



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

O apoio matricial sobre álcool e outras drogas integrando a saúde mental na atenção primária
à saúde

Daniela Alves de Almeida
Dra. Prof^ª. Maria de Nazareth R. M. O. Silva

BRASÍLIA

2016

Daniela Alves de Almeida

O apoio matricial sobre álcool e outras drogas integrando a saúde mental na atenção primária
à saúde

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Terapia Ocupacional, da Universidade de Brasília, faculdade de Ceilândia, como requisito parcial à obtenção do título de bacharela em terapia ocupacional.

Orientadora: Profa. Dr^a Maria de Nazareth R. M. O. Silva

BRASÍLIA

2016

Dedico essa monografia a minha tia (in memoriam),
que tanto me amou e se esforçou até seu último
suspiro de vida para que eu chegasse até o fim dessa
graduação.

Agradecimento

Agradeço, primeiramente, ao Espírito Santo por ter me guiado à escolha de um curso de graduação que mudou minha vida, minha concepção filosófica de ser humano e a forma com que eu vejo o próximo. De uma forma muito especial agradeço in memórian pelo amor, cuidado e dedicação da minha tia Maria Alves, sem ela eu não teria chegado a uma universidade pública. Agradeço a ela desde o momento que eu passei no vestibular e ela me acolheu e compartilhou comigo a alegria dessa conquista.

Agradeço aos meus colegas de curso, pela força, apoio e companherismo. Gostaria de agradecer em especial a Thayane Nascimento e a Wênia Carvalho por estarmos caminhando longe, mas juntas desde o primeiro semestre (2/2011). Obrigada a minha filha Maria Isabela, por todas as vezes que eu me encontrava sem paciência para estudar e ela me abraçava e dizia “Mamãe te amo!”. Agradeço a minha mãe pela minha concepção e criação.

Agradeço de uma forma especial aos meus professores que iluminaram meu conhecimento durante essa caminhada acadêmica. Principalmente a professora Paula Furlan e Josenaide Engracia por me mostrarem um lado da terapia ocupacional que tanto me encantou (A atenção primária e a gestão em saúde). Agradeço de forma carinhosa a minha orientadora Nazareth Malcher por me aceitar como orientanda e ter tanta paciência durante esse nosso processo monografia/Pibic. Agradeço também ao grupo do CRR, todos os alunos e a professora Dra Andrea Donatti Galassi pelas ricas discussões que tivemos durante esses últimos semestres.

Agradeço aos meus amigos por me darem apoio e orarem por mim, sempre. Obrigada também por não me chamarem pra sair e nem chamar no whatsapp, em especial Thamires Pereira, Paulo Ricardo e Débora Lima. Agradeço também ao meu namorado Werbeth Júnior, que durante esse processo de trabalho me amou e me apoio em todos os momentos.

Não poderia esquecer de agradecer a equipe administrativa da faculdade de Ceilândia e especialmente ao bibliotecário Francisco Rafael, sempre disposto a sanar algumas dúvidas. Se eu me esqueci de alguém, sintam-se agradecidos, pois cada contribuição seja sentimental ou acadêmica foi importante para a construção dessa monografia.

Por fim agradeço a mim mesma por ter concluído esse trabalho, depois de tantas doenças, noites mal dormidas, estresse, mas principalmente por todo o conhecimento que adquiri e que levarei para a vida toda.

“Pensar sobre a nossa existência como sujeitos protagonistas do dia-a-dia nos interroga intensamente, porque somos e não somos sujeitos.”
Merhy (1948).

Resumo

O apoio matricial surge com o objetivo de dar suporte às equipes da Atenção Primária à Saúde, ele pode ser realizado a partir de diversos temas, inclusive saúde mental. Neste cenário, sobre o apoio matricial em saúde mental no contexto da problemática de drogas, este estudo apresenta sua questão de pesquisa baseada em “Como tem acontecido à abordagem sobre matriciamento em saúde mental e suas especificidades no campo de álcool e drogas?”. Seu objetivo principal é conhecer os aspectos do matriciamento sobre questões da problemática do uso de álcool e outras drogas ocorridas na atenção primária à saúde e refletir sobre essa prática em campo, através das equipes, matriciadora e matriciada. Esse é um estudo misto exploratório realizado em três partes essenciais, a primeira foi realizada no ano de 2015 com uma revisão integrativa da literatura sobre o matriciamento e as questões de álcool e outras drogas. Posteriormente foi realizada uma busca de documentos governamentais do Distrito Federal para mapeamento da rede de saúde. E por fim, foi realizado um estudo empírico em um território da capital brasileira que realiza as atividades de apoio matricial. Aplicou-se para a amostra escolhida uma entrevista semiestruturada. Os dados coletados através da revisão integrativa foram analisados através de fichas de anotação e resumo, a entrevista foi analisada através do software SPSS e pela análise de Bardin. O estudo empírico foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética e Pesquisas e todos os participantes aceitaram a participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa de literatura com seus 21 estudos mostrou que equipes do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), e do Centro de Referência em álcool e drogas (CRR) realizam o apoio matricial às equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Estudos que referem exclusivamente sobre matriciamento em álcool e outras drogas são escassos na literatura. Essa ação em saúde também é realizada com parceria da comunidade de toda rede de saúde, melhorando o fluxo de encaminhamentos para os CAPS. A amostra escolhida, é composta por profissionais de diversas formações, mas que não se sentem capacitados para o trabalho na saúde mental. Os profissionais apresentaram pontuaram características e formas de funcionamento do AM. Apresentou-se em ambos os estudos um serviço que busca atender o indivíduo de forma integral, mas em sua prática ainda encontra-se muito fragmentado. Foi questionado se mesmo o NASF tendo a função de matriciador, se ele conseguiria atender todas as demandas impostas pelas ESF.

Palavras-chave: Matriciamento, álcool e drogas, Saúde mental.

Abstract

Matrix support appears with the aim of supporting teams of Primary Care Health, it can be done from various topics, including mental health. In this scenario, on the matrix support mental health in the context of drug problem, this study presents a research question based on "What has happened to the matricial approach in mental health and its specificities in the alcohol and drug field?". Its main objective is to know the aspects of matricial on problematic issues of alcohol and other drugs that have occurred in primary health care and reflect on the practice field, through the teams, matriciadora and matrixed. This is an essential mixed exploratory study in three parts, the first was held in 2015 with an integrative review of the literature on the matricial and issues of alcohol and other drugs. Later a search of government documents in the Federal District for mapping the health network was carried out. Finally, we performed an empirical study in an area of the Brazilian capital which performs the activities of matrix support. To the chosen study was applied a semistructured interview. The data collected through the integrative review were analyzed using annotation and summary records, the interview was analyzed using SPSS software and the Bardin analysis. The empirical study was approved by the National Commission of Ethics and Research and all participants agreed to participate in the study and signed the Informed Consent. The literature survey of its 21 studies showed that teams of the Center for Psychosocial Care (CAPS), the Center for Family Health will support (NASF), and Reference Center for alcohol and drugs (CRR) perform the matrix support teams Family Health Strategy (FHS). Studies refer solely on matricial alcohol and other drugs are scarce in the literature. This health action is also carried out in partnership with the community of the whole health system, improving the flow of referrals to the CAPS. The sample chosen consists of professionals from diverse backgrounds, but do not feel able to work in mental health. The professionals had checked characteristics and ways of functioning of the AM. Presented in both studies a service that aims to meet the individual holistically, its practice is still very fragmented. It was questioned whether even the NASF having matriciador function if he could meet all the demands imposed by the FHS.

Keywords: Matrix support, alcohol and drugs, mental health.

Lista de ilustração

Figura 1- Trabalho compartilhado em equipes.....	15
Figura 2- Trabalho da ESF com foco na família.....	16
Figura 3- Exemplo de genograma simples.....	22
Figura 4- Ilustração da rede de atenção psicossocial em álcool e outras drogas (RAPS) .	25
Figura 5- Mapa da Ceilândia com localização dos centros de saúde	30
Gráfico 1- Equipes que participam do matriciamento	38
Gráfico 2- Profissionais que participam das equipes de matriciamento.....	39
Figura 6- Formação dos profissionais que ocupam o cargo de ACS	51
Figura 7- Relação dos profissionais da APS com sua capacidade em lidar com as questões de álcool e outras drogas	53
Figura 8- Relação do indivíduo com a comunidade.....	56
Figura 9- Benefícios do apoio matricial para o indivíduo.....	60

Lista de tabelas

Tabela 1- Categoria profissional que compõe as modalidades do NASF.....	17
Tabela 2- Caracterização do matriciamento.....	20
Tabela 3 – Categorias e definições constitutivas com a frequência de evocações da análise de conteúdo	33/34
Tabela 4- Frequência da amostra final do estudo da literatura por ano de publicação.....	36
Tabela 5- Ranking das atividades de matriciamento	41/42
Tabela 6- Perfil das equipes que realizam o matriciamento	49/50
Tabela 7- Formas de comunicação utilizadas entre as equipes no matriciamento	54
Tabela 8- Ranking das atividades de matriciamento em um serviço de saúde	57

Lista de abreviações e Siglas

ACS- Agente Comunitário de Saúde

AM- Apoio matricial / Matriciamento

APS- Atenção Primária à saúde

CAPS AD- Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e drogas

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CEBRID- Centro Brasileiro de Drogas Psicotrópicas

CECCO- Centro de convivência e cooperativa

CRR- Centro de Regional de Referência em drogas

ESF- Estratégia de saúde da família

HG- Hospital geral

NASF- Núcleo de apoio à saúde da família

PNAB- Política Nacional de Atenção básica

PTS- Projeto terapêutico singular

RAPS- Rede de atenção psicossocial

SENAD- Secretaria Nacional de Políticas sobre álcool e drogas

SUS- Sistema único de saúde

TO- Terapia ocupacional / Terapeuta ocupacional

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. APOIO MATRICIAL	15
2. A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CUIDADO AO USO PROBLEMÁTICO DE DROGAS E A INSERÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	24
3. MÉTODO	30
3.1 - Tipo de estudo.....	30
3.2 - Estratégia de pesquisa	30
3.3 - Local e sujeitos da pesquisa	31
3.4 - Instrumentos da pesquisa.....	33
3.5 - Análise de dados	34
3.6 - Aspectos éticos	36
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES	38
4.1 – Estudo da literatura nacional sobre matriciamento em álcool e outras drogas ..	38
4.2 – Contextos do matriciamento em uma realidade na capital brasileira	50
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS	71
APÊNDICES	74

INTRODUÇÃO

Depois de muitas lutas pelo direito à saúde pública no Brasil, aconteceu em 1988 junto a reforma sanitária brasileira a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), oficializado pela constituição federal, trouxe para a população trabalhadora e não trabalhadora, o acesso à saúde, como dever do Estado e direito de todos. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988)

O SUS propõe em seus princípios éticos e doutrinários, diretrizes organizativas em que os serviços de saúde sejam oferecidos baseados em três princípios básicos, o da universalidade em que todos os indivíduos tenham direito de frequentar os diversos serviços oferecidos, públicos ou complementares. O segundo princípio é o da equidade em que se devem atender os diferentes de forma diferente, oferecer mais para quem precisa de mais, em outras palavras o direito do acesso igualitário, por fim a integralidade, que pretende que o indivíduo seja olhado de forma holística, recebendo todos os tipos de cuidado desde a promoção à saúde até sua recuperação, lembrando-se de privilegiar as ações preventivas, mas sem prejudicar as demais.

A atenção básica ou Atenção Primária à Saúde (APS), já tinha sido instituída no Brasil antes do SUS. Em 1924 surgiram os primeiros centros de saúde, eles se organizavam a partir de uma determinada população e usavam como ferramenta a educação sanitária. Mas foi a partir de 1990 com o SUS que começou a construção de políticas para a APS realmente fortalecida. (BRASIL, 2007)

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), as ações de saúde compreendem desde a prevenção de agravos, redução de danos até a manutenção da saúde com programas específicos. Ela segue a lógica da existência de territórios, ou seja, a população encontra esses serviços próximos de sua vida, casa, escola ou trabalho. A atenção é orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2012)

A Atenção Primária em Saúde (APS) com suas diversas funções tem o papel de ordenadora de redes. Assim, ela deve perceber as necessidades do seu território de abrangência e criar elos com outros estabelecimentos de atenção à saúde com o objetivo de aparar as necessidades de saúde dos indivíduos. (BRASIL, 2012)

Logo essa complexidade do SUS deve atender a maior quantidade possível de necessidades da população sob sua responsabilidade, pois ela é a porta de entrada para os serviços de saúde. Nesse pensamento, a APS tem a capacidade de acolher problemas

relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Logo, essa responsabilidade parte também da APS e não somente da atenção especializada.

Segundo Paula et al.(2014) a APS é composta por equipes multiprofissionais que são capazes de utilizarem de tecnologias leve, leve-duras, para acolher demandas de usuários e familiares e suas necessidades envolvendo drogas. Nessas ações, abrangem um número maior de usuários e, por conseguinte, realizam um cuidado longitudinal com inserção familiar, sendo elas as redes de apoio social e a participação comunitária no cuidado.

A classificação de tecnologias leve proposto por Merhy (2005), trata sobre as relações de trabalho, na qual apresenta importância quando se pensa na atenção primária à saúde. Nesse caso o acolhimento é um bom exemplo de tecnologia leve, pois quando o indivíduo que necessita de escuta para a resolutividade dos seus problemas procura o serviço de saúde na atenção primária pressupõe que ele depara-se com um profissional que o recebe e usa de seus conhecimentos para acolher as demandas desse indivíduo.

As tecnologias leve-duras são formadas pelos conhecimentos e saberes estruturados, ou seja, o processo relacional em saúde é composto pelo conhecimento e a forma que esse conhecimento vai afetar o trabalho em saúde daquele profissional individualmente. E as tecnologias duras são aquelas referentes a aparelhos e/ou instrumentos não humanos, inseridos no trabalho em saúde. As tecnologias leves e as leves-duras estão intrinsecamente relacionadas ao trabalho do matriciamento, visto que elas são utilizadas na APS. (KOERICH, et al., 2011; FERREIRA, et al., 2009)

A partir dessa discussão sobre o trabalho da APS percebe-se o quão preparado deve estar o profissional de saúde que trabalha nesse estabelecimento. Nesse sentido surgiu a partir da portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que estabelece a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que aparece com o objetivo de “ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização e a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil.” (BRASIL, 2008, p.7)

O NASF trabalha com ações interdisciplinares na atenção básica estando incluídas as questões de drogas. Pois se sabe que cerca de 6 a 8% da população sofre de transtornos originados a partir do uso prejudicial de álcool e outras drogas e necessita de atendimento regular. (Brasil, 2008)

O Caderno de Atenção Básica nº 39 do Ministério da Saúde (2014) e as diretrizes do NASF nº 27 também do Ministério da Saúde (2009) afirmam que o apoio matricial é uma ação de saúde de especificidade do NASF. Pois o termo “apoio” está em consonância com o serviço que o NASF presta as estratégias de saúde da família.

Com relação a esse apoio na APS, Gallassi e Santos (2013) mencionam que o apoio matricial é uma estratégia de resolutividade. Em que no campo de problemas relacionados a álcool e outras drogas há poucos profissionais bem treinados para lidar com essas consequências. Logo, é importante investimento nos profissionais que realizam o manejo das pessoas com essa problemática, para que se realize uma intervenção adequada, partindo do pressuposto da dificuldade de adesão ao tratamento necessitando de diversas abordagens dinâmicas e dos profissionais de saúde, para que haja uma devida resolutividade para o problema.

Ainda para estes autores, o consumo de álcool e outras drogas é um problema que se apresenta às sociedades do mundo todo e nem sempre os profissionais de saúde estão capacitados para abordá-lo de forma adequada junto ao usuário. Logo o apoio matricial surge com esse objetivo de dar suporte a essas equipes por terem conhecimentos específicos a qual não é a especialidade da equipe matriciada.

Esse trabalho do apoio matricial ocorre pelo fato de existir uma elevada prevalência de transtornos mentais leves na atenção primária, considerando que, quase um terço da demanda atendida na atenção primária à saúde apresenta algum transtorno mental, seja relacionado ao consumo de álcool ou outras drogas ou vinculado a outros fatores. “Diante desta realidade, é visível a necessidade de aproximar os serviços especializados em saúde mental dos serviços de atenção básica.” (JORGE et al., 2012, p.117)

O interesse em estudar sobre a temática matriciamento surgiu a partir da participação em uma disciplina de gestão em terapia ocupacional nos serviços de saúde, ministrada na Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia. Ao final desta disciplina se começou a realizar estudos de iniciação científica relacionados a esta área e verificação sobre sua importância no campo da saúde.

Outro fato motivador foi à participação no estágio supervisionado em Terapia Ocupacional no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) no primeiro semestre de 2015, na qual possibilitou a oportunidade em vivências como estagiário na equipe de matriciadora. E foi observado que essa prática foi relevante no cotidiano dos serviços e desenvolvimento do cuidado.

Neste cenário, sobre o apoio matricial em saúde mental no contexto da problemática de drogas que se encontra, este estudo apresenta sua questão de pesquisa baseada em Como tem acontecido à abordagem sobre matriciamento em saúde mental e suas especificidades no campo de álcool e drogas? Seu objetivo principal foi de conhecer os aspectos do matriciamento sobre questões relacionadas à problemática do uso de álcool e outras drogas

ocorridas na atenção primária à saúde e refletir sobre essa prática em campo, através das equipes, matriciadora e matriciada.

Para responder ao objetivo geral este estudo delineou como objetivos específicos levantar as ações de matriciamento na saúde mental para as questões de uso de álcool e outras drogas; identificar as equipes da atenção primária à saúde e como elas têm desenvolvido o matriciamento; conhecer a relação equipe matriciada x equipe matriciadora; identificar efeitos do matriciamento no acompanhamento do usuário do serviço da APS e relacionar os dados e a reflexão acerca da temática do estudo. Esses objetivos serão descritos neste estudo por meio de cinco capítulos.

O capítulo 1 fala sobre o apoio matricial/matriciamento, menciona a sua história, a conceituação de vários autores relacionados a temática e sua caracterização. O capítulo 2 trata sobre a problemática de drogas juntamente com a rede de atenção psicossocial. Ele introduz algumas questões sobre drogas e seu uso problemático e especifica os estabelecimentos que compõe a rede para o cuidado em saúde na realidade brasileira.

O capítulo 3 sobre o método trata do percurso e o passo-a-passo realizado pela literatura e por um território, para responder aos objetivos deste trabalho. O capítulo seguinte relata sobre resultados e discussão, ele apresenta os achados da literatura nacional e da pesquisa empírica, juntamente com comparações sobre essa realidade e a realidade do Brasil. E finalmente o capítulo considerações finais descreve os pontos mais importante encontrados para caracterizar o matriciamento.

1. APOIO MATRICIAL

Matriciamento e Apoio Matricial (AM) são termos sinônimos na literatura brasileira. Por isso, nesse trabalho eles também serão utilizados com o mesmo significado, visto que os dois dizem respeito a uma nova metodologia de trabalho, que integram dois serviços e o trabalho compartilhado como ilustrado na Figura 1.

Figura 1 – Trabalho compartilhado em equipes.



Fonte: Google imagens.

A partir da criação do SUS em 1988, iniciou-se discussões sobre a necessidade de desospitalização e mudanças na lógica do trabalho em rede de cuidado, com esse objetivo surgiram o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF). Nesse sentido de mudanças apareceu o apoio matricial, que tem como base de trabalho o território. (FORTES et al., 2014)

O PSF foi criado em 1994 sendo norteado pelo documento “Programa Saúde da Família: dentro de casa”. Em 1997 foi regulamentado pela portaria do Ministério da Saúde nº 1886 GM as suas normas de funcionamento e também do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS). O PSF tem como princípio substituir o antigo modelo assistencial de APS no Brasil, atender a demanda de forma integral, realizar programas que abrange a saúde pública e trabalhar de forma intersetorial. (BRASIL, 1997)

De acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), têm como característica o vínculo, a longitudinalidade e a condução dos casos de forma mais integral possível. Pois estas estão mais próximas da comunidade, por isso tem uma relação mais íntima com as demandas mais frequentes e demandas específicas de cada indivíduo. (BRASIL, 2010)

A princípio ressalta-se a atenção primária a saúde (APS), que age como porta de entrada do usuário aos serviços de saúde, segundo Mendes (2012) a atenção primária possui

sete atributos, são eles: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, Coordenação, Focalização na Família, como ilustrado na figura 2, orientação comunitária e competência cultural, a partir destes, a atenção primária é capaz de se fazer adequada a introduzir o usuário no serviço e de maneira construtiva, somar para com a identificação do processo saúde-doença da comunidade e agir contemplando de maneira integral suas necessidades.

Figura 2 - Trabalho da ESF com foco na família.



Fonte: Google Imagens (2016).

As equipes de ESF devem realizar serviços para a comunidade, não somente relativos às doenças crônicas, mas também as questões sociais e às relacionadas ao uso nocivo de drogas, visto que esse assunto está cada vez mais explícito na comunidade. Spector et al., (2015), realça que ações de saúde que envolvam diversos contextos como os já mencionados são importantes para os avanços da saúde pública brasileira.

Em 1998 é lançada a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – 1996 (NOB-SUS 96) que estabelece piso financeiro para Atenção Primária à Saúde, dando impulso maior ao programa. Dessa forma em dezembro do mesmo ano o PSF ou ESF já contava com 3.119 equipes espalhados por 1.219 municípios de 24 estados expandindo nos anos seguintes. (MACIEL, 2008; SALES, 2013)

A ESF deve, segundo a Portaria N° 2.488, de 21 de outubro de 2011 do Ministério da Saúde dispor de equipe com médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários, podendo incluir profissionais de saúde bucal. Deve haver no máximo o número de 750 pessoas cadastradas por ACS e 4.000 pessoas por equipe, sendo possível (inclusive sugerido) ter mais de um ACS por equipe.

O NASF foi criado através da portaria n° 154 de 24 de janeiro de 2008 com o objetivo de aumentar a abrangência e as metas da APS. Sua intenção também é aumentar a efetividade

do serviço da ESF através de apoios de vários profissionais de diversas áreas de conhecimento. Essas equipes devem trabalhar para apoiar no cuidado físico e mental dos indivíduos cadastrados pela ESF. (BRASIL, 2008)

Essa equipe é dividida em duas modalidades, não podendo ocorrer concomitantemente na mesma localidade, o NASF 1 e o NASF 2. O primeiro deve ser composto por no mínimo 5 profissionais de nível superior e de ocupações distintas. O segundo deve ser formado por no mínimo 3 profissionais e com as outras exigências do NASF 1. Os profissionais que podem atuar nessas modalidades serão descritas na tabela 1.

Tabela 1: Categoria profissionais que compõem as modalidades do NASF.

Categoria profissional em cada tipo de NASF	
NASF 1	NASF 2
Médico Acupunturista;	Assistente Social;
Profissional da Educação Física;	Farmacêutico;
Farmacêutico;	Fonoaudiólogo;
Fisioterapeuta;	Nutricionista;
Fonoaudiólogo;	Psicólogo;
Médico Ginecologista;	Terapeuta Ocupacional;
Médico Homeopata;	Fisioterapeuta;
Nutricionista;	Profissional da educação física.
Médico Pediatra;	
Psicólogo;	
Médico Psiquiatra;	
Terapeuta Ocupacional;	
Assistente social.	

Fonte: BRASIL 2008.

Foi somente após o surgimento do PSF, com a criação do NASF, que se oficializou a relação saúde mental e equipe de referência. Porém, refere-se que os princípios de saúde mental na APS surgiram a partir do ano de 1970, quando começou a implementação da reforma psiquiátrica. Nessa percepção o apoio matricial é um projeto contemporâneo, pois primordialmente esse termo surgiu em décadas anteriores. (GAMA, CAMPOS, 2009)

O termo apoio matricial surgiu a partir da indagação de Campos (1999) para reformular e reorganizar o trabalho em saúde. O apoio matricial e a equipe de referência seguem juntos nessa nova proposta de saúde. Ele surge no cenário da atenção especializada em saúde mental, na alta complexidade e na atenção primária à saúde no município de Campinas, São Paulo.

Segundo esse mesmo autor, o matriciamento ou apoio matricial surge na perspectiva de proporcionar a profissionais não especialistas em saúde mental, retaguarda especializada.

Sendo assim, uma forma de trabalho vivo em saúde, ou ainda uma metodologia de trabalho para enriquecer as práticas de saúde mental na APS.

A proposta de apoio matricial não tem como objetivo atingir somente a saúde mental. Inicialmente a proposta que surgiu em Campinas, criou-se os núcleos de saúde coletiva na atenção básica, que não trabalharia com saúde mental, mas com “saúde pública (vigilância, promoção, projetos de intervenção comunitários ou intersetoriais, avaliação e planejamento de programas, etc.) para as equipes de saúde da família.” (CAMPOS, 2007 P. 3) Além da saúde pública e da saúde mental, também foi proposto retaguarda especializada e apoio pedagógico no campo na nutrição e reabilitação física.

Ao se buscar no dicionário Michaelis (2009) da palavra apoio encontra-se “Arrimo, base, esteio, fundamento; tudo que serve para amparar, firmar, segurar e sustentar [...] argumento, autoridade, prova, ou qualquer coisa que se autorize, ou se prove [...]”. Logo a palavra matricial no seu sentido literal é apresentada como, relativo a matriz; que tem função geradora.

O termo apoio matricial e sua compreensão termo por termo remete a uma assistência a saúde que fundamenta uma matriz (equipe) com função geradora (de conhecimento, compartilhamento, ações). Essa gestão de trabalho também é geradora de ações que promovam horizontalidade entre as equipes de saúde.

Com toda essa discussão de se inserir o cuidado em saúde mental no território, o matriciamento “É um novo modo de produzir saúde, em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógica-terapêutica.” (CHIAVERINI, 2011, P. 13) Esse modo de produzir saúde não é encaminhar a especialistas, nem deixar sob a responsabilidade do profissional de saúde mental atendimentos individuais e nem mesmo intervenções psicossociais coletivas realizadas por especialista.

Ainda para este autor o apoio matricial pode ser realizado por diversos profissionais que compartilham entre si e entre outras equipes seus saberes específicos. Podem fazer parte da equipe matriciadora, psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, enfermeiros de saúde mental. Cada profissional tem um núcleo específico de conhecimento com especificidades em álcool e outras drogas.

Portanto o apoio matricial é caracterizado como trabalho vivo (MERHY, 2005) na qual o trabalho vivo em saúde está envolvido com tecnologias leves, que é exemplificado como as relações, o vínculo, acolhimento, gestão como uma forma de operacionalização dos serviços de saúde. Portanto o trabalho vivo em ato atua em dicotomia, de um lado na forma de

gerir as organizações e recursos e de outro lado à produção das ações de saúde. O leque de processo das tecnologias leve e leve-duras compõe o ato de cuidar em saúde.

Este serviço provoca relações horizontais, elas são uma forma de se relacionar de forma mais igualitária e com quebra de hierárquica, não existe profissional que conhece mais ou que é o dono do saber, mas um profissional que se relaciona com as equipes e com suas redes com o objetivo de compartilhar interdisciplinarmente e através do encontro e do diálogo o conhecimento para todos para que todos o possuam, na qual “a horizontalização decorrente do processo de matriciamento, o sistema de saúde se reestrutura em dois tipos de equipes: equipe de referência e equipe de apoio matricial.” (CHIAVERINI, 2011, p.13)

A partir dessa tendência de produzir um processo de horizontalização entre dois tipos de equipes a equipe de referência e a equipe de apoio matricial. As equipes de referência, profissionais não especializados em saúde mental, recebem pelo apoio matricial a retaguarda especializada através de diversas ações, mas também, recebem um suporte técnico-pedagógico. As equipes de referência não precisam exatamente ser uma equipe, ou seja, ter em sua composição com mais de um profissional. Esse profissional ou equipe é aquele que acompanha determinado caso, família ou comunidade dentro de um determinado território.

O matriciamento propõe que em seu processo de trabalho ocorra à clínica ampliada, e a relação de diálogos entre profissionais de diversas áreas. A equipe matriciadora acumula conhecimentos relativos a questões de saúde mental e suas especificidades a equipe de estratégia de saúde da família tem sua visão mais focada em programas preconizados pelo Ministério da Saúde, imunização, saúde da criança, saúde da mulher, prevenção de doenças e etc. Esse exemplo ilustra que na Atenção Primária a Saúde pouco se trabalha com saúde mental, não tendo assim conhecimento suficiente para outro campo de conhecimento, além daqueles que são comumente trabalhados.

Pretende-se então, com os especialistas a ampliação do trabalho clínico e sanitário na ESF. Com maiores conhecimentos, transversalidade de experiências e maior resolutividade dos casos de sofrimento em saúde mental, os profissionais de referência estariam atendendo o usuário do serviço de forma mais integral.

Com esse trabalho interdisciplinar proposto pelo apoio matricial mudaria a conformação do processo de trabalho, já que a equipe de referência é aquela responsável pela condução de determinada situação dentro do seu campo de conhecimento. Antes a equipe / profissional de referência era aquele que trabalhava na atenção primária à saúde e estava perto do seu cotidiano e acompanhando suas questões, depois de intervenções de matriciamento a

responsabilidade pela condução de casos pode passar para equipes especializadas. (CAMPOS, 1999)

Mesmo determinado caso tendo um único profissional como referência, esse e a outra equipe que acompanha o caso teriam mútua responsabilidade pelo caso de forma interdisciplinar. Esta referência trabalha junto com o caso em um processo de longitudinalidade temporal, ou seja, de acompanhamento no processo terapêutico.

O profissional que realiza o apoio matricial é chamado de apoiador matricial, ele tem uma área de conhecimento que é de sua especialidade e tem um perfil diferente dos profissionais de referência. Ele constrói um espaço de interação entre profissionais em que é compartilhado saberes que se tornam comum das duas equipes.

As duas equipes que trabalham juntas tem o papel de referência e contra-referência. Assim, todos sabem como estão à condução dos casos, as evoluções, e podem juntos discutir a reformulação do PTS, e caso necessário, até mesmo questões relacionadas a altas ou encaminhamentos.

O apoio matricial apresenta na sua forma de organização diferenças até mesmo pela maneira de estabelecer contato, esse não é feita por encaminhamentos, como acontece tradicionalmente. São realizados com encontros previamente agendados e com uma periodicidade estabelecida e em casos excepcionais por contato mais direto, telefones, meios eletrônicos e, na atualidade, até mesmo por redes sociais.

Campos (2007) apresenta toda a caracterização do apoio matricial, para ele o apoio matricial deve estabelecer algumas mudanças no funcionamento da APS e no trabalho de seus profissionais. Essa caracterização será ilustrada na tabela 2 a seguir:

Tabela 2 – Caracterização do matriciamento

Atividades do matriciamento	Tipos
Atividades	PTS, Visitas domiciliares, Interconsultas todas de forma compartilhadas, prescrição de medicamentos, educação permanente. Contato direto entre equipes.
Cogestão	Nova forma de gestão. Gerenciamento compartilhado dos serviços de saúde.
Equipes envolvidas	ESF, NASF, Centro de atenção psicossocial (CAPS).
Processos	Vínculo, Acolhimento, Pactuações.

Fonte: Campos (2007).

Nessa perspectiva o AM ocorre causando uma mudança na forma de se trabalhar no serviço, no formato de gestão, e na inserção de equipes na APS. Dentre as atividades apresentadas surgiu o projeto terapêutico singular (PTS) integrado entre as equipes participantes, essa atividade apresenta três fundamentos importantes para seu estabelecimento: (1) as duas equipes, de especialistas e de referencia, devem realizar juntos atendimentos e intervenções; (2) quando o atendimento é específico de saúde mental o matriciador pode realizar os atendimentos que pensar ser necessário de forma individual, mas sempre retornando um feedback pra equipe de referência; e (3) o matriciamento pode interferir em planos e avaliações já realizadas pelas equipes de referencia, mantendo um compartilhamento de conhecimento, mas o acompanhamento ainda continuaria sendo da equipe de referencia.

Com relação às práticas de diversas atividades no matriciamento, Filho e Silveira (2005) mencionaram que a prática de interconsultas surgiu com pacientes internados, para fazer o diagnóstico e construir o plano de tratamento desses com a intervenção de diversos especialistas. O destaque nas interconsultas dar-se-á pelo fato de estabelecer um olhar holístico do caso e criar um plano de intervenção biopsicossocial. O resultado desse trabalho interdisciplinar é uma condução do caso mais eficiente e mais resolutive.

Com relação às atividades de matriciamento, estes mesmos autores mencionam a prática de interconsultas surgiu com pacientes internados, para fazer o diagnóstico e construir o plano de tratamento desses com a intervenção de diversos especialistas. O destaque nas interconsultas dar-se-á pelo fato de estabelecer um olhar holístico do caso e criar um plano de intervenção biopsicossocial. O resultado desse trabalho interdisciplinar é uma condução do caso mais eficiente e mais resolutive.

As visitas domiciliares, assim como todas as demais atividades propostas por matriciadores como já mencionado, não devem ser feitas através de modelos, protocolos, entre outros instrumentos. Deve ser dialogado com toda a equipe envolvida e planejando cada intervenção a partir da subjetividade individual de cada caso. Os perfis de visitas domiciliares são geralmente pacientes acamados, com dificuldade de locomoção, pacientes em cuidados paliativos ou com necessidades especiais. E ainda existe ou casos de vulnerabilidades sociais ou relacionados a problemas mentais.

Em reuniões de apoio matricial os profissionais de saúde mental tentam reforçar a equipe matriciada de conceitos já utilizados na prática clínica da atenção primária, como por exemplo, a importância do vínculo e do acolhimento, mas deixando de lado predisposições como dar conselhos ou soluções para os problemas apresentados pelos sujeitos.

O processo de escuta, vínculo e acolhimento dar-se também por pactuações, em que o sujeito e o profissional trocam conhecimentos. Para isso os profissionais da APS devem estar convictos de que são capazes de atender usuários de álcool e outras drogas, pois tem um conhecimento básico sobre o tema e tem o suporte matricial de uma equipe de especialistas.

São propostas para a APS de diversas atividades para serem realizadas na saúde mental, outra dessas são as (1) prescrições de psicofármacos por médicos generalistas. Isso não deve ocorrer de forma isolada, ou seja, o tratamento não pode ser apenas medicamentoso e sim está acompanhado com outras intervenções terapêuticas. Uma característica importante da atenção primária é o acompanhamento, logo o matriciamento realizado por psiquiatra colabora bastante com o correto auxílio para o acompanhamento de pacientes que necessitam desses medicamentos.

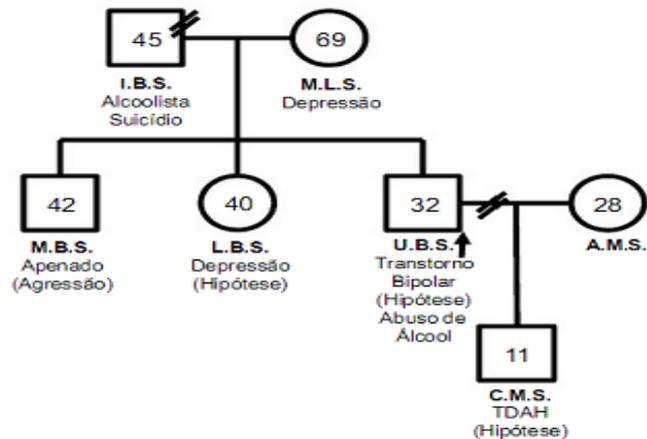
Todas essas caracterizações tem em comum o estabelecimento do trabalho de base territorial, a assistência para o atendimento de forma integral e a educação permanente para os profissionais de saúde, tudo isso baseado nos princípios do SUS.

Além do autor Campos, existe um documento governamental do Ministério da Saúde (CHIAVERINI, 2011), que ajuda a entender melhor a prática do matriciamento e na qual são mencionados instrumentos significativos para se trabalhar no apoio matricial. Dentre vários são referenciados a rede social, descrevendo instrumentos como o genograma e o ecomapa.

O genograma (Figura 3) é um instrumento utilizado para entender o funcionamento das relações familiares e ele na APS é utilizado pelo matriciadores. Como já mencionado a família é definida como elemento importante na construção do PTS do indivíduo “como crucial na prevenção de doenças, na recuperação de um paciente ou ser parte da origem e da manutenção da patologia.” (CHIAVERINI, 2011, p.40)

Figura 3 – Exemplo de genograma simples.

Exemplo de Genograma Simples



Fonte: Guia de matriciamento em saúde mental (CHIAVERINI, 2011).

Outro instrumento que também descreve as relações familiares é o ecomapa. Ele demonstra as relações que ocorrem entre as pessoas de uma família e a comunidade. Sua importância na atenção primária é a mensuração dos tipos de vínculos que a família tem com seu meio social, e, por conseguinte qual o efeito que essas relações causam no seu desempenho ocupacional.

Esses instrumentos também podem ser uma forma de rastreio para questões que se relacionam com o consumo, uso e/ou abuso de álcool e outras drogas. E são totalmente acessíveis aos profissionais da atenção primária, como agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, odontólogos, médicos, enfermeiros e outros profissionais que estejam oferecendo cuidados em saúde mental.

Portanto esse trabalho de base territorial realizado pelo matriciamento, que englobam os serviços da APS e da Atenção Especializada em saúde mental é usado como estratégia para substituição do modelo de tratamento centrado no hospital, estimulando a desospitalização e o cuidado dos agravos pela rede de saúde. No entanto, ainda é uma proposta em implantação no cotidiano dos serviços e que precisa de mais investimentos entre as equipe conforme sugere os documentos governamentais.

2. A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CUIDADO AO USO PROBLEMÁTICO DE DROGAS E A INSERÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, OMS (2015), drogas são caracterizadas por qualquer substância que altera o funcionamento do organismo, essa pode ser introduzida no organismo de forma oral, inalada ou injetada.

As drogas a partir de suas propriedades farmacológicas podem ser classificadas em: estimulantes, depressoras ou perturbadoras. As estimulantes tem o potencial de acelerar o sistema nervoso central, e são consumidas licitamente em forma de café, chá e energéticos. As depressoras ou perturbadoras diminuem a atividade do sistema nervoso central, como por exemplo, o álcool. (BRASIL, 2015)

O consumo de substâncias psicoativas no Brasil acontece desde antes da colonização portuguesa, quando os índios faziam uso de uma bebida fermentada da mandioca chamada de “cauim”, eles também faziam uso do tabaco. Por conseguinte, os portugueses trouxeram vinhos e cervejas e no passar do tempo aprenderam com os índios a fabricar a cachaça. Percebemos assim que culturalmente as drogas foram introduzidas no nosso país desde a sua colonização, por isso fazem parte da vida cotidiana dos brasileiros. (BRASIL, 2015)

Por isso o uso de drogas se torna um assunto de saúde pública, pois elas refletem em danos sociais, econômicos e abalam o desenvolvimento dos países. (VARGENS, 2009)

Diversas áreas como a saúde, assistência social e o direito estudam essa temática, a fim de reduzir os danos que essas substâncias possam trazer para a sociedade como um todo.

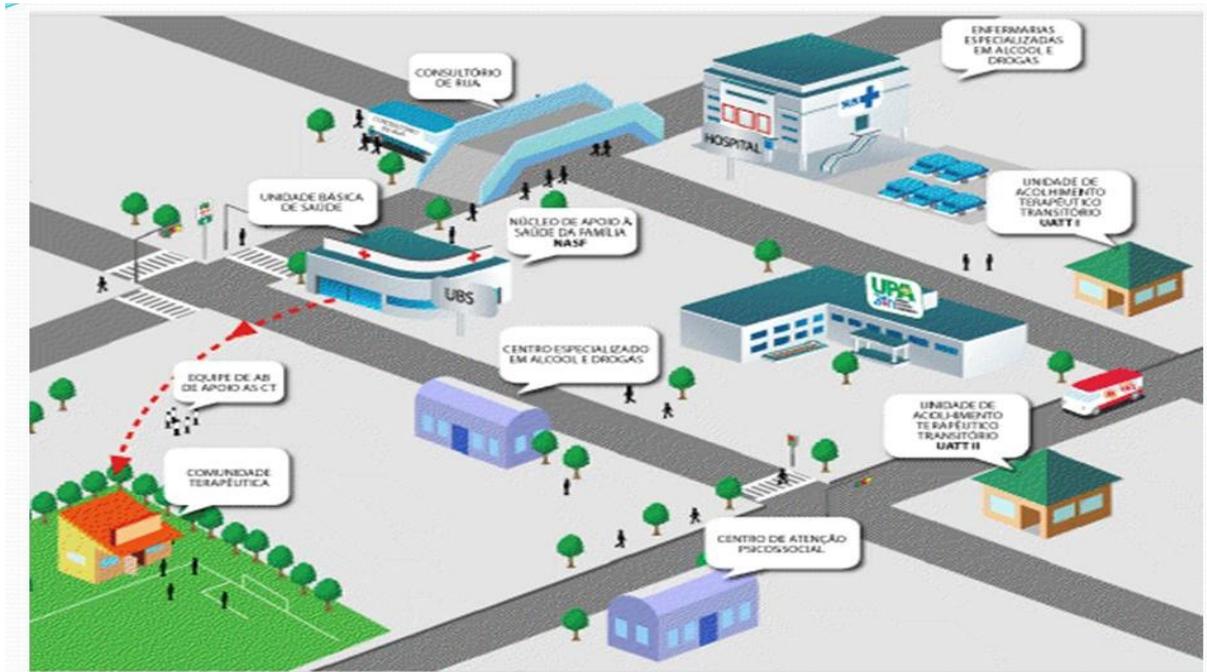
Um estudo no Brasil realizado pelo CEBRID/UNIFESP demonstrou que a dependência pelo álcool atinge 9% a 11% da população com idade entre 12 e 65 anos. (CARLINI et al., 2005) É uma parcela significativa da sociedade, com uma extensa faixa etária e que pode levar a problemas que envolvam vários setores da sociedade, já mencionados a cima.

No campo da saúde e a fim de lidar com essa problemática surge a reforma psiquiátrica brasileira que mudou a forma de se pensar o tratamento em saúde mental e de dependentes químicos. Ela propõe que o indivíduo que necessite de um tratamento troque o hospital pela comunidade (Ribeiro, 2016). O hospital não deixa de ser um estabelecimento de tratamento, mas os hospitais psiquiátricos começam a ser extintos e os leitos psiquiátricos vão sendo transferidos para os hospitais gerais (HG). Além disso, a prioridade para o tratamento deve ocorrer através de uma rede comunitária.

Foi a partir da portaria 3.088/2011 que se “instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS (BRASIL, 2011).” A RAPS tem como um dos seus objetivos gerais assegurar que haja integração da rede de saúde de determinada região, para que o cuidado ocorra por meio do acolhimento, do cuidado constante e do atendimento as urgências. Além disso, nos objetivos específicos menciona-se a promoção de estratégias para a educação permanente aos profissionais de saúde, como ocorre com o matriciamento.

A RAPS Ilustrada na Figura 4 foi criada por meio da Portaria 3.088 (Brasil, 2011), ela é composta por diversos pontos de atenção, dentre eles a ABS, a Atenção Psicossocial Especializada e a Reabilitação psicossocial. Sendo assim, é de responsabilidades das unidades básicas de saúde propagar ações que promovam a saúde mental, que previnam transtornos mentais e que ofereça cuidado a quem sofre. Também se devem manter ações de redução de danos para indivíduos que sofram com o uso de álcool, crack e outras drogas.

Figura 4: Ilustração da Rede de Atenção Psicossocial em álcool e Outras Drogas (RAPS).



Fonte: Google imagens.

Entre vários serviços que compõem a RAPS temos a APS e o trabalho de apoio matricial, centro de convivência e consultório de rua e a atenção especializada com o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD).

O consultório de rua surgiu em 2011 através da Política de Atenção Básica (PNAB) e tem como objetivo ampliar o acesso da população em situação de rua a Rede de Atenção Psicossocial. No geral, todos os profissionais de saúde do SUS tem a responsabilidade pelo atendimento de todos os indivíduos incluindo os em situação de rua. Essas equipes específicas atuam com intervenções na própria rua, em unidades móveis que circulam pelo território e também nos espaços de Unidades Básicas de Saúde. Essa ação da APS trabalha em consonância com toda a rede, incluindo as ESF, NASF, CAPS e toda a RAPS. (BRASIL, 2011)

Para além das Unidades de Saúde encontram-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Dado como um serviço de saúde advindo do SUS, e aberto a todos. Estes centros surgiram a partir da Reforma Psiquiátrica, enquanto processo social e político, esse movimento adveio da então reforma sanitária iniciada na década de 70 e foi bastante incisiva contra o modelo de assistência vigente, centrado em hospitais psiquiátricos.

A reforma psiquiátrica dividiu-se em duas metades, a crítica do modelo hospitalocêntrico (1978-1991) e a implantação da rede extra-hospitalar (1992-2000). Já na primeira parte em 1987 é aberto o primeiro CAPS do Brasil, em São Paulo, entretanto é

apenas em 1992 que começam a ser instituídas leis a respeito da rede de atenção psicossocial. Ainda que tratassem o CAPS de maneira diminuta, toma-se esse como o início de uma nova etapa ao tratamento destes pacientes. (BRASIL, 2005)

O CAPS é regulamentado funcionalmente pela Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, dessa forma, é tido como ponto de referência para tratamento de pessoas com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e persistentes. Estes podem ser definidos por ordem crescente de porte/complexidade: CAPS I, CAPS II e, CAPS III, CAPS ad (álcool e outras drogas), e CAPSi (Infanto-juvenil). (Brasil, 2014)

Neste contexto várias estratégias são implementadas pelo Ministério da Saúde para outras formas de intervenção para o cuidado com pessoas em uso problemático de drogas, em parceria com a APS, campanhas de conscientização na mídia, educação continuada de profissionais, residências terapêuticas, ambulatórios, unidades de acolhimento, leitos de atenção integral em saúde mental, cooperativas de trabalho e geração de renda, centros culturais e de convivência, além do apoio de outros segmentos do governo. (BRASIL, 2014)

Os Programas de Saúde da Família (PSF) passam a identificar esses casos, pois seus profissionais estão em constante contato com a comunidade e assim mantém vínculos com essas pessoas. Porém nem todos trabalhadores da saúde mental tem o conhecimento sobre drogas para fazer essa identificação. Por isso o SUS fornece algumas qualificações em saúde mental como, escolas técnicas do SUS, tele saúde, equipes de matriciamento, cursos de aperfeiçoamentos e programa de educação pelo trabalho – PET Saúde mental. (BRASIL, 2015)

A PNAB (2011) infere que as ESF devem atender demanda espontânea, com o atendimento a intercorrências principalmente em grupos prioritários pré-determinados como, mulheres, gestantes, idosos, hipertensos, diabéticos e usuários de álcool e outras drogas. Na maioria das vezes, usuários de álcool e outras não buscam a APS para resolver suas intercorrências, mas procuram os profissionais da ESF para resolver outras questões e comorbidades que podem estar associadas ao uso problemático de drogas, assim percebe-se a importância do profissional da APS estar preparado para planejar ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação desses pacientes.

Além das ações, já mencionadas, que fazem parte da APS estão também as estratégias de prevenção, incluindo as que envolvem o uso problemático de drogas. Sendo o uso de drogas um problema sanitário no território, deve-se a APS oferecer ações preventivas como, a Redução de danos e o consultório de rua. A redução de danos pode ocorrer em parcerias com diversos setores além da saúde, como por exemplo, a segurança e a educação.

Michel (2016) menciona que os indivíduos com restrição de liberdade tem o direito declarado pela OMS de receberem cuidados de saúde integral, equivalentes aos realizados no seu próprio território. Logo, esses prisioneiros devem receber cuidados preventivos no âmbito prisional. Esses cuidados acontecem também na escola, Medeiros (2016) realizou um estudo para a implementação de um programa de prevenção para o uso de drogas com alunos em idades entre 11 a 14 anos. Nesses casos, essas duas estratégias de redução de danos realizam ações preventivas no âmbito da saúde em diversos setores da sociedade.

Nesse sentido, o matriciamento também utiliza dessa lógica preventiva que busca ampliar discussões para o cuidado nas questões relacionadas às drogas. A lógica estrutural da APS não consiste somente em tratamentos e acompanhamentos para aqueles indivíduos com problemas, mas principalmente para prevenir esses agravos à saúde envolvendo todos os setores da comunidade.

Além disso, o Ministério da Justiça, por meio da Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD) o compromisso de elaborações de estratégias de política pública sobre drogas. Um de seus projetos de relevância é o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras drogas “Crack, É Possível Vencer.” (Brasil, 2007)

O Plano Crack, É Possível Vencer, funciona com ações de prevenção, reabilitação e na reintegração social, com o objetivo de reduzir o consumo de drogas. Esse é programa diferenciado por envolver vários segmentos da sociedade como escolas, saúde, segurança pública, justiça e a comunidade. Portanto, este plano mostra-se como um articulador de ações de formação sobre esta temática, auxiliando capacitação aos profissionais da APS, podendo servir também, como atividades de matriciamento, por meio dos diversos projetos em educação.

3. MÉTODO

3.1 - Tipo de estudo

Foi realizado um estudo do tipo misto que se caracteriza como a “abordagem de investigação que combina ou associa as formas qualitativa e quantitativa. [...] Por isso, é mais que uma simples coleta e análise de dados; envolve também o uso das duas abordagens em conjunto.” (CRESWELL, 2010 p. 27). Segundo esse mesmo autor, entende-se que esse tipo de estudo tem de modo geral, mais força do que as pesquisas qualitativa ou quantitativa separadamente.

Esse estudo utilizou-se de estratégia de pesquisa do tipo mista concomitante com dados qualitativos e quantitativos sendo coletados ao mesmo tempo. A coleta dos dados ocorreu através de revisão da literatura e de instrumento descrito a seguir.

Esta pesquisa foi do tipo exploratória, pois se obteve maior familiaridade com o campo de pesquisa, visto que esta temática é pouco conhecida e pouco explorada. Foi utilizado como concepção filosófica o pragmatismo, pois teve uma preocupação com a aplicação do matriciamento nos serviços de saúde, e para as soluções de problemas que as equipes de atenção primária levam para o espaço matriciado. Segundo Creswell (2010), o pragmatismo serve para que o pesquisador se baseie tanto em dados qualitativos quanto em dados quantitativos.

Esse estudo foi elaborado em três etapas: (1) o estudo da literatura e sobre matriciamento em saúde mental, para melhor compreensão da temática; (2) a pesquisa em documentos governamentais sobre o apoio matricial e a rede de atenção psicossocial; e (3) estudo empírico descritivo sobre a atividade de apoio matricial em saúde mental e especificamente em álcool e drogas.

3.2 - Estratégia de pesquisa

O estudo da literatura realizado no período entre julho e dezembro de 2015, tratou de conhecer publicações relacionadas ao matriciamento em saúde mental. Foi um estudo de literatura integrativa. Assim, foi utilizado dessa abordagem para obter um panorama geral da literatura sobre o apoio matricial na saúde mental para as questões de álcool e outras drogas no âmbito do SUS.

Para isso, utilizou-se busca nas bases de dados SCIELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), combinando descritores matriciamento e álcool e drogas, incluindo artigos na íntegra

em português dos últimos 5 anos, após lido os resumos sobre a temática do estudo, matriciamento em saúde mental, e excluído artigos que tratassem de outro assunto.

Os artigos selecionados sobre matriciamento em saúde mental foram separados em de evidência A, considerados de grande relevância ao estudo, pois abordavam conteúdo específicos de álcool e outras drogas; enquanto que em evidência B, considerados de média relevância pois enfocavam outras áreas da saúde mental.

Posteriormente foi realizado estudo documental em sites governamentais de saúde do Governo do Distrito Federal (GDF) para levantar a rede da regional, foco do estudo empírico. Esta etapa foi realizada nos meses de janeiro a março de 2016, e buscou compreender o funcionamento da RAPS e dos serviços envolvidos no matriciamento.

Finalmente, após conhecer as equipes responsáveis pelo apoio matricial na regional e saúde selecionada, foi contatado os profissionais dos serviços do CAPS AD e do NASF e ESF, para confirmar a realização de atividades de apoio matricial e verificar interesse na participação do estudo.

No CAPS AD a gerente confirmou a realização de apoio matricial por dois profissionais. Porém, um não quis participar do estudo e outro estava de licença. Por este motivo, este serviço foi excluído do estudo. Em contato com as gerentes da APS, foram selecionadas equipes por conveniência, nas quais 4 são matriciadores, pertencentes ao NASF e 18 são matriciados, pertencentes ao ESF.

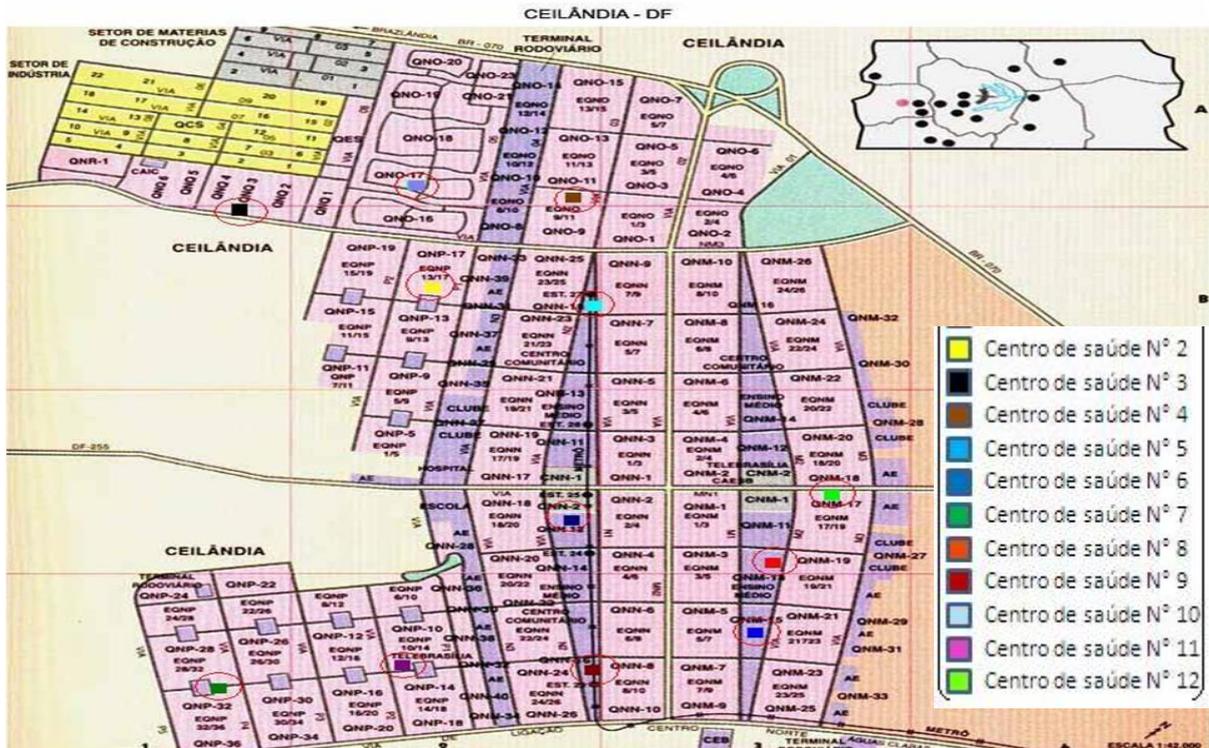
Os profissionais que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A) em duas vias e responderam a uma entrevista semi estruturada.

A entrevista semi estruturada foi aplicada nos participantes do estudo. Inicialmente os próprios profissionais preenchiam as questões fechadas e depois respondiam ao entrevistador as questões abertas.

3.3 - Local e sujeitos da pesquisa

O local do estudo foi uma Administração Regional do Distrito Federal, denominada Ceilândia. Com área urbana equivalente a 29,10 km², é dividida em Ceilândia Centro, Ceilândia Sul, Ceilândia Norte, P Sul, P Norte, Setor O, Expansão do Setor O, QNQ, QNR, Setores de Indústria e de Materiais de Construção, Condomínio Privê, e os condomínios Pôr do Sol e Sol Nascente, ainda não regularizados (Figura 5).

Figura 5: Mapa de Ceilândia com a localização dos centros de saúde.



Fonte: Google imagens.

Nesse estudo percebeu-se que a Ceilândia, a exemplo das demais cidades satélites do DF, não surgiu fruto de um plano detalhado de construção. Em 1959 (ano anterior à inauguração de Brasília), segundo censo realizado pelo IBGE, haviam cerca de 30 mil operários, e mais de 100 mil pessoas vivendo nos arredores da capital. Já em 1971 com o aumento intensivo desse número, principalmente em invasões, o governador Hélio Prates cria a Campanha de Erradicação de Invasões – CEI, a fim de conter as populações oriundas de invasões por todo o Distrito Federal (DF) e concentrá-los a margem do Plano piloto a 35km de distância, um agregado populacional que apenas em 1989 pela lei distrital nº 049 do mesmo ano passa a ser reconhecido como Região Administrativa (RA IX) e então chamada de Ceilândia. (SECDF, 2015; OLIVEIRA, 2008, Pag. 130)

Segundo a Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio (2013) realizado pela CODEPLAN, Ceilândia possui população correspondente a 449.592 pessoas, que contempla 16,13% da população total do DF (dado do autor inferido do PDAD) caracterizando-a como a RA mais populosa, além de, somada Taguatinga e Samambaia geram estas, 1/3 do PIB total do DF. Uma vez identificadas as proporções demográficas da cidade, cabe no decorrer deste capítulo, certo aprofundamento organizacional enquanto distribuição dos serviços de saúde na Ceilândia.

Atualmente ainda há grandes empecilhos para total implementação do SUS, segundo Conass (2006) alguns dos desafios são: o financiamento, modelo de atenção à saúde, gestão do trabalho no SUS, falta de participação social, entre outros. Um documento elaborado pela Cebes (Centro Brasileiro de Estudos em Saúde) e publicado em 2010, intitulado de “A Questão da Saúde no Distrito Federal” resume de maneira sucinta o histórico do DF e define a saúde na região como caótica, defendendo certa reestruturação organizacional de seus serviços.

A Ceilândia como Região Administrativa (RA) do DF não difere drasticamente desta colocação, entretanto possui serviços de saúde que se tornaram referência as demais RAs e Estados. Enquanto organização dos sistemas, Ceilândia aloca-se por redes de atenção, de maneira a equilibrar certa divisão e alocação territorial de serviços. As redes de atenção à saúde seguem uma estrutura definida por pontos de atenção, o protagonismo deixa os níveis de atenção, mas em sentido de reestruturá-los em conjunto com as tecnologias disponíveis para com disposição de atendimento nos ditos pontos, incluindo economia de escala, disponibilidade de recursos e, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção. (MENDES, 2011)

Quanto a Regional de Saúde de Ceilândia por toda essa extensão territorial, apresenta serviços em todos os âmbitos, mas que ainda mostram-se ineficiente quanto à diversidade de serviços e quantitativo para cobertura geográfica.

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais que participam das ações de matriciamento, entre eles se encontraram alguns participantes de uma equipe do NASF (4 profissionais) e outros participantes de algumas ESF (18 profissionais), de um território da região administrativa de Ceilândia – Distrito Federal. A escolha da amostra dos profissionais que participou da pesquisa foi feita por conveniência, ou seja, com os profissionais que se disponibilizaram e aceitaram participar da pesquisa.

3.4 - Instrumentos da pesquisa

Primeiramente na revisão de literatura, os artigos foram lidos com profundidade e seus conteúdos foram organizados em uma planilha categorial analítica no Excel com variáveis sobre o perfil bibliométrico, como o ano da pesquisa, tipos de evidências (sendo A: Matriciamento x Saúde mental e B: Matriciamento x Álcool e outras drogas), tipo do estudo (teórico ou empírico), local e amostra, autores chave sobre matriciamento. E sobre a temática do estudo as variáveis foram, assunto, quem realiza o matriciamento, serviços envolvidos no

matriciamento, conceito ou ideia central sobre matriciamento, atividades, resultados do estudo e conclusões do autor.

O estudo em sites governamentais foi organizado levantando descritivamente os serviços da estrutura da regional de saúde selecionado para o estudo.

Para a entrevista semi estruturada da pesquisa empírica foi organizado um roteiro de itens sócio demográficos dos profissionais, como identificação, formação e tempo e local e carga horária do seu trabalho. Além de questões fechadas sobre a formação em saúde mental e em álcool e outras drogas e abertas sobre matriciamento realizado (APÊNDICE B).

Este instrumento foi validado em forma e conteúdo pelo grupo de pesquisa do CRR/FCE/UnB, formado por pesquisadores, profissionais da rede de saúde e alunos de graduação e pós-graduação, para permitir um instrumento de fácil aplicação e dentro do conteúdo da temática do estudo. Após duas reuniões de validação foi realizado ajustes nas questões e o instrumento final foi utilizado na pesquisa empírica.

3.5 - Análise de dados

Os dados dos artigos selecionados e organizados na planilha categorial foram analisados a cada variável, verificando a frequência na qual apareceram, com auxílio do Excell e quanto ao conteúdo da temática do estudo, por meio de palavras chaves.

O estudo nos sites governamentais possibilitou levantamento descritivo da regional de saúde do território estudado, além de mapear os serviços da RAPS que atuam como matriciadores.

Os dados sócios demográficos e as questões fechadas foram organizados com auxílio do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21, e foram analisadas por meio de frequência descritiva da amostra.

As questões abertas foram gravadas e transcritas na integra gerando um corpus com 22033 caracteres com espaço, 18755 caracteres sem espaço, 3 581 palavras, 614 linhas com espaçamento simples entre linhas em 14 páginas.

O corpus final transcrito foi organizado em uma planilha separado pelas evocações de cada participante, sobre as três questões abertas: pra você o que é atividade de matriciamento? Como ocorre a atividade de matriciamento? E na sua opinião, qual (is) a (as) consequências do matriciamento no serviço e no tratamento da pessoa em uso abusivo de drogas? (APÊNDICE C).

A planilha categorial foi aplicada análise de conteúdo de Bardin (2011), na qual possibilita a análise descritiva do conteúdo das evocações, por variáveis categoriais. E com isso, fazer análise quantitativo, descritivo e ilustrativo sobre a temática do estudo.

A análise dos dados da planilha categorial de evocações foi realizada por 04 juízes, entre alunos de graduação e pesquisadores do grupo de pesquisa do CRR/FCE/UnB para permitir diminuir viés de interpretação na pesquisa, possibilitando uma análise imparcial.

Cada juiz realizou a leitura do material e retirou, com base ao contexto de cada pergunta, as unidades de análise representativos. Posteriormente, em uma sessão de grupo cada um apresentou suas unidades de análise e foram discutidas e elegidas, com base no conteúdo, o consenso das unidades representativas. As evocações foram reorganizadas conforme cada categoria de análise e seu conceito constitutivo relacionado ao conteúdo exposto pelas evocações, foram consensuadas em uma última rodada entre os juízes.

A partir do material final foi aplicada análise de conteúdo categorial, verificando a frequência, as evocações representativas e as distinções e similaridades dos conteúdos das evocações em 9 categorias.

Dentre as categorias definidas estão: (1) características, (2) atividades de matriciamento, (3) equipes participantes, (4) educação permanente, (5) infraestrutura, (6) auto percepção, (7) resultados do matriciamento, (8) avaliação do matriciamento, (9) comunidade e (10) conceito sobre matriciamento. Na Tabela 3 serão apresentadas as definições constitutivas de cada categoria e a frequência das evocações elegidas pelos juízes.

Tabela 3: Categorias e definições constitutivas com a frequência de evocações da análise de conteúdo

Categoria	Definição	N: (100%)
Auto percepção	Refere-se à percepção dos participantes em relação as características e resultados do matriciamento.	73 (33%)
Características	Refere-se aos aspectos de organização, funcionamento e ações sobre o matriciamento.	53 (24, 5%)
Atividades de matriciamento	Refere-se à descrição de todas as atividades realizadas no serviço matriciado e /ou no território.	27 (18,5%)
Resultados do matriciamento	Refere-se a aspectos sobre a ação no serviço da atividade de matriciamento.	27 (18,5%)
Equipes participantes	Refere-se aos profissionais participantes das atividades de matriciamento.	10 (4,5%)
Conceito sobre o matriciamento	Refere-se à descrição sobre a percepção, entendimento e significado sobre a atividade de matriciamento.	6 (3%)

Continua

		Conclusão
Avaliação do matriciamento	Refere-se à opinião crítica sobre o funcionamento do matriciamento, sua aplicabilidade no serviço e os efeitos na rede de saúde.	5 (3)%
Comunidade	Refere-se à descrição das atividades de matriciamento e sua repercussão na comunidade.	4 (1,5%)
Estrutura	Refere-se a aspectos levantados sobre recursos diversos na execução das atividades de matriciamento.	3 (0,5%)
Educação permanente	Refere-se a formação específica no matriciamento referentes as questões de álcool e drogas.	1 (0,5%)

Fonte: Pesquisa

Finalmente, os dados dos três estudos foram triangulados, levantando similaridades e distinções nas descrições em instrumentos diferentes de pesquisa sobre o mesmo fenômeno, para auxiliar reflexões sobre o matriciamento em álcool e outras drogas.

3.6 - Aspectos éticos

Essa pesquisa é parte de um estudo maior realizado pelo Centro Regional de Referência sobre Drogas e Vulnerabilidades Associadas da UnB, campus Ceilândia (CRR-UnB/FCE). O CRR tem como objetivo promover a formação permanente dos profissionais que atuam em serviços relacionados à saúde e a justiça, com pessoas com problema com drogas. (OLIVEIRA, et al., 2015).

Este estudo cumpriu a resolução nº466/2012 da Comissão Nacional de ética em Pesquisas (CONEP), para estabelecer os referencias bioéticos para pesquisa com seres humanos. Por se tratar de pesquisa relacionada ao CRR/FCE/UnB foi utilizado à liberação do CEP da Faculdade de Saúde, Universidade de Brasília (FS/UnB) nº 353571 (ANEXO 1).

O projeto de pesquisa foi apresentado para a população alvo do estudo, que foram esclarecidos quanto o fim deste trabalho e sobre a divulgação científica dos resultados, então ao aceitarem a sua participação na pesquisa precisaram ler, concordar e assinar com o TCLE para proteção do pesquisador e do pesquisado, visto que ambos estão assumindo responsabilidades. O TCLE apresentará os possíveis riscos e desconfortos. Ao concordar com o TCLE o indivíduo da pesquisa poderá desistir dessa sem que haja prejuízos para ele ou para a pesquisa, e o sujeito também poderá obter livre acesso aos resultados quando desejar.

É previsto que possam ocorrer algumas problemáticas durante a pesquisa, então a seguir serão citados alguns riscos e suas respectivas resoluções e os benefícios que essa

pesquisa possa trazer. O profissional de saúde poderá se recusar a participar da pesquisa, sem nenhum dano para ele. Pode acontecer de algum profissional não preencher as questões do protocolo, e isso não acarretarão prejuízos, pois o não preenchimento também servirá como dado estatístico. Essa pesquisa será benéfica para a divulgação do processo de matriciamento no campo de álcool e outras drogas.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A seguir serão apresentados os resultados e discussões do estudo em dois aspectos relacionados à descrição sobre a temática na literatura nacional e à pesquisa empírica do matriciamento em uma realidade em uma regional de saúde, a saúde mental e álcool e outras drogas.

4.1 – Estudo da literatura nacional sobre matriciamento em álcool e outras drogas

O estudo em 21 artigos na literatura nacional possibilitou descrever o perfil das pesquisas e antar aspectos sobre os conteúdos das práticas do matriciamento nas questões de saúde mental e de álcool e outras drogas, os conceitos de matriciamento utilizado por cada autor, as relações entre as equipes, os métodos de trabalho, os efeitos no serviço da APS e suas relações com questões de drogas.

Na base da SCIELO foi selecionado 6 artigos referentes a questões de matriciamento na saúde mental e na BVS 15 artigos que abrangeu a saúde mental na atenção básica através de ações de apoio matricial. Portanto a pesquisa da literatura resultou em 21 artigos nos anos de 2010 a 2015, ilustrados na Tabela 4 com sua respectiva frequência.

Tabela 4: Frequência da amostra final do estudo da literatura por ano de publicação.

Ano	N: 21	(%)
2015	07	(33%)
2014	04	(19%)
2013	04	(19%)
2012	04	(19%)
2011	01	(5%)
2010	01	(5%)

Fonte: Pesquisa

Os estudos selecionados foram nacionais e observou-se um aumento progressivo a cada ano de publicações nesta temática, com aumento substancial nos últimos três anos de 71% em relação ao quantitativo da amostra, podendo estar relacionados aos tipos de serviços próprios da política de saúde brasileira e não adotada em outros países.

Em relação às revistas que publicam sobre essa temática foram encontradas, número considerável na área específica da saúde coletiva (7). Entretanto foram encontrados artigos nessa temática em revistas específicas às categorias profissionais como Terapia Ocupacional,

enfermagem, psicologia. A revista *Ciência e Saúde Coletiva* apresentou um maior número de publicações (3), discutindo questões relacionadas ao apoio matricial e álcool e drogas. Além dos artigos foram encontrados 2 dissertações, 1 trabalho de especialização e 1 trabalho de residência médica em psiquiatria.

Foram selecionados 18 artigos de pesquisas empíricas sobre práticas no território e apenas 3 estudos foram teóricos de revisão de literatura. E destes apenas 19% do total dos artigos selecionados foram considerados de evidência A apresentavam conteúdos sobre matriciamento e drogas. A evidência B, estudos que relacionam o matriciamento e saúde mental, foi predominante com 81%. Observou-se uma lacuna em estudos na temática de matriciamento sobre álcool e outras drogas, apesar de mostrar-se como uma temática comum no cotidiano dos serviços da APS.

Os estudos mostraram um perfil de publicações por território, na qual a região Nordeste apareceu com um número maior de artigos relacionados à prática de matriciamento (9), seguidos das regiões, Sudeste (6), Centro-Oeste (2) e Sul (1). A região Norte não apresentou nenhum artigo que mencionasse a temática pesquisada, justificada por Pegoraro, Cassimiro, Leão (2014) relacionada à forma de implementação do matriciamento. Outros autores, Lemes et al., (2015), também afirma que as regiões Sul, Sudeste e Nordeste são as que mais produzem artigos relacionados a saúde mental e APS.

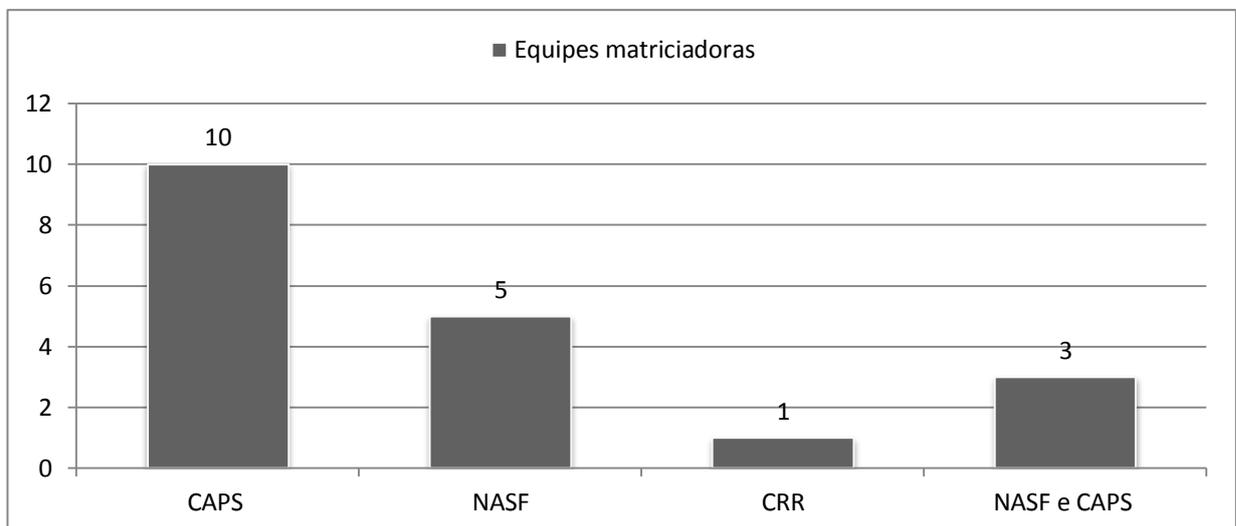
O estudo de literatura realizado apresentou uma temática que envolve a saúde mental e a saúde coletiva, afirmando o conceito de que já inferimos, sobre o matriciamento ser um apoio em saúde mental e suas especificidades, para uma coletividade em um dado território. Nesse sentido, dois aspectos são comuns sobre matriciamento, um como uma forma de trabalho voltado para a área de saúde pública, e outro como uma metodologia de trabalho em saúde somente sendo campo da saúde mental. (BARROS et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2015; LEMES et al., 2015, QUINDERÉ et al., 2013; AZEVEDO, GONDIM, SILVA, 2013; TRAUTWEIN, 2012; SOUSA et al., 2011)

Entretanto, há um pensamento comum sobre matriciamento na qual seja uma atividade de troca de conhecimentos na atenção primária à saúde, envolve tanto a temática de saúde mental quanto de saúde coletiva. Apesar dos artigos tratarem matriciamento em várias temáticas, esses contextos se conectam para reproduzir uma característica principal do matriciamento. (COSTA, 2015; OLIVEIRA, 2015; SILVA, 2015; PEGARARO, CASSIMIRO, LEÃO, 2015; FORTES et al., 2014; GAZIGNATO, SILVA, 2014; JORGE et al., 2014; JORGE, SOUSA, BATISTA, 2013; MORAIS, ALMEIDA, PASINI, 2013; PINTO

et al., 2012; SILVA; SANTOS; SOUZA, 2012; BELOTTI, LAVRADOR, 2012; MENEGUINI, 2012)

O apoio matricial nos serviços do SUS mostra-se como uma atividade relevante e de extrema importância na APS. Ele é apresentado como uma modalidade organizacional que deve ser realizado por equipes especializadas em saúde mental, essas equipes podem ser do NASF e do CAPS, e ainda ser uma atividade estratégica em projetos formativos, como no CRR. Pode ocorrer com a fusão de duas equipes (NASF e CAPS), como observou no estudo da literatura. No Gráfico 1 são apresentados a frequência de relação dos serviços na participação do matriciamento.

Gráfico 1: Equipes participantes do matriciamento.



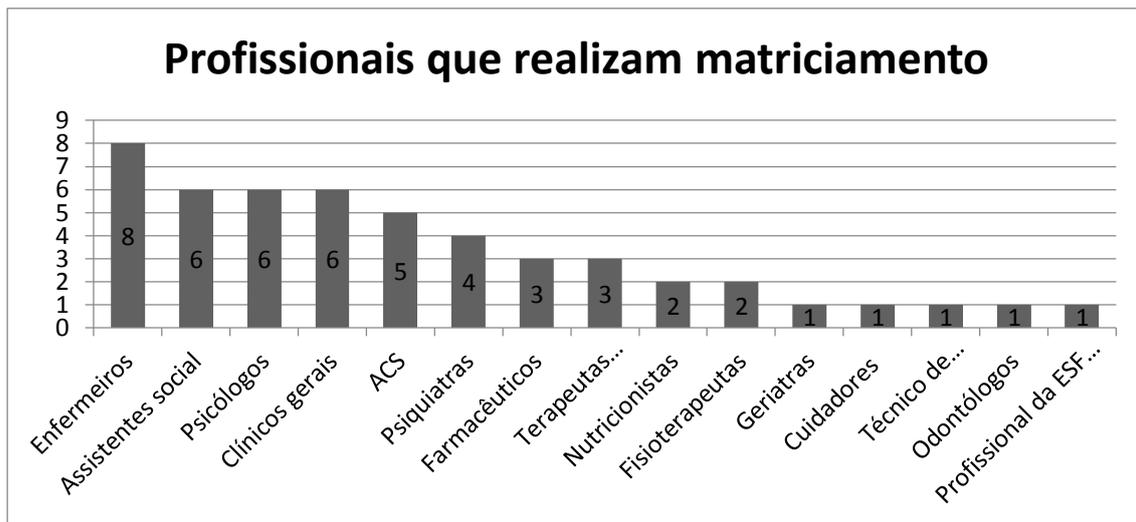
Fonte: Pesquisa

Portanto, observou-se um predomínio na literatura dos CAPS, tanto de transtorno como de álcool e drogas, de desenvolverem as atividades de matriciamento (55%), entretanto é relevante afirmar que os CRR, com sua proposta de serem centros formativos na área de drogas para rede intersetorial, incluam em sua estratégia o matriciamento entre as equipes, de forma intersetorial, além da APS.

Barros et al., 2015, menciona que o NASF é a equipe de saúde especializada que realiza o matriciamento, mas também refere que a ESF também pode realizar matriciamento. O matriciamento realizado pelas equipes da APS são para as demandas específicas que vão ocorrendo ao longo do processo de trabalho. Logo as ESF matriciam as equipes especialistas para que ocorra uma maior interação nas suas ações de saúde.

Os autores descrevem quais profissionais que devem compor as equipes de matriciamento. Essas equipes são formadas por vários profissionais com formação na área da saúde (Gráfico 2).

Gráfico 2: Profissionais que participam das equipes de matriciamento.



Fonte: Pesquisa.

Observa-se que na composição da equipe do matriciamento não existe uma igualdade de categorias profissionais, e sim um predomínio da área de enfermagem, seguida de médicos psiquiatras e clínicos, em detrimento aos profissionais que lidam diretamente com intervenções psicossocial e de reabilitação.

Na literatura a base teórica ainda perpassa por estudos de um único autor, considerado o preceptor da ideia de matriciamento. As ideias de Campos foram citadas em quase todos os artigos ou mesmo usaram referência ao “Guia prático de saúde mental” elaborado pelo Ministério da saúde. Observa-se que a fundamentação teórica e metodológica desta prática ainda tem apenas uma base epistemológica, como, arranjo organizacional, nova metodologia de trabalho, retaguarda assistencial e suporte técnico pedagógico as Equipes de Referências. Portanto, fazem-se necessários estudos sistemáticos sobre as características a partir de realidades distintas, a efetividade desse recurso para o trabalho em saúde e a descrição de novas formas de matriciamento, realizados estrategicamente por outras políticas públicas.

O arranjo organizacional é tido para muitos autores como uma forma de organizar os processos de trabalho e mudar o funcionamento das equipes. Sendo assim, tende-se a desenvolver ações horizontalizadas criando uma clínica ampliada. A clínica ampliada

pretende melhorar a abordagem generalista e hospitalocêntrica. Esse trabalho também é incentivado pelo Ministério da Saúde através de suas políticas voltadas para o uso abusivo de drogas. (COSTA, 2015; SILVA, 2015; GAZIGNATO, SILVA, 2014; QUINDERÉ et al., 2013; MORAIS, ALMEIDA, PASINI, 2013; PINTO et al., 2012)

A metodologia de trabalho é baseada na troca de saberes entre as equipes que participam dessa ação. Para que assim haja ações compartilhadas como o trabalho das Equipes de Referências, na qual divide suas responsabilidades com as equipes de atenção psicossocial e as duas se tornam responsáveis pelo acompanhamento e o plano terapêutico singular (PTS). (OLIVEIRA, 2015; JORGE et al., 2014; TRAUTWEIN, 2010)

Ou seja, passa a haver multiresponsabilização pelo caso e as Equipes de Referências passam a ter seu campo de atuação aumentado. Para esses autores a metodologia de trabalho está envolvida no processo de co-gestão, na busca da melhor relação entre equipes e serviços para que haja notória resolutividade das questões de saúde mental. Propõe assim a mudança do funcionamento dos serviços envolvidos no matriciamento.

O suporte técnico pedagógico é mencionado nos estudos de como pertencente de uma ferramenta de articulação para as equipes dividirem conhecimentos e impulsionarem a reforma psiquiátrica com o cuidado focalizado no território. Essa forma de trabalho também é explicitada por uma tecnologia de gestão dialogal e de trocas, levando a melhor comunicação em rede, assim como propõe a reforma psiquiátrica. O AM também compreende o empoderamento das equipes não especialistas para questões de saúde mental e álcool e outras drogas. (JORGE et al., 2015; OLIVEIRA, 2015; MENEGUINI, 2012)

A retaguarda especializada trabalha com a quebra do modelo assistencial, dando apoio com informações e intervenções no âmbito da saúde mental. Por conseguinte essas ações causem nas EqR maior resolutividade e um atendimento de ocorra de forma integral, especialmente para transtornos leves e recorrentes. (BARROS ET AL., 2015; GAZIGNATO, SILVA, 2014; QUINDERÉ ET AL., 2013; JORGE, SOUSA, BATISTA, 2013; SILVA, SANTOS, SOUZA, 2012; BELOTTI, LAVRADOR, 2012)

Dessa forma, os estudos mencionam que para se produzir saúde se utiliza além dos serviços já mencionados, mas usa-se de toda a rede de saúde do seu território de abrangência. Logo o AM faz uso dos serviços sociais no território, como dos espaços comunitários, da comunidade em si como recurso, em parcerias com a cultura, justiça e habitação, centros de convivência, ambulatório especializado de saúde mental, entre outros. Há também outros estabelecimentos da comunidade que auxiliam o AM, faculdades, igrejas, associações, escolas e outros locais que compõe a rede da comunidade. (OLIVEIRA, et al., 2015; BARROS et al.,

2015; GAZIGNATO, SILVA 2014; FORTE et al., 2014; SILVA, SANTOS, SOUZA, 2013; SOUSA et al., 2012; MENEGUINI 2012)

Nesse processo de produção de saúde no território, sete artigos mostram como é importante utilizar de todos os recursos disponíveis em comunidade e que façam parte da rotina, costume e crenças do indivíduo que esteja em tratamento. Pois a qualidade de vida que se obtém com esta terapêutica que vai além dos estabelecimentos de saúde é muito válida para que o indivíduo tenha mais saúde, visto que este sai da figura de paciente e se torna um ser social.

Como já descrito anteriormente, o AM apresenta a capacidade de dialogar com a rede e a comunidade que pertence a seu território, sendo assim tem que haver uma comunicação com outros serviços. Logo, também existem outros estabelecimentos envolvidos. Oliveira et al. (2015), trás sistemas que fazem ligações com à segurança pública, envolvendo o poder judiciário, a polícia, o ministério público, e entidades de cumprimento de medidas socioeducativas.

Além dessas várias entidades que podem fazer esse elo com o AM existem também outras, como por exemplo, outras complexidades do SUS (hospitais gerais e ambulatórios especializados), redutores de danos, sistema único de assistência social, clube de lazer, cooperativas de habitação, residências terapêuticas. (MENEGUINI, 2012; SOUSA et al., 2011)

A seguir na Tabela 5 serão apresentadas as atividades descritas na literatura estudada realizadas no cotidiano do apoio matricial.

Tabela 5 - Ranking de Atividades citadas na literatura

Ranking	Atividades no Matriciamento	Autores
1º	Discussão de equipes	Costa (2015) Oliveira (2015) Silva (2015) Barros et al. (2015) Pegoraro; Cassimiro Leão (2014) Jorge; Sousa; Batista (2013) Fortes et al. (2014) Belotti; Lavrador (2012) Trautwein (2010) Meneguini (2012).

Continua

		Conclusão
2º	Projeto Terapêutico Singular	Jorge et al. (2015) Silva (2015) Barros et al. (2015) Pegoraro; Cassimiro; Leão (2014) Jorge; Sousa; Batista (2013) Pinto et al. (2012) Belotti; Lavrador (2012) Trautewein (2010).
3º	Interconsultas	Lemes et al. (2015) Oliveira (2015) Pegoraro; Cassimiro; Leão (2014) Fortes et al. (2014) Meneguini, (2012).
4º	Visita domiciliar	Oliveira (2015) Silva (2015) Pegoraro; Cassimiro; Leão (2014) Fortes et al. (2014) Gazignato; Silva, (2014).
5º	Busca de recursos do território	Lemes et al. (2015) Jorge et al. (2015) Silva (2015) Fortes et al. (2014) Sousa et al. (2011).
6º	Grupos	Oliveira (2015) Silva (2015) Pegoraro; Cassimiro; Leão (2014) Fortes et al. (2014).
7º	Acolhimento	Pinto et al. (2012) Silva; Santos; Souza (2012) Sousa et al. (2011).
8º	Educação Permanente em saúde mental	Pegoraro; Cassimiro; Leão (2014) Sousa et al. (2011).
9º	Genograma e ecomapa	Pegoraro; Cassimiro; Leão (2014).
10º	Prescrição de medicamentos	Pinto et al. (2012).
11º	Curso	Oliveira et al. (2015).

Fonte: Pesquisa.

Nessa caracterização do processo de matriciamento são citadas diversas atividades, aquela que está na primeira posição no ranking é a “discussão de equipes”, com 10 autores discutindo sobre a temática. Essa ação também inclui reuniões individuais ou coletivas com profissionais, avaliações, reflexões das ações em saúde no AM e grupos de suporte aos profissionais da ESF.

O PTS e as interconsultas apareceram em seguida, estando no âmbito das linhas de intervenção, ele no matriciamento difere dos PTS em outros serviços pelo fato de ser compartilhado com a equipe de saúde mental e a equipe da atenção primária à saúde. Ou seja, ambas as equipes têm a responsabilidade de acompanhar, executar e se preciso, modificar o PTS, tendo as interconsultas básica como um processo.

O apoio matricial é estritamente de base territorial assim uma ação marcante para esse método de ação é o próprio trabalho em comunidade. Ele consiste em busca de recursos para o indivíduo e a potencialização deles de forma terapêutica. Tende-se a buscar recursos com parcerias intersetoriais com recursos comunitários do território.

E os autores que trazem essa temática territorial mostram evidências de um tratamento mais integral, resolutivo e também confortável para o usuário do sistema. Visto que se desinstitucionalizar o usuário de seus estabelecimentos de saúde, oferecendo novas oportunidades de saúde, lazer, religião e bem-estar na sua própria comunidade.

Os estudos revelam que a criação de grupos terapêuticos ou não na APS, é outra forma de tratamento em saúde mental proposta pelo matriciamento. Foram trazidos grupos de geração de renda, terapia comunitária, artesanato, e outros que transformassem o espaço de saúde em discussões coletivas que envolvessem a saúde mental e a saúde coletiva.

O acolhimento (como escuta qualificada), também faz parte de um espaço humanizado que busca atender as demandas espontâneas dos usuários que buscam a APS quando necessitam de cuidados para questões de saúde mental. Jorge et al. (2014) relata que a escuta do usuário na APS diminui encaminhamentos para estabelecimentos especializados, visto que na maioria das vezes o indivíduo só precisa ser ouvido.

A educação permanente em SM foi pouco mencionada pelos autores, ela envolve conhecimentos para os profissionais não especialistas ligados à reabilitação psicossocial do indivíduo em comunidade. Também busca oferecer formação continuada a esses profissionais da Atenção Primária à Saúde.

Percebe-se assim, que o apoio matricial tem características de intervenções na comunidade e não intervenções de base intervencionistas no formato tradicional é um trabalho promotor de diálogo, discussão e compartilhamento de visões específicas de cada especialidade.

Nessa pesquisa sobre matriciamento todos os autores discutiram muito a relação de trabalho entre as equipes participantes, junto com suas potencialidades e dificuldades. Investiga-se assim, a ocorrência do desenvolvimento de ações de saúde mental na atenção primária à saúde e sua interface com a produção do cuidado em rede. O apoio matricial é

apresentado com o objetivo de contar com a contribuição dessa ação para a maior acessibilidade de pessoas com sofrimento relacionado às drogas nos serviços de saúde, principalmente através dos ACS, por conseguinte a grande resolubilidade de problemas sem sair da APS.

Silva; Santos; Souza (2012) relatam que o cotidiano dos ACS é definido pelas questões sociais e também psicológicas. E ainda devemos lembrar que esses profissionais pertencem à mesma comunidade tanto profissionalmente quanto pessoalmente. Por isso o matriciamento em saúde mental deve dar uma devida importância para esse profissional.

Dentre a discussão de todos os autores o matriciamento apresentou características importantes no trabalho em saúde. As atividades de matriciamento levaram para o serviço uma maior ordenação de encaminhamentos para o CAPS. Silva, 2015, afirma que o matriciamento não funciona como encaminhamento nem ao menos troca de responsabilidade para o serviço especializado. A diminuição progressiva de excessivos encaminhamentos após o trabalho não hierarquizados são apresentados como uma proposta do matriciamento. Pois os profissionais da APS começaram a se empoderar do trabalho em saúde mental e se responsabilizar por esses casos, junto com as equipes especializadas. (JORGE et al., 2015; PEGORARO, CASSIMIRO, LEÃO, 2014; QUINDERÉ et al., 2013; AZEVEDO, GONDIM, SILVA, 2013; MORAIS, ALMEIDA, PASINI, 2013; JORGE, SOUSA, BATISTA, 2013; MENEGUINI, 2012)

A lógica de encaminhamentos sem referência e contra referência apresentar-se como um mau encontro matricial. Pois os encontros buscavam melhorar as formas de intervir, trabalhar e se relacionar com o sujeito em sofrimento mental no próprio território. (BELLOTI E LAVRADOR, 2012)

Porém Azevedo, Gondim e Silva (2013), explicitam que o matriciamento é uma troca de responsabilidade na medida em que os profissionais da APS não tem conhecimento do assunto (saúde mental) e assim encaminham o indivíduo em sofrimento para unidades especializadas. Na atenção especializada suas demandas seriam bem atendidas e haveria maiores resolutividades dos casos.

Ainda relacionando as formas de trabalho no matriciamento, ao se trabalhar em equipes com especificidades diferentes, desterritorializam esses profissionais, tirando-os do seu núcleo específico de saber e levando-os a buscar novas possibilidades de conhecimentos para a produção de saúde. Essa ação se torna totalmente horizontalizada, levando os profissionais há um novo paradigma de trabalho. (PINTO et al., 2012; SOUSA et al., 2011)

Nesse sentido, Jorge et al., (2015), Fortes et al., (2014) afirmam que é necessário empoderar os trabalhadores não-especialistas para atender casos de saúde mental e também reformular a agenda desses profissionais para ações de matriciamento. Assim o trabalho na APS seria mútuo com ambas as equipes se sentindo pertencente naquele PTS.

Estabelecendo relações de trabalho mútuas, cria-se uma tendência de reorganizar a rede de serviços de saúde mental. Nesse caso compartilha-se a responsabilidade de ordenadora do serviço que vem da APS para a rede de serviços em saúde, assim favorece a acessibilidade tanto do indivíduo que necessita de cuidado quanto dos próprios profissionais que buscam suporte. Uma vez que sem essa relação com vários estabelecimentos, o profissional estava aprisionado no seu local de trabalho sem ter contato com outros níveis e/ou com a rede. (FORTES et al., 2014; MORAIS, ALMEIDA, PASINI, 2013; BARROS et al., 2005; SOUSA et al., 2011)

Dentro das diversas interfaces que se pode caracterizar o AM está a construção estratégica da gestão, ou melhor dizendo, da co-gestão Lemes et al., (2015). Esse mesmo autor menciona que a diferença do matriciamento para as outras formas de trabalho em saúde é justamente a forma de gestão compartilhada entre equipes e entre setores da sociedade.

Dados sociodemográficos e o perfil dos profissionais que participam do matriciamento são assuntos bem comentados entre os autores dessa revisão. Apresentam como maioria dos profissionais serem do gênero feminino, tanto nas equipes de saúde mental, como nas equipes de estratégia de saúde da família. (LEMES et al., 2015; BARROS et al., 2015; PEGORARO, CASSIMIRO, LEÃO, 2014; AZEVEDO, GONDIM, SILVA 2013)

Apenas os ACS são do nível médio o restante deve ser de nível superior em saúde. Também mencionava a idade e o estado civil desses profissionais. Em dois dos artigos se discutia o tipo de formação dos profissionais envolvidos, que em sua grande maioria não tinham especialização em saúde mental, esses casos incluíam-se até mesmo os profissionais dos CAPS. Estavam presentes outros fatores como jornada de trabalho, tempo de trabalho e experiências no serviço também caracterizava a amostra de profissionais.

A educação permanente em saúde é outra questão que os autores usam para caracterizar as ações de matriciamento, referindo como auxiliar na dimensão da qualificação profissional em saúde mental, na qual é ineficiente. (COSTA 2015; LEMES et al., 2015; JORGE et al., 2014; QUINDERÉ et al., 2013; JORGE, SOUZA, BATISTA, 2013; AZEVEDO, GONDIM, SILVA, 2013; BELOTTI, LAVRADOR, 2012; SOUSA et al., 2011; TRAUTWEIN, 2010)

Silva (2015), complementa essa necessidade de capacitação afirmando que para haver uma prática de saúde integral, as equipes da APS devem ser capacitadas em saúde mental.

Apenas Oliveira (2015), apontou contrariamente aos demais autores, referindo que as ESF estão bem qualificadas para conduzir casos de saúde mental. Pois todos os profissionais menos os ACS tem nível superior.

Ainda quanto à formação no âmbito do próprio apoio matricial Costa (2015), considera que ele deveria ser uma especialidade. Pois se conhece pouco sobre seus desdobramentos e não se aprende sobre AM na academia, ou na maioria das formações da área da saúde.

Todo novo trabalho seja em saúde, ou em outra área apresenta dificuldades, por conseguinte com o AM não seria diferente. Algumas vezes confunde-se o objetivo dessa proposta de trabalho e o AM acaba servindo para reavaliação médica psiquiátrica e/ou para trocas de receitas psicotrópicas. Outra questão é que ao se imaginar que o AM é um serviço especializado, ele acaba não se enquadrando nos princípios da APS. Ou ainda essa nova metodologia de trabalho só atuaria de forma pedagógica mas, que não tivesse como fim um trabalho efetivo entre as equipes. (FORTES et al., 2014; PINTO et al., 2012)

Outras dificuldades apontadas na literatura referem-se quando a gestão do serviço de saúde fortalece o papel do médico psiquiatra para consultas e atendimentos e não inclui esse profissional no matriciamento. Levando a uma lógica em que ele seria mais importante no serviço especializado e não dando apoio a APS. Em casos não muito recorrentes o especialista torna-se dono do saber enquanto como já foi discutido ele está no matriciamento de forma horizontalizada para levar conhecimentos. (JORGE et al., 2014; BELOTTI, LAVRADOR, 2012)

Alguns autores Lemes et al., (2015); Sousa, (2011) mostram de uma forma bem clara o quanto essa temática é nova e que de uma forma lenta e gradual pesquisadores do Brasil começaram a desenvolver trabalhos para incentivar sua prática e difundir seu conceito. Mas ainda há um número bem pequeno de estudos que reclusam o conceito de saúde mental para as questões de drogas, apenas 4. É como se o uso abusivo de substâncias psicoativas não causasse modificação no sistema nervoso central e no comportamento do usuário que o faz, fazendo parte do tema “saúde mental”. Por isso vê se a importância de lembrar que saúde mental envolve a qualidade de vida do sujeito e não é apenas a ausência de doença / transtorno mental. Pois segundo a própria OMS (2016) afirma que não existe uma definição concreta para o termo saúde mental.

Ao observa os processos cognitivos e emocionais do indivíduo, seu sofrimento com relação a suas atividades, práxis, emoção e quanto a sua posição na sociedade, assim é que se pode começar a dialogar sobre sua saúde mental. Nessa perspectiva é que se tem o olhar voltado ao uso/abuso/dependência de álcool e as demais drogas, pois quando se faz um uso desregrado de substâncias, essas tem potencial de atrapalhar a vida cotidiana, laboral e familiar do indivíduo.

Como percebido anteriormente a realidade do matriciamento específica para álcool e outras drogas não aparece com frequência nas publicações dessa revisão. Os autores que abordam essa temática apresentam ações de trabalho bem distintas entre si, como atividade estratégica para implementação do CRR com práticas de cursos relacionados as questões de drogas para profissionais envolvendo vários setores da sociedade e discussão sobre as demandas entre equipes de saúde e/ou intersetorial. (OLIVEIRA et al., 2015; COSTA, 2015; LEMES et al., 2015; SILVA 2015)

Por conseguinte Costa (2015) realizou seu trabalho com profissionais envolvidos na gestão de serviços da APS. Esse autor apresentou as dimensões educacionais do AM em álcool e outras drogas para uma população específica. Ele sugere propostas para tornar essas ações em saúde viável. Lemes et al., (2015), realizou um levantamento bibliográfico para mensurar a importância do matriciamento para a APS. Logo, Silva et al., (2015) investigou a relação das equipes do NASF e do CAPS em um município específico do Brasil.

Ao analisar quem realiza o matriciamento os autores também explicitam equipes diferentes. Todas as equipes apresentadas são compostas de profissionais especialistas em saúde mental, porém os NASF não precisam necessariamente conter um profissional especialista em saúde mental e que seja qualificado para trabalhar com as questões de drogas.

Dentre estes trabalhos só houve uma atividade específica para questões de drogas, que foi o curso proposto por Oliveira et al., (2015) e já mencionado anteriormente. Também não houve nenhum conceito específico que se caracteriza o matriciamento relacionado a problemática das drogas.

Esse estudo de literatura demonstrou que o processo de trabalho do matriciamento se utiliza de diversos recursos como a organização do fluxo, do cuidado, de encaminhamentos indiscriminados, na lógica da corresponsabilização, na promoção do bem-estar, da vivência em comunidade como um ser social, além de outras finalidades.

4.2 – Contextos do matriciamento em uma realidade na capital brasileira

Neste espaço serão apresentados os resultados do estudo de documentos governamentais sobre a regional de saúde na qual foi local da pesquisa empírica e da pesquisa junto aos profissionais que desenvolvem essa atividade nesses serviços.

A Regional de Saúde da Ceilândia dispõe de 11 centros de saúde instituídos estrategicamente pelo território, com um centro em cada setor, exceto Pôr do Sol e Sol Nascente por falta de regularização. Estes agem enquanto representantes da APS que se caracterizam teoricamente como resolutivos, coordenadores do serviço e, responsáveis pela população. Nesse sentido, espera-se não só que estes postos contemplem todo o território, mas reorganizem, reordenem e recombinem os serviços de saúde nos demais âmbitos, se não, auxiliando outras instâncias. (MARTINS, 2014)

A Ceilândia possui um CAPS AD que desempenha ações de acolhimento, atividades e oficinas terapêuticas, psicoterapia, visita domiciliar, busca ativa por telefone e visita institucional, com abrangência em Ceilândia e Brazlândia, entretanto vale ressaltar a existência do CAPS II que realiza apoio matricial em saúde mental junto ao Centro de Saúde 8 da Ceilândia.

Além disso, essa regional apresenta também o Hospital Regional da Ceilândia (HRC) e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). O HRC conta com especialidades do ambulatório como cardiologia, cirurgia geral, clínica médica, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, ginecologia/obstetrícia, hemoterapia, homeopatia adulto, mastologia, nefrologia, neurologia, odontologia, oftalmologia, oncologia adulto, oncologia cirúrgica, ortopedia, pediatria, pneumologia, proctologia, reumatologia, terapia ocupacional e urologia. Emergência com clínica médica, ginecologia e obstetrícia, ortopedia e pediatria. Clínicas de internação de berçário, centro cirúrgico, centro obstétrico, clínica médica, maternidade, pediatria, pronto-socorro de ginecologia e obstetrícia e UTI.

Estão vinculados ao HRC, todos os serviços descritos a cima, uma vez, que em perspectiva de redes, os pontos devem obrigatoriamente estarem interligados, a fim de que os serviços de referência e contra referência sejam funcionais e eficientes. Entretanto, a procura constante por serviços específicos por parte da população de maneira incisiva culminava à lotação dos serviços de urgência e emergência, cenário não exclusivo do HRC. Além disso, a Ceilândia conta com uma UPA 24 horas para auxiliar no apoio a rede de saúde, desafogando as demandas em urgência e emergências.

Nesse sentido, enquanto ator dos serviços de saúde, a UPA 24, segundo a portaria nº 342, de 4 de março de 2013 que dispõe de suas diretrizes de implantação, deve agir situada entre Atenção Básica e Atenção Hospitalar de maneira resolutiva e investigativa a fim de encaminhar o paciente, caso necessário, ao hospital mais próximo, utilizando um sistema de classificação de risco, compondo ambos os níveis da atenção para com a rede de atenção. Ceilândia possui apenas uma upa, que em conjunto com os 11 centros de saúde realiza serviços de referência e contra referência, utilizando também, quando necessário, do HRC.

Descreveremos a seguir o perfil da amostra de nossa pesquisa, abordando os dois tipos de serviço (NASF e ESF), a caracterização de seus profissionais, a caracterização de suas formações, suas relações de trabalho na APS e com o matriciamento em saúde mental e álcool e outras drogas.

Na tabela 6 foi apresentado os resultados em relação à caracterização dos profissionais do matriciamento participantes do estudo.

Tabela 6: Perfil dos profissionais que realizam matriciamento.

Variáveis	Características	N: 22 (100%)
Equipes	ESF	18 (81,8%)
	NASF	04 (18,2%)
Sexo	Feminino	12 (54,5%)
	Masculino	10 (45,5%)
Formação	Nível superior	11 (50%)
	Nível médio	04 (18%)
	Nível médio	03 (13,5%)
Profissão	Enfermagem	03 (13,5%)
	Técnico de enfermagem	03 (13,5%)
	Médico	02 (09%)
	Fisioterapia	01 (4,5%)
	Terapeuta Ocupacional	01 (4,5%)
	Ciência da computação	01 (4,5%)
	Psicólogo	01 (4,5%)
	Direito	01 (4,5%)
	Matemática	01 (4,5%)
	Técnico em contabilidade	01 (4,5%)
Tempo de formação profissional	Mais de um ano	12 (54,5%)
	Mais de dez anos	06 (27%)
	Mais de vinte anos	01(4,5%)
	Mais de trinta anos	01(4,5%)
	Menos de um ano	01(4,5%)
Tempo de última formação	Mais de um ano	08 (36%)
	Mais de dez anos	06 (27%)
	Mais de cinco anos	04 (18%)

Continua

		Conclusão
Tempo de serviço na APS	Mais de cinco anos	11 (50%)
	Mais de um ano	08 (32%)
	Menos de um ano	02(4,5%)
	Mais de dez anos	01 (4,5%)
Carga horária na APS	40 horas semanais	20 (91%)
	20 horas semanais	01 (4,5%)
	32 horas semanais	01 (4,5%)
Tempo de atuação no apoio matricial	Menos de um ano	01 (4,5%)
	1 a 3 anos	21 (90,5%)

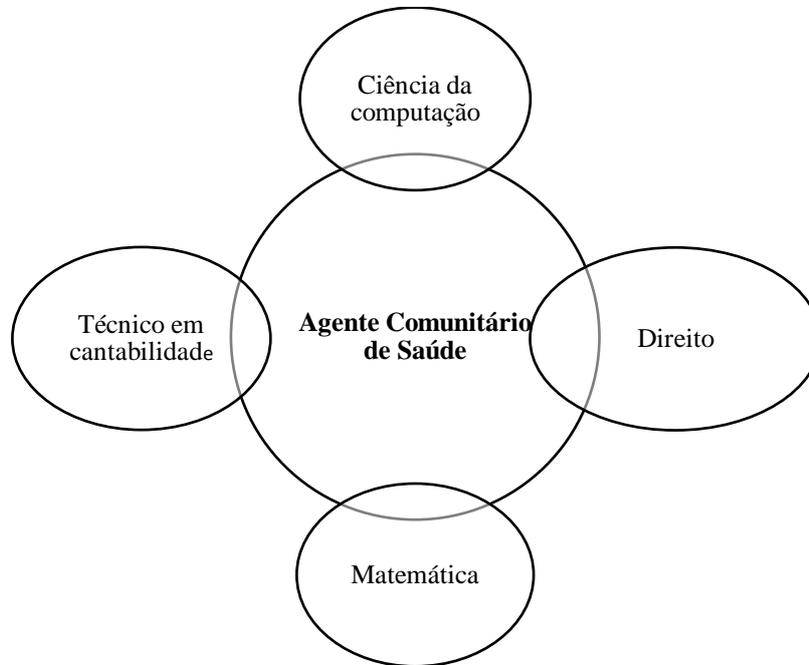
Fonte: Pesquisa

A pesquisa foi realizada com duas equipes que participam do matriciamento no território do estudo, a equipe matriciadora (NASF) e a equipe matriciada (ESF). Com predomínio de profissionais da ESF, por apresentar como um serviço de maior quantitativo. A amostra do estudo apresentou um perfil quase homogêneo de profissionais do sexo feminino (54,5%) comparados aos do sexo masculino (45,5%). Esses dados contrariam estudos que descrevem o perfil referente ao sexo feminino de profissionais da saúde. Pois em alguns estudos essa relação mostrou-se baixa expressão entre profissionais homens e mulheres. (Lemes et al., 2015; Barros et al., 2015, Pegoraro; Cassimiro; Leão, 2014; Azevedo, Gondim, Silva, 2013)

Quanto ao perfil de formação mostrou-se com predomínio de (50%) profissionais com nível superior. Apresentou-se profissionais de diversas áreas sendo as mais prevalentes, enfermagem e técnico em enfermagem (13, 6% cada uma). Houveram profissões como, ciência da computação, direito e técnico em contabilidade que não são profissionais da saúde e por conseguinte tem conhecimentos diversos que não estão em consonância com equipe de trabalho em saúde.

Os ACS do estudo compõem 50% da amostra, e foi descrito profissões diversas nesta categoria, como: técnico em enfermagem, enfermagem (13,6%), fisioterapeuta, médico, pediatra, psicólogo, terapeuta ocupacional (4,5%). Assim, como referido teoricamente desses cargos os que compõem as especialidades fazem parte das equipes do NASF e os generalistas da ESF. Porém, mesmo pertencendo a determinado nível de estudo e tendo determinada profissão, esses profissionais na maioria das vezes não ocupam cargos que equivalem a suas profissões. São os casos dos ACS que possuem nível superior em áreas distintas como, técnico em contabilidade, direito, matemática e ciência da computação, como ilustrado na figura 6 a seguir.

Figura 6: Formação dos profissionais que ocupam o cargo de agente comunitário de saúde.



Fonte: Pesquisa

Os ACS mesmo não tendo formação específica na área da saúde, são profissionais de extrema importância para o matriciamento. Nesse sentido o estudo de Silva, Santos, Souza (2012), trás a proposta de um apoio matricial especialmente para esses profissionais. Porém são atividades que corroboram tanto para a vida pessoal quanto a profissional, assim suas ações como profissionais de saúde começaram a ter mais sentido em suas ações e saberes.

Quanto ao tema formação, os profissionais apresentam entre 1 a 10 anos de formação. Porém, percebemos também que esses profissionais tiveram outras formações. Logo, o período da última formação de 32% dos profissionais que participam do matriciamento foi de 1 a 5 anos. Supõe-se que esses profissionais continuam se especializando para um constante aprimoramento de suas condutas profissionais e possivelmente essa formação recente seja voltada para um olhar mais psicossocial.

O tempo de serviço na APS, mostrou que a metade dos profissionais (50%) fazem parte da ESF entre 1 a 5 anos. Como característico da APS, a maioria dos profissionais (91%) realizam a carga horária de 40 horas/semana, com exceção de alguns especialistas do NASF. Porém quando se percebe que outros profissionais do NASF também realizam suas cargas horárias de 40 horas, vê-se a lacuna na qual eles deveriam realizar 20 horas/semana e existir

dois profissionais da mesma especialidade para formar a carga de 40 horas/ semana. Assim, percebemos então que alguns especialistas do NASF realizam carga horária superior daquela recomendada na portaria 154/2008. Os demais profissionais teoricamente dedicam-se com exclusividade suas intervenções na APS daquele território.

Quanto ao tempo que vem ocorrendo às atividades de matriciamento os profissionais divergiram suas respostas. Ainda que 90,5% mencionaram que o AM ocorre há 1 a 3 anos, diversos profissionais da mesma equipe relataram tempos distintos. Portanto não chegamos a um consenso da data exata do início do matriciamento nessa comunidade. A maioria dos profissionais participa há um período considerável do matriciamento, esse tempo, é capaz de fazer o profissional se empoderar um pouco mais sobre a atividade de matriciamento e entendê-lo um pouco melhor.

Os estabelecimentos de saúde que compõe o centro de saúde em questão estão espalhados por diversos locais da comunidade. Quanto a isso foi apresentado o local que esses profissionais trabalham no matriciamento, foram descritos que: 27,3% realizam o matriciamento no laboratório da SES/DF ou no Centro Olímpico da região, 22,7% utilizam o próprio centro de saúde e somente 4,5% o Hospital Regional da região administrativa do seu território. Mas 18,2 % não souberam informar o local que ocorre o matriciamento. E ainda houve outros profissionais que mencionaram utilizar mais de um estabelecimento (18,2%).

Foram mencionados também os profissionais que fazem parte do matriciamento. Dentre esses não foi mencionado o médico psiquiatra, e a maior frequência de profissionais foram os enfermeiros. Nessa questão os participantes respondiam quais profissionais além dele participavam do matriciamento. Assim, 81,8% mencionaram o enfermeiro, 77,3% lembraram-se dos ACS e dos técnicos em enfermagem, 63,6% responderam sobre os médicos de família, 31,8% sobre a assistente social, 22,7% sobre o psicólogo, 18,2% sobre os médicos clínicos gerais e o farmacêutico e apenas 13,6% comentaram sobre o fisioterapeuta nesse trabalho.

Depois de percebermos os profissionais que trabalham nessas equipes, questionamos sobre os temas que eles discutem em reuniões do matriciamento. Apareceram diversos temas, porém os mais frequentes foram saúde geral e saúde mental, sendo mencionados por toda a amostra. Outros temas que são discutidos entre equipes são, álcool e outras drogas, família e sobre serviços de saúde (86,4), doenças (81,8%), sociedade, emprego/estudo (50%), idosos abandonados e crianças descuidadas (9,1%) e por fim violência física e psicológica (4,5%).

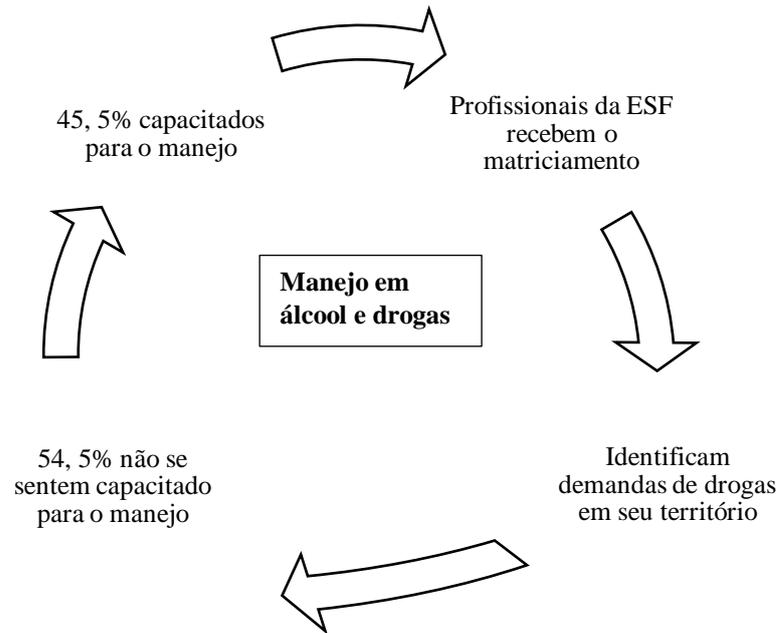
É relevante percebermos que essa pesquisa foi feita em um mesmo território, porém cada equipe de ESF tem uma demanda diferente. As necessidades que essas equipes atendem

algumas vezes são homogêneas, mas também apresentam temas específicos que apenas uma equipe trouxe como a questão da violência, dos idosos e das crianças. Jorge, Sousa, Batista (2013), faz uma reflexão contrária a essa, pois ele apresenta um caso único em que o indivíduo é acompanhado pelo método de compartilhamento de saberes, e assim há resolutividade tanto para as questões clínicas quanto para os sofrimentos mentais e também das questões sociais.

Houve uma prevalência na amostra (90,9%) de profissionais que não recebeu nenhum treinamento, sobre o tratamento, manejo ou prevenção do uso abusivo de álcool e outras drogas. Sendo que, os 9,1% que receberam algum tipo de treinamento, fazem parte da equipe matriciadora, auxiliando melhor atuação dos profissionais na atuação no matriciamento em drogas. Pois nesse sentido, a atividade de matriciamento como único espaço formativo sobre drogas que os profissionais da APS tiveram.

As questões de álcool e outras drogas mostraram-se como uma realidade comum na comunidade e nos serviços, com um cotidiano na prática dos profissionais do estudo. Neste sentido, quando os profissionais são questionados em relação à capacidade frente às questões que demandam essa temática. Logo, 54,5% dos profissionais não se sentem capacitados para o manejo de questões relacionadas a álcool e outras drogas, mesmo após o matriciamento. É percebido que mais da metade desses profissionais da ESF recebem o suporte especializado para lidar com essas questões, mas não se sentem capazes de lidarem com essas questões nas famílias por eles atendidas (Figura 7).

Figura 7: Relação dos profissionais da APS e sua capacidade em lidar com as questões de álcool e outras drogas.



Fonte: Pesquisa

A Figura 8 mostra um ciclo no qual os profissionais da ESF identificam questões de uso problemático de drogas no território na qual acompanham e que de acordo com ação efetiva dessa temática das equipes matriciadoras podem promover dificuldade ou eficácia no manejo com essa problemática, gerando aumento na demanda de serviços especializados, e consequentemente superlotação dos CAPS AD e hospitais gerais, além de vulnerabilidades sociais, como violência, delinquência, marginalidade, entre outros.

Quanto à comunicação, por estarem em estabelecimentos distintos, às equipes matriciadoras e matriciadas se comunicam de diversas formas como ilustrado na Tabela 7.

Tabela 7: Formas de comunicação utilizadas entre equipes no matriciamento.

Formas de comunicação	Porcentual N: 22 (100%)
Pessoalmente	21 (95,5%)
Contato telefônico	09 (41%)
Email	09 (41%)
Whatsapp	03 (13,6%)

Fonte: Pesquisa

A comunicação entre as equipes ocorre de diversas formas, mas com predomínio pessoalmente (95,5%). A frequência das reuniões de apoio matricial ocorre trimestralmente (9,1%), mensalmente (63,6%), quinzenalmente (18,2%), e semanalmente (4,5%).

Esses dados sugeriram que dentro de uma mesma equipe os profissionais tem perspectivas diferentes do que realmente é o apoio matricial. Pois alguns profissionais relataram que o AM só ocorre a cada três meses enquanto outro relatou que essa ação ocorre sempre, devido ao contato permanente com a equipe do NASF. Enquanto que a maioria percebe o matriciamento só quando o NASF se reúne com a ESF e não nas suas práticas cotidianas.

Como já foi percebido o matriciamento é mais do que reuniões de equipe, mas um conjunto de atividades realizadas que busquem o melhor manejo de casos da comunidade na APS. Assim, foram listadas quais as atividades que compõe a rotina desses profissionais.

Os resultados mostraram que a realidade dessa comunidade está em consonância com a pesquisa de literatura realizada anteriormente, visto que a caracterização geral do matriciamento apresenta as mesmas características. A categoria com maior frequência de evocações *auto percepção*, refere-se à percepção dos participantes em relação às características e resultados do matriciamento, dessa forma ela apresentou 2 subcategorias, características e resultados do AM na visão dos profissionais do serviço.

As características do AM através da percepção dos profissionais são bem diversificadas. Novamente é caracterizado como trabalho em equipe, envolvendo uma multidisciplinaridade para as ações em saúde. Além disso, foram observados muitos atributos positivo, principalmente relacionado ao suporte para a APS. O AM também melhora o percurso do indivíduo no sistema de saúde, visto que ele tem a oportunidade de ser atendido em comunidade. Também é apresentado o sentimento desse profissional de está melhor capacitado a partir das estratégias adquiridas com o AM.

[...] Tais ações educativas empoderam a equipe e dão suporte [...] (Evoc. 39)

[...] Encontrar soluções para esses casos [...] (Evoc. 51)

Porém, há também algumas críticas quanto à caracterização desse modelo de se fazer saúde. Percebemos por esse trecho de uma fala “especialista sempre dá umas orientações maiores” (EVOC. 10). Por mais que esse profissional refere que existe um trabalho compartilhado ele coloca o especialista como aquele que contém mais conhecimento. Logo quando se tem hierarquias de conhecimento, diminuem-se as chances de haver a efetiva troca de saberes.

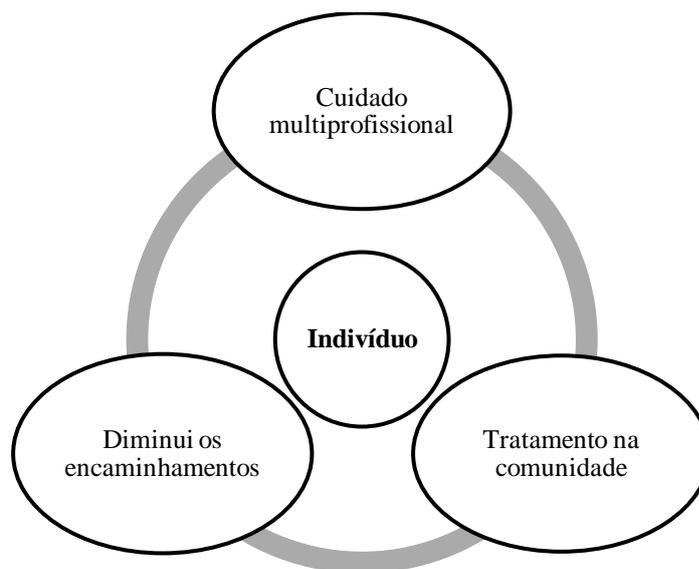
Outros pontos negativos foram revelados, como a falta de materiais do serviço e de recursos comunitários. Também foi relatado que esse modelo é falho e sem grande eficiência.

Quanto à primeira crítica veem-se problemas na estrutura do serviço e na rede da comunidade e percebe-se uma preocupação do entrevistado quando ao tema. Porém nos últimas evocações só se percebe uma crítica solta sobre a o AM, sem ser moldada uma justificativa.

Nessa categoria encontra-se repercussões referentes ao atendimento do indivíduo, melhorando o atendimento, aumentando a resolutividade, acolhendo mais demandas na APS. Assim também colabora para a melhor construção e mútuo acompanhamento do PTS. São todos resultados positivos que melhoram o trabalho na APS e, por conseguinte aumenta a qualidade do serviço.

A segunda categoria, denominada *características* foi a segunda prevalente com (53 evocações) refere-se aos aspectos de organização, funcionamento e ações sobre o matriciamento. Ela foi dividida em 3 subcategorias, organização, funcionamento e ações do matriciamento. Percebemos que quando esses atores do matriciamento o caracterizam começa a surgir eixos temáticos que especifica essa ação de saúde. Assim eles têm uma dimensão multiprofissional que proporciona uma relação de trabalho diferente do modelo de atenção tradicional, como refere a evocação “Envolvendo várias áreas da saúde, vários profissionais da área da saúde;” (EVOC. 7, p.1). O profissional desenvolve a habilidade de resolver os problemas do indivíduo na própria atenção primária, ou seja, não o encaminha de forma desordenada. Dessa forma esse indivíduo mantém seu tratamento em comunidade e algumas vezes utilizando recursos dessa mesma comunidade, como ilustrado na figura 9 a seguir.

Figura 8: Benefícios do apoio matricial no individuo



Fonte: Pesquisa

O matriciamento também é caracterizado como um suporte na APS, uma forma para que esses profissionais aprendam mais. Esse fato enriquece as abordagens nesse nível de atenção e começa a atender demandas mais distintas, visto que quanto mais conhecimento se compartilha, mais se cria um olhar abrangente das situações em saúde, mostra a dicotomia das ações de matriciamento e por consequência um baixo entendimento da real caracterização do AM. Como ilustrados nas narrativas a seguir.

[...] formações a mais que a gente recebe [...] especialidades que vem aqui e melhorias para o atendimento. (Evoc. 3, 4, 10).

[...] Uma vez a semana, uma vez ao mês, dia-a-dia. (Evoc. 12, 13, 14)

Esse suporte dado pelas equipes especialistas também é uma forma de os profissionais tirarem dúvidas sobre alguns casos especiais de uma forma mais rápida e eficaz. A equipe matriciadora também leva os profissionais da APS a conhecer a rede de suporte que aquele território oferece, como ilustrado nas falas a seguir “Apoio para desenvolver o nosso papel e aumentar o nosso conhecimento.” (Evoc. 2, 5, 6)

Autores como, Barros et al. (2015), Quinderé et al. (2013) ressaltam a importância da quebra do modelo assistencial para um trabalho que abranja mais questões de promoção a saúde e principalmente ações que envolvam vários profissionais de conhecimentos diferentes. Na literatura não houve uma discussão que abordasse a periodicidade da realização de AM na Atenção Primária à saúde, diferente da pesquisa empírica na qual foi evidenciada essa questão.

A categoria *Atividades de matriciamento*, refere-se a descrição de todas às atividades realizadas no matriciamento, no serviço matriciado e/ou no território, apresentou 27 evocações que possibilitou comparar a frequência das atividades descritas nas evocações ocorridas no cotidiano dos serviços do estudo com o ranking das atividades mais descritas na literatura (Tabela 8).

Tabela 8: Ranking de atividades do matriciamento em um serviço de saúde.

Atividades do matriciamento	Entrevista N: 22 (100%)	Literatura N: 21 (100%)
Encaminhamentos	17 (77%)	-
Reunião de equipe/ em grupo	16 (73%)	11 (52%)

Apoio	16 (73%)	-
Ajuda específica	15 (68%)	-
Atividades	7 (32%)	-
Visitas domiciliares conjuntas	7 (32%)	5 (24%)
Cursos	4 (18%)	1 (4,5%)
Projeto Terapêutico singular	1 (4,5%)	8 (38%)
Ponto de cuidado, Gestores de Cuidado, Pequenos Samurais, Atenção ao Idoso, dentre outros.	1 (4,5%)	-

Fonte: Pesquisa

Percebemos que encaminhamentos é a atividade mais citada pelos profissionais da APS (77%), logo essa atividade tem duas lógicas, a primeira mostra que o AM leva os profissionais a encaminharem o indivíduo para especialistas, e um dos motivos pode ser o fato de os profissionais de referência não quererem se responsabilizar pelo problema. A segunda é que o AM pode diminuir os encaminhamentos visto que ele ajuda a capacitar os profissionais para cuidarem do indivíduo com demandas específicas na própria APS. O encaminhamento na pesquisa de literatura não é caracterizado como uma atividade em si do matriciamento, mas como um resultado dele, nesse sentido os autores Pegoraro, Cassimiro, Leão (2014) mencionam que por causa do AM as ESF não realizam encaminhamentos desordenados, mas cuidam do indivíduo em sofrimento na própria APS.

Porém percebemos que as discussões em equipe é a atividade mais realizada em ambas as pesquisas, percebe-se que o AM está seguindo à lógica que ele mesmo propõe, de diálogo e troca de conhecimento. Também não está preocupado apenas com a lógica de intervenções e do atendimento em si. Contudo, a atividade relacionada à construção do PTS foi mencionada apenas uma vez entre os profissionais da APS, enquanto que na literatura ele é a segunda atividade mais prevalente no AM. Nesse sentido supõe que os profissionais do serviço pesquisado não dividem, entre especialistas e não especialistas, a responsabilidade do cuidado e acompanhamento com o indivíduo.

Em contrapartida os profissionais da amostra mencionaram algumas vezes a realização de cursos do matriciamento, diferente da literatura que mencionou apenas uma vez essa ocorrência. Percebe-se que essa é uma atividade nova dentro do AM e que pode ser uma estratégia importante para a condução do trabalho em saúde. Os grupos foram atividades que apareceram na literatura com alguma frequência (3) e que no serviço pesquisado foi mencionado apenas uma vez. Porém esses grupos mencionados foram criados a partir de

demandas específicas do serviço, eles também não estão na linha intervencionista, mas trabalham na lógica da promoção e prevenção de saúde.

[...] Ponto de cuidado, gestores do cuidado, pequenos samurais, atenção ao idoso, dentre outros [...] (Evoc. 28)

Na categoria, *Resultados do matriciamento* referem-se a aspectos sobre a ação no serviço de atividade de matriciamento, com 19 evocações, encontrou o atendimento em si, como uma atividade central do matriciamento. Seus resultados referem-se a maior resolutividade, em atendimentos integrais, em atendimentos que inclua toda a família e seu contexto social. Os atendimentos são discutidos entre a equipe de referência e a equipe especialista. Quando o caso é complexo e persistente e não consegue ser resolvido na APS ele é contra referenciado para os especialistas que assumem junto a APS o acompanhamento.

Também é característica dessa categoria a perspectiva educacional, que ocorre entre as relações das equipes matriciada e matriciadora. Pois toda a discussão realizada no âmbito do matriciamento enriquece o conhecimento de ambos e ajuda a tirar dúvidas. Uma das consequências dessa troca formativa são os encaminhamentos ordenados e a capacitação do profissional da APS a acompanhar o indivíduo no próprio território. Antes não se percebia que o indivíduo teria resolutividade integral na APS, ou seja, sendo acompanhado com junto com outros problemas clínicos. Agora após o matriciamento se aprende em equipe que pode-se realizar várias intervenções através de diversas atividades ali mesma na sua área de atuação profissional.

Nessa categoria o apoio matricial é caracterizado como um programa, o fato de ele ser chamado programa tem muita ligação com os programas preconizados pelo Ministério da Saúde para ocorrer na APS. Pensamos que o fato de ele chamar o AM de programa já faz com que essa ação seja de fato uma programação rotineira para ocorrer na APS.

Um tema isolado, mas que faz parte do cotidiano da APS e foi mencionada por um profissional, é a troca de receitas. Ao se pensar nessa troca especificamente para remédios psicotrópicos encontramos um problema, visto que essa ação no AM poderia ocorrer em consonância com o psiquiatra que no momento na pesquisa não fazia parte da equipe matriciadora. A única especialidade médica presente no AM é a pediatra que pode auxiliar com questões de saúde mental na infância, mas não com a população e geral.

Quanto à categoria *Equipe participante*, refere-se aos profissionais participantes das atividades de matriciamento, com 10 evocações, foram encontrados alguns profissionais, mas

nem todos que fazem parte do AM na região, a equipe completa já foi mencionada anteriormente. Supõe-se que esses profissionais foram mencionados pelo fato de ser uma referência mais próxima para cada profissional. Esse conteúdo difere do conteúdo de profissionais apresentado anteriormente pelo fato de ter sido mencionado o psiquiatra. Esse profissional mesmo não fazendo parte da amostra em questão foi mencionado como um profissional que pode fazer parte desse trabalho. E assim percebemos que essa é uma lacuna profissional na equipe matriciadora.

É importante, devido a sua especificidade que haja médico psiquiatra nas equipes de matriciamento, porém a equipe tem que ser composta por profissionais de diversas áreas de conhecimento. Essa é uma realidade que foi apresentada na literatura e segue sendo reforçada pela pesquisa empírica.

A categoria *Conceito* sobre matriciamento, com 06 evocações, refere-se à descrição da percepção sobre o entendimento/significado sobre a atividade de matriciamento. Ao se comparar com os conceitos encontrados na literatura, essa categoria não mostra uma epistemologia concreta do termo, mas a definição do AM para esses profissionais, como ilustrado nas evocações a seguir.

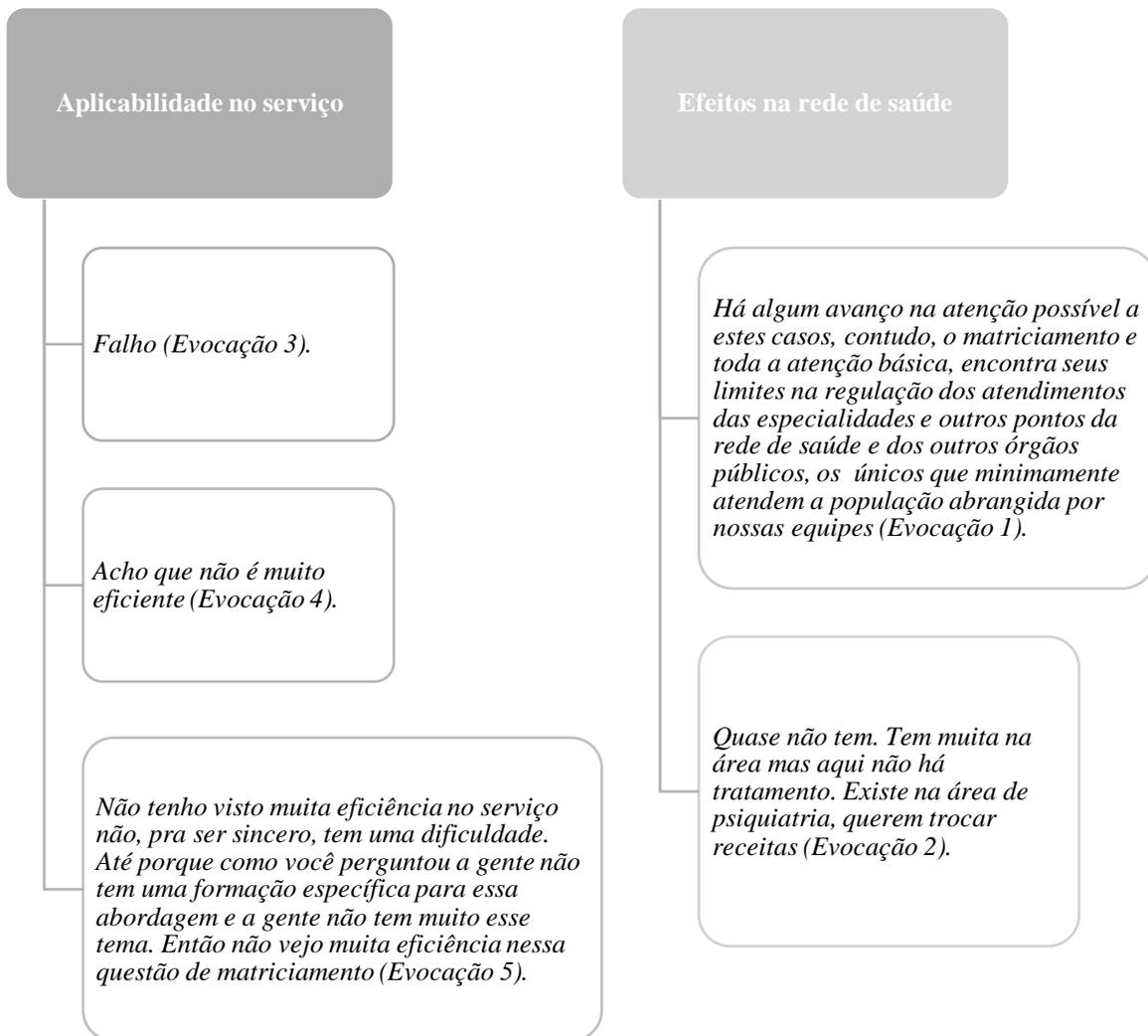
[...]Reformular conceitos e encontrar oportunidades criativas conjuntamente, diante da escassez de recursos institucionais e comunitários[...] (Evoc. 1)

[...]Com o objetivo de tornar as equipes mais resolutivas e conseqüentemente o serviço à comunidade melhor prestado[...] (Evoc. 2)

[...]Apoio matricial ensina a saber lidar e direcionar para conversar e atender[...] (Evoc.6)

Quanto à categoria *Avaliação do matriciamento*, com 5 evocações, referiu-se sobre a opinião crítica dos profissionais quanto essa ação. Nesta categoria foi observado duas subcategorias, uma relacionada a aplicabilidade do apoio matricial no serviço e outra sobre os efeitos na rede de saúde, ilustrado na Figura 10 em relação a cada uma com as respectivas evocações.

Figura 10: Descrição das subcategorias, aplicabilidade no serviço e efeitos na rede de saúde.



Fonte: Pesquisa.

Nessa categoria as duas subunidades (Figura 10), não são ligadas entre si, mas se relacionam diretamente as ações do matriciamento. Nessa categoria foram encontradas críticas quanto a falta de efetividade, pelo fato de haver uma dificuldade no atendimento com especialistas. Portanto, para o matriciamento ser efetivo no trabalho em saúde é importante o investimento em constituir serviços e estratégias que compõem a RAPS, possibilitando diversidade de cuidados em parcerias de diversos mecanismos.

Quanto à categoria *comunidade*, com 4 evocações, na qual referiu a descrição das atividades de matriciamento e sua repercussão na comunidade, observou uma relação estreita com a APS, como citado por Fortes et al. (2014) no estudo de literatura, a comunidade tem um papel importante na vida, singularidade e tratamento dos indivíduos que a compõem.

É mencionado nessa categoria que o AM apresenta características comunitárias, vê-se então que essa nova forma de se produzir saúde não pode ser totalmente padronizada para

todos os territórios, mas deve seguir especificações e/ou demandas específicas de cada população. A comunidade é vista também como um segundo receptor dos conhecimentos adquiridos pelo AM, pois os profissionais afirmam que compartilham com a comunidade o que é aprendido.

[...]O que eles passam pra gente, a gente passa pra comunidade[...]. (Evoc. 3)

[...]Eles adoram que eles fazem trabalhos, de atividade física e eles conseguem se encontrar no que eles mais gostam, conseguem vê a situação do outro, conseguem vê que não é bem por aqui[...] (Evoc. 4)

A categoria *estrutura*, refere-se a aspectos levantados sobre recursos diversos na execução das atividades de matriciamento, com 3 evocações trouxe discursos relacionados a problemas de infraestrutura e de recursos materiais e humanos, como ilustrado nas evocações a seguir.

[...] são um problema porque o transporte não cabe todo mundo e a gente tem que dividir o transporte com outro setor [...] (Evoc. 1)

[...] Faz muito necessário para aprimoramento das condutas profissionais [...] (Evoc. 2)

[...] Deixar o profissional capacitado [...] (Evoc. 3)

Essas evocações referem a problemas de deslocamento pelo território pela falta de exclusividade de transporte para as equipes da APS. E mais uma vez aparece falas referentes à estrutura relativa à educação permanente desses profissionais, pois na evocação 2 é mencionado que o AM melhora a conduta dos profissionais e deixa o profissional melhor preparado para atender as suas diversas demandas.

Dentre essas categorias, foram formadas as unidades de contexto com o conteúdo relacionado a álcool e outras drogas. Quanto à categoria *Auto percepção* foram apresentadas trinta e três evocações. Os profissionais afirmam que essa é uma ação relacionada a questões de drogas que ajuda muito, tem um bom resultado, que percebe o indivíduo em sua dimensão mais subjuntiva. Porém outros profissionais apresentaram opiniões opostas, eles referem o matriciamento como uma ação que não transmite (nem compartilha) muito conhecimento, não se mostra eficiente para o serviço, que apresenta dificuldades e fragmentações.

[...] Entender melhor como é que funciona essas questões de drogas [...] (Evoc. 6)

[...] Álcool e drogas a gente não tem muito contato com esse tipo de pessoa [...] (Evoc. 14)

[...] Melhora a qualidade de atendimento desse usuário [...] (Evoc. 26)

[...] Não tem aquele conhecimento todo [...] (Evoc. 2)

[...] Não tenho visto muita eficiência no serviço [...] (Evoc. 7)

[...] Tem uma dificuldade [...] (Evoc. 8)

[...] Não é muito eficiente [...] (Evoc. 22)

Também vemos percepções que refere que nesse território em questão não há casos de drogas, sendo que houve profissionais que mencionam totalmente o contrário, pois afirma que esse problema é frequente na comunidade. Nesse sentido apresentam-se falas que referem que após o AM esses profissionais conseguem atender esses casos e melhorar essas situações de sofrimento, uso e abuso de drogas.

[...] Não teve questões de drogas [...] (Evoc. 10)

[...] Álcool e drogas a gente não tem muito contato com esse tipo de pessoa [...] (Evoc. 14)

[...] Não sabia lidar com esse paciente, achando que a gente não era capaz de fazer qualquer coisa[...] (Evoc. 17)

[...] A gente descobriu que a gente pode fazer alguns tipos de intervenções e ai a gente começou a realizar alguns tipos de intervenções dentro da nossa possibilidade [...] (Evoc. 18)

Os profissionais também realizam uma crítica quando ao matriciamento em AD, pois eles sentem falta do CAPS como matriciador nessa temática. Logo, o NASF apoia a ESF em vários assuntos, inclusive álcool e drogas, mas não é um serviço que possa fazer contra referência para o atendimento com a APS.

[...] Reconhecer o usuário de drogas, por exemplo, é uma atenção mais especializada para lidar com aquilo. Melhora a capacidade do usuário de saúde em lidar com o sistema. Melhora a qualidade do serviço e por consequência o usuário é melhor atendido, melhor acolhido [...] (Evoc. 33)

A categoria *Características* apresentou 10 evocações, sobre as propriedades relacionadas à AD a partir das ações do matriciamento. Quanto essas características os profissionais aprendem a moldar o indivíduo em sofrimento, conscientizando os e mostrando a eles que essa situação é grave. Como já mencionado anteriormente, cuida-se do indivíduo de maneira mais integral e junto com o NASF e o CAPS acompanham o paciente. Nesse sentido o CAPS não é matriciador, mas quando o indivíduo está em tratamento no CAPS, as equipes

do NASF e da ESF tem que apresentar mútua relação com o caso. Assim, a forma de intervir se torna mais elaborada, e se apresenta como uma intervenção própria do matriciamento.

[...] Trata o paciente de maneira mais ampla [...] (Evoc. 2)

[...] Ele nos apoia de maneira que a gente trata melhor dos assuntos [...] (Evoc. 3)

[...] Conseguiu dois pacientes que a gente trabalhando em matriciamento com o NASF e toda a equipe em conjunto né, com esse pessoal do NASF e ele também fazendo esse acompanhamento no CAPS [...] (Evoc. 5)

[...] Matriciamento também é pra isso, pra fazer eles entenderem que eles tem problemas, eles e a família [...] (Evoc. 7)

Por conseguinte são apresentados mais três pensamentos que caracterizam o matriciamento. Primeiro percebe-se que existe uma responsabilidade do profissional em melhorar a conduta do indivíduo em sofrimento por AD. A outra já especifica o papel do CAPS e os tipos de demandas específicas que ele trabalha. Logo não se encaminha qualquer caso, mas apenas os casos graves e persistentes de saúde mental. E por último é apresentado um tema que propõe capacitar os médicos para acolher a demanda de dependentes químicos.

[...] Reduzir as dificuldades, os danos mas encontrando outra forma de prazer [...] (Evoc. 8)

[...] CAPS tem o objetivo de atender os casos severos e persistentes [...] (Evoc. 9)

[...] Capacitar os médicos de família a acolher os dependentes químicos [...] (Evoc. 10)

Percebe-se que como característica primordial que o AM muda à conduta de todos os profissionais da equipe sobre drogas. E transforma também a visão do CAPS através de profissionais da APS.

A outra categoria que apresenta unidades de contexto é *Atividades de matriciamento* com sete evocações. Dessas evocações quatro realiza a ação de encaminhar o indivíduo, seja para o CAPS quanto para o NASF. Além de fugir da lógica matricial, ainda há a ambivalência de se encaminhar pra o NASF, visto que fazer atendimentos e/ou intervenções sozinho, não é sua função.

[...] Encaminha pra equipe do NASF [...] (Evoc. 1)

[...] Encaminha esse paciente pro CAPS [...] (Evoc. 2)

[...] Encaminha pra um CAPS [...] (Evoc. 4)

[...] Visão de encaminhar o paciente [...] (Evoc. 5)

Porém há outros profissionais que comentam que as atividades podem ser dar apoio, intervir e estudar junto às equipes abordagens. Entende-se assim que as equipes que realizam um mesmo trabalho, no mesmo serviço e no mesmo território, podem realizar atividades diferentes, que podem qualificar ou desqualificar o AM.

Os *Resultados do matriciamento* apresentaram 2 evocações, na qual referiu-se sobre os efeitos do matriciamento para o serviço da APS específicos para as questões de drogas. A primeira afirma que é benéfica para o atendimento, tornando-o mais integral, nesse sentido o tratamento abrange todas as dimensões do indivíduo. A segunda como já mencionado em outras categorias, refere que esse apoio ajuda a identificar de forma mais inteligíveis esses casos. Pois a partir do compartilhamento de saberes, cada profissional começa a olhar o indivíduo da forma que a outra especialidade olha.

[...] Vai beneficiar bastante o atendimento, as pessoas vão entender melhor como é que funciona essas questões das drogas e tratar o paciente de maneira mais ampla e olhar pro social e a medicamentoda mais com o médico e tem que ser uma abordagem diferenciada e com o matriciamento a gente consegue adquirir isso [...] (Evoc. 1)

[...] A consequência é a melhora da capacitação da pessoa, você melhora o olhar dela. Então ela acaba que começa a reconhecer o usuário de drogas [...] (Evoc. 2)

Esse fato é interesse para o serviço, pois diminui a sobrecarga de alguns profissionais. E assim a equipe se torna um pouco mais homogênea em abordagens e intervenções. No entanto existe próximo a ESF, a equipe de especialista que está ali para oferecer o suporte necessário.

Quanto à categoria *Educação permanente*, foi apresentada apenas uma evocação e que faz parte da unidade de contexto sobre drogas. Essa fala demonstra que a única formação específica para casos de álcool e outras drogas na APS que esse profissional observou foi o Apoio matricial. Portanto percebesse uma lacuna educativa nesse serviço e que o AM ajuda a colaborar com esse locus educacional.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo apresentou diversos aspectos do matriciamento através dos seus profissionais. Foram identificadas questões relevantes sobre a temática de drogas no estudo da literatura que puderam ser comparadas com a realidade da amostra escolhida.

Após analisar e discutir o matriciamento tanto na abordagem da literatura quanto de forma empírica observou muitas semelhanças no trabalho realizado pelo matriciamento em saúde mental e álcool e outras drogas.

Identificamos ideias iguais com relação à falta de formação em saúde mental, logo os profissionais da APS se sentem incapacitados para trabalhar com esse tema. A lógica dos excessivos encaminhamentos, também é uma realidade que ocorre em ambos os estudos. E esses encaminhamentos desordenados apresentam como resultado a perda do indivíduo no sistema de saúde.

Percebe-se que o matriciamento nas questões de álcool e outras drogas ainda está relacionado a um perfil sanitário dos profissionais, visto que há menos profissionais com abordagens psicossociais do que profissionais que realizam abordagens mais biomédicas.

Outro fato bem interessante na triangulação dos dois estudos é a dificuldade de se tirar o médico das consultas e inseri-lo no matriciamento e nas discussões de equipe. Percebemos que os profissionais do matriciamento contam com um médico especialista e um generalista recém-chegado no serviço. É muito pouco pensando no tamanho do território que essas equipes atendem.

Assim como muitas características positivas os dois estudos também apresentam críticas para essa nova forma de trabalho em equipe. O AM é caracterizado como ineficiente, falho e demorado, porém também é exposto muitas características quanto a esse serviço. Logo esses problemas são comuns para todas as ações em saúde, pois assim como há dificuldades a serem enfrentadas, há também consequências muito efetivas para os profissionais, serviço e usuário.

Uma questão que podemos considerar é o fato de na pesquisa empírica só o NASF ser matriciador, enquanto que na literatura aparecem outras equipes que contribui nessa função. O NASF não é necessariamente especialista em saúde mental, muito menos nas questões de drogas. Mas como já sabemos tem o papel de apoiar a ESF em todas as questões que surgirem. Nessa lógica o NASF não consegue ser um bom matriciador, pois é impossível que essa equipe detenha todo conhecimento que cerca essa medicina complexa atual.

A triangulação dos dados também corroborou para que percebêssemos que o matriciamento ainda encontra-se fragmentado, com os serviços ocorrendo de formas dispersas e isoladas. Busca-se um enriquecimento das ações do dia-a-dia dos ACS e dos demais profissionais, mas nem sempre o retorno positivo ocorre para toda a equipe.

As questões de álcool e drogas quase não são trabalhadas na APS, um dos fatores mais importantes é a falta do CAPS junto ao NASF realizando o matriciamento. Percebe-se que há uma relação distante entre o CAPS e a ESF, sendo atualmente sua única relação os encaminhamentos. Em resumo, a prática no território pesquisado realiza apenas intervenções e reuniões, se preocupando pouco com ações específicas e ações junto à comunidade. E essa também é uma realidade na literatura.

Como apresentado, o matriciamento tem muita potencialidade para as questões de álcool e outras drogas na atenção primária, porém deve-se continuar estudando e pesquisando essa abordagem. Pois se encontrou uma lacuna enorme na literatura a respeito dessa temática e também encontramos muitos desafios para serem enfrentados no território pesquisado. Acreditamos que a falta de profissionais na equipe como, por exemplo, de psiquiatra e o grande de número de afastamentos de profissionais do serviço enfraqueça o processo de trabalho.

O matriciamento tem que ser visto em todas as suas dimensões, como forma de gestão, na educação do profissional, como regulador do fluxo de saúde e principalmente como apoiador das equipes de saúde da família. O matriciamento, como recurso para a APS também tem que se articular com a comunidade criando ações que atendam as demandas específicas de cada território. Tudo isso deve ocorrer para que ao final o indivíduo seja melhor cuidado de forma integral e que não faça percursos desnecessários e desgastantes pelos estabelecimentos de saúde.

Esse estudo apresenta algumas limitações, pois foi realizado uma pesquisa de literatura apenas com estudos nacionais em português brasileiro, sendo desconsiderado a literatura internacional. Outro fato limitante é o fato de o estudo empírico abranger apenas a realidade de um único serviço. Logo, esses resultados não podem ser generalizados.

A partir desse fato, sugere mais estudos nessa temática para se conhecer outras realidades e também mais estudos na temática específica de álcool e drogas, visto que houve escassez desse tipo de estudo na literatura nacional. Logo, seria de extrema relevância que houvesse uma continuidade dessa proposta que abrangesse outras regiões administrativas do Distrito Federal. Esses estudos além de caracterizar outras realidades também poderiam realizar comparações entre regionais.

Os objetivos desse estudo foram satisfatoriamente alcançados, visto que todas as etapas do estudo levaram a uma vasta reflexão da prática do apoio matricial. Foi percebido claramente semelhanças e discrepâncias dessa prática em saúde, ao se comparar a literatura com uma prática em campo. Dessa maneira avaliamos que esse estudo apresenta importante relevância científica pelo fato de reafirmar o apoio matricial como uma nova ferramenta para o trabalho em equipe voltado para questões de álcool e drogas e seu cuidado na saúde mental. O matriciamento também é importante, pois reitera as ações da reforma psiquiátrica brasileira e os princípios do SUS, principalmente a integralidade.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA, 2009.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias de Saúde. SUS: avanços e desafios. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2006.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Decreto nº 6.061, de 15 de março de 2007, anexo I. **Plano crack é possível vencer. Diário Oficial, Brasília**, 2007.
- BRASIL. Ministério da Justiça. **O uso de substâncias psicoativas no Brasil**. Brasília, 8ed, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS**. Brasília, 2010.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997**. Brasília, 1997.
- 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.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília, 2012.
- BRASIL. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. **Cria os núcleos de apoio à saúde da família – NASF**. Brasília, 2008.
- BRASIL. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: DOU, 2011.
- BRASIL. **Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Brasília, 2002.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: 2009.
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A.C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Caderno de saúde pública, Rio

de janeiro, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2015.

CAMPOS, G.W.S. **Equipes de referência e apoio especializado matricial**: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, São Paulo, p. 393-403, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2015.

CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F. (Coord.). **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID/SENAD, 2006. 468 p.

CHIAVERINI, D. M. (org). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da saúde / Centro de estudo e pesquisa em saúde coletiva, 2011.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa – Métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Bookman Companhia Editora LTDA: 2010.

CUNHA, G. T.; CAMPOS G. W. S. **Apoio Matricial e Atenção Primária**. *Saúde e Sociedade*, Campinas, v. 20, n. 04, p. 961-970, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/13.pdf> Acesso em: 17 jun, 2015.

FERREIRA, V. S. C. **Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva**. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n4/21.pdf> > Acesso em: 02 out. 2015.

FORTES et al. **Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento**. *Physis*, Rio de Janeiro, v.24, n.4, out/dez. 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n4/0103-7331-physis-24-04-01079.pdf> > Acesso em: 17 jun. 2015.

GALLASSI, A. D.; SANTOS, V. **O abuso de drogas: desafios e opções para a prática do profissional de saúde no Brasil**. *Brasília med.*, Brasília, P.51-57, 2013.

HORI, A. A.; NASCIMENTO, A. de F. **O projeto terapêutico singular e as práticas de saúde mental nos núcleos de apoio à saúde da família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil**. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.19, n.8, 2014.

JORGE, M. S. B. et al. **Matriciamento em saúde mental: múltiplos olhares na diversidade da integralidade do cuidado**. UEFS: Feira de Santana, 2012.

KOERICH, M. H. A. da L.; et al., **Produção tecnológica brasileira na área de enfermagem: avanços e desafios**. *Revista Gaúcha de enfermagem*, Porto Alegre, v.32, n.4, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n4/v32n4a14.pdf> > Acesso em: 01 out. 2015.

MACIEL, M. E. **A equipe de saúde da família e o portador de transtorno mental: relato de uma experiência**. *Cogitare Enferm.* 2008. Jul./Set.: 13(3):453-6.

MEDEIROS, P. F. P. et al. **Process evaluation of the implementation of the *Unplugged Program* for drug use prevention in Brazilian schools**. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, [S.L], 2016.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. Ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, E. V.. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.

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

MICHEL, L. **Drug use in prisons: strategies for harm reduction (ANRS-PRIDE Program)**. *Ciência e Saúde coletiva*, v.21, n.7, Rio de Janeiro, 2016.

MICHAELIS: moderno dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1998.

OLIVEIRA, **Brasil e o paradigma modernista: planejamento urbano do moderno atraso**. 2008. 195 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/> Acesso em: 28 set. 2015.

PAULA, M. L. et al. **Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde**. *Psicologia em estudo*, v.19, n.2, Maringá, Abr/Jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v19n2/06.pdf>> Acesso em: 17 jun. 2015.

RIBEIRO, J. M. et al. **Acesso aos serviços de atenção em álcool, crack e outras drogas – o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.21, n.1, Rio de Janeiro, 2016.

SALES, K. S. **Estratégia Saúde da Família: Processo Histórico da Implantação na IX Região Administrativa - Ceilândia - Distrito Federal**. 2013. 96 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Curso de graduação em saúde coletiva, Brasília, 2013.

Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde**. Disponível em:<http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=5300406585760&VEstado=53&VCodMunicipio=530040> Acesso em Outubro de 2015.

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal: **História de Brasília**. Disponível em: <<http://www.cultura.df.gov.br/historia-de-brasilia.html>> Acesso em Outubro de 2015.

SILVA, P.H. G. **Percepção dos usuários sobre a Rede de Saúde Mental na Região Administrativa de Ceilândia**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Curso de graduação em saúde coletiva, Brasília, 2013.

SPECTOR, A. Y. **Implementation of Brazil's "Family health strategy": Factors associated with community health workers', nurses', and physicians delivery of drug use services**. *International Journal of Drug Policy*, n26, [S.L], 2015.

VARGENS, O. M. da C. et al. **Uso de drogas ilícitas e perspectivaas críticas de familiares e pessoas próximas, na cidade do Rio de Janeiro, Zona Norte, Brasil**. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v.17, n. especial, Ribeirão Preto, 2009.

APÊNDICES

A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

O (a) Senhor (a) está sendo convidado(a) a participar do projeto: **O apoio matricial sobre álcool e outras drogas integrando a saúde mental na atenção primária.**

O objetivo desta pesquisa é: **Conhecer aspectos do matriciamento sobre questões da problemática do álcool e outras drogas ocorridas na atenção primária à saúde.**

Essa pesquisa parte de uma proposta maior do Centro Regional de Referência sobre Drogas e Vulnerabilidades Associadas da UnB, campus Ceilândia (CRR-UnB/FCE). O CRR tem como objetivo promover a formação permanente dos profissionais que atuam em serviços relacionados à saúde e a justiça, com pessoas com problema com drogas. (OLIVEIRA, et al., 2015).

Este estudo cumprirá a resolução nº466/2012 da Comissão Nacional de ética em Pesquisas (CONEP), para estabelecer os referencias bioéticos para pesquisa com seres humanos. Por se tratar de pesquisa relacionada ao crr/fce/unb utilizará liberação do cep parecer número 353.571.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

A sua participação será através de uma **ENTREVISTA** que o (a) senhor (a) deverá responder às questões fechadas e iremos gravar as questões abertas, na data combinada com um tempo estimado para sua realização: **2 visitas**. Informamos que o (a) Senhor (a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor (a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Instituição **Universidade de Brasília**, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Profa. Nazareth Malcher (UnB/FCE), telefone: 3107-1947, no horário: 8 hrs as 18 hrs.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

B- ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA APLICADO A PROFISSIONAIS QUE REALIZAM MATRICIAMENTO

Dados sócio demográficos

Nome:

Sexo:

Formação:

Tempo de formação:

Tempo de serviço na APS:

Qual a região de cobertura da sua equipe:

Serviços de saúde

Período de trabalho:

Outros _____

Tempo que vem ocorrendo o matriciamento:

Você fez algum treinamento para realizar o Matriciamento?

Local onde se realiza o matriciamento:

Sim. Qual _____

Não

Questões fechadas

Há quanto tempo você realiza o apoio matricial?

Menos de 1 ano

1 a 3 anos

4 a 6 anos

Mais de 7 anos

Você recebeu algum treinamento sobre tratamento, manejo ou prevenção do uso de drogas?

a. Sim

b. Não

Além de você, quais são os profissionais que participam do matriciamento?

Médicos generalistas

Médicos psiquiatras

Psicólogos

Terapeutas Ocupacional

Assistente social

Enfermeiros

Médicos de família

ACS

Outros _____

Você se sente suficientemente capacitado para realizar matriciamento?

a. Sim

b. Não

Quais os temas que aparecem no matriciamento?

Saúde Mental

Álcool e outras drogas

Família

Sociedade

Emprego/Estudo

Doenças

Quais as formas de comunicação entre a equipe do CAPS AD Ceilândia e a equipe da atenção primária?

Pessoalmente

Contato telefônico

Emails

Outros _____

Com que frequência ocorre o apoio matricial?

Semanalmente

Quinzenalmente

Mensalmente

Trimestralmente

Outros _____

O que é realizado no apoio matricial

Reunião de equipe

- Interconsulta
 - Cursos, palestras, etc...
 - Visitas domiciliares
 - Grupos
 - Outros
-

Questões abertas

Para você o que é atividade de matriciamento?

Como ocorre a atividade de matriciamento?

Na sua opinião, qual (is) a (s) consequência (s) do matriciamento no serviço e no tratamento da pessoa em uso abusivo de drogas?

C- CORPUS FINAL TRANSCRITO SEPARADO PELAS EVOCAÇÕES DE CADA PARTICIPANTE.

Categorias	Evocações	Conteúdo álcool e drogas (Unidade de contexto)	Subunidades
<p>Características</p> <p>Refere-se aos aspectos de organização, funcionamento e ações sobre o matriciamento</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Possui o objetivo de evitar a lógica dos encaminhamentos desnecessários; 2. Apoio; 3. Formações a mais que a gente recebe; 4. Especialidades que vem aqui; 5. A desenvolver o nosso papel; 6. Aumentar o nosso conhecimento; 7. Envolvendo várias áreas da saúde, vários profissionais da área da saúde; 8. Referente; 9. Junção a mais; 10. Melhorias para o atendimento; 11. Abordam diversos temas; 12. Dia-a-dia; 13. Uma vez ao mês; 14. Uma vez na semana ou às vezes mais; 15. Quinzenalmente; 16. Tenta resolver ou encaminhar esse paciente; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coisa de ajudar as pessoas, conscientizando as pessoas da gravidade do problema; 2. Tratar o paciente de maneira mais ampla; 3. Ele nos apoia de maneira que a gente trata melhor dos assuntos; 4. Fazem o possível; 5. Conseguiu dois pacientes que a gente trabalhando em matriciamento com o NASF e toda a equipe em conjunto né, com esse pessoal do NASF e ele também fazendo esse acompanhamento no CAPS; 6. Forma de 	

	<p>17. A gente busca conhecer o problema;</p> <p>18. Lidar com casos especiais;</p> <p>19. Certos grupos de indivíduos que a gente separa por necessidades;</p> <p>20. Posturas que a gente deve tomar em cada situação;</p> <p>21. Apoio que uma equipe multidisciplinar da aqui pra o nosso posto;</p> <p>22. Uma troca de informação, cada um com sua experiência pessoal com a sua experiência profissional, a gente faz uma troca de informação;</p> <p>23. Formas de abordagem;</p> <p>24. Especialista sempre da umas orientações maiores e busca também a nossa visão;</p> <p>25. Ve aquele problema pra gente tentar resolver em grupo como um trabalho em equipe mesmo;</p> <p>26. Busca ou melhor, pesquisa sobre determinado situação;</p> <p>27. Sanar duvidas em reunião;</p> <p>28. Apoio dado às equipes de saúde da família pela equipe do NASF;</p> <p>29. Necessidade de seu serviço;</p> <p>30. Aqueles pacientes que</p>	<p>intervir;</p> <p>7. Matriciament o também é pra isso, pra fazer eles entenderem que eles tem problemas. Eles e a família né;</p> <p>8. Reduzir as dificuldades os danos, mas encontrando outra forma de prazer;</p> <p>9. CAPS tem o objetivo de atender os casos severos e persistentes;</p> <p>10. capacitar os médicos de família a acolher os dependentes químicos;</p>	
--	---	--	--

	<p>tem mais problemas;</p> <p>31. Ampliar o conhecimento do outro; para diminuir dúvidas</p> <p>32. construir a atenção primária a partir dos parâmetros comunitários;</p> <p>33. linhas de cuidado nos diferentes níveis de atenção a partir da demanda vivida pela população. Reformular conceitos e encontrar oportunidades criativas;</p> <p>34. Fazer com que todas as equipes, falem de uma forma única. Que tenham conhecimento, cada um de acordo com sua especialidade;</p> <p>35. atender a doença ou o problema familiar;</p> <p>36. duas ou mais equipes se reúnem pra discutir, pensar, decidir estratégias relacionadas a determinado caso;</p> <p>37. Se envolvem para chegar a um produto final, seja um conhecimento, uma intervenção;</p> <p>38. Apoio técnico pedagógico oferecido por uma equipe matricial especializada a uma equipe generalista;</p> <p>39. evitar a lógica dos encaminhamentos;</p> <p>40. encaminhamentos com cuidado e eficiência;</p> <p>41. Conhecer a rede;</p>		
--	---	--	--

	<p>42. Equipe matriciadora é co responsável e deve realizar atendimentos compartilhados quando necessário;</p> <p>43. discussão, os encaminhamentos deverão envolver todos os participantes;</p> <p>44. não é supervisão;</p> <p>45. Ocorre, uma vez ao mês, NASF e ESF, agendado uma vez ao mês com cada uma;</p> <p>46. Acompanha 7 equipes todas as equipes passam por esse momento uma vez ao mês;</p> <p>47. gente aborda informes;</p> <p>48. Maneira horizontal (diariamente);</p> <p>49. saber o caminho;</p> <p>50. ajuda a gente a ter um norte;</p> <p>51. minimamente atendem a população abrangida por nossas equipes;</p> <p>52. empoderar a pessoa em diversas situações e capacitar elas pra atendimento;</p> <p>53. Ensina a saber lidar e direcionar para conversar e atender;</p>		
<p>Atividades matriciamento</p> <p>Refere-se a descrição de todas as atividades realizadas no matriciamento no serviço matriciado</p>	<p>1. Treinamentos, consultas compartilhadas, dentre outras estratégias; Reunião de equipe/ em grupo;</p> <p>2. Ajuda específica;</p>	<p>1. encaminha pra equipe do NASF;</p> <p>2. encaminhar esse paciente pro CAPS;</p>	<p>28. (Ponto de Cuidado, Gestores de Cuidado, Pequenos Samurais, Atenção ao Idoso, dentre outros);</p> <p>29. Indicar o paciente para procura exata do</p>

<p>e/ou no território.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 3. Educação permanente; 4. Ações educativas; 5. Pesquisa; 6. Orientação; 7. buscas ativas; 8. Intervenções; 9. Palestras; 10. Interconsultas, Visitas domiciliar conjuntas, projetos coletivos; 11. Discussão de casos Prontuários; 12. Convidar o CAPS pra fazer as atividades de matriciamento em conjunto com a gente, trazer justiça comunitária para fazer o matriciamento, trazer algum programa do HRC por exemplo, Hanseniose ou tuberculose, alguma coisa a gente traz também, outros programas pra fazer o matriciamento em conjunto com a gente; 13. intervenção coletiva; 14. atividades de grupo; 15. Encontros de grupo; 16. Cursos; 17. Atividades; 18. apoio seja medicamentoso; 19. melhor conduta de se lidar com a situação; 20. Encaminhamento; 	<ol style="list-style-type: none"> 3. dão um apoio; 4. encaminham pra um CAPS; 5. visão de encaminha o paciente; 6. intervenções; 7. estudamos juntos abordagens; 	<p>lugar;</p> <ol style="list-style-type: none"> 30. Lidar com esse tipo de paciente; 31. Decide o que vai ser feito . Se vai ser feito visita domiciliar, se vai ter acompanhamento de algum dos profissionais do NASF, se a gente vai mostrar um grupo de indivíduos específicos ali daquele problema. Se houver mais de um caso; 32. Traz os casos da comunidade, aos profissionais da saúde; 33. e é discutido aqui; 34. Pra ve o que se faz de melhor para melhorar a vida desse paciente; 35. Objetivo de tornar as equipes mais resolutivas e, conseqüentemente, o serviço à comunidade melhor prestado; 36. Fazem trabalhos, de atividade física e eles conseguem se encontrar no que eles mais gostam, conseguem vê a situação do outro, conseguem vê que é não é bem por aqui; 37. dificuldades, faz-se atualizações e dividem sugestão; 38. Discussão de
-----------------------------------	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> 21. Apoio; 22. Formações; 23. Ampliar o conhecimento; 24. Apoio técnico-pedagógico; 25. Atendimento particular; 26. Visita domiciliar; 27. Capacitação específica. 		<p>casos, capacitação e para planejamento de atividades;</p> <p>39. Discutindo situações específicas, chegando a conclusões a alguma intervenção;</p> <p>40. Gente se junta pra discutir os casos, levando pros profissionais vão ser discutida a respeito;</p> <p>41. Decide o que vai ser feito. Se vai ser feito visita domiciliar, se vai ter acompanhamento de algum dos profissionais do NASF, se a gente vai mostrar um grupo de indivíduos específicos ali daquele problema. Se houver mais de um caso.</p>
<p>Equipe participante</p> <p>Refere-se aos profissionais participantes das atividades de matriciamento</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1. NASF, do psiquiatra, psicólogo; 2. Dra Viviane na parte da pediatria; 3. Assistente social tem vários profissionais; 4. Médico; 5. Todos os profissionais; 6. outros profissionais; 7. ACS, médicos, enfermeiros; 8. médico da família que trabalha aqui com a gente, a TO; 9. fisio; 		<p>1. a gente discute os casos e tenta da melhor maneira possível encontrar uma solução pra esses casos;</p>

	10. equipe generalista.		
Educação permanente Refere-se a formações específicas no matriciamento referentes as questões de álcool e outras drogas		1. não tem uma formação específica	
Infraestrutura Refere-se a aspectos levantados sobre recursos diversos na execução das atividades de matriciamento	<ol style="list-style-type: none"> 1. São um problema porque o transporte não cabe todo mundo e a gente tem que dividir o transporte com outro setor a diraps; 2. Faz muito necessário para aprimoramento das condutas profissionais; 3. deixar o profissional capacitado. 		
Auto percepção Refere-se a percepção dos participantes em relação as características e resultados do matriciamento.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consiga colocar na cabeça deles que eles estão doentes; 2. Quase não tem. Tem muita na área, mas aqui não há tratamento; 3. Quando a gente capita essas pessoas e trás esse assunto pro NASF e o NASF; 4. È muito bom, porque várias cabeças pensam melhor do que uma e são várias opiniões de várias áreas da saúde; 5. O matriciamento é uma forma maravilhosa de ajudar a nossa equipe, só que ainda como é novo a gente ta se adaptando cada vez mais. E com certeza quanto mais a gente se ajustar e se 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ajudar muito; 2. não tem aquele conhecimento o todo; 3. muito legal; 4. capita essas pessoas; 5. resultado é positivo; 6. entender melhor como é que funciona essa questão das drogas; 7. Não tenho visto muita eficiência no serviço; 8. Tem uma 	

	<p>alinhar é mais resultados positivos virão para todos os paciente. É uma forma boa e positiva o matriciamento e o trabalho do NASF pra nossa equipe;</p> <p>6. o treinamento em serviço se faz muito necessário para aprimoramento das condutas profissionais. Logo a consequência do matriciamento é a melhoria de serviço prestado e o aumento da efetividade do tratamento;</p> <p>7. É uma ajuda muito grande porque eles precisam de apoio, já que muitos estão sem apoio, muitos tem mas não tem direcionamento de onde ir, estão perdidos, aqueles que não daqui, aqui no SHSN, não existe ninguém daqui do DF, eles são de fora (Bahia, Maranhão...), nordeste em peso está aqui dentro, então a infraestrutura é uma das piores os estudos deles, eles não tem, são muito leigos. Então daqui que você consiga colocar na cabeça deles que eles estão doentes que eles precisam de ajuda, que eles precisam de acompanhamento, tem que ser dessa forma, é complicado que para eles, não tem um meio termo, eles acham que não tem jeito e acham que é só perda de tempo. Eles não conseguem colocar na cabeça que</p>	<p>dificuldade;</p> <p>9. É bom para todos nós;</p> <p>10. Não teve questões de drogas;</p> <p>11. maturidade um caminho mais adequado de se lidar com o problema ou com certas situações;</p> <p>12. cada profissão vê o paciente de uma maneira;</p> <p>13. Fragmentado né;</p> <p>14. Álcool e drogas a gente não tem muito contato com esse tipo de pessoa;</p> <p>15. Bons resultados;</p> <p>16. Tem muito principalmente esse problema;</p> <p>17. Não sabia lidar com esse paciente; achando que a gente não era capaz de fazer qualquer coisa;</p>	
--	--	---	--

	<p>eles são doentes, o matriciamento também é pra isso, pra fazer eles entenderem que eles tem problemas. Eles e a família né, não é só eles;</p> <p>8. Como é que foi, né os casos que a gente trás geralmente é pra vê como é que ta o andamento da situação. Os casos que eles trazem é pra gente pensar uma melhor conduta um manejo um encaminhamento, enfim pensar de uma maneira geral o PTS daquela pessoa;</p> <p>9. Junção a mais, benéfica, para o trabalho junto à equipe de saúde;</p> <p>10. Que falam um pouco mais de formas de abordagem, então aquele especialista sempre da umas orientações maiores e busca também a nossa visão, como a gente ve aquele problema pra gente tentar resolver em grupo como um trabalho em equipe mesmo;</p> <p>11. Ajuda a gente;</p> <p>12. Combater um problema;</p> <p>13. melhora o entendimento o olhar do profissional de saúde;</p> <p>14. Melhora o escopo de atuação dele;</p> <p>15. escassez de recursos institucionais e</p>	<p>18. gente descobriu que a gente pode fazer alguns tipos de intervenções e ai a gente começou a realizar alguns tipos de intervenções dentro da nossa possibilidade ;</p> <p>19. conseguiu uma redução de danos muito grande;</p> <p>20. Conseguiu integrar o pessoal do CAPS;</p> <p>21. Importante o matriciament o pra esses pacientes;</p> <p>22. Não é muito eficiente;</p> <p>23. complexidad e do manejo e tratamento de pacientes usuário de drogas;</p> <p>24. matriciament o e toda a atenção básica, encontra seus limites na regulação dos atendimentos</p>	
--	---	---	--

	<p>comunitários;</p> <p>16. consegue passar eles para a especialidade que eles mais precisam;</p> <p>17. sempre tem o problema relacionado a outro;</p> <p>18. suporte;</p> <p>19. é muito bom;</p> <p>20. O privilégio de contar com eles;</p> <p>21. Conhecimento das famílias;</p> <p>22. Contribuir com a melhora do atendimento em si;</p> <p>23. Visão mais ampla;</p> <p>24. Benéfica, para o trabalho;</p> <p>25. Ajuda bastante;</p> <p>26. compartilha conhecimento;</p> <p>27. esteja enfrentando dificuldade no manejo;</p> <p>28. continua se responsabilizando;</p> <p>29. Da mais conhecimento;</p> <p>30. Poder lidar;</p> <p>31. Com certeza ajuda muito;</p> <p>32. Beneficiar bastante o atendimento;</p> <p>33. Uma delimitação muito grande de espaço físico e de tudo;</p> <p>34. melhoria de serviço prestado e o aumento da efetividade do</p>	<p>das especialidades;</p> <p>25. ele ter o melhor apoio na saúde;</p> <p>26. Melhorar a qualidade de atendimento desse usuário;</p> <p>27. coisa resolutiva e pensando sempre para o lado que favoreça esse usuário;</p> <p>28. não tem tanta propriedade para lidar por conta do conhecimento;</p> <p>29. conseguiram perceber as entrelinhas;</p> <p>30. consegue lidar com os casos;</p> <p>31. matriciamento quando era feito pelo CAPS AD era mais resolutivo;</p> <p>32. reconhecer o usuário de drogas, por exemplo, e uma atenção mais especializada para lidar</p>	
--	--	--	--

	<p>tratamento;</p> <p>35. Muitos estão sem apoio;</p> <p>36. muitos tem mas não tem direcionamento de onde ir;</p> <p>37. São muito leigos;</p> <p>38. Tais ações educativas empoderam a equipe e dão suporte;</p> <p>39. Ser acompanhado por seu médico de referência, próximo a sua residência, pode ser algo mais atrativo;</p> <p>40. Traz uma qualidade, uma melhoria pro sistema e isso diminui a quantidade de encaminhamentos, a quantidade de lesões e de problemáticas que vão acontecer no hospital;</p> <p>41. Melhora da capacitação da pessoa;</p> <p>42. Bastante importante;</p> <p>43. melhorar a qualidade a assistência;</p> <p>44. melhorar a condição de saúde;</p> <p>45. melhorar;</p> <p>46. Resolver;</p> <p>47. Apoio na saúde;</p> <p>48. Melhora para o atendimento em si;</p> <p>49. Encontrar uma solução para esses casos;</p> <p>50. Problema dele seja resolvido;</p>	<p>com aquilo.</p> <p>Melhora a capacidade do usuário de lidar com o sistema.</p> <p>Melhora a qualidade do serviço e por consequência o usuário é melhor atendido, melhor acolhido;</p> <p>33. Nem todos os usuários de álcool e drogas precisam ser atendidos em uma unidade especializada ;</p>	
--	--	--	--

	<p>51. Orientação;</p> <p>52. Discutir;</p> <p>53. Pensar;</p> <p>54. Decidir;</p> <p>55. Estratégias;</p> <p>56. Melhor acolhido;</p> <p>57. Melhor atendido;</p> <p>58. Melhora;</p> <p>59. Dificuldade;</p> <p>60. Melhorar a qualidade;</p> <p>61. Capacitado;</p> <p>62. Empoderar;</p> <p>63. Limites;</p> <p>64. Fazer eles entenderem;</p> <p>65. Melhoria do serviço;</p> <p>66. Falho;</p> <p>67. Não é muito eficiente;</p> <p>68. Recuperar;</p> <p>69. Conscientizando.</p>		
<p>Resultados do matriciamento</p> <p>Refere-se a aspectos sobre a ação no serviço da atividade de matriciamento</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buscam melhorias para o atendimento, para o profissional ter uma visão mais ampla, que abordam diversos temas que vão aparecer no dia-a-dia e que vem a contribuir com a melhora do atendimento em si; 2. Do seu conhecimento, mas dentro, não vou falar o mesmo nível mas estando apto a atender a doença ou o problema familiar, enfim o tema; 3. que entender a família 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vai beneficiar bastante o atendimento, as pessoas vão entender melhor como é que funciona essa questão das drogas e tratar o paciente de maneira mais ampla e olhar pro social e a medicamento 	

	<p>como um contato, então esses apoios vinde a melhorar isso;</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. da melhor maneira possível encontrar uma solução pra esses casos. Se for caso de doença, ou qualquer dificuldade que a gente encontre na nossa área, passa pra esses profissionais que nos acompanham no matriciamento e tenta resolver ou encaminhar esse paciente para que o problema dele seja resolvido; 5. Ajuda para diminuir dúvidas E assim a gente consegue passar eles para a especialidade que eles mais precisam, através desse matriciamento a gente consegue leva-los no tempo certo; 6. então é isso onde vários saberes se envolvem para chegar a um produto final, seja um conhecimento, uma intervenção, uma conduta, então entendo o matriciamento como isso; 7. Com isso você melhora o entendimento o olhar do profissional de saúde, então com isso você melhora o escorbo de atuação dele; 8. chegando a conclusões a alguma intervenção assim feita, geralmente é só reuniões que a gente discute ou faz uma intervenção coletiva mesmo assim com todo 	<p>sa mais com o médico e tem que ser uma abordagem diferenciada e com o matriciamento a gente consegue adquirir isso;</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. A consequência é a melhora da capacitação da pessoa, você melhora o olhar dela. Então ela acaba que começa a reconhecer o usuário de drogas, por exemplo, e uma atenção mais especializada para lidar com aquilo. Melhora a capacidade do usuário de lidar com o sistema. Melhora a qualidade do serviço e por consequência o usuário é melhor atendido, melhor acolhido. O matriciamento é uma ferramenta 	
--	---	--	--

	<p>mundo reunida;</p> <p>9. Ai a gente em conjunto vai definindo o melhor apoio seja medicamentoso, seja da melhor conduta de se lidar com a situação;</p> <p>10. lidar com esse tipo de paciente, da mais conhecimento para poder lidar com o paciente;</p> <p>11. Melhor suporte pra gente poder lidar com essas pessoas e conhecer melhor sobre determinado assunto;</p> <p>12. Esse programa vem nos ajudar muito, porque as vezes a gente não tem aquele conhecimento todo, e eles vem nos ajudar, nos orienta e é muito legal;</p> <p>13. Importante, porque é aquela coisa de ajudar as pessoas, conscientizando as pessoas da gravidade do problema, que também depende da pessoa, a gente não pode pegar ninguém pelo braço. Então tem que ser uma coisa espontânea. E em termo de sociedade é bom para todos nós porque pode recuperar uma pessoa um drogado um viciado. Aqui não teve questões de drogas. A gente ta sempre fazendo o planejamento, é bom que a gente sempre cresce como ser humano e profissional nessa parte do social;</p> <p>14. a gente trata melhor dos</p>	<p>bastante importante porque com a escassez de profissional que a gente tem, a gente precisa melhorar o olhar do outro por exemplo. Sou fisioterapeuta da atenção básica e não tem condição de ter um fisioterapeuta em cada residência, não tem essa condição. Quando por exemplo o agente comunitário começa a entrar numa casa e ter um olhar de fisioterapeuta , ele traz uma qualidade, uma melhoria pro sistema e isso diminui a quantidade de encaminhamentos, a quantidade de lesões e de problemáticas que vão acontecer no hospital;</p> <p>3. Nem todos os usuários de álcool e</p>	
--	--	---	--

	<p>assuntos, vai criando uma maturidade um caminho mais adequado de se lidar com o problema ou com certas situações;</p> <p>15. tem como a gente atender o paciente de forma mais qualidade, fazer uma abordagem mais adequada pra cada caso né. O ACS que é um profissional que não tem formação na área dele, ele não tem um curso específico um curso de ACS, começa a ter uma visão mais ampla de abordar um paciente de como agir diante de certas situações. Então ajuda a gente a ter um norte né, a saber o caminho a seguir para cada tipo de situação;</p> <p>16. Pro usuário a consequência é ele ter o melhor apoio na saúde, pode não ta resolvendo pelo menos mas tentando reduzir as dificuldades os danos mas encontrando outra forma de prazer. Mas tentando melhorar a qualidade de atendimento desse usuário;</p> <p>17. Eu acho que de maneira geral é melhorar a resolutividade;</p> <p>18. Com certeza ajuda muito, ta tendo muitos casos la na nossa área que as pessoas já foram encaminhadas pros CAPS através do matriciamento que a gente faz. Tipo</p>	<p>drogas precisam ser atendidos em uma unidade especializada . Os CAPS tem o objetivo de atender os casos severos e persistentes. Casos mais leves podem ser atendidos na Atenção Primária pela ESF;</p> <p>4. Álcool e drogas a gente não tem muito contato com esse tipo de pessoa não, quando a gente tem alguém da família que está nesse tipo de situação a gente encaminha pra equipe do NASF pra ve o que eles podem fazer pra encaminhar esse paciente pro CAPS ou pra outro lugar que possa ta atendendo esse tipo de pessoa;</p>	
--	--	---	--

	<p>encaminha pra la tem palestras e já tirou muita gente das drogas;</p> <p>19. Encaminha essas pessoas pro CAPS, o resultado é positivo;</p> <p>20. O que acontece, aqui no Sol Nascente a gente tem muito principalmente esse problema. E muitas vezes a gente não sabia lidar com esse paciente pra gente antes até de ter esse matriciamento, daí vem a importância, a gente sempre teve a visão de encaminha o paciente, achando que a gente não era capaz de fazer qualquer coisa. E quando a gente começou a ter matriciamento em saúde mental, álcool e drogas, a gente descobriu que a gente pode fazer alguns tipos de intervenções dentro da nossa possibilidade, claro que a gente tem uma delimitação muito grande de espaço físico e tudo. Mas dentro da nossa possibilidade a gente começou a fazer algumas intervenções, experiência própria na minha área a gente conseguiu dois pacientes que a gente trabalhando em matriciamento com o NASF e toda a equipe em conjunto né? Com esse pessoal do NASF e ele também fazendo esse acompanhamento no CAPS, a gente conseguiu uma redução de danos muito grande, assim na área nessa questão</p>		
--	---	--	--

	<p>porque eram pacientes que estavam pré destinados a sabe la oque, porque estavam com o estado de saúde bem debilitado em decorrência do uso de álcool e drogas e a gente conseguiu fazer esse acompanhamento aqui com a equipe do NASF e eles também fazem acompanhamento no CAPS, a gente fez uma reunião com o pessoal do CAPS também e a gente conseguiu integrar o pessoal do CAPS também e a gente pra fazer uma intervenção e a gente conseguiu uma redução de danos bem significativa. Por isso eu acho bem importante o matriciamento para esses pacientes, pois existe sim forma de intervir também;</p> <p>21. Estudamos juntos abordagens como a Entrevista Motivacional, afim de capacitar os médicos de família a acolher os dependentes químicos adequadamente, identificando a necessidade de encaminhamento quando necessário. Tais ações educativas empoderam a equipe e dão suporte.</p> <p>22. Sabemos que a maioria dos usuários evitam tratamentos contínuos de longa duração como o CAPS. Ser acompanhado por seu médico de referência, próximo a sua</p>		
--	---	--	--

	<p>residência, pode ser algo mais atrativo;</p> <p>23. Querem trocar receitas.</p>		
<p>Avaliação do matriciamento</p> <p>refere-se a opinião crítica sobre o funcionamento do matriciamento, sua aplicabilidade no serviço e os efeitos na rede de saúde.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Há algum avanço na atenção possível a estes casos, contudo, o matriciamento e toda a atenção básica, encontra seus limites na regulação dos atendimentos das especialidades e outros pontos da rede de saúde e dos outros órgãos públicos, os únicos que minimamente atendem a população abrangida por nossas equipes; 2. Quase não tem. Tem muita na área mas aqui não há tratamento. Existe na área de psiquiatria, querem trocar receitas; 3. Falho; 4. Acho que não é muito eficiente; 5. Não tenho visto muita eficiência no serviço não, pra ser sincero, tem uma dificuldade. Até porque como você perguntou a gente não tem uma formação específica pra essa abordagem e a gente não tem trabalhado muito esse tema. Então não vejo muita eficiência nessa questão de matriciamento. 		

<p>Comunidade</p> <p>refere-se a descrição das atividades de matriciamento e sua repercussão na comunidade</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. parâmetros comunitários; 2. projetos coletivos (Ponto de Cuidado, Gestores de Cuidado, Pequenos Samurais, Atenção ao Idoso, dentre outros); 3. O que eles passam pra gente, a gente passa pra comunidade; 4. Eles adoram que eles fazem trabalhos, de atividade física e eles conseguem se encontrar no que eles mais gostam, conseguem vê a situação do outro, conseguem vê que é não é bem por aqui. È mais atividades de grupo. 		
<p>Conceito</p> <p>Refere-se a descrição sobre a percepção do entendimento/significado sobre a atividade de matriciamento.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reformular conceitos e encontrar oportunidades criativas conjuntamente diante da escassez de recursos institucionais e comunitários; 2. Com o objetivo de tornar as equipes mais resolutivas e, conseqüentemente, o serviço à comunidade melhor prestado; 3. Lidar com casos especiais ou até mesmo com certos grupos de indivíduos que a gente separa por necessidades; 4. busca conhecer o problema ou a situação, o objetivo proposto de pessoas ou de uma família em particular; 5. sanar os problemas; 6. Apoio matricial ensina a saber lidar e direcionar 		

	para conversar e atender.		
--	---------------------------	--	--

ANEXO

1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Faculdade de Ciências da saúde da Universidade de Brasília – CEP/FS-UnB

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DE UM MÉTODO DE ENSINO SOBRE DROGAS DE

Pesquisador: Andrea Donatti Gallassi

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 13461913.9.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ceilândia - FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE

BRASILIA

Patrocinador Principal: FUNDO NACIONAL ANTIDROGAS - FUNAD

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 353.571

Data da Relatoria: 25/07/2013

Apresentação do Projeto: Vide parecer anterior.

Objetivo da Pesquisa: Vide parecer anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Vide parecer anterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Vide parecer anterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Vide parecer anterior.

Recomendações: Foi atendida.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram esclarecidas e registradas conforme solicitado. O TCLE e resumo foram corrigidos e o conteúdo dos cursos foram destacados.

Situação do Parecer: Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 08 de Agosto de 2013

Assinado por:
Natan Monsores de Sá
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde – Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61) 3107-1947

Fax: (61) 3307-3799

E-mail: cepfd@unb.br

