que possuem ou não ESF e Equipes de Saúde Mental até os dispositivos especializados como os CAPS AD.

As ações de Apoio Matricial identificadas por profissionais matriciadores foram apontadas como ações grupais, sendo estas reuniões de apoio matricial, acolhimento conjunto, busca ativa conjunta, oficinas e visitas domiciliares conjuntas. Assim, observa-se que os profissionais relacionam o Apoio Matricial ao estar em equipe e/ou desenvolver atividades de caráter coletivo. Supervisões de casos e capacitações

também foram identificados por profissionais matriciadores como ações de Apoio Matricial, contudo este dado somente apareceu nos Grupos Focais e não por meio do Protocolo de Informações.

Destaca-se aqui, o desenvolvimento de grupos com diferentes abordagens, tanto em ações grupais direcionadas às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, como em ações grupais direcionadas na Gestão do Cuidado, entre estas, ações de formação, de participação social, gestão da clínica e ações terapêuticas ou de cuidado.

Quadro 6: Dinâmica do trabalho – Ações individuais direcionadas aos usuários de álcool e outras drogas – Profissionais CAPS AD – matriciadores

Atividades Individuais:	Profissionais:
Atendimentos de referência	4
Atendimento de Psicoterapia	4
Acolhimento – Plantão	6
Atendimento de Enfermagem	2
Acompanhamento Terapêutico	3
Atendimento familiar (eventual e pontual)	5
Orientação em Redução de Danos	2
Campo no território (reduzidor de danos)	1

Fonte: Próprio autor

As ações individuais direcionadas aos usuários de álcool e outras drogas identificadas por profissionais dos CAPS AD estão entre Atendimentos de referência identificado por 04 profissionais, Atendimento de Psicoterapia também apontado por 04 profissionais, Acolhimento e ou Plantão identificado por 06 profissionais, Atendimento de Enfermagem mencionado por dois profissionais, Acompanhamento Terapêutico apontado por 03 profissionais, Atendimento familiar (eventual e pontual) identificado por 05 profissionais, Orientação em Redução de Danos referido por dois profissionais e finalmente Campo no Território nomeado como ação individual por profissional redutor de danos participante da pesquisa.

Com relação ao Acolhimento e ou Plantão identificado por seis profissionais como ação individual, pode ser orientado por quatro aspectos que se relacionam como o acesso relacionado aos aspectos geográficos e organizacionais; escuta qualificada referente à atitude dos trabalhadores de saúde; técnica como aspecto operacional do trabalho e reorientação de serviços como uma perspectiva política institucional (BALLARIN et al, 2011).

Entre as ações individuais, profissionais apontam o Acompanhamento Terapêutico, entende-se este como uma atividade que estimule a autonomia, favorecendo o protagonismo do usuário. Os ATs facilitam a circulação do usuário no território, proporcionando assim criação de laços sociais.

O profissional redutor de danos indica “Campo no Território” como uma ação individual direcionada aos usuários de álcool e outras drogas, assim as abordagens nos territórios de uso de drogas, caracterizam-se por vivenciar o encontro com os usuários de drogas nos locais de uso. O cuidado nos territórios proposto nas articulações dos redutores de danos se faz nos campos de ações, ou seja, na rua, nos becos, nos mocós na beira de trilhos de trem (SOUZA, 2013).

O Quadro 7 aponta as Atividades Grupais desenvolvidas por profissionais da Atenção Básica.

Quadro 7: Dinâmica do trabalho – Atividades grupais – Profissionais Atenção Básica – matriciados

Atividades Grupais:	Profissionais:
Grupo Esquizofrenia	1
Grupo Família	3
Grupo Artesanato	1
Grupo de Acolhimento	1
Grupo de crianças	1
Grupo Inclusão com abordagem musical	1
Visita domiciliar	5
Reuniões Equipe da Família	2
Grupo Família (AD)	1
Atendimento Conjunto	3

Fonte: Próprio autor

Dentre as ações grupais desenvolvidas por profissionais da Atenção Básica estão Grupo Esquizofrenia apontado por um profissional; Grupo Família identificado por três profissionais; Grupo Artesanato identificado por uma terapeuta ocupacional; Grupo de Acolhimento mencionado por um psicólogo; Grupo de crianças citado por uma terapeuta ocupacional; Grupo Inclusão com abordagem musical apontado por um psicólogo; Visita domiciliar registrado por cinco profissionais; Grupo Família apontado por um profissional e finalmente Atendimento Conjunto indicado por três profissionais.

O Quadro 8 refere-se as ações grupais direcionadas na Gestão do Cuidado com pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas – Profissionais Atenção Básica - matriciados

Quadro 8: Ações grupais direcionadas na Gestão do Cuidado às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas – Profissionais Atenção Básica - matriciados

Reunião Saúde Mental Distrito	2
Reunião Equipe de Referência	5
Reunião Conselho Gestor	1
Grupo de crianças	1
Grupo Inclusão com abordagem musical	1
Reuniões de Apoio Matricial	7

Fonte: Próprio autor

Entre as ações grupais direcionadas na Gestão do Cuidado às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, destacam-se as Reuniões de Equipe de Referência e Reuniões de Apoio Matricial, apontadas por profissionais matriciados.

Com relação as ações de Apoio Matricial, os profissionais matriciados as identificam como reuniões de apoio matricial, na gestão do cuidado, e visitas domiciliares conjuntas, atendimentos conjuntos e oficinas temáticas como ações de Apoio Matricial direcionadas às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

O Quadro 9 retrata as ações individuais realizadas por profissionais da Atenção Básica. Entre estas estão Atendimentos Individuais; Acolhimento e Plantão; Atendimento de Psicoterapia e Articulação de Rede Intersetorial.

**Quadro 9: Dinâmica do trabalho – Atividades individuais – Profissionais
Atenção Básica – matriciados**

Atividades Individuais:	Profissionais:
Atendimentos individuais	5
Acolhimento - Plantão	2
Atendimento de Psicoterapia (AD)	1
Atendimento de Psicoterapia	2
Articulação rede intersetorial	1

Fonte: Próprio autor

Entre as atividades individuais ofertadas por profissionais da AB estão atividades individuais, acolhimento – plantão, atendimento de psicoterapia e articulação de rede intersetorial.

Verifica-se que cinco dos sete profissionais da Atenção Básica apontam que não realizam ações direcionadas aos usuários de álcool e outras drogas, exceto sob demanda ou vinculadas ao Apoio Matricial. Somente dois profissionais apontam atendimentos individuais e as famílias de usuários de álcool e outras drogas já estabelecidos.

É interessante notar o desconhecimento da equipe com algumas propostas que não trabalham com a medicação, como Centros de Convivências, parcerias com as escolas, espaços de lazer e de esporte no próprio território. A possibilidade de contar com os recursos do território como proposta de intervenção para a inserção do sujeito e apropriação do seu direito de cidadania por meio do projeto terapêutico, que promovessem a saúde, não aparecem nos protocolos de informações, contudo este aspecto de trabalho preventivo e no território aparece nas discussões dos Grupos Focais e serão apresentados posteriormente.

4.2. Caracterização dos Serviços

Após contato com Gestores e coordenadores dos serviços, e preenchimento do protocolo de informações, foi possível caracterizar os serviços a partir de informações coletadas com os três gestores dos CAPS AD e com os quatro coordenadores das UBS.

Participaram do estudo 07 serviços, entre CAPS AD e Atenção Básica, aos quais os profissionais participantes estão vinculados. Os serviços compõem os distritos de saúde Norte, Noroeste e Sul do município de Campinas.

Os serviços foram identificados por A, B e assim sucessivamente até o G, mantendo assim, os nomes dos serviços em sigilo. Assim, o Quadro 10, a seguir apresenta a caracterização dos serviços.

Quadro 10: CAPS AD – Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas e UBS – Unidades Básicas de Saúde

Instituição	Administração	Funcionamento	Distrito de Saúde	Unidades Básicas de Saúde Bairros	Tempo de Existência
A	Parceiro	Seg à Sex das 08 às 18h	Noroeste e Sudoeste	25 UBS	05 anos
B	Parceiro	Seg à Sex das 07 às 19h	Sul	15 UBS	09 anos
C	Parceiro	24h	Norte e Leste	22 UBS	04 anos
D	Municipal	Seg à Sex das 07 às 9h e Sáb das 07 às 13h	Sul	17 Bairros	34 anos
E	Municipal	Seg à Sex das 07 às 19h	Norte	12 Bairros	13 anos
F	Municipal	Seg à Sex das 07 às 21h	Sul	13 Bairros	40 anos
G	Municipal	Seg à Sex das 07 às 22h e Sáb das 07 às 17h	Noroeste	11 Bairros	32 anos

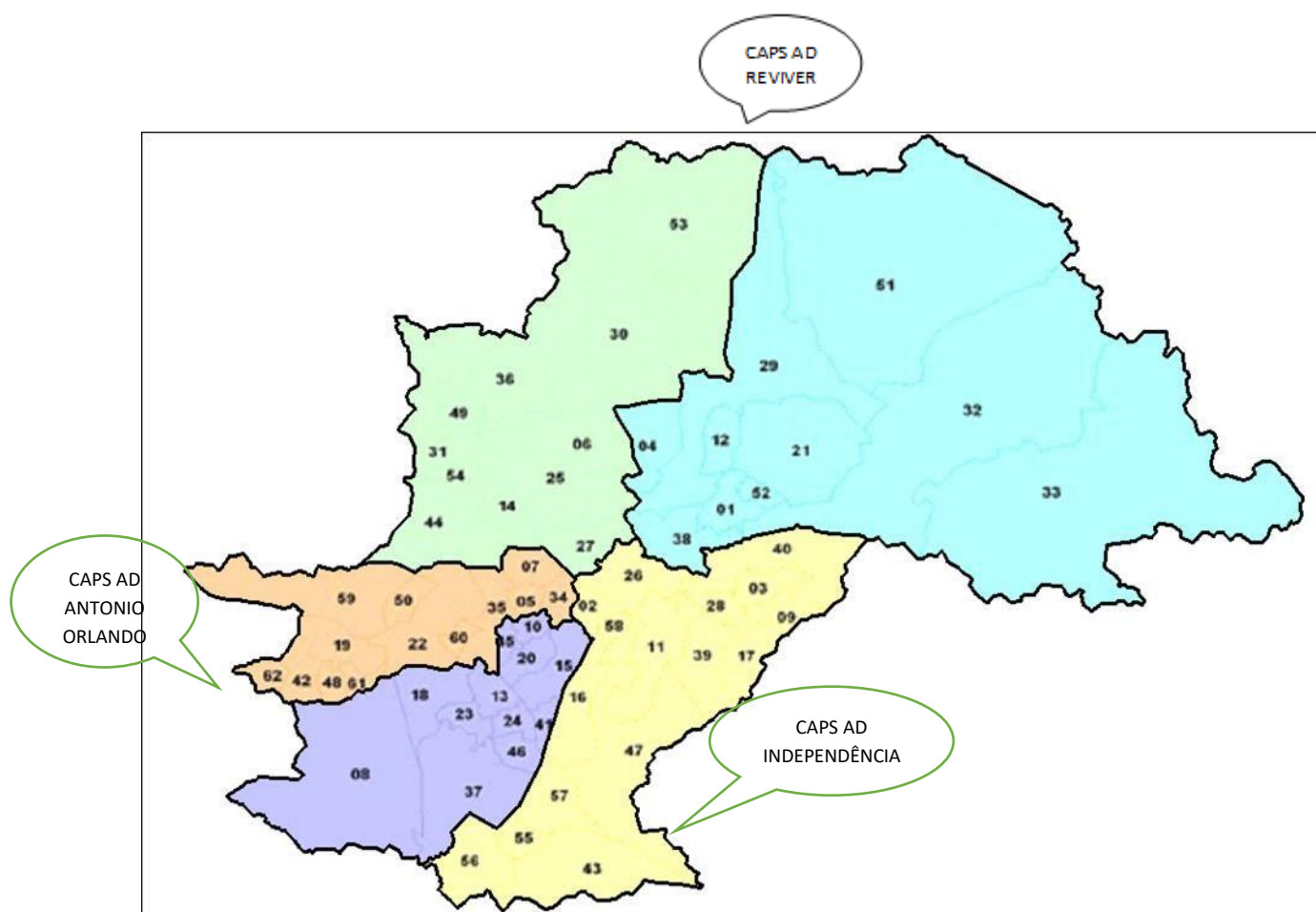
Fonte: Próprio autor

Entre os CAPS AD pesquisados dois A e B funcionam como CAPS tipo II, e somente um funciona como CAPS tipo III, ou seja, com disponibilidade para leito noite. Atualmente existe uma mudança do convênio e o CAPS A passa por ampliação para CAPS III com inauguração prevista para outubro de 2016, este abrangia os Distritos Noroeste e Sudoeste, pois, até o momento da coleta de dados, acolhia em seu espaço físico a Equipe do CAPS Noroeste sendo o único CAPS AD do município de Campinas com administração municipal. Até o momento da coleta de dados da pesquisa este CAPS AD ainda não possuía sede própria e a equipe estava sendo constituída, portanto, não foi possível ser participante da pesquisa. Este CAPS AD abrangerá o distrito Noroeste do município de Campinas e possui recentemente sede própria.

As UBS são de administração pública, Campinas possui 63 UBS que são responsáveis pela atenção básica à saúde no município. Contam com suporte e retaguarda de equipes técnicas distritais e centrais da Secretaria Municipal de Saúde e possuem Conselho local de Saúde, com representantes da população usuária, dos trabalhadores de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde. Duas das UBS pesquisadas tem funcionamento de segunda à sexta feira e as outras duas UBS funcionam de segunda a sábado.

Os CAPS AD (A, B e C) têm abrangência para 25, 15 e 22, respectivamente. Unidades Básicas de Saúde. Já as UBS (D, E, F e G) são referência para 17, 12, 13 e 11 bairros, respectivamente, como ilustrado na Figura 1.

Figura 1 – Distribuição das UBS por Distritos de Saúde e Localização dos três CAPS AD participantes da pesquisa.



Norte	Sul	Leste	Sudoeste	Noroseste
6- Santa Monica	2- Vila Rica	1- Conceição	8- União dos Bairros	5- Perseu
14- Boa Vista	3- Orozimbo Maia	4- Costa e Silva	10- Santa Lúcia	7- Integração
25- Eulina	9- Esmeraldina	12- São Quirino	13- Aeroporto	19- Valença
27- Aurélia	11- Figueira	21- 31 de Março	15- Campos Eliseos (Tancredão)	22- Florence
30- Barão Geraldo	16- São José	29- Taquaral	18- Vista Alegre	34- Pedro Aquino (Balão)
31- Anchieta	17- São Vicente	32- Sousas	2- Capivari	35- Ipaussurama
36- São Marcos	26- Faria Lima	33- Joaquim Egidio	23- Dic I	42- Floresta
44- Sta. Bárbara	28- Santa Odila	38- Centro	24- Dic III	48- Itajai
49- Cassio Raposo do Amaral	39- Villa Ipê	51- Carlos Gomes	37- São Cristóvão	50- Rossin
53- Village	40- Paranapanema	57- Boa Esperança	41- Itatinga	60- Satélite Íris
54- Rosália	43- São Domingos		45- Vila União/ CAIC	61- Lisa
	47- Carvalho de Moura		46- Santo Antônio	62- Campina Grande
	55- Campo Belo			
	56- Fernanda			
	57- Nova América			
	58- Oziel			

Fonte: Próprio autor

O Quadro 11 indica os atendimentos ofertados e profissionais dos três CAPS AD pesquisados.

Quadro 11: Atendimentos ofertados e Profissionais dos serviços – CAPS AD

Instituição	Atendimento Ofertado	Quadro de Profissionais
A	Acolhimento Porta Aberta, atendimentos individuais e grupais, visitas domiciliares e oficinas com equipe multidisciplinar	04 Enfermeiros, 05 Técnicos de Enfermagem, 03 Monitores, 06 Médicos, 05 Psicólogos, 01 Assistente Social, 02 Terapeutas Ocupacionais, 03 Redutores de Danos e 01 Educador Social.
B	Acolhimento porta aberta, atendimentos individuais e grupais na lógica de projetos terapêuticos singularizados, grupo de família e retaguarda noturna para situações de crise no Núcleo de Retaguarda (5 vagas de leito noite – Candido Ferreira)	03 Terapeutas Ocupacionais, 03 psicólogos, 03 redutores de danos, 01 assistente social, 01 farmacêutico, 01 auxiliar de farmácia, 03 enfermeiros, 05 técnicos de enfermagem, 01 assistente administrativo, 03 auxiliares de limpeza, 01 monitor, 05 vigias, 02 médicos clínicos (totalizando 20 horas) e 01 psiquiatra (5 horas)
C	Acolhimento porta aberta, atendimentos individuais e grupais na lógica de projetos terapêuticos singularizados, grupo de família e 8 vagas Leito Noite	06 Psicólogos; 03 TO; 01 Artista Plástico; 03 médicos, sendo 01 psiquiatra e 02 clínicos gerais, 06 enfermeiros, 17 técnicos de enfermagem, 01 monitor, 05 auxiliares de limpeza, 05 vigias, 01 aux farmácia, 01 farmacêutico, 01 aux administrativo, 01 técnico administrativo, 03 redutores de danos e 01 gerente

Os CAPS AD pesquisados contam com equipe multidisciplinar, possuem Psicólogos, Terapeutas Ocupacionais, Enfermeiros, Médicos Clínicos e Psiquiatras, Farmacêuticos, Técnicos de Enfermagem, Redutores de Danos, Técnicos

Administrativos, Monitores, Educador Social, Auxiliares de Limpeza e Artista Plástico. Funcionam como serviços de portas abertas, com plantões diários de acolhimento, e referenciando por duplas ou trios de profissionais específicos para esta função, realizando rodízios por toda equipe.

Os três CAPS AD contam com profissionais Redutores de Danos. A Portaria nº 1.028, de 1º de Julho de 2005, determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas e prevê a contratação de pessoal para o trabalho com redução de danos (BRASIL, 2005).

Dentre os CAPS AD pesquisados existe uma predominância de Psicólogos como profissionais com graduação, Técnicos de Enfermagem com formação técnica e todos os CAPS AD pesquisados possuem três profissionais Redutores de Danos com formação de ensino médio.

O Quadro 12 a seguir, aponta os a Formação exigida e Capacitações ofertada para profissionais dos CAPS AD e AB:

Quadro 12: Formação exigida e Capacitação ofertada para profissionais da equipe

Instituição	Formação e experiência exigida para contratação profissional	Capacitação em saúde mental ofertada para equipe
A	Não de imediato, a experiência é um dos critérios de avaliação, porém não é um critério excludente.	Supervisão, grupo de estudos, planejamento mensal
B	Sim, considera-se nas etapas do processo seletivo, que no mínimo conta com 3 etapas (análise de currículos, prova escrita e entrevista), em alguns processos também realizamos dinâmicas de grupo	Realiza-se leituras de textos de assuntos escolhidos em reunião de equipe, há quatro grupos de estudo, onde todos os membros da equipe podem e são convidados a participar. Os grupos de estudo possuem duração de 1 hora semanal.
C	Não há exigência, mas preferência pelos profissionais que já viveram alguma experiência ou formação na área.	Os enfermeiros fazem reuniões mensais com uma representante do Candido Escola para discutirem suas ações de núcleo. Supervisão clínica mensal em reunião geral. Capacitação interna para os técnicos de enfermagem sobre reforma psiquiátrica e política de redução de danos.
D	Todos os profissionais passam por concurso público.	Atualmente existem Fóruns Permanentes de discussão: Rede Mista e Rede AD
E	Todos os profissionais passam por concurso público.	Não existe nenhuma capacitação formalizada, mas existe capacitações pontuais realizadas pela equipe local.
F	Todos os profissionais passam por concurso público.	Não existe capacitação em saúde mental
G	Todos os profissionais passam por concurso público.	Há capacitações oferecidas pela Secretaria Municipal de Saúde

Fonte: Próprio autor

Com relação à Capacitação em saúde mental para equipe, os gestores dos três CAPS AD pesquisados apontam que realizam Supervisão, grupo de estudos, planejamento mensal e leituras de textos escolhidos pela equipe.

O gestor do CAPS AD C aponta a existência de reuniões mensais com uma representante do Cândido Escola, sendo este um Projeto de Ensino e Pesquisa do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira para discutirem suas ações de núcleo, com os enfermeiros e capacitação interna para os técnicos de enfermagem sobre reforma psiquiátrica e política de redução de danos.

Quanto à formação e experiência exigida para contratação profissional, os três gestores dos CAPS AD identificam que, a experiência é um dos critérios de avaliação, porém, não é um critério excludente. O CAPS AD B aponta que existem, no mínimo, três etapas do processo seletivo, sendo elas análise de currículos, prova escrita e entrevista, sendo que em alguns processos também realizam dinâmicas de grupo.

Para os coordenadores das UNB a formação e experiência exigida para contratação profissional não é realizada tendo em vista que todos os profissionais realizam concurso público para contratação.

Com relação à capacitação em saúde mental para equipe, o coordenador do serviço D considera capacitação a participação do serviço em Fóruns Permanentes de discussão como Rede Mista (intersetorial) e Rede AD. Já o coordenador do serviço E aponta que não existe capacitação formalizada, contudo existem capacitações pontuais realizadas pela própria equipe local. O coordenador do serviço F indica que não existe capacitação em saúde mental. E, finalmente, o coordenador do serviço G indica que existem capacitações oferecidas pela Secretaria Municipal de Saúde, contudo não soube especificar.

O Quadro 13, a seguir indica a dinâmica de trabalho dos CAPS AD para as ações de apoio matricial:

Quadro 13: Dinâmica de trabalho dos CAPS AD – Ações de Apoio Matricial

Instituição	Período existência Apoio Matricial	Ações de Apoio Matricial realizadas	Organização do serviço para realizar o Apoio Matricial	Articulação de CAPS AD ou UBS para o Apoio Matricial
A	Desde 2012	Discussões de caso, visitas domiciliares compartilhadas, atendimentos individuais e grupais compartilhados.	O Apoio Matricial faz parte das ações mensais dos profissionais. A equipe se divide por referência às UBS	15 UBS e 01 Abrigo
B	Desde 2011	Encontros mensais entre a dupla de referência para o centro de Saúde. Visitas domiciliares em conjunto, discussões de temas relacionados à política de redução de danos.	Após pactuar em equipe e distrito, os coordenadores acertam periodicidade e em quais espaços se dará o Apoio Matricial	09 UBS
C	Desde 2007	Encontros mensais e pontuais com os centros de saúde de referência. Realiza-se apoio matricial com os abrigos da assistência social e com a Unidade de Acolhimento Transitório.	A equipe se organiza em cima da demanda da rede e também da demanda interna.	07 UBS; 08 Abrigos; Centro de Referência LGBT; SOS Rua; Unidade de Acolhimento

Os três gestores dos CAPS AD apontam que os períodos de existência do apoio matricial ocorrem sequencialmente desde 2012, 2011 e 2007. Com relação às ações de Apoio Matricial realizadas, o gestor do CAPS AD A aponta discussões de caso, visitas domiciliares compartilhadas, atendimentos individuais e grupais compartilhados; já o gestor do CAPS AD B aponta encontros mensais entre a dupla de referência para o centro de Saúde, visitas domiciliares em conjunto, discussões de temas relacionados à política de redução de danos; finalmente o gestor do CAPS AD C aponta como ações de apoio matricial encontros mensais e pontuais com os centros de saúde de referência e encontros com os abrigos da assistência social e com a Unidade de Acolhimento. Para efetivação do Apoio Matricial o gestor do CAPS AD A aponta que articula com 15 UBS

e um abrigo que cuida de gestantes usuárias de álcool e outras drogas e com seus filhos pequenos. O gestor do CAPS AD B indica articulação com 9 UBS para efetivação do Apoio Matricial. Já o gestor do CAPS AD C realiza ações de apoio matricial com 7 UBS, 8 abrigos e um Centro de Referência LGBT; SOS Rua e Unidade de Acolhimento Transitório (UAT), tendo em vista que a região de abrangência deste CAPS AD C é marcada por concentração de abrigos.

Destaca-se aqui que a articulação dos CAPS AD para o Apoio Matricial vai além da saúde, se dá de forma intersetorial com serviços da assistência social. Parte-se do pressuposto de que a Reforma Psiquiátrica orienta a aproximação entre a saúde mental e os serviços do território onde residem os sujeitos, na perspectiva de um processo de desinstitucionalização. Compreende-se que a territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho dos serviços de atenção básica, assim, pretende-se que a implementação do apoio matricial contribua para esse processo, ampliando a rede de serviços substitutivos.

Apoio matricial e equipe de referência são arranjos que ampliam as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades, profissões e setores. Faz-se necessário facilitar a comunicação entre distintos especialistas e profissionais, como também montar um sistema que produza um compartilhamento de responsabilidades pelos casos e pela ação prática e sistemática conforme cada projeto terapêutico específico para que a interdisciplinaridade ocorra de fato e contribua para aumentar a eficácia das intervenções. O papel de cada instância, de cada profissional, deve ficar bem claro (DOMITTI; CAMPOS 2007).

O Quadro 14 ilustra a dinâmica de trabalho dos profissionais da Atenção Básica para a realização do Apoio Matricial.

Quadro 14: Dinâmica de trabalho dos profissionais da AB – Ações de Apoio Matricial

D	Desde 2001	Reuniões com as equipes, ou com grupos de profissionais, ou arranjos para projetos e atendimentos/avaliações compartilhadas.	Cada profissional é referência para 2 Equipes de Saúde da Família, sendo uma dentro do CS São José e uma de outro CS da referência.	03 UBS e próprias equipes do UBS São José (Equipe de S. Mental); 02 Caps AD; 01 Caps ij; Creas Sul; Cras Bandeiras.
E	Não soube informar	Reuniões de Saúde Mental com CAPS III e CAPS AD; Psicólogo Local da Equipe de S. Mental e Psiquiatria da Unicamp	O CAPS e o Psicólogo da Equipe de S. Mental realizam o Apoio Matricial nas reuniões de equipe. Com a Psiquiatria da Unicamp realiza-se um período na semana.	Com CAPS AD mensalmente
F	Não soube informar	Discussão de casos, construção de projetos terapêuticos individuais e coletivos	As discussões são feitas nas reuniões de equipes de referência. Cada profissional de saúde mental matricia uma ou mais equipe de saúde. O tema de saúde mental também é tratado nas reuniões ampliadas com o CAPS, CAPS infantil, centro de convivência, CAPS AD e escolas da região	O tema de saúde mental também é tratado nas reuniões ampliadas com o CAPSIII, CAPS i, centro de Convivência, CAPS AD e Escolas da região.
G	Não soube informar	A Equipe de S. Mental realiza reuniões mensais com duas UBS. Visita e ações compartilhadas com CAPS AD.	Semanalmente a equipe se reúne com as UBS matriciadas, e os profissionais da equipe de saúde mental se dividem para atender cada UBS. O psiquiatra tem agenda para as três UBS. As consultas agendadas são discutidas no matriciamento, sendo de responsabilidade desses profissionais a agenda do psiquiatra	CAPS AD os casos são discutidos em conjunto para execução do projeto terapêutico.

Fonte: Próprio autor

Referente às UBS somente o coordenador do serviço D soube informar que o apoio matricial ocorre desde 2001, todos os coordenadores dos serviços E, F e G não souberam informar quando se iniciaram as ações de apoio matricial no serviço.

As ações de apoio matricial são identificadas pelo coordenador do serviço D como reuniões com as equipes, ou com grupos de profissionais, ou arranjos para projetos e atendimentos/avaliações compartilhadas. O coordenador do serviço E aponta que as ações de apoio matricial são reuniões de saúde Mental com CAPS III e CAPS AD, reuniões com Psicólogo da Equipe de Saúde Mental e Psiquiatria da Unicamp. Já o coordenador do serviço F aponta a realização discussão de casos, construção de projetos terapêuticos individuais e coletivos e o coordenador do serviço G aponta que as ações de apoio matricial são compostas por reuniões mensais com duas UBS e equipe de saúde mental e visita e ações compartilhadas com CAPS AD.

O coordenador da UBS D identifica a articulação e ações de apoio matricial com três UBS, com as próprias equipes do São José, incluindo a Equipe de Saúde Mental, com CAPS AD, CAPS III e CAPS i e com os serviços da assistência social CREAS Sul e CRAS Bandeiras. O coordenador da UBS E, aponta que as ações de apoio matricial são realizadas mensalmente somente com o CAPS AD.

O coordenador da UBS F aponta que o serviço realiza ações de apoio matricial com CAPS III, CAPS i, CECO, CAPS AD e escolas da região. Já o coordenador da UBS G indica que o serviço realiza ações de apoio matricial com o CAPS AD onde os casos são discutidos em conjunto para execução do projeto terapêutico singular.

O serviço D possui em sua composição 2 Equipes de Saúde da Família e uma equipe de Saúde Mental, o serviço E possui 3 Equipes de Saúde da Família e um profissional responsável por articular os casos de Saúde mental. O serviço F possui 3 equipes de Saúde da Família e 1 equipes de Saúde mental, já o serviço G possui em sua composição 4 equipes de Saúde da Família e 1 equipe de Saúde Mental.

Com relação às equipes de Saúde Mental, na AB, os resultados oriundos dos grupos focais apontam que os profissionais matriciados percebem este fato como facilitador do processo de Apoio Matricial, já os profissionais matriciadores, dividem opinião com relação às equipes de Saúde Mental, alguns apontam que a presença destas equipes na UBS,

facilita o processo de Apoio Matricial, e outros profissionais matriciadores apontam que a presença destas dificulta o processo de Apoio Matricial.

As equipes de Saúde Mental foram estabelecidas na rede de AB de Campinas desde a década de 1970, as quais foram marcadamente ampliadas durante a implantação do Apoio Matricial. As equipes de Saúde Mental são compostas por profissionais com formação específica em psiquiatria, psicologia e terapia ocupacional, cerca de 1/3 das equipes das UBS contam com profissionais de saúde mental (CAMPINAS, 2016).

4.3. Categorias de Análise Emergentes dos Grupos Focais

Após leitura exhaustiva do material coletado por meio dos grupos focais, surgiram temas que agregados, resultaram nas seguintes categorias de análise:

- ✓ **Concepções e ações do Apoio Matricial**
- ✓ **Dificuldades e facilitadores do processo de Apoio Matricial**
- ✓ **Especificidades do cuidado com os usuários de álcool e outras drogas**
- ✓ **Potências e limites do Apoio Matricial**
- ✓ **Relações Cogestão e Município: Pacto de gestão ou aspecto político institucional**

4.3.1 Concepções e ações do Apoio Matricial

O apoio matricial é compreendido como uma rede de apoio, construída por meio de conexões, interlocuções entre profissionais matriciados e matriciadores. Alguns profissionais apontam que o Apoio Matricial é um cuidado mais ampliado ao usuário, compreendendo sua integralidade, como podemos observar pelos relatos que seguem:

P4 CAPS: “Eu entendo como um apoio para o usuário que a gente acolhe... a gente consegue saber se ele está ou não acessando o CS para cuidar da parte da diabetes dele, porque às vezes ele acaba sumindo do CAPS, aí a gente entra em contato com CS para saber alguma informação, ou às vezes a psicóloga do CS entra em contato com a gente pedindo para saber de alguma informação também”

P2 CAPS: “É bem dessa perspectiva que a gente compartilha, tem uma relação com AB e outros serviços que é bastante subjetiva, eu vejo que lá no CAPS que a gente tá, que é uma perspectiva bem forte essa do Apoio Matricial, de ter essa conexão com AB, conseguir pensar em algumas interlocuções e ações em conjunto”.

P5 CAPS: “[...] que o matriciamento assim, é uma estratégia de fortalecimento de um trabalho onde o sujeito possa ser cuidado na sua integralidade e não nas especialidades, e que os casos deveriam ser encaminhados para os CAPS numa situação de gravidade né é o que acho”.

Os relatos a seguir dos profissionais matriciadores definem o CAPS como articulador da rede, apresentando à AB diferentes formas de tecer a rede de cuidados. Sampaio et al. (2015) defendem que, o processo de trabalho desenvolvido pelos apoiadores deve ser compatível com a construção de uma rede resolutive e articulada em saúde. A equipe matriciada deve compreender a função dos matriciadores, não pelo viés do poder do apoiador, como representante da gestão, para acionar determinados equipamentos, mas quanto potencializar a equipe matriciada a assumir tal papel, facilitando assim à equipe matriciada protagonizar, e ser a própria articuladora da rede.

P5 CAPS: “O CAPS acaba sendo um articulador da rede apresentando pra equipe da atenção básica outros recursos, como articular essa rede de cuidados”.

P1 CAPS: “Percebo que a AB não sabe articular a rede como nós sabemos, acredito que conhecemos mais o território e os serviços disponíveis, então é nosso papel espalhar esse conhecimento da rede”

A ideia de associar o Apoio Matricial à diretriz ou matriz, é identificada em relatos de profissionais em ambos grupos focais, da AB e dos CAPS AD.

É observado que profissionais da AB relacionam o Apoio Matricial à uma Matriz. Nos relatos que seguem entende-se que a relação entre Apoio Matricial e Matriz se dá como algo que dá origem, que gera. Cunha e Campos (2011), esclarecem que o Apoio Matricial é composto por duas dimensões sendo elas o suporte assistencial e técnico pedagógico, a primeira está diretamente relacionada à uma ação direta aos usuários, já a segunda é compreendida como uma ação de apoio educativo com e para a

equipe. Dessa forma, entende-se então que o Apoio Matricial proporciona às equipes e profissionais de referência, retaguarda especializada de forma dinâmica e interativa.

P13 AB: “ [...]apoio matricial pra mim, ele sempre tá muito colado a ideia da matriz mesmo, da matriz produtora, da matriz que gera, pro bem e pro mal [risos][...]”

P12 AB: “Somos uma prática. Questionando agora o matriciamento e a ideia que o serviço seria o especializado e iria ser uma matriz, de certa forma treinar, referenciar o serviço básico, né”.

Associar o Apoio Matricial à uma Diretriz é apontado no relato de profissional do CAPS AD que associa a Diretriz como um direcionamento, estabelecendo relação com outros serviços.

P2 CAPS: “[...] que daí as diretrizes de matriciamento acabam sendo um norte para a gente estabelecer uma relação com esses outros serviços [...]”

Desde 1989 o município de Campinas experimenta o apoio matricial na saúde mental, e a partir de 2001 recebe destaque como diretriz municipal para toda a rede de saúde, concomitante a implantação do Programa Paideia de Saúde da Família (CAMPINAS, 2006; OLIVEIRA, 2014).

Contudo esta outra profissional do CAPS AD não identifica existir uma Diretriz para o Apoio Matricial e associa tal fato como responsabilidade do Distrito de Saúde:

P5 CAPS: “Teve uma avaliação que estava muito diverso e heterogêneo as formas de matriciamento. Teve uma reunião que identificou que não tinha diretriz no distrito, um pacto, algo que direcionasse”.

O termo matriz carrega vários sentidos, em sua origem latina, significa o lugar onde se geram, assim, o emprego desse termo, matricial, indica a possibilidade de sugerir que profissionais de referência e especialistas mantenham uma relação horizontal, e não apenas vertical como recomenda a tradição dos sistemas de saúde. Trata-se de uma tentativa de atenuar a rigidez dos sistemas de saúde quando planejados de maneira muito restrita segundo as diretrizes clássicas de hierarquização e regionalização (RIGOTTI, 2016)

As ações identificadas como Apoio Matricial foram: desenvolver ações em conjunto, visita domiciliar conjunta, oficinas, atendimento conjunto, acolhimento compartilhado, grupos em conjunto, busca ativa e prevenção no território como identifica-se nas seguintes falas:

Os profissionais dos CAPS AD associam as ações de Apoio Matricial como ações em conjunto, identificado nos relatos que seguem:

P1CAPS: “[...] então tá próximo aos CS, desenvolver ações em conjunto pra que a possibilidade de acesso à essas pessoas amplie [...]”.

P5 CAPS: “[...] nos últimos dois meses a gente faria então uma ação em conjunto, e a depender da discussão anterior, se seria fazer um grupo, uma visita conjunta, e depois a gente avaliaria e manteria uma conversa uma vez por mês, sobre como a unidade ficou com aquela experiência, e agregando a experiência das outras unidades que a gente fosse passando”.

P2CAPS: “Nessa época os médicos estavam distantes não queriam muito se envolver. Eu lembro que daí foram os médicos dos CAPS III e dos CAPS AD até os médicos dos CS que eram clínicos e estavam com receio dos psicotrópicos, e foi bem legal porque já de início quebrou essa resistência e eles ofereceram atendimento em conjunto”.

A realização de um acolhimento em conjunto entre profissionais dos CAPS AD e AB é identificada por esta profissional do CAPS AD como uma ação de apoio matricial:

P5 CAPS: “A gente já convidou os profissionais da atenção básica pra ir no CAPS participar de um acolhimento, nessa experiência que foi mais circunscrita”.

A Busca ativa é identificada por profissionais tanto do CAPS AD como da AB, como uma ação de apoio matricial, este explica que é comum a UBS solicitar ao CAPS AD busca ativa de usuários. Lemke e Silva (2010) apontam que durante uma busca ativa é possível interagir tanto com o usuário, como com o mundo que o cerca, seu espaço e território. Compreender e entrar em contato com as relações que o usuário cria em seu meio, favorecer a compreensão do seu sofrimento psíquico, assim como sua realidade.

P8 CAPS “Acho que as estratégias são muito semelhantes: discussão de caso, visita domiciliar e me veio os contatos que os CS fazem com o CAPS na questão da busca ativa”..

P15 AB: “ [...] a equipe visita em casa, as vezes tem possibilidade de fazer haldol decanoato em visita domiciliar, existe uma ação até de busca ativa né”.

A criação de uma Oficina é apontada por profissional do CAPS AD como uma ação do apoio matricial, esta explica que assuntos como primeiro acolhimento e manejo às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas foram identificadas pelos matriciadores como um viés necessário para a construção do apoio matricial com a AB.

P8 CAPS: “O pessoal do Caps AD tá fazendo oficina com a unidade e assim, com umas coisas bem abertas sobre como é esse primeiro acolhimento, que acho que as pessoas tem muito medo também né. Tá, eu vou receber, eu vou ouvir, eu vou fazer o que com isso? Não precisa tanto de ter que resolver, então a proposta do CAPS AD lá foi: o que a gente vai fazer; como que é esse primeiro acolhimento, o que que a gente pode observar, conhecer o caso pra saber que serviço que pode ser encaminhado ou não”.

A Prevenção no Território é registrada por profissional da AB como uma ação de Apoio Matricial, o relato problematiza a necessidade de prevenção de uso de álcool e SPA's no território no processo de apoio matricial. Esta indica que a AB, não tem conseguido protagonizar esta ação, sendo necessário apoio especializado.

P13 AB: “Acho que o centro de saúde tem dificuldade, poderia ser apoiado pra cumprir uma de suas missões que é a prevenção, as doenças estão tão instaladas e generalizadas em relação às drogas também que parece que tá correndo atrás de problema já instalado e às vezes esquece que o programa prevê que deveria funcionar como prevenção. Quantas atitudes preventivas a gente tem na prevenção de álcool e drogas?”

Profissionais matriciadores apontam que o formato de discussões de caso pelo contato somente com um profissional da equipe, consideradas ações de Apoio Matricial, geram insatisfação nos profissionais dos CAPS AD.

P8 “[...] mas é tanta coisa que aparece que acaba ficando na discussão do caso a caso”.

P8CAPS: “[...] e ai rola umas discussões de casos, internação, internação, ai manda pro CAPS, ou ai aparecem no CAPS com o paciente [...]”.

P5CAPS: “Também tem experiência de CAPS que com um serviço é geral e com outro serviço conversa, só conversa com o psicólogo e entendia isso como matriciamento, mas não é bacana”.

Em contrapartida o relato a seguir de profissional do CAPS AD indica que o formato citado constrói um laço de proximidades para iniciar o processo de Apoio Matricial.

P1CAPS: “ [...] é tá próximo as pessoas para entender também o que elas pretendem, do que elas necessitam no território, assim, eu falo aí dos profissionais em específico né, porque as vezes a gente vai lá com uma perspectiva de discutir casos difíceis ou daqueles casos que estão mais enroscados e as vezes, a demanda deles é uma orientação mais simples [...]”.

Um dos profissionais da AB também identifica que este formato é disparador para a construção do Apoio Matricial

P1CAPS: “Então a gente tá começando essas discussões, mas muito devagar. Então o primeiro passo antes de fazer os grupos, os projetos, vamos primeiro conhecer os pacientes que a gente tem em comum? É um namoro, uma paquera ainda né”.

Articulações com outros serviços da saúde mental e intersetoriais, são apontados como aspectos que permeiam as ações de Apoio Matricial:

P8 CAPS: “A gente acaba fazendo mais um trabalho de matriciamento, como você falou, da demanda da assistência, a gente tem um terço dos usuários que estão em situação de rua, nos abrigos, tem muita possibilidade com o S.O.S Rua [...]”

Um profissional matriciado indica que a parceria com rede intersetorial o auxilia no processo de Apoio Matricial com AB:

P7 “[...] como mesmo assim, nesse caso em específico, não estávamos conseguindo ampliar a discussão, pedimos auxílio para o Centro de Referência DST Aids para participarem com a gente do matriciamento [...]”.

Somar outros serviços de saúde mental e UBS na articulação para a construção do Apoio Matricial aparece como uma configuração que facilita a cobertura do Distrito, como é mencionado por profissionais matriciados e matriciadores dos serviços que compõem o mesmo Distrito.

P1 CAPS: “[...]juntar com o CAPS III da região, o matriciamento, da gente fazer uma reunião só, tanto dos serviços especializados de saúde mental com os serviços da atenção básica e lá também a gente junta mais de um CS no matriciamento né, é uma estratégia que a gente adotou em algum momento, pra tentar cobrir melhor as equipes[...]”.

P6 CAPS: “[...]as reuniões são com CAPS III, que é o Novo Tempo, a gente do AD Antônio Orlando ali da região [...]”.

P4 CAPS: “[...] e aí a gente optou por seguir na unidade mas, deixando o Consultório na rua, deixando o CAISM, deixando o CAPS, todo mundo convidado para o Apoio Matricial”.

Esta UBS conta com Equipe de Saúde Mental e esclarece que o Apoio Matricial naquela região acontece nas reuniões de saúde mental, sendo esse formato possível para articulação de serviços intersetoriais.

P14 AB: “[...] qualquer serviço lá que tem, por exemplo, Pronto Socorro, CRAS, DAS da vida aí, CREAS, AFASCOM, que precisa discutir o caso geralmente né, fala preciso discutir caso da mental, a gente passa o horário né e aí a pessoa marca ou no começo da reunião nossa ou no final pra discutir caso”.

A supervisão de casos e capacitações foram apontadas como uma ação de Apoio Matricial. Os relatos a seguir de profissionais dos CAPS AD indicam a construção de supervisões e capacitações nas UBS como uma forma de construção do Apoio Matricial.

PI “A gente tá também trabalhando pra que ocorra formas de melhor acolhimento no centro de saúde, horário, formas de apresentação do CS, algum tipo de identificação que facilite esse trânsito como uma supervisão [...]”.

P5 CAPS: “[...] tipo uma capacitação, que a gente levantasse temas assim, mais difíceis né, e nos outros dois meses a gente discutiria sobre a demanda da unidade, e do território, e qual a real demanda da unidade [...]”.

P5 CAPS: “Então a gente fez visitas domiciliares pra três usuários e aí a gente abordou o tema de como abordar na conversa, como fazer esse manejo, se a pessoa chorar como que lida, se surgir determinado assunto como é que lida, do que é sigiloso, do que dá pra compartilhar, enfim, e aí depois a gente deu uma devolutiva pra equipe, apontando os desafios[...]”.

Cunha e Campos (2011) relacionam o conceito de apoio matricial à proposta de Educação Permanente, a relação se estabelece embasada por uma discussão de núcleos e campos de saber, assim entende-se que o núcleo é o saber de cada especialidade, já o campo é entendido como um conjunto de conhecimentos. Assim entende-se que o apoio matricial é uma constante troca de saberes e construção de novos entendimentos por meio e a partir da prática deste.

Um dos profissionais refere que a capacitação da equipe foi porta de entrada para a efetivação do Apoio Matricial:

PI CAPS: “[...]eu lembro que teve uma vez que o pessoal para tentar outra entrada nos CS organizou uma capacitação dos clínicos[...]”.. “E teve efeito! Os médicos começaram a atender mesmo pelo CS!”.

Os profissionais dos CAPS AD apontaram que as ações de Apoio Matricial objetivam tanto acolher as equipes das UBS como mediar as relações e conflitos que são gerados neste processo, como mostram os relatos a seguir.

PI CAPS: “[...]a gente também tem que mediar as relações né, além de trabalhar com os usuários, tem que também trabalhar com a equipe[...]”.

P2 CAPS: “[...] mais aí conforme o matriciamento foi rolando e a gente conseguiu escutar muita angústia que elas traziam, as agentes de saúde, aí elas começaram a topar mais os encontros de apoio matricial”.

As ações de Apoio Matricial são identificadas por profissional da AB como disparador para produção de novas questões na equipe:

P13 AB: “Não é fácil, se pensar... mas acho que tem disparado muitas questões importantes pra gente, inclusive acho que parte das dificuldades tem sido produzidas pelos encontros mesmo né, coisas que a gente não pensava antes [...]”.

Esta categoria abordou temas relacionados às ações e concepções de apoio matricial. Os profissionais da AB e dos CAPS AD compreendem o apoio matricial como uma ferramenta que facilita, e por vezes, estabelece a comunicação na rede de cuidado. Os profissionais compreendem o apoio matricial como um articulador da rede que estabelece apoio entre serviços especializados à atenção básica.

Já com relação às ações de apoio matricial, os profissionais apontam várias ações que são realizadas em conjunto, visita domiciliar conjunta, oficinas, atendimento conjunto, acolhimento compartilhado, grupos em conjunto, busca ativa e prevenção no território.

4.3.2 Dificuldades e facilitadores do processo de Apoio Matricial

Além das concepções e ações de Apoio Matricial, foi possível perceber nos relatos dos profissionais dificuldades e facilitadores deste processo. Apontaram dificuldades específicas que permeiam as ações de Apoio Matricial como grande rotatividade de profissionais, ausência de médico psiquiatra, recursos humanos insuficientes na rede, ausência de serviços que abranjam as especificidades dos casos e perspectivas ambulatoriais do Apoio Matricial. Estes resultados serão detalhados a seguir.

A perspectiva ambulatorial é identificada por um profissional matriciador como dificultador do processo de construção de Apoio Matricial.

P2 CAPS: “[...] que por vezes tem essa perspectiva aí que vou chamar de ambulatorial, ou uma perspectiva de transferência de usuário de um lugar para o outro, sem continuidade do cuidado[...]”.

O trabalho preventivo realizado pela AB com relação ao uso de álcool e outras drogas no território precisa ser discutido e ampliado. A convocação do CAPS AD para situação que é chamada por esta profissional como “trabalhar incêndio”, é apontada como dificultador do Apoio Matricial. A profissional com o relato que segue aponta que, não houve uma construção prévia da AB num caso identificado por ela como grave.

P8 CAPS: “[...] trabalhar incêndio, uma coisa assim, que nem essa semana o CS chamou uma pessoa que tá há seis anos morando numa casa sem água, num lixo, no limite, chega uma situação assim imensa, aí você é chamado para uma coisa quase de pronto socorro[...]”

O apoio da coordenação dos serviços de AB é apontado por uma profissional matriciada como essencial para que ocorra o Apoio Matricial, segundo seu relato é um fator de impedimento o não apoio da coordenação para flexibilidade na agenda dos profissionais que participam do processo de Apoio Matricial.

P14 AB: “Mas acho que pra começar o matriciamento se não tiver nenhum tipo de apoio da coordenação assim, pra começar né, porque depois pra sustentar somos nós mesmo. Fica muito difícil né porque se os caras não têm agenda pra estar lá, não vão nem saber do matriciamento, acho que isso que você falou das pessoas conseguirem ter agenda né pra reunião, isso também já observei pelos matriciamentos por onde já passei. Se a coordenação não reserva esse horário para isso. Isso é o básico né”.

A rotatividade dos profissionais principalmente, apoiadores do Distrito e coordenadores das UBS, é mencionada por um profissional matriciador como dificultador para que o Apoio Matricial aconteça.

P1 CAPS: “Porque assim, mudou apoiador do distrito e depois as coordenadoras das unidades, grande rotatividade, o que dificulta o apoio”.

Os profissionais matriciadores também apontaram como facilitador para o processo de Apoio Matricial a organização dos serviços a partir de referências, como mostram os relatos a seguir.

P2 CAPS: “[...]uma negociação e uma perspectiva de que houvesse referências para cada UBS, a gente meio que criou duplas[...]”.

P8 CAPS: “Hoje quando o caso chega pra sua referência e tem alguma demanda pra unidade, já mando mensagem na hora, já entra em contato, já manda o prontuário e agiliza bem”.

O arranjo de acolhimento do serviço apontado por este profissional do CAPS AD se constitui por referências, facilitando a identificação deste usuário no território e afinando a troca entre profissionais matriciadores com os matriciados.

P1 CAPS: “ [...] é são dois profissionais para mais ou menos seis UBS, e os pacientes que chegam desse território vão pra esses profissionais. Isso facilita porque já vai pra o acolhimento com a equipe. E cabe as unidades de saúde saber quem são os profissionais [...]”.

Outro fator facilitador do Apoio Matricial que é caracterizado por profissionais dos CAPS AD e UBS é a flexibilidade para construção de uma agenda e sistematização de encontros, os relatos a seguir apontam que essa flexibilidade auxilia o processo de Apoio Matricial.

P5 CAPS: “ [...] pensando no que facilita o matriciamento, essa coisa da equipe, de bancar essa possibilidade de mudar de horário para ir se adaptando ao horário da atenção básica”.

P12 AB: “ [...] acho que uma coisa que facilita o Apoio Matricial é uma sistematização dos encontros [...]”

P11 AB: “E a gente reconfigurou o matriciamento, não abriu mão dele, mas reconfigurou, porque assim, também é uma vez por mês, só que agora tem um profissional do CAPS que dá pra acionar, que veio com uma agenda aberta pra isso e não sei o que, então as próprias demandas daquele momento do matriciamento com o CAPS se modificaram”.

A proximidade dos matriciadores às UBS é sinalizada por profissionais da AB como facilitador na criação de vínculo. O relato a seguir aponta que essa disponibilidade da equipe de matriciadores potencializa o Apoio Matricial e favorece a criação de formatos não engessados desta metodologia, tal fato caracteriza o papel de Apoio da equipe especializada à equipe de AB. Campos (1999) aponta que é função da equipe de matriciadores garantir uma retaguarda especializada, capaz de oferecer tanto suporte técnico-pedagógico quanto retaguarda assistencial às equipes de matriciados.

P11 AB: “O que vocês precisam? É atender um caso? Isso facilitou o vínculo porque eles nunca tiveram antes um matriciamento que topava certas coisas [...]”.

Balient (1988) defende que o processo reflexivo na prática dos profissionais, possibilita a articulação com elementos teóricos, por meio da discussão coletiva de casos clínicos com objetivos semelhantes, proporcionando assim a ampliação da capacidade reflexiva dos profissionais e maior capacidade de interferir nos fatores estruturados que os condicionam.

Os profissionais que participaram do o curso denominado Cogestão da Clínica Ampliada e Compartilhada para profissionais do SUS Campinas, oferecido pelo Coletivo de Estudos e Apoio Paidéia do Departamento de Saúde Coletiva, da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, referiram a incorporação de novas e diferentes formas no cuidado, bem como melhor compreensão sobre o processo saúde–doença. O curso, que utilizou-se do que Balient sugere sobre discussão coletiva dos casos, obteve retorno dos profissionais que perceberam que o espaço de formação experimentado resultou em mudanças na gestão de ‘si mesmo’, uma vez que foram analisados de maneira reflexiva preconceitos e valores, e construídas novas formas de se relacionar, especialmente com os usuários, por meio da metodologia de discussão de casos e pela construção de projetos terapêuticos compartilhados (CUNHA, 2009; CAMPOS; CASTRO, 2014).

Os depoimentos a seguir de profissionais dos CAPS AD e da AB indicam que a informatização auxilia a comunicação entre equipes e estreita as condutas e manejos que compõem as ações de Apoio Matricial.

P2 CAPS: “[...] também... essa coisa da comunicação, queira ou não essa coisa do WhatsApp já facilitou muito, coisa de grupo, agenda, essas coisas”.

P4 CAPS: “A informatização ajuda muito. E a gente remarca. A gente separa os prontuários previamente”.

P12 AB: “[...] essa coisa do whatsapp agora, também é mais louco ainda né, porque tem um grupo e as pessoas tão lá falando, então acho que isso facilita também [...]”

Assim a informatização das comunicações auxilia a construção e manutenção do apoio matricial, tendo em vista o remanejamento de horários de reuniões de apoio matricial quando necessário, troca de informações na construção do PTS de um usuário e novas informações de um usuário que podem ser compartilhadas de forma rápida.

Alguns relatos apontam que as especificidades de serviços e territórios de abrangência são um fator dificultador para o processo de apoio matricial

Campinas é um município com vasta abrangência e complexidade de seu sistema de saúde, composta por uma rede de serviços e pelo seu pioneirismo na implantação do SUS. Alguns CAPS AD fazem cobertura para um ou dois distritos, fator este que é apontado como dificultador para a construção do apoio matricial com as UBS:

P8 CAPS “É a equipe, são duas mini equipes, uma da Leste e uma da Norte, cada uma teria que cobrir doze UB e em cada uma somos em quatro, não tem diálogo para fazer essa cobertura né. A equipe que seria para manejar um distrito seria como que para dois”.

P2 CAPS “[...] é uma abertura maior no matriciamento, a gente também é um só distrito né, aí a gente consegue, se eu não me engano são dezoito ou dezenove CS que a gente tem né [...]”

P5 CAPS “No Antônio Orlando a gente tem dois distritos né, o Noroeste e Sudoeste para uma equipe e somos CAPS II, a gente tem de vinte a vinte e cinco UBS [...]”... “E há quatro anos que o CAPS tá aberto, a gente nunca conseguiu, é, atingir todas as UBS, então a gente foi criando algumas formas de, algumas estratégias assim, para fazer a escolha de qual unidade que a gente consegue fazer o matriciamento”.

P1 CAPS “Então, já foi de eixo e foi assim, na região sul tem eixo sul - sul e sul - leste né, que são dois braços da região sul, são bem distintos na verdade, regiões que mesmo fazendo parte do mesmo distrito são muito diferentes [...]”.

A localização dos CAPS AD em relação às UBS e bairros de abrangência são observados por profissionais da AB e dos CAPS AD como fator dificultador ao acesso de serviços por usuários, limitando-os no deslocamento:

P6 CAPS “As reuniões são bem interessantes, mas a gente tem um problema de território né, alguns CS e o próprio CAPS AD ficam longe do território então às vezes pra aquele usuário chegar no CS ou no CPS de referência do bairro em que morar tem que pegar um ônibus e isso dificulta muito o acesso [...]”.

P15 AB “Até você tem que pensar que do Campo Belo para o CAPS Sul é uma distância muito grande, a possibilidade é, então é muito difícil pensar que um paciente psiquiátrico ou uma família de um paciente psiquiátrico, carente né, tem que se mobilizar pra vim do Campo Belo pra chegar ali no Parque Prado né, é uma coisa difícil [...]”.

P14 AB “É, o CAPS AD geograficamente né, o centro de saúde Rosália em relação aos CAPS, ele não é exatamente distante, mas ele é difícil de chegar, porque não tem ônibus que vai direto né, às vezes é mais fácil ir a pé, mas tem que atravessar a rodovia pra chegar a pé né. Mas a pessoa tem que pegar 2 ou 3 ônibus pra chegar até lá. Pessoa tá desorganizada, provavelmente não consegue passar pelo bairro né”.

P10 AB “E os pacientes simplesmente, também em questão do transporte, que sabem que do bairro pro CAPS são dois ônibus, porque não tem ônibus que vai do bairro, vai bairro- centro, centro-bairro, certo?”

A Equipe de saúde mental presente em algumas UBS é identificada por profissional da AB como facilitador do apoio matricial, já alguns profissionais dos CAPS AD dividem opinião com relação às equipes de saúde mental, alguns apontam que a composição de equipe de saúde mental para dentro da UBS facilita o processo de apoio matricial e outros profissionais apontam tal fato como dificultador ao apoio matricial, como observa-se nos discursos:

P6 CAPS “Os CS que tem equipe de saúde mental, na minha opinião também facilita o matriciamento. São profissionais que minimamente entendem a importância daquele usuário estar ali e tal”.

P1 CAPS “Ah não sei não viu, essas coisas de ter saúde mental, da equipe do CS ter saúde mental eu já vi como facilitador e como dificultador, onde estou agora tem ajudado fazendo a ponte, articulando, mas já fui em CS que fazia barreira, tratar saúde mental por saúde mental, a gente é suficiente, não precisa de vocês e tal [...]”.

P8 CAPS “Eu já vi centro de saúde que não tinha equipe de saúde mental e super funcionava, os profissionais falavam: a gente não sabe como fazer isso, rola do psiquiatra vir aqui fazer contato com a gente, bancarem a desintoxicação no CS, de gestante, galera ponta firme. E ao mesmo tempo de ter equipe com saúde mental com psiquiatra, psicólogo, TO e a gente não conseguir ter acesso, nem quando conversamos sobre um caso abstinente há três anos, do território e eles simplesmente responderem que não iam receber”.

P12 AB “Acho que nossa primeira experiência com regularidade, era todo mês, começou com a chegada do [nome do profissional], que trabalha lá com a gente, e é da saúde mental, que é o único psicólogo que a gente tem, e a gente não tem psiquiatra, nem TO”.

O apoiador de saúde mental do distrito é percebido como um potente articulador da rede e assim um facilitador para a construção do apoio matricial, contudo as narrativas tanto de profissionais matriciados como de profissionais matriciadores, apontam ausência do apoio que historicamente mostrava-se presente:

P1 CAPS “Aí foi a partir do distrito que veio a demanda, construído naquela reunião dos coordenadores do distrito [...]”

P2 CAPS “Mas assim são os profissionais da Prefeitura que tão lá no CS que fazem essa discussão, agora de CAPS com Distrito eu acho que é péssimo assim, bem distante”.

P8 CAPS “Lá na Norte a gente tá tendo uma aproximação agora, bem interessante, iniciou umas reuniões de saúde mental no Distrito, vão pelo menos um

representante de cada unidade da saúde mental, maioria psicólogo ou psiquiatra e os CAPS, tem sido um momento para as pessoas se conhecerem, se olharem, saberem quem são [...]”.

P5 CAPS “[...] a gente entendeu que o matriciamento dependeria de um pacto de gestão, assim pro matriciamento operar, tinha que ter uma discussão entre os gestores [...]”.

P2 CAPS “Essas coisas, sabe, de apresentar a política, de supervisão, não sei se é o CAPS que tem que fazer isso, o CAPS AD tem que promover o acolhimento, assim, tudo bem que a gente pode estar junto, na discussão e tal, mas assim desapareceu essa figura do Apoio!”.

P14 AB “Apoio do distrito nosso, vamos falar assim, vamos por.... a cada seis meses que ele comparece na nossa reunião [...]”.

P9 AB “[...] acho que falta apoio, pros profissionais, não só no matriciamento, mas acho que falta direcionamento do apoio mesmo, institucional. Não, acho que diretamente dos apoiadores e isso eu acho que ajudaria muito no matriciamento, né”.

Ressalta-se que, entre o final de 2011 e início de 2012, a relação Candido Ferreira e Prefeitura Municipal de Campinas começa a estremecer, resultando na demissão de mais de 1.300 trabalhadores mediante reposição via concurso público, havendo assim novas reconfigurações na gestão dos serviços, resultando em extinção de cinco cargos de apoiador de saúde mental no município (FONSECA, 2014)

Em contrapartida um profissional da AB menciona que existe um atual apoio do Apoiador de saúde mental:

P13 AB “[...] e é a primeira vez que, nessa experiência atual, é a primeira vez que eu tô conseguindo ter garantido pela gestão né, pactuado com o distrito a maior parte da minha carga horaria para o matriciamento [...]”

O aspecto de estabelecer parcerias entre profissionais da AB e dos CAPS AD e construir vínculos entre profissionais e pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, é apontado como favoráveis para construção do Apoio Matricial, mencionado por profissionais da AB.

P11 AB : “Eu sinto que as unidades básicas usam o CAPS como substitutivo de laço afetivo na construção de parcerias profissionais”.

P12 AB: “[...] mas se você perguntar assim quem é sua referência no CAPS, ele sabe o nome. Ele sabe que se precisar a gente aciona e a pessoa ou vai receber lá ou vai até o centro de saúde, então a gente tem conseguido, mais recente, a gente tem conseguido que o CAPS faça atendimento em conjunto e funciona super bem. A gente tem muito mais dificuldade hoje quando a gente liga no CAPS III e precisa de um leito né, mesmo no CAPS AD, a recepção é outra né, porque a gente se conhece [...]”.

Rigotti (2016) esclarece que investir no estabelecimento de vínculos entre os profissionais é uma condição para que o matriciamento se estabeleça. Assim, identificações nascem entre os profissionais, tanto das equipes de apoiadores, como das equipes da atenção básica, favorecendo a sensação de pertencimento a ambas as equipes. Nesse sentido, as ações são vistas como produtoras de corresponsabilidade, e as intervenções dos matriciadores não são sentidas como controle sobre as equipes da atenção básica.

Nos relatos que seguem, profissionais dos CAPS AD identificam que o processo de apoio matricial com a AB só é possível por meio de vínculos e parcerias estabelecidas:

P7 CAPS: “Conseguimos uma entrada com alguns profissionais da UBS e o vínculo com esta usuária vem sendo construído com esses profissionais, a usuária começou a acessar aos poucos a UBS, os profissionais começaram a ir no Mocó onde essa usuária fica e isso só foi possível com ações em conjunto com a usuária”.

P1 CAPS: “É a experiência que eu tenho é isso assim, essa de estabelecer parcerias com algumas profissionais mais disponíveis dentro do centro de saúde, o que eu observei que assim é algo necessário para o matriciamento AD, por essas razões que já foram ditas aqui, pela questão do aspecto moral, pela questão do uso em si”.

P6 CAPS: “Acho que na verdade a gente teve bastante sorte de encontrar alguns profissionais bem parceiros pra construir o matriciamento, principalmente a T.O. que parecia que já sabia o que estava fazendo, mas sei que essa não é toda realidade do pessoal que faz matriciamento”.

P2 CAPS: “[...]a partir disso criou-se um vínculo, a relação entre as equipes é o principal ponto. Eu acho uma das coisas mais sensíveis que precisa ser cuidada é relação entre as equipe para acontecer o matriciamento”.

Com relação à criação de vínculos, destaca-se o discurso a seguir, de profissional da AB, que aponta os profissionais agentes de saúde como facilitadores para criação de vínculo com o usuário:

P12 AB: “[...] mas também eles (os agentes de saúde) eram facilitadores porque estavam com o usuário todo o dia e tinham o vínculo, eram moradores do território”.

Os relatos que seguem identificam a dificuldade em compartilhar casos com a Atenção Básica, e são percebidos tanto por profissionais dos CAPS AD como por profissionais da AB, estes indicam que para o acolhimento na UBS a pessoa com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas precisa apresentar piora no quadro clínico, estes também apontam que já presenciaram recusa ao atendimento:

P8 CAPS: “A equipe do AD vai tentar entrar nesse território agora e discutir o motivo desses casos não chegarem na UBS para fortalecer essa discussão aí né! Mas não é fácil não, ou o cara tem que pirar pra chegar na UB ou o cara nem chega”.

P11 AB: “E aí, isso vai se construindo de um jeito que é, eles não te procuram, tá, mas porque eles não te procuram? Você vê também que a unidade não apoia quando tem o pedido. Então os usuários não procuram mas por duas vias, um porque não tem um ambiente ou acolhimento em que possa procurar e também quando procuram não são recebidos”.

P13 AB: “[...]desconsiderar a questão da territorialização pra usuário de drogas, porque as vezes é difícil dele entrar no centro de saúde do bairro pra se tratar porque ele não conseguia, então pera lá, vamo fazer o seguinte, vamo articular pra você ir pra outro lugar né, que aí você não vai tá em risco[...]”.

Alguns profissionais dos CAPS AD e das UBS percebem a especificidade de Álcool e outras drogas como elemento de resistência, como mostram os relatos a seguir.

P1 CAPS: “[...] porque acho que na questão AD tem a dificuldade de acesso mesmo dos usuários tanto aos CS, mas também aos CAPS, acho que a gente no CAPS pega aí uma porcentagem bem pequena das pessoas que demandariam cuidado na área [...] Falando diretamente do CAPS AD, dessa questão do AD, pra mim, essa

resistência, pegando um pouco do que você tava falando, que a gente começou a conversar disso na equipe, a partir de “nós não temos casos”.

P12 AB: “[...] é essa ótica que eu queria colocar, essa questão da gente entender como um problema de saúde pública, sim, a do AD”.

A questão das drogas, nos possibilita refletir sobre os desafios da universalidade do acesso, sabendo que a experiência com as drogas é uma prática social estigmatizada, resultando por vezes em preconceitos, discriminação e criminalização, criando, assim, verdadeiras barreiras ao acesso (TEDESCO; SOUZA, 2009; SOUZA, 2013).

O conceito de Contrafissura é entendido por Lancetti (2015) como um sintoma social que nasce do proibicionismo e de seu fracasso, assim como seu funcionamento e eficácia questionável, favorecida por uma corrente midiática que potencializa o desespero por resolver imediatamente e de modo simplificado aspectos relacionados ao uso de álcool e outras drogas, focando a questão nas drogas e não na pessoa que faz seu uso.

O autor problematiza que a contrafissura seria a primeira barreira enfrentada por gestores e cuidadores, esta pode ser entendida como as subjetividades neuróticas, os limites do senso comum e como um sintoma social, embasado no proibicionismo e seu fracasso.

Assim a contrafissura manifesta-se também em cada cuidador como uma certa resistência ao entrar em contato com o tema do álcool e outras drogas.

É possível identificar em alguns relatos de profissionais dos CAPS AD que existe uma cisão na equipe com os profissionais que fazem parceria para o cuidado do usuário de álcool e outras drogas e os que não o fazem, como se o estigma direcionado às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas pudesse ser reproduzido nos profissionais que o acolhem.

P8 CAPS “[...]os defensores do matriciamento, os apoiadores do usuários AD e o resto da equipe, sabe, poderia ter uma circulação dos profissionais[...]”

P1 CAPS “Em algumas conversas, por exemplo, antes das reuniões de matriciamento, de chegar e o profissional desabafar que tá difícil bancar o cuidado

com os usuários AD, sabe, esses profissionais mais disponíveis, do resto da equipe tencionar, tipo, o próprio profissional parceiro dizer que o estigma que os usuários sofrem dentro das UBS se reverterem no próprio profissional”.

P5 CAPS “[...] mas quando vai pra ação também ficou bem focado nos agentes de saúde, teve uma resistência na execução do grupo pelos agentes de saúde por também serem moradores do território e por vezes conhecerem as pessoas que participavam do grupo e receio de ficarem estigmatizados no bairro, por exemplo, a dificuldade de falar desse tema AD com familiares, vizinhos [...]”

Contudo profissionais matriciados evidenciam a dificuldade de compartilhamento de casos com os CAPS AD:

P11 AB “[...]o acesso principalmente com o CAPS AD pra gente ali é muito falho, a gente não consegue ter um matriciamento formal com o CAPS AD, eles não vão sempre na unidade, mas qualquer caso a gente consegue partilhar com outro CAPS”.

P 13 AB “[...] acaba que a gente tem discutido muito com eles assim: “olha, tá difícil pra gente, tá difícil pra vocês, mas os casos que a gente não consegue aqui, como é que a gente faz?”.

P15 AB “Olha, eu acho que não é bem queixa né, mas volta e meia eu tô tendo que lidar com casos que seria para CAPS AD né”.

P12 AB “Ninguém fala da presença do CAPS AD no centro de saúde. Sabe não surge. Nunca chega pra mim do CAPS AD, nem sei se ele participa desse matriciamento ou não ou se só participa poucas vezes, porque nunca me chega nada, não chega”.

P14 AB “Pelo histórico a gente não vai ficar toda hora chamando um serviço que a gente sabe que é resistente[...]”.

Em contrapartida outros profissionais matriciados identificam ser possível a parceria com os CAPS AD:

P12 AB “[...]pra mim é muito exemplo de CAPS porta aberta esse CAPS, o Antonio Orlando. Essa coisa de CAPS precisa trabalhar com sistema de demanda espontânea e ser porta aberta, eu não vejo isso tão na prática, no discurso sim, mas na

prática não vejo isso do CAPS infantil e do CAPS Integração que é III, agora do AD sim”.

Destaca-se, contudo, que os profissionais participantes da Atenção Básica, por meio do instrumento “Protocolo de Informações” não identificam ações direcionadas especificamente às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Somente um profissional coloca que realiza Grupo com Família de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Observa-se com os dados obtidos nos grupos focais, que a ausência de práticas e ações direcionadas, em específico, às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, é apontada por profissionais matriciados e matriciadores. Os profissionais matriciados e matriciadores percebem que para o acolhimento de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas na AB, é necessário que exista piora no quadro clínico, chegando até a recusa ao atendimento caso esta condição não esteja presente. Estes profissionais, matriciados e matriciadores, compreendem a especificidade de álcool e outras drogas como elemento de resistência à prática profissional.

Os autores Figueiredo e Campos (2009) e Campos (2003) nos explicam que para as mudanças de paradigmas, 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.

Nesta categoria os resultados apontam os aspectos que facilitam o apoio matricial, tais como referências para o apoio, criação de vínculos e informatização, assim como os aspectos que dificultam o apoio, sendo eles, ausência de médico psiquiatra nos serviços especializados, rotatividade de profissionais e a própria especificidade do uso de álcool e outras drogas.

4.3.3 Especificidades do cuidado com os usuários de álcool e outras drogas

As especificidades do cuidado com os usuários de álcool e outras drogas foi um tema que permeou as discussões dos grupos focais. Elementos como a perspectiva de

cuidado pelo viés da redução de danos e abstinências, assim como a política de álcool e outras drogas foram mencionados nas narrativas. Os profissionais matriciadores percebem o cuidado por meio da perspectiva da redução de danos enquanto alguns profissionais matriciados especificam o cuidado a usuários de álcool e outras drogas pelo viés da abstinência, como mostram os relatos a seguir dos profissionais dos CAPS AD.

P1 CAPS “[...]é, e assim, atualmente no matriciamento que eu faço, além desse processo de estabelecer parcerias, tem sido um investimento grande para a redução de danos no território, e em um dos centros de saúde que apoiam o matriciamento, tem campo da redução de danos que acontece lá toda vez por semana[...]”

P2 CAPS “É aquelas discussões básicas né de redução de danos, que acho que a gente né, no AD já opera isso de algum modo, mas na Atenção básica isso ainda é muito distante. Às vezes você tá discutindo o caso com esse paradigma com alguém que tá pretendendo a abstinência o tempo todo, e aí dificulta muito!”

P3 CAPS “Mas então, é muito isso aí tá vendo! Os CAPS tem que trazer pra discussão, os CAPS tem que falar da política de álcool e drogas, tudo bem que é nosso lugar e tal, mas só a gente que tem que falar disso, meu, é desgastante!”

Assim faz-se necessário a ampliação também por meio do apoio matricial das discussões que permeiam a prática de redução de danos, esta que busca encorajar as pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas a tornarem-se protagonistas, de promoverem o auto-cuidado com a saúde e na busca por direitos, que resultem em políticas governamentais.

A Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas é respaldada pela Portaria nº 1.059/GM, de 4 de julho de 2005, do Ministério da Saúde que destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2004).

Os profissionais matriciados indicam a abordagem da abstinência no cuidado direcionado às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e apontam a própria resistência em relação à política de redução de danos, como mostram os relatos a seguir.

P12 AB “ [...] eu continuo atendendo ele e proponho que ele vá ao CAPS AD porque ele precisa de uma ajuda pra lidar com a abstinência [...]”

P15 AB “Inclusive a sociedade da psiquiatria tem uma posição bem clara em relação a maconha, a legalização da maconha, porque ela aumenta a incidência de esquizofrenia tá, então essa coisa de redução não existe”.

P 13 AB “É difícil pensar que dá pra abraçar a questão da redução de danos no CS, sabe, temos procedimentos diferentes dos CAPS AD, não vejo problema nisso! (Fala de um profissional que demonstrava desconforto. Registro de diário de campo).

O contexto em que os usuários estão inseridos como situação de rua, tráfico de drogas, doenças sexualmente transmissíveis também foram elementos apontados pelos profissionais matriciadores como especificidades da rede AD.

P5 CAPS “[...] começamos com um caso bem grave, prostituição, moradora de rua, fazia troca do corpo pelo uso intenso de crack, estourando de DST [...]”.

P2 CAPS “[...] aí a gente que se dispõem a lidar com as questões limites, situação de rua, e os aspectos que o AD traz são bem dramáticas, situações da gente atender pessoas em situações de rua e tal [...]”.

P1 CAPS “[...] muitas dúvidas que eles tinham sobre redução de danos, muitos ACS tinham medo de abordar no território porque alguns usuários eram traficantes e alguns usuários estavam em TB [...]”.

P7 CAPS “Eu tive a oportunidade de matricular duas UBS, uma na Sudoeste e outra na Noroeste, e o interessante é que foram realidades bem diferentes, uso mais coletivo, uma dinâmica bem vulnerável e bem volumosa de garotas que usam lá, não só elas, mas seus clientes também [...]”.

Apesar destes elementos serem observados por profissionais matriciadores como causadores de medo aos profissionais matriciados, uma profissional da AB refere que essas especificidades, como a presença do tráfico de drogas no mesmo território de ação, não é motivo de medo ou insegurança, como mostra o relato a seguir.

P11 AB “Lá é uma região que o tráfico é muito forte, os pacientes chegam na unidade, apesar de ir pro Caps AD, eles vem fazer um tratamento clínico e a gente sabe

quem é usuário, quem não é, quem é o traficante, quem não é. Apesar disso o tráfico respeita o centro de saúde, eles tem lá uma questão assim muito do respeito”.

Percebe-se nos relatos a necessidade de aproximação e esclarecimento com o tema do uso de álcool e outras drogas, fato este que direciona o cuidado às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas

Lancetti (2015) e Souza (2013) apontam que é preciso atravessar a superfície discursiva sobre as drogas, a das pessoas que usam drogas destrutivamente e a dos que supostamente curariam os drogados.

Observa-se nos relatos de profissionais dos CAPS AD e AB, a percepção do cuidado às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas não limitar-se somente a questão do uso da substância:

P5 CAPS “[...] de um entendimento do sujeito mais integral né do uso da substância e tal e que isso também pode ser cuidado na AB.”

P6 CAPS “Acho que isso, às vezes é bem negativo no matriciamento, usuário bateu na mãe idosa ou aquele menino tão bom agora tá usando drogas e aí não generalizar, sabe o próprio profissional fica com esses julgamentos morais, a questão não é a droga, é o desemprego, falta de acesso a coisas básicas no território”.

P11 AB “Casos, de CAPS AD. Você pode olhar o paciente AD de duas óticas hoje, como um problema de saúde pública, uma doença, que é o que nós, profissionais de saúde trabalhamos, ou a via da criminalidade e tudo mais né, que pra mim vem daí o preconceito”.

Varanda (2009) discute sobre a referência a uma criminalidade preconceituosamente generalizada na população de rua e usuários de drogas que é apresentada pelos próprios moradores de rua e usuários, considerando a maneira que acham que são percebidos, em função da incapacidade do cidadão comum em distinguir quem realmente representa alguma ameaça no contexto da violência urbana.

O discurso a seguir traz a discussão da internação compulsória, como pedido recorrente aos profissionais da AB por meio do familiar ou do Poder Judiciário:

P13 AB “Muitas vezes o paciente vem falar, o familiar do paciente fala: “olha, o que que eu faço com ele, ou a gente vai internar ele compulsoriamente”.

Preconceito, ameaças, medos, julgamentos morais foram elementos revelados nas narrativas de profissionais matriciados no cuidado com o usuário de álcool e outras drogas:

P15 AB “O preconceito é uma questão de prática, a gente faz né por bandidos. Sabe, são bandidos” [...] eu vejo ameaças aos funcionários do Cândido, a mim, entendeu?”. (Durante esta fala do profissional, outros membros do grupo demonstram discordar, por meio de expressões. Registro de diário de campo)

P14 AB “Eles ameaçam. Eles ameaçam muitos profissionais do centro de saúde”.

P13 AB “Que tem sempre aquela coisa, sabe, eu não sinto por parte das pessoas uma disposição de ir atrás mesmo e tem o preconceito mesmo né [...]”.

P15 AB “E é uma coisa bem diferente o etilista do drogadicto né. O etilista não tá ligado diretamente com a criminalidade, o drogadicto está”.

Souza (2013) demarca que o campo da saúde, após implantação das Políticas Públicas sobre drogas no Brasil, passou a ser munido de um arsenal político, institucional e legal capaz de produzir embates e mudanças sobre as políticas de drogas hegemônicas no Estado brasileiro. Assim, compreendia-se que a problemática das drogas poderia ser enfrentada com a ampliação da cobertura e a invenção de novos dispositivos de atenção, como com uma mudança de olhar sobre este fenômeno de modo a superar a dualidade lícito-ilícito que estigmatiza, principalmente, os usuários de drogas ilícitas.

Em contrapartida, também profissionais da AB mostram-se inconformados e críticos com o estigma que percebem em seu meio no cuidado às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Essa mesma inconformidade aparece no Grupo Focal desenvolvido com profissionais matriciados quando os temas relacionados à preconceito, ameaças, medos, julgamentos morais surgem nos discursos.

P10 AB “[...] existe um preconceito por parte dos profissionais do centro de saúde em relação a usuários de drogas e não é visto como alguém que passa por uma dificuldade, mas ele é julgado moralmente certo [...]”.

P12 AB “Quando alguém passa, tem diabetes e vem aqui na unidade com destro, tá com diabetes, alguém tem dúvida de que ela tem que se tratar aqui? Existe essa questão? Não, a gente tem certeza que aqui é o lugar dela, porque com o AD é diferente? [...] e aí de repente a gente se depara com uma situação recente em que a unidade discutia se devia ou não fazer o pré-natal de uma usuária de álcool. Então, opa, peralá [...]” (Durante esta fala, um profissional específico expressa discordar da afirmação).

Esta categoria discutiu as especificidades do cuidado com os usuários de álcool e outras drogas, alguns profissionais da Atenção Básica compreendem o cuidado a este público pelo viés da abstinência, enquanto os profissionais dos CAPS AD propõem o cuidado pelo viés da Redução de Danos. Fatores como medo, ameaças, preconceitos e ausência de capacitação específica relacionada ao cuidado com os usuários de álcool e outras drogas foram apontados pelos participantes.

4.3.4 Potências e limites do Apoio Matricial

Os profissionais dos CAPS AD e UBS percebem que existe uma dificuldade pelos profissionais matriciados no reconhecimento do uso de álcool e outras drogas no território de abrangência, como mostram os relatos a seguir.

P8 AB “Redução tá mapeando o território e tem um número importante de usuários, aí você vai na UBS e eles falam “não, a gente não tem nenhum caso ad, não”! Né! (risos). Aí a gente propõe, então vamos tentar fazer uma primeira reunião nossa, para gente tentar entender o porquê não tem caso Ad no território. Mas porque não tem caso Ad que chegue na UBS, né!”

P5 CAPS “ [...]e nesse tempo assim, eu também tive a experiência de matricular uma unidade que não identificava o uso no território né, e esses casos não chegavam na Unidade né, a Unidade muito pequena, que as paredes não permitiam esse tipo de atendimento, e aí as pessoas não chegavam com essa demanda na Unidade”.

P14 AB “Mas a demanda do centro de saúde pra álcool e drogas é baixa mesmo, no outro centro de saúde que eu trabalhei também [...]”.

Nessa perspectiva, os profissionais matriciadores apontam a importância dos profissionais redutores de danos no auxílio da identificação do uso de álcool e outras drogas no território.

P5 CAPS “Acho bacana o trabalho dos redutores no Antônio Orlando que eles ajudam muito até, nessa questão do território”.

P1 CAPS “[...] e havia pouca entrada das pessoas abordadas no campo no Centro de Saúde, e assim há um investimento importante de fazer parcerias no campo, dos profissionais do Centro de saúde irem junto com os redutores a campo, para criar algum tipo de ponte dessas pessoas com o centro de saúde [...]”.

P2 CAPS “[...] essas situações de fazer coisas em conjunto também pra mim é muito importante porque se consegue estabelecer trabalhos mais potentes no território [...]”.

P5 CAPS “A gente teve uma discussão lá no CAPS de algumas experiências, tipo, de matriciamento, da equipe do CS dizer que não tinha demanda pra aquilo [...]”.

Para Souza (2013, p. 253)

Como as principais queixas trazidas pelos usuários são em torno de problemas clínicos (como sífilis, tuberculose, feridas, dentre outros agravos), que, na maioria das vezes, não trazem questões referentes ao uso de drogas, isso colocaria os redutores de danos em contato com demandas que podem ser acolhidas e acompanhadas na atenção básica. Em função disso, alguns gestores, trabalhadores (dentre eles os próprios redutores de danos) entendem que a ação dos redutores de danos se aproxima mais da atenção básica do que de uma atenção especializada de saúde mental.

Alguns profissionais matriciados revelam esse mesmo aspecto percebido nas equipes das UBS:

P 11 AB “Ah não, a gente não tem demanda, ouvi isso da unidade né. Uma das coisas né, quando o CAPS AD foi lá “a não a gente não tem demanda”, não dá pra falar que a gente não tem demanda de AD né, ainda mais nessa região, não existe”.

P 13 AB “Tem uma série de usuários do centro de saúde que usam drogas, enfim, que frequentam muito mais o centro de saúde do que o CAPS [...]”.

P 12 AB "Então, eu como clínica, você vai atender um paciente e você aborda o uso de drogas é impressionante o número de pessoas que vão falar pra você que são usuários.

É só você abordar com calma que eles vão falar [...] Mulher, homem [...]"

Os temas formação e capacitação foram citados nos grupos focais como um desejo da equipe e como elemento de diferenciação para o manejo e cuidado com usuários de álcool e outras drogas, assim como para o apoio matricial.

Os profissionais dos CAPS AD apontaram que experiência profissional, formação e espaço para troca de experiências dentro dos serviços matriciadores, por meio de supervisão, ou não, são elementos que potencializam o apoio matricial assim como o cuidado às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

P1 CAPS "E a gente lá dentro do serviço mesmo não troca sabe, não pergunta pro outro e "aí como tá seu matriciamento"? E esse papo é importante pra gente até se fortalecer sabe? Por exemplo, essas experiências que vocês trouxeram achei muito interessante, acho até que seria bom a gente ir lá pra ver como vocês fazem para tentar se reunir mais e fortalecer porque a gente não tem esse costume, esse espaço, esse tempo para conversar sobre o matriciamento".

P2 CAPS "Tem a questão da formação e da experiência anterior... cuidar melhor dos casos, trabalhar em rede, ter o olhar integral, acho que tem essa coisa da formação e experiência anterior, do acreditar na rede faz com que você invista no matriciamento que é muito relevante".

Os relatos dos profissionais da AB evidenciam o desejo por capacitações relacionadas ao uso de álcool e outras drogas e o desejo pela temática ser inserida na formação profissional.

P12 AB "Eu acho que poderia ter mais capacitações permanentes assim sabe, em todas as áreas. Principalmente em álcool e droga, eu acho que é uma coisa necessária

[...]"

P13 AB "Mas é bem lembrado, a formação básica dos profissionais para um olhar também se pensando também na questão da substância psicoativa né".

Junior e Campos (2014) apontam que o apoio e a Educação Permanente caminham juntos desde o início do período de implantação do Apoio Matricial. Seja articulando o apoio para induzir, operar e coordenar espaços e processos de educação permanente, ou na formação dos apoiadores.

Os profissionais matriciadores assinalaram que profissionais com formação de ensino médio, técnicos de enfermagem e redutores de danos atuam com excelência e como apoio à equipe no cuidado ao usuário de álcool e outras drogas.

P5 CAPS “[...] uma coisa que facilita é não estar sozinho no matriciamento, ter um técnico de enfermagem, um redutor, profissionais do ensino médio que tem total capacitação para fazer o matriciamento, nosso serviço defende isso!”

Em contrapartida uma profissional da AB aponta a resistência em cuidar do usuário de álcool e outras drogas associada à formação profissional, como ilustra o relato a seguir.

P11 AB “[...] a resistência em trazer o usuário pra dentro da saúde por uma falta de estudo mesmo né, de preparo”.

Nesta categoria foram relatados os resultados relacionados às potências e aos limites do apoio matricial. Os profissionais matriciadores e matriciados apontaram como limites fatores como, dificuldade no reconhecimento do uso de álcool e outras drogas no território pelos profissionais matriciados. Já a importância dos profissionais redutores de danos no cuidado territorial e a formação e capacitação foram apontados como necessários ao trabalho com esta especificidade.

4.3.5 Relações Cogestão e Município: Pacto de gestão ou aspecto político institucional.

Nos últimos dezesseis anos, no município de Campinas, houve uma grande expansão de serviços pelo território com a criação de CAPS III, CAPS ad e CAPS i, bem como a ampliação de oficinas de trabalho, centros de convivência e residências terapêuticas. Além da investida em arranjos para articulação entre esses serviços e a atenção básica, como o apoio matricial. Tais ações contaram com o incremento na

parceria entre a prefeitura e o Cândido Ferreira (FONSECA, 2015; FIGUEIREDO e SANTOS, 2008).

Dobies (2016) aponta que em Campinas até próximo aos anos 2000, havia dois convênios: “Saúde Mental” e “PSF. O primeiro correspondia à área específica de saúde mental, enquanto o segundo era o convênio pelo qual eram contratados profissionais para a área da saúde em geral, incluindo atenção básica, hospitais, serviços de urgência. O principal aspecto de irregularidade apontado pelas instâncias do judiciário era de que os trabalhadores não poderiam ser contratados por uma organização (Cândido Ferreira) e estarem sob gestão de outra (prefeitura), como era o caso dos profissionais contratados via “Convênio PSF”.

Concomitante a este processo, em 2011, a cidade viveu sua maior crise política, que culminou com o impeachment do então prefeito indiciado por crimes de corrupção, o afastamento do vice-prefeito e sua posterior cassação. A partir daí, com atual administração, existem novos interesses e convênios e contratos que terceirizam assistência e gestão dos serviços municipais vem sendo realizados. Isso tem resultado em ausências de nova formulação política para o SUS-Campinas, ocasionando em desestímulo às equipes, aos distritos e à população de uma forma geral (FERNANDES, 2014)

Tal cenário culminou em uma enorme crise para além dos limites da saúde mental, instaurando insegurança para a continuidade de serviços e projetos em diversos serviços do município. Além disso, delimitou as ações do Cândido Ferreira aos serviços de saúde mental, com a parceria adquirindo cada vez mais uma característica rígida e regulamentada.

Os relatos a seguir de profissionais dos CAPS AD apontam esse distanciamento entre Prefeitura e Cândido Ferreira o que, segundo as narrativas, resultou em fatores que dificultam o apoio matricial. Dentre esses fatores existe recentemente a retirada da Prefeitura dos transportes usados pelo Cândido Ferreira, justificado e embasado nos novos formatos de convênio entre as duas instâncias. O Cândido Ferreira conta com novos formatos de administração e reajustes vêm sendo realizados nos serviços, uma delas que aparece nos relatos é a retirada das supervisões institucionais.

PI CAPS “ [...]por mais que a gente investisse nas coisas de matriciamento lá, a gente precisaria tencionar pra criação de novos serviços, e aí a gente levou uma

demanda conjunta pra uma reunião que teve no Candido recentemente e tal, tem uma dificuldade nossa de transporte pra ir até o matriciamento, aí a gente tenciona junto, então a gente pensa mais as questões do tencionamento político [...]”

P2 CAPS “ É que nem na perspectiva da redução de danos, com essa crise política, e a relação do próprio Candido com a prefeitura, eu percebo assim que daí a gente começa a enfraquecer sabe essa coisa do discurso, da perspectiva, do quanto é contra hegemônico e acaba que só ficando numa coisa de tarefa né, tipo, de uma ação, fica quase que uma coisa de ações de redução de danos dentro da atenção, e acho que as vezes a questão do matriciamento também acho que isso acontece, fica que meio não uma perspectiva de trabalho mas simplesmente ações que a gente vai e faz, e fica o matriciamento só como gerenciamento de fluxo né, gerenciamento de rotinas, agendas e tal, é operativo mas não é só isso né! O Apoio Matricial não é só isso, e acaba que o próprio potencial do Apoio matricial acaba que enfraquecendo por conta disso também, quase que uma armadilha também, bem complicado assim”.

P5 CAPS “É acho um fato interessante também né. Que atualmente a gente tá mais afastado do distrito desde que teve esse distanciamento entre Prefeitura e Candido nessa gestão, e isso dificulta as articulações”.

P4 CAPS “É isso de fato é uma realidade da Sul, agora a gente tem uma dificuldade dos transportes nos serviços, a gente tem essa questão pra visita domiciliar, pra busca ativa, a gente tá sem transporte [...]”.

P1 CAPS “O Distrito noroeste antes era dividido em três eixos, e tinha uma supervisão que quem pagava era o Candido, aí teve um enfraquecimento desses encontros, e ficou um eixo só da noroeste mais a supervisão. Aí com essa crise e Prefeitura não tem mais supervisão clínico - institucional nessa reunião [...]”

Dobies (2016, p.63) afirma que

Apesar desse direcionamento, o Cândido Ferreira sempre levantou a bandeira de uma relação mais democrática com seus trabalhadores e usuários, com a formalização de instâncias de gestão colegiada na sua cúpula administrativa, por meio de conselhos nas unidades de atendimento, realização regular de colegiados de gestão abertos aos trabalhadores e formação de grupos de trabalho com participação de diferentes atores. No entanto, há problemas entre a diretoria e os trabalhadores denunciados por greves, paralisações e atos ocorridos nos últimos quatro anos, nas quais, aos poucos, o alvo deixou de ser exclusivamente a prefeitura e incluiu a cúpula administrativa do Cândido Ferreira. As reivindicações dos trabalhadores

frente ao desinvestimento da prefeitura, sobretudo nos projetos de saúde mental, que incluía pendências trabalhistas, foram tornando-se mais desgastadas a medida em que o descumprimento com pagamento dos direitos trabalhistas foram ficando mais evidentes e crônicos. O que antes era mais velado, pois o atraso se dava mais no depósito do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), passou a ficar mais evidente nos frequentes atrasos de pagamento do 13º salário e nas negociações de cortes em dissídio e anuênio¹³ definidos em acordo coletivo.

Atualmente vivenciamos um retrocesso político no que tange os direitos humanos com o desmonte das políticas públicas arduamente conquistados nos últimos anos. O município de Campinas vivencia a reeleição de um governo que não tem demonstrado grande interesse em incentivos e aposta na construção ou manutenção do cuidado ofertado às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Assim, a relação entre o serviço Dr. Cândido Ferreira e a Prefeitura que um dia foi de cogestão, vivencia novos percursos, no que, nos dias atuais define-se como uma relação de convênio.

Esta categoria apresentou os fatores relacionados ao financiamento da saúde mental no município de Campinas, que se estabelece entre o serviço de saúde Dr. Cândido Ferreira e a Secretária de Saúde do município. Os profissionais participantes reconhecem que tal relação sofreu mudanças com a eleição da nova gestão do município, o que culminou em fatores que desfavorecem a qualidade dos serviços de saúde mental e, em específico, as pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditamos que os objetivos desta pesquisa foram alcançados, tendo em vista que teve como objetivo geral compreender a contribuição do Apoio Matricial, na perspectiva dos profissionais, de forma específica na rede de atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Os resultados apontam que o Apoio Matricial é uma metodologia de trabalho que mesmo após vinte anos de implantação no município de Campinas ainda apresenta aspectos poucos conhecidos à alguns profissionais. O apoio matricial utilizado para estabelecer comunicação entre matriciados e matriciadores, ocorre de forma heterogênea na rede de atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Profissionais da atenção básica e dos CAPS AD reconhecem que a metodologia do Apoio Matricial apresenta potencialidades ainda não alcançadas, mas em constante construção. Os profissionais dos CAPS AD identificam que a perspectiva da redução de danos ainda é pouco utilizada pela Atenção Básica, e os profissionais matriciados apontam dificuldades no encaminhamento para alguns CAPS AD. Os profissionais matriciadores, indicam que a relação de cogestão entre a Prefeitura e o serviço de saúde Dr. Cândido Ferreira resulta atualmente em pontos que dificultam a articulação para manutenção do Apoio Matricial.

A capacitação específica em álcool e outras drogas é desejo tanto de profissionais matriciados como de profissionais matriciadores.

Entre as temáticas que surgiram nos grupos focais, destacam-se as especificidades do Apoio Matricial na rede AD, como os aspectos morais e produtores de estigmas presentes nos relatos de alguns participantes. Alguns profissionais da Atenção Básica apresentaram discursos que explicitam o preconceito e o medo em relação às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. O Apoio Matricial é percebido pelos profissionais como um meio para que estes se sintam apropriados a fazer uma escuta qualificada diminuindo, assim, a angústia e o sofrimento, possibilitando uma construção coletiva e transversalizada.

O encontro entre profissionais e usuários, se dá, por vezes, de forma burocratizada e inviável. Entende-se que os profissionais Redutores de Danos que

compõem as equipes do CAPS AD, e os Agentes de Saúde da Atenção Básica estão mais próximos da perspectiva da Redução de Danos, por estabelecerem vínculo e cuidado no território, e compreenderem a realidade posta para estas pessoas. Contudo, pensar na perspectiva da Redução de Danos não se limita aos cuidados de competência da saúde, mas envolve diferentes setores do Poder Público e da sociedade civil que deveriam contribuir para o fortalecimento de propostas às pessoas em situação de rua e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, redimensionando a noção de direito e cidadania. O cuidado que deveria se dar no território, fruto de um trabalho de diversos atores e especificidades, ainda permanece distante dos preceitos de universalidade do SUS.

Compreendemos que esta pesquisa nos forneceu elementos que explicitam a importância dos CAPS AD, assim como a perspectiva da Redução de Danos, e das ações matriciais. A discussão relacionada ao uso das drogas prescrito pelos próprios profissionais que compõem o SUS, nos levam a enxergar que a questão das drogas não está somente no uso ou não de drogas ilícitas, mas a substituição destas por drogas lícitas, prescritas pelos profissionais, ações iatrogênicas ainda se fazem presentes. Tal fato nos leva a pensar sobre qual tipo de clínica queremos produzir.

Faz-se necessário uma ética de trabalho acolhedora, não estigmatizante e resolutiva, superando a lógica da especialização e da fragmentação das ações de saúde mental. É urgente, principalmente diante do cenário de desmonte do SUS e da ameaça a sustentabilidade dos princípios básicos do SUS, consolidar uma rede de cuidados, disposta a atuar na perspectiva da transformação dos modos de atenção e cuidado em saúde mental.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, E. L. V. **As razões da terapêutica**. 1996. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. **A Reforma Psiquiátrica e os Desafios na Desinstitucionalização da Loucura**. Interface (Botucatu) [online]. vol. 10, n. 20, p. 299- 316, 2006.
- AMARANTE, P. D. de C., (coord.), - **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica na Brasil**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995.
- AMARANTE, P. D. C.; TORRE, E. H. G. Avaliação em Saúde Mental: de Mensuração Diagnóstica e Psicopatológica em Direção à Complexidade no Campo da Saúde e das Políticas Públicas. In: PINHEIRO, R.; et al. **Desinstitucionalização da Saúde Mental: Contribuições para Estudos Avaliativos**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007.
- BALINT, Michael. **O médico, o paciente e sua doença**. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1988.
- BALLARIN, M.L.G.S; BLANES, L.S; FERIGATO, S.H. Apoio matricial: um estudo sobre a perspectiva de profissionais da saúde mental. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.16, n. 42, p. 767-778, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012000300014&script=sci_arttext>. Acesso em: 05 jul. 2014.
- BALLARIN, M.L.G.S; et al. Percepção de profissionais de um CAPS sobre as práticas de acolhimento no serviço. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v35, n 2, p. 162-168, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/percepcao_profissionais_caps_praticas_acolhimento_servi%C3%A7o.pdf>. Acesso em: 09 Ago. 2016.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.
- BASAGLIA, F. **A Instituição Negada**. Rio de Janeiro, Graal, 2001.
- BERTAGNONI, L; et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Saúde Mental: itinerários terapêuticos de usuários acompanhados em duas Unidades Básicas de Saúde. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**,v. 23, n. 2, p. 153-162. Disponível em: <<file:///C:/Users/professor/Downloads/4907959959-1-SM.pdf>>. Acesso em: 08 maio. 2014.
- BEZERRA, J.R. B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: Physis. **Revista Saúde Coletiva**. n. 17, v. 2, 2007.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Equipe de referência e apoio matricial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2014

BRASIL, Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 2. ed. rev. ampl, p.22-40, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2014

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégias/Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 02 maio. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007, 85p. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0416_M.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf>. Acesso em: 09 maio. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº. 154: Núcleo de apoio à saúde da família (NASF)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://200.137.177.147/sistemas_de_informacao/doc_tec_leg/siab/portaria-n-154nasf.pdf>. Acesso em: 01 abril. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas no sistema único de saúde - SUS (PEAD 2009-2010)**, instituído pela portaria nº 1190, de 04 de junho de 2009. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html>. Acesso em: 16 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009b. (Série B. Textos Básicos de Saúde / Cadernos de Atenção Básica; n. 27). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização: Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaus_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Atenção Psicossocial**. Brasília Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/RAPS.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde: Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011). Disponível em: <http://www.conass.org.br/colecao2011/livro_1.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>. Acesso em jun/2014>. Acesso em: 08 maio. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria Nacional de Política sobre Drogas – SENAD**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em <<http://www.supera.senad.gov.br/>>. Acesso em: 08 set. 2016

BOCCARDO, A.C.S; et al. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ.** São Paulo, v. 22, n. 1, p. 85-92, jan./abr. 2011. Disponível em: <<http://200.18.45.28/sites/residencia/images/Materiais/PTS.pdf>>. Acesso em 01 jun. 2014.

CAMPINAS, Secretaria Municipal de Saúde. Estrutura do SUS-Campinas. Campinas, 2006. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br>. Acesso maio 2015.

CAMPOS, G.W. Equipes de Referência e Apoio Especializado Matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>. Acesso em maio/2014.

CAMPOS, G.W; DOMITTI, A.C. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.2, p. 399-407; 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>. Acesso maio/2014.

CAMPOS, G.W; et al. A aplicação da metodologia Paidéia no Apoio Institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface Saúde e Educação**, Botucatu, v. 18, Supl 1, p. 983-95, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-18-1-0983.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2015.

CAMPOS, G.W; CASTRO C.P. Apoio Institucional Paideia como estratégia para educação permanente em saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 1, p. 29-50, jan./abr. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n1/03.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

CANALES, M; PEINADO, A; Grupos de discusión. In: DELGADO, J. M.; GUTIERREZ, J. **Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales**. Madrid: Suintens, 1995.

CHIESA, A.M.; CIAMPONE, M. H. T. Princípios gerais para a abordagem de variáveis qualitativas e o emprego da metodologia de grupos focais. In: **Associação Brasileira de Enfermagem**. A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva – CIPESC. Brasília: ABEN. 1999. (Série didática: Enfermagem no SUS).

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos**: locais de internação para usuários de drogas / Conselho Federal de Psicologia. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011

CUNHA, G.T; **Grupos Balint Paidéia: uma contribuição para a cogestão e a clínica ampliada na Atenção Básica**. 2009. 254f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social/FCM/Unicamp, 2009

CUNHA, G.T; CAMPOS, GW. Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados. **ORG & DEMO**, Marília, v.11, n.1, p. 31-46, jan./jun., 2010. Disponível em <<http://revistas.marilia.unesp.br/index.php/orgdemo/article/viewFile/468/364>>. Acesso em 13 out. 2016.

DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 63-74, jan./mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n1/07.pdf>> . Acesso em 12 maio. 2014.

DOBIES, D.V.D. **Práticas profissionais e resistências na construção do cuidado em rede em saúde mental em uma microrregião de Campinas/SP**. [Dissertação de Mestrado]. Campinas (SP): FCM/Unicamp; 2016.

DOMITTI, A.C.P. **Um possível diálogo com a Teoria a partir das práticas de apoio especializado matricial na Atenção Básica de Saúde.** [Tese de Doutorado]. Campinas (SP): FCM/Unicamp; 2006.

DOMANICO, A. **Craqueiros e cracados: bem-vindo ao mundo dos nórias!** Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil. [Tese de Doutorado]. Bahia (BA): PPGCS/UFB, 2006.

FERRER, A.L. **Sofrimento psíquico dos trabalhadores inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial: entre o prazer e a dor de lidar com a loucura** [Dissertação de Mestrado]. Campinas (SP): DMPS/FCM/Unicamp; 2007.

FERNANDES, J.A. **Apoio Institucional e Cogestão. Uma reflexão sobre o trabalho dos apoiadores SUS Campinas** – Campinas: UNICAMP, 2014. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000931767>>. Acesso em: 09 fev. 2015.

FIGUEIREDO, M.D; CAMPOS, RO. Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78-80, p. 143-149. jan./dez. 2008

FIGUEIREDO, M.D; CAMPOS, RO. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Saúde Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n. 1, p.129- 138, 2009.

FIGUEIREDO, M.D. **Saúde mental na Atenção Básica: um estudo hermenêuticonarrativo sobre o Apoio Matricial na rede SUS – Campinas (SP)** [Dissertação de Mestrado]. Campinas (SP): DMPS/FCM/Unicamp; 2006

FONSECA, A.L.C. Para além da Reforma Psiquiátrica: uma invenção para o SUS – a experiência do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira em Campinas. Texto publicado no site <http://candido.org.br/> em 21/05/2015.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 10ª ed, Rio de Janeiro: Graal, 1992. 295p.

FURTADO, J.P. **Avaliação como dispositivo** [Tese de Doutorado]. Campinas (SP): DMPS/FCM/Unicamp; 2001.

GATTI, B.A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005.

GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO – **Guia de Apoio a Moderadores**. Rosana Teresa Onocko Campos; Eduardo Passos; Analice Palombini et AL. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em:< <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>>. Acesso em: 03 maio. 2014

GOFFMAN, E. **Ritual de interação: ensaios sobre o comportamento face a face**. Petrópolis: Ed. Vozes. 2011

GOMES, B.R; et al. **Cultura, Juventude e Redução de Danos** – Centro de Convivência é de Lei. São Paulo: Córrego, 2015

GONDIM, S.M.G. **Grupos Focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos**. Universidade Federal da Bahia. Paidéia. Salvador, v.12, n.24, p. 149-161, ano 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103863X2002000300004>. Acesso em: 04 jun.2014.

JUNIOR, N.P; CAMPOS, GW. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. **Interfaces – Comunicação Saúde Educação**, v.18 Supl 1, p 895-908, 2014.

LANCETTI, A. **Contrafissura e Plasticidade Psíquica**. São Paulo: Hucitec, 2015.

LEMKE A.R, SILVA NA. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. **Estudos Pesq Psicol UERJ**, Rio de Janeiro, v. 10, n 1, p 281-95, 2010.

FALKEMBACH, E.M.F. Diário de Campo: um instrumento de reflexão. **Contexto e Educação**. Universidade de Ijuí. ano 2. n. 7,jul/ 1987.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde - Representação Brasil, 2011. Disponível em: <[file:///C:/Users/professor/Downloads/Redes Atencao Saude Eugenio 2ed.PDF](file:///C:/Users/professor/Downloads/Redes%20Atencao%20Saude%20Eugenio%202ed.PDF)>. Acesso em 04 maio. 2014.

MINAYO M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORGAN, D.L. **Focus groups as qualitative research**. Thousand Oaks: Sage Publications, 1997.

NERY, F. VALÉRIO, A.L.R.L; MONTEIRO, L.F. **Guia do projeto consultório de rua**. Brasília: SENAD; Salvador, CETAD, 2011.

OLIVEIRA, M.M. **Apoio Matricial na Atenção Básica de Campinas: formação e prática**. [Dissertação Mestrado] Campinas (SP): FCM/Unicamp; 2014.

ONOCKO CAMPOS, R. T; et al. (orgs). **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho Participativo e efeitos da narrativa**. São Paulo: Editora Hucitec, 2008

RIGOTTI, DG. **Matriciamento e coprodução de autonomia: percepções dos apoiadores matriciais do SUS – Campinas**. [Dissertação de Mestrado] Campinas (SP): FCM/Unicamp; 2016.

RIVERA, A.C; SOUZA, F.J.U. A Inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica, ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Rev Tempus Actas Saúde Colet**. 2010;4(1):105-14. Disponível em< <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Inclus%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 09 dez . 2016

ROTELLI, F. et al, 1992. – **Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil:** aspectos históricos e metodológicos, Psiquiatria sem hospícios - contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro, Relume-Dumará,

SANTOS, B. S. **Introdução a uma ciência pós-moderna.** Campus: Rio de Janeiro, 1982.

SÃO PAULO, Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Braços Abertos. São Paulo, 2016. Disponível em: <<http://capital.sp.gov.br/noticia/criminalidade-cai-na-cracolandia-apos-aco-es-do>>. Acesso em: 03 jan.17.

SOUSA, M.L.T; TÓFOLI, L.F; **O Apoio Matricial como Dispositivo de Atenção e Cuidados Psicossociais em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família.** In Anais do V Encontro de Pesquisa e Extensão da Faculdade Luciano Feijão. Sobral, 2012. Disponível em: <http://www.faculdade.flucianofejao.com.br/site_novo/anais/servico/pdfs/Artigos_completos/Psi/O_Apoio.pdf>. Acesso em 09 maio.2014.

SOUZA, T.P. **Redução de Danos no Brasil:** a clínica e a política em movimento. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal Fluminense, 2007.

SOUZA, T.P. **A norma da abstinência e o dispositivo “drogas” Direitos Universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectivas da redução de danos).** [Tese de Doutorado] Campinas (SP): FCM/Unicamp; 2013.

TEDESCO, S. E SOUZA, T.P. **Territórios da clínica: redução de danos e os novos percursos éticos para a clínica das drogas.** In. Conexões (Saúde Coletiva e Políticas da Subjetividade Carvalho ET AL) In CARVALHO, M.P et al. Conexões (Org.). Editora Hucitec, São Paulo, 2009 p. 16-36.

TESSER, C. D. Social medicalization (II): biomedical limits and proposals for primary care clinics. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.20, p.347-62, jul/dez 2006.

VARANDA, W. Liminaridade bebidas alcólicas e outras drogas: funções e significados entre moradores de rua. [Tese de Doutorado] São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública/USP; 2009.

WESTPHAL M.F, BÓGUS C.M e FARIA M.M. **Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil.** In: Boletim da Oficina Sanitária do Panamá, 1996; v.120, n.6. p.472-82. Disponível em:<file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/6grupos_focais.pdf>. Acesso em: 03.jun. 2014.

APÊNDICE A – PROTOCOLO DE INFORMAÇÕES DOS PROFISSIONAIS



PROTOCOLO INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS

Data:

I - DADOS PESSOAIS

Nome:

DN:

SEXO: () Feminino () Masculino

II - FORMAÇÃO PROFISSIONAL

1. Qual a sua formação escolar?

Ensino médio completo ()

Ensino superior completo - curso _____ ()

Ensino superior incompleto - curso _____ ()

Curso Técnico () _____

2. Local e ano da última formação:

3. Possui pós-graduação (especialização, mestrado ou doutorado)? () Sim () Não
Em que campo do conhecimento?

4. Acredita que esta formação contribui para seu trabalho? De que forma?

5. Já trabalhou em outros serviços de saúde mental? () Sim () Não Quais?
Por quanto tempo?

6. Fez ou está fazendo algum curso relacionado ao campo de drogas/dependência química?

() Não. Motivo:

() Sim. Qual, ano de conclusão e como avalia a contribuição para o desenvolvimento do trabalho?

7. Há quanto tempo trabalha neste serviço? _____

E na rede de atenção as pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas? _____

8. Há quanto tempo realiza ações de apoio matricial? _____

II – DINÂMICA DO TRABALHO

1. Especifique quais atividades realiza na semana. Destas quantas são individuais ou grupais?

2. Quais as ações direcionadas aos usuários de álcool e outras drogas você realiza? E suas famílias?

APÊNDICE B – PROTOCOLO DE INFORMAÇÕES DOS SERVIÇOS**PROTOCOLO DE INFORMAÇÕES DO SERVIÇO**

Data:

1. Instituição:

Administração: () Municipal () Estadual () Federal

() Privado () Parceiro () Outro _____

2. Este serviço abrange quais territórios e bairros no Município? A qual distrito pertence?

3. Há quanto tempo o serviço está em funcionamento?

4. Quais os dias e horário de funcionamento?

5. Quais os tipos de atendimento que oferece à população?

6. Descreva a equipe profissional do local:

7. Há alguma exigência com relação à formação e/ou experiência em saúde mental para contratação dos profissionais da equipe? Se sim, cite.

8. Existe alguma capacitação em saúde mental para os profissionais da equipe? Se sim, cite.

9. Há quanto tempo este serviço desenvolve apoio matricial?

10. Quais as ações de apoio matricial são realizadas por este serviço?

11. Como a equipe se organiza para realizar o apoio matricial? Quais são os profissionais que realizam o apoio matricial?

12. Especifique o CAPS AD ou quais UBS (Unidades Básicas de Saúde) são articuladas para o desenvolvimento do apoio matricial.

APÊNDICE C – ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

Roteiro Grupo Focal

1. Definem Apoio Matricial.
2. Descoram sobre a relação entre os CAPS AD e as Unidades Básicas de Saúde.
3. As demandas que surgem nessa relação são específicas à rede de atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas?
4. Relatem como os CAPS AD (ou UBS) se organizam para realizar essa atividade de apoio matricial.
5. Comentem sobre as ferramentas utilizadas para realizar o apoio matricial.
6. Falem sobre as dificuldades e facilitadores para o desenvolvimento do apoio matricial.

**APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

**DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL / PROGRAMA DE PÓS
GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Resolução 466/2012 do CNS)

**O APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL E AS INTERFACES COM A
REDE DE
ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM NECESSIDADES DECORRENTES DO USO DE
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “O apoio matricial em saúde mental e as interfaces com a rede de atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas”.

O objetivo deste estudo é compreender a contribuição do Apoio Matricial, na perspectiva dos profissionais, de forma específica na prática da clínica de álcool e outras drogas. O (a) senhor (a) foi selecionado (a) por ter mostrado interesse em participar desta pesquisa, após a apresentação deste projeto. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os dados.

A coleta de dados será composta pela aplicação de três instrumentos, sendo estes, protocolo de informações dos profissionais, contendo informações com dados pessoais e relacionados ao tempo de serviço e experiência em saúde mental, protocolo de informações dos serviços, contendo informações específicas da dinâmica de funcionamento e desenvolvimento do grupo focal. O tempo utilizado para o desenvolvimento do grupo focal será de aproximadamente duas horas, como prevê a literatura. Serão realizados dois grupos focais com cada grupo de profissionais, ou seja, dois com o grupo de matriciadores e dois com o grupo de matriciados. Antes do início do grupo focal cada participante receberá um crachá contendo um número que será sua identificação em todo o processo.

Antes do início dos grupos focais a pesquisadora esclarecerá aos participantes sobre a necessidade de se manter sigilo em relação ao conteúdo expresso pelos mesmos em outros contextos que não o grupo focal.

Os grupos focais serão áudio-gravados e as observações serão registradas em diário de campo. A transcrição das gravações respeitará a veracidade e originalidade dos discursos e a preservação da identidade dos autores das falas, assim como a descrição do que for observado.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

O preenchimento destes protocolos e a participação nos grupos focais não oferecem risco imediato ao (a) senhor (a), porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas podem remeter à algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis como, por exemplo, tensão ou ansiedade, ou levar à um leve cansaço após responder os protocolos e participar dos grupos focais. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, o senhor (a) poderá falar com o pesquisador sobre o desgaste, possibilidade de continuidade ou não na pesquisa ou optar pela suspensão imediata da participação na pesquisa.

O (a) senhor (a) não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo. Entretanto, todas as despesas com o transporte e a alimentação decorrentes da sua participação na pesquisa, quando for o caso, serão ressarcidas pelo pesquisador no dia da coleta de dados.

O (a) senhor (a) não terá nenhum benefício direto com este projeto. Os benefícios indiretos deste projeto referem-se ao aprofundamento do conhecimento referente à contribuição do Apoio Matricial, de forma específica na prática da clínica de álcool e outras drogas.

O (a) senhor (a) receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas pelo (a) senhor (a) e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. O (a) senhor (a) poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na PróReitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia

Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisador Responsável: Paula de Fátima Oliveira Faria

Endereço: Rua Abolição 949, bloco C apt 22

Contato telefônico: (17) 997693009 e (19) 32333309

e-mail: paulafariaterapeuta@yahoo.com.br

Local e data: _____

Nome do Pesquisador

Assinatura do Pesquisador

Nome do Participante

Assinatura do Participante

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL E AS INTERFACES COM A REDE DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM NECESSIDADES DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Pesquisador: Paula de Fátima

Oliveira Faria **Área Temática:**

Versão: 2

CAAE: 52887716.9.0000.5504

Instituição Proponente: Departamento de Terapia Ocupacional

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO

PARECER

Número do

Parecer: 1.505.113

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo transversal, descritivo exploratório, com abordagem qualitativa. O Estudo abordará as questões relacionadas ao Apoio Matricial na Saúde Mental e sua Interface com a rede de atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. São recentes e inovadoras as diretrizes para o apoio matricial e a implantação do cuidado integral e interdisciplinar. Sendo assim, é natural que os profissionais de saúde chamados a ocupar esse lugar apresentem dificuldades para

atuarem como apoiadores, trabalhar de forma interdisciplinar em uma equipe matricial exige do profissional uma predisposição subjetiva para receber e fazer críticas, para dialogar acerca de saberes e visões de mundo e para tomar decisões de modo compartilhado. Para o desenvolvimento desta pesquisa, optou-se em desenvolvê-la no município de Campinas-SP, que desde a década de noventa desenvolve ações comprometidas política e socialmente na concretização do SUS. A rede pública de Campinas

iniciou a metodologia Paideia de cogestão das instituições e do cuidado em saúde. Orientados pelo referencial

Paideia, serviços de saúde mental, de atenção básica e da área hospitalar do Sistema Único de Saúde de Campinas sofreram mudanças organizacionais, novos arranjos, inovadores dispositivos de gestão e do processo trabalho. Buscava-se, com isto, a democratização institucional e a qualificação do atendimento à população. Nos anos seguintes, várias cidades incorporaram modos de realizar o Apoio Institucional e Matricial. O interesse em desenvolver a pesquisa neste município também parte do diferencial em realizar-se o processo de Apoio Matricial, sendo que em Campinas, este não necessariamente está vinculado a implementação dos NASF, mas sim, um apoio diretamente realizado entre os especialistas dos CAPS (matriciadores) no encontro com os profissionais da Atenção Básica (matriciados). Assim tem-se como objeto norteador desta pesquisa, compreender a contribuição do Apoio Matricial, na perspectiva dos profissionais, de forma específica na prática da clínica de álcool e outras drogas, no direcionamento da identificação de dificuldades e facilitadores percebidos pelos profissionais matriciados e matriciadores para o desenvolvimento do apoio matricial na clínica de álcool e outras drogas por meio da análise da dinâmica que se estabelece entre os profissionais no Apoio Matricial na Clínica de álcool e outras drogas. Para tal faz-se necessário, identificar, na perspectiva dos profissionais, as ações destinadas aos usuários de álcool e outras drogas embasadas na prática do Apoio Matricial.

Objetivo da Pesquisa: Objetivo geral: Compreender a contribuição do Apoio Matricial, na perspectiva dos profissionais, de forma específica na prática da clínica de álcool e outras drogas. Objetivos Específicos: Identificar dificuldades e facilitadores percebidos pelos profissionais matriciados e matriciadores para o desenvolvimento do apoio matricial na clínica de álcool e outras drogas; Analisar a dinâmica que se estabelece entre os profissionais no Apoio Matricial na Clínica de álcool e outras drogas; Identificar, na perspectiva dos profissionais, quais são as ações destinadas aos usuários de álcool e outras drogas embasadas na prática do Apoio Matricial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora aponta como riscos; A participação na pesquisa não oferece risco imediato aos participantes, porém, considera-se a possibilidade de um risco subjetivo durante a coleta de dados, pois algumas perguntas, podem remeter à algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis

como, por exemplo, tensão ou ansiedade, ou levar à um leve cansaço após responder os protocolos e participar dos grupos focais. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, o participante poderá falar com o pesquisador sobre o desgaste, possibilidade de continuidade ou não na pesquisa ou optar pela suspensão imediata da participação na pesquisa".

No âmbito dos benefícios, "os participantes não terão nenhum benefício direto com este projeto. Os benefícios indiretos referem-se ao aprofundamento do conhecimento referente à contribuição do Apoio Matricial, de forma específica na prática da clínica de álcool e outras drogas".

Página 02 de

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa com relevância científica, social e política. A pesquisadora explicitou melhor o método de coleta de dados, principalmente, o desenvolvimento do grupo focal e recrutamento dos participantes da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

-Folha de rosto preenchida e assinada corretamente, apontando um número de 30 participantes para a pesquisa;

-Termo de autorização para o desenvolvimento da pesquisa em três Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas e Centros de Saúde do município de Campinas-SP, assinada pelo Secretário de Saúde, Cármino Antonio de Souza.

-Foram anexados os instrumentos de coleta de dados;

-Projeto de pesquisa: foi revisto, explicitando melhor o método de coleta de dados e recrutamento dos participantes da pesquisa;

-Revisto preenchimento do documento de informações sobre o projeto de pesquisa na Plataforma Brasil: inserido os nomes de todos os pesquisadores; explicitado melhor o método de coleta de dados e recrutamento dos participantes da pesquisa; revisto o método de análise de dados e desfecho primário e secundário; revisto o nome da instituição coparticipante; revistos os riscos e benefícios; revisto cronograma de execução do projeto;

-TCLE foi revisto. Porém, solicita-se à pesquisadora inserir a palavra "assinada" na frase em que aponta fornecimento de uma via original do documento ao participante (vide recomendações).

Recomendações:

No TCLE, solicita-se à pesquisadora inserir a palavra "assinada" na frase em que aponta o fornecimento de uma via original do documento ao participante, reformulando a frase para: "O (a) senhor (a) receberá uma via assinada deste termo e rubricada (...)".

Conclusões ou Pendências e Lista de

Inadequações: Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Página 03 de

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_649183.pdf	22/03/2016 14:04:18		Aceito
Outros	roteirogrupofocal.docx	22/03/2016 13:59:45	Paula de Fátima Oliveira Faria	Aceito
Outros	PROTOCOLO.docx	22/03/2016 13:59:23	Paula de Fátima Oliveira Faria	Aceito
Outros	PROTOCOLO2.docx	22/03/2016 13:58:24	Paula de Fátima Oliveira Faria	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetoadequado.pdf	22/03/2016 09:36:01	Paula de Fátima Oliveira Faria	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEadequado.docx	22/03/2016 09:34:08	Paula de Fátima Oliveira Faria	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CETS.PDF	01/01/2016 15:11:09	Paula de Fátima Oliveira Faria	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_assinadapdf.pdf	01/01/2016 15:06:13	Paula de Fátima Oliveira Faria	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 18 de abril de 2016

Assinado por:
Ricardo Carneiro Borra
(Coordenador)



AUTORIZAÇÃO

083/2015

Autorizo a realização da Pesquisa intitulada “O APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL, E AS INTERFACES COM A REDE DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM NECESSIDADES DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS”, que tem por objetivo compreender a contribuição de apoio matricial, na perspectiva dos profissionais, de forma específica na prática da clínica de álcool e outras drogas.

Declaro estar ciente que a Pesquisa será desenvolvida por participante do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional – Nível Mestrado, na Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, junto a profissionais que atuam nas equipes de 03 Centros de Atenção Psicossocial AD do município (CAPS AD Antonio Orlando – Distrito Noroeste, CAPS AD Reviver - Distrito Leste e CAPS Independência - Distrito Sul) e profissionais que atuam em Centros de Saúde matriciados pelos profissionais dos CAPS AD, sob a orientação da Professora Doutora Isabela Aparecida de Oliveira Lussi.

Campinas, 15 de dezembro de 2015


Cármino Antonio de Souza
Secretário Municipal de Saúde
Matrícula 125344-1
CRF 723.931.818-49