

OTÁVIO CAVALCANTE RAMALHO

O APOIO MATRICIAL COMO ESTRATÉGIA PARA O FORTALECIMENTO DA
REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO DISTRITO FEDERAL

BRASÍLIA

2018

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

OTÁVIO CAVALCANTE RAMALHO

O APOIO MATRICIAL COMO ESTRATÉGIA PARA O FORTALECIMENTO DA
REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO DISTRITO FEDERAL

Dissertação apresentada como requisito parcial para a
obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade de Brasília.

Orientadora: Dra. Maria da Glória Lima

BRASÍLIA

2018

OTÁVIO CAVALCANTE RAMALHO

O APOIO MATRICIAL COMO ESTRATÉGIA PARA O FORTALECIMENTO DA
REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO DISTRITO FEDERAL

Dissertação apresentada como requisito parcial para a
obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade de Brasília.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Maria da Glória Lima (Presidente)
Universidade de Brasília

Prof. Dra. Tânia Cristina Morais Santa Bárbara Rehem (Membro Efetivo)
Universidade de Brasília

Dra. Cláudia Mendes Feres (Membro Efetivo)
Secretaria de Saúde do Governo do Distrito Federal

Prof. Dra. Maria Aparecida Gussi (Membro Suplente)
Universidade de Brasília

AGRADECIMENTOS

À professora Maria da Glória Lima, minha orientadora, pela confiança, paciência e grandes ensinamentos oferecidos ao longo do mestrado.

À minha esposa Beatriz Coêlho, que trilhou e buscou esse objetivo em comum. Sempre compreensiva, com conselhos revigorantes e disposta a ajudar.

À minha família, em especial minha mãe, Maria de Jesus e meu pai José Araújo pelo apoio e amor incondicional, presentes em todos os momentos que mais necessitei para continuar seguindo em frente.

Aos participantes do estudo os gerentes, profissionais e usuários dos CAPS do DF que demonstraram a todo tempo, imenso interesse em contribuir com o aprimoramento do cuidado em Saúde mental nos CAPS do DF.

A todos integrantes do OBSAM, que no decorrer dos encontros e atividades fortaleceram os laços de amizades e formaram uma nova família em prol da saúde mental no DF.

A todos os professores, amigos e colegas que tive o prazer de conhecer durante as disciplinas do mestrado.

“A persistência é o caminho do êxito”

Charles Chaplin

RESUMO

Estimativas do Ministério da Saúde apontam que cerca de 18 a 20% da demanda na Atenção Básica (AB) envolvem algum transtorno de Saúde Mental leve. O Apoio Matricial é uma estratégia que visa favorecer maior articulação da rede de atenção a saúde e maior resolubilidade no atendimento dos usuários em todos os níveis de atenção. O presente estudo teve como objetivo analisar o processo de implementação do apoio matricial realizado pelos Centros de Atenção Psicossocial e sua articulação com a rede de atenção psicossocial do Distrito Federal, e ainda, apresentar proposta de implementação do matriciamento para a promoção da saúde mental na rede de atenção psicossocial na perspectiva do planejamento estratégico. Tratou-se de um estudo qualitativo descritivo-exploratório, com realização de grupos focais realizados com os segmentos de gerentes, profissionais de saúde e usuários dos CAPS da Secretária de Saúde do Distrito Federal, mediante a utilização de roteiro semi-estruturado abarcando questões sobre a temática de Apoio Matricial (AM), participaram dos grupos focais 29 participantes. Os conteúdos das entrevistas grupais foram gravados e submetidos à análise de conteúdo temática. Os resultados revelaram que os gerentes e profissionais dos CAPS da SES/DF têm um adequado conhecimento conceitual sobre o apoio matricial, entendendo-o como estratégia primordial para capacitação e vinculação dos CAPS com a AB, no sentido de aproximar o cuidado em saúde mental do território. A implementação do AM têm obtido conquistas como crescente incentivo a educação permanente e a criação de espaços de troca de conhecimentos entre diversos profissionais da RAPS. Contudo, gerentes e profissionais referiram encontrar obstáculos estruturais, organizativos e profissionais que precisam ser superados para aumentar a eficácia dessa estratégia. Na percepção dos usuários foi destacada a dificuldade de acesso ao buscarem os serviços de RAPS, pois avaliam que suas demandas são restringidas as trocas de receitas, que nem sempre são atendidas, além da dificuldade dos profissionais de saúde da AB em fazerem uma escuta qualificada de suas demandas de saúde mental. No entanto destacaram que a vinculação do CAPS com a AB por meio dos encaminhamentos são fundamentais para garantir melhor acesso aos serviços da AB. A construção do planejamento estratégico se deu a partir da fala de gerentes e dos profissionais. Nesse sentido ficou evidente a pouca tradição na sistematização do planejamento para o fortalecimento do apoio matricial a partir da análise

situacional do território. As conclusões deste estudo evidenciam a necessidade de maior investimento na qualificação dos profissionais da RAPS, para que o apoio matricial seja um instrumento pedagógico para organização da gestão e do cuidado em saúde mental nos CAPS e na Atenção Básica, e assim avançar para o fortalecimento e visibilidade dessa estratégia como central na articulação e de transformação do cuidado em Saúde Mental.

Palavras Chave: Serviços de Saúde Mental, Saúde Mental, Atenção Primária à Saúde, Atenção à Saúde.

ABSTRACT

The Ministry of Health estimates indicate that around 20% of 18 to demand in the basic attention (AB) involve some mild Mental health disorder. The support Matrix is a strategy which aims to promote greater coordination of the network of health attention and greater resolution in the service of users at all levels. The present study aimed to analyze the process of implementation of the matrix support held by day-care Centers and your connection with the basic attention in the Federal District, and still submit proposal for implementation of the Organization for the promotion of mental health on the network of psychosocial care in terms of strategic planning. This was a descriptive-exploratory qualitative study, with conducting focus groups conducted with the managers, healthcare professionals and users of the CAPS of the Secretary of health of the Federal District, by using script semi structured covering thematic issues Matrix support (AM), Federal, participated in the focus groups 29 participants. The contents of the group interviews were recording and undergoing comprehensive interpretative analysis. The results revealed that managers and professionals of the CAPS of the SES/DF have an adequate conceptual knowledge about the matrix support, understanding it as primary strategy for capacity-building and linking of the CAPS with the AB, in order to bring care in mental health of the territory. The implementation of AM have achievements as growing incentive to continuing education and the creation of spaces of exchange of knowledge between various professionals of the RAPS. However, managers and professionals have reported finding structural organizational and professional obstacles that need to be overcome to increase the effectiveness of this strategy. The perception of users there was a dissatisfaction to seek primary care services, because their demands are evaluated restricted exchanges of recipes, which are not always met, in addition to the difficulty of the health professionals of the AB in do a wire as their demands for mental health. However highlighted that the binding of the CAPS with the AB through the forwards more institutionalized as essential to ensure better access to the services of AB. The construction of strategic planning made itself from talk of managers and professionals in this sense was evident the lack of tradition in the systematization of planning for the strengthening of matrix support from the situational analysis of the territory. The conclusions of this study highlight the need for greater investment in higher professional qualifications of RAPS, for the matrix

support is a pedagogical tool for management and organization of mental health care in CAPS and in the basic attention, and so proceed to the strengthening and visibility of this strategy as central to the articulation and Mental health care transformation.

Keyword: Mental Health Services, Mental Health, Primary Health Care, Institutional Development, Health Care

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Rede causal para o Território e atuação das equipes CAPS e ESF no AM não definidas.

Quadro 1 - Distribuição dos CAPS conforme área de abrangência, 2018, Distrito Federal.

Quadro 2 – Problemas Estruturais, Organizacionais e Profissionais na implementação do AM no DF.

Quadro 3 - Principais problemas identificados pelos gerentes e profissionais enfrentados na implementação do AM.

Quadro 4- Matriz TUC.

Quadro 5- Problemas prioritários identificados

Quadro 6 - Problemas selecionados com suas causas e consequências.

Quadro 7–Plano de intervenção para o AM no DF

LISTA DE ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AM – Apoio Matricial
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS i - Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DF – Distrito Federal
DIRAPS – Diretoria de Atenção Primária a Saúde
DISAM – Diretoria de Saúde Mental
ESCS – Escola Superior de Ciências da Saúde
ESF – Estratégia Saúde da Família
FEPECS – Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
HSVP – Hospital São Vicente de Paula
ISM – Instituto de Saúde Mental
MAPP – Método Altadir de Planificação Popular
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OBSAM – Observatório de Políticas de Saúde Mental
PES - Planejamento Estratégico Situacional
PNH – Política Nacional de Humanização
PTS – Plano Terapêutico Singular
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RAS – Rede de Atenção a Saúde
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES/DF – Secretaria de Saúde do Distrito Federal
SM – Saúde Mental
SUS– Sistema Único de Saúde
TUC – Transcendência / Urgência / Capacidade de enfrentamento
UBS - Unidade Básica de Saúde
UNB – Universidade de Brasília

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS	18
3. MARCOTEÓRICO	19
3.1 A Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	19
3.2 O CAPS como dispositivo estratégico da Rede de Atenção Psicossocial.....	21
3.3 A importância da atenção básica na promoção da saúde mental.....	22
3.4 O apoio Matricial como elo entre a Saúde Mental e Atenção Básica.....	25
3.5 Apoio Matricial e o planejamento estratégico situacional (PES).....	27
3.6 A rede de atenção Psicossocial do Distrito Federal.....	29
4. MÉTODO	35
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
5.1 Caracterização do Perfil dos Participantes do Estudo.....	39
5.2 O Apoio Matricial em Saúde Mental e sua Articulação com a Atenção Básica....	41
5.2.1 - O apoio matricial como dispositivo de gestão e da atenção em saúde mental no SUS: saberes e práticas.....	41
5.2.2 - A Implementação do Matriciamento na SES/DF: conquistas e desafios..	49
5.3 Percepções dos usuários acerca das competências da AB para inclusão de ações de Saúde Mental.....	54
5.4 O Planejamento Estratégico eo Apoio Matricial para o Fortalecimento da RAPS no DF.....	58
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS	70
APÊNDICES	77
ANEXOS	81

APRESENTAÇÃO

O interesse em aprofundar a discussão do apoio matricial em saúde mental surgiu em um dos estágios obrigatório realizado no Centro de Saúde de Samambaia, durante a graduação de enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), em 2012. Nesse contexto da Atenção Básica pude notar o despreparo dos profissionais em realizar a escuta qualificada para intervir e responder às necessidades do usuário com demandas em saúde mental.

Aquela situação foi o despertar para saúde mental, me levando a pesquisar na literatura sobre a estratégia do apoio matricial, suscitando o interesse em investigar sobre a integração, a articulação e a sistematização desse processo entre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com a Atenção Básica (AB) no Distrito Federal.

No ensejo de aprofundar esse universo da saúde mental tive oportunidade de uma maior aproximação nessa área como bolsista no Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde) em Saúde mental, em um serviço realizado pelos CAPS, promovido pela ESCS.

Em novembro de 2016, fui aprovado no mestrado profissional em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB), onde ingressei como bolsista pesquisador do Observatório de Políticas de Atenção em Saúde Mental (OBSAM). Integrei a equipe na oferta do curso: “Construção de indicadores para qualificação da gestão e do trabalho em Saúde Mental”, que me oportunizou pesquisar sobre a organização do apoio matricial no Distrito Federal (DF), na perspectiva dos gerentes, profissionais e usuários de CAPS

Desta forma os resultados desse trabalho estão organizados de modo que permita ao leitor vislumbrar a promoção da saúde mental no contexto da RAPS do DF por meio da estratégia de apoio matricial realizada pelos CAPS. Na introdução foi desenvolvido o problema de pesquisa para contextualizar o presente objetivo do estudo com o intuito de analisar o processo de implementação do apoio matricial realizado pelos Centros de Atenção Psicossocial e sua articulação com a RAPS no Distrito Federal”. Na sequência foram apresentados os objetivos para este estudo e o percurso metodológico, de base qualitativa e os procedimentos adotados. Os

resultados e discussão estão sistematizados em quatro eixos, o primeiro intitulado: caracterização do perfil dos participantes do estudo; o segundo abordou O Apoio Matricial em Saúde Mental e sua articulação com a Atenção Básica no Distrito Federal; o terceiro: Percepções dos usuários acerca das competências da AB para inclusão de ações de Saúde Mental, e por último: “O Planejamento Estratégico e o Apoio Matricial para o Fortalecimento da RAPS no Distrito Federal”. Ao final, temos as considerações acerca dos principais resultados obtidos segundo os objetivos propostos e as contribuições do trabalho.

1. INTRODUÇÃO

A Saúde mental no Brasil ao longo das últimas três décadas apresentou mudanças promissoras para o reordenamento do modelo de atenção a saúde mental com vista a romper com o modelo clínico hospitalocêntrico e asilar¹. Essa renovação teve como marco legal, a Lei 10.216 de 6 de abril de 2001², que instituiu a desinstitucionalização e a promoção dos direitos dos usuários da Saúde Mental, de modo a favorecer o cuidado integral por meio da criação de uma rede de serviços presentes e diversificada na comunidade³.

A reforma psiquiátrica e sanitária brasileira foram decisivas para a construção e fortalecimento de propostas inovadoras para o cuidado em saúde mental. Nessa perspectiva, foi criado o CAPS por meio da Portaria Ministerial nº 336, de 19 de fevereiro de 2002⁴, que possibilitou a aproximação dos serviços de saúde mental com o território e a efetividade do cuidado por meio da abordagem multiprofissional pautada nos princípios da reforma psiquiátrica e nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental⁵.

Os CAPS, nas suas diferentes modalidades, têm um papel estratégico na articulação com outros serviços da rede, nas suas diversas modalidades, contudo não deve ser considerado o único dispositivo na abordagem em Saúde Mental. Nesse sentido em 23 de dezembro de 2011, foi lançada a Portaria ministerial nº 3.088, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), constituída por serviços que devem atuar de modo integrado nos diferentes níveis de atenção a saúde para o cuidado às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e em população em situação de vulnerabilidade social⁶.

A RAPS permite enriquecer o cuidado em saúde mental, pois a complexidade dos problemas de saúde não permite que apenas um único serviço seja auto-suficiente para a produção do cuidado. Nesse sentido a prerrogativa da integralidade do cuidado e articulação dos diferentes atores de saúde envolvidos, é fundamental para fortalecer a lógica do trabalho em rede⁷.

Na RAPS, os CAPS são o principal ponto de cuidado responsável pela prestação e coordenação da atenção psicossocial especializada. Complementar ao papel central dos CAPS outros pontos de cuidados articulam e fortalecem essa rede,

como atenção básica composta pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF); Atenção hospitalar contribuem com a disponibilização de leitos para usuários em situação de crise; O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), proporciona mobilidade e retaguarda aos CAPS no atendimento pré e pós-hospitalar⁶.

Ainda há outros serviços que fazem parte da RAPS, e estão presentes a serviço da comunidade como: Consultórios de rua; Centro de Convivência; Comunidades Terapêuticas; Residências terapêuticas e o Programa de Volta para Casa. Ainda há outras iniciativas que complementam a RAPS que desenvolvem atividades de geração de trabalho, renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais⁶.

Dentro das Redes de Atenção a Saúde (RAS) a atenção básica é considerada a ordenadora do cuidado e coordenadora da RAS, além de ser porta de entrada prioritária para os usuários, proporcionado por meio da atuação das equipes de ESF que trabalham na lógica de proteção, promoção e prevenção da saúde para racionalizar a utilização dos demais níveis assistenciais⁸. Visto sua maior inserção e contato com o território a ESF apresenta importante papel na detecção e acompanhamento de comorbidades que acometem os indivíduos da comunidade, inclusive das demandas em saúde mental⁹.

De acordo com estimativas do Ministério da Saúde (MS) cerca de 20% da demanda na AB envolve algum transtorno de Saúde Mental leve¹⁰. Para além disso, existem diversas situações onde a sofrimento mental está presente indiretamente, como em comorbidades crônicas, transtornos físicos e mentais. Nesse sentido a Atenção básica atuando com enfoque em saúde mental pode oportunizar o acesso do usuário, estimular a promoção de ações em saúde mental, prevenir a ocorrência de crises e facilitar o percurso do usuário dentro da RAS¹¹.

Verifica-se na literatura que os usuários com demandas em Saúde Mental encontram resistência para conseguirem acompanhamento na atenção básica, dado o distanciamento entre os níveis de atenção primária e secundária, onde se encontra os serviços dos CAPS¹². Segundo Tanaka e Ribeiro¹³ os profissionais da ESF apresentam baixa sensibilidade para reconhecer e acompanhar o usuário com demanda em saúde mental na AB, justificando assim a alta ocorrência de encaminhamentos aos serviços especializados, em especial aos CAPS.

A aproximação entre o CAPS e a AB pode possibilitar o ordenamento dos fluxos de atendimentos da RAPS e favorecer a capacitação das equipes de ESF para detectar e atender aos usuários sob a ótica da Saúde Mental, estimulando os encaminhamentos com co-responsabilidade e o acompanhamento deles por todo seu percurso nos serviços da RAS^{14,15}.

Nesta lógica, os encaminhamentos na RAPS podem ser otimizados por meio da estratégia de Apoio Matricial (AM) idealizada por Campos¹⁶, que propõe um novo modo de organizar a referência e contra-referência nos serviços de saúde, pautada na interdisciplinaridade, na construção coletiva e na valorização da subjetividade do indivíduo.

No ensejo de favorecer essa vinculação entre os serviços e a organização do referenciamento do usuário a criação e implantação da Política Nacional de Humanização (PNH) pelo Ministério da Saúde, em 2003, veio valorizar e fortalecer o SUS em seus princípios e diretrizes, trazendo em destaque o apoio matricial e apoio institucional dentre as propostas para favorecer a assistência e a gestão do SUS, contribuindo para além disso na aproximação das ações de saúde mental na atenção Básica¹⁷.

A aplicação do AM fornece elementos para relações interdisciplinares entre profissionais de serviços distintos que integram a RAPS, de forma a estimular a co-gestão por meio de uma relação dialógica de compartilhamento de saberes e poderes em prol dos usuários¹⁸. Essa estratégia pretende desconstruir a visão linear das ações em saúde, permitindo que o usuário utilize os serviços de saúde de forma contínua sem que seu tratamento seja fragmentado por especialidades ou serviços, uma vez que não há encaminhamentos, mas abordagens a serem executadas conjuntamente¹⁶.

Para o avanço e fortalecimento das ações de Apoio matricial em Saúde Mental é imprescindível que a AB e a Saúde Mental fortaleçam suas relações de trabalho no sentido de superar o cuidado fragmentado. Estudos apontam que ainda há grande dificuldade em incluir ações de saúde mental no âmbito da AB¹⁹. A implementação do apoio matricial requer a superação de desafios estruturais e organizacionais presentes nos diferentes níveis de atenção a saúde²⁰.

Dentre os dificultadores que apresentam maior ocorrência na prestação do cuidado em saúde mental na AB estão: a falta de estruturação da rede de apoio, baixa qualificação das equipes da ESF, baixa capacidade de resolutividade no

âmbito da Saúde da Família, e ainda a presença do preconceito dos profissionais em relação ao usuário da saúde mental¹⁹. Nesse sentido o investimento e a articulação entre gestores e profissionais dos CAPS e AB deve ser contínua no sentido de pactuar e instituir a educação permanente com objetivo de qualificação técnica dos profissionais⁷.

A inclusão de ações de saúde mental tem potencial para modificar o contexto do trabalho da AB, e por meio dessa mudança incorporar importantes tecnologias como vínculo, responsabilização e acolhimento. Juntos possibilitarão a AB ofertar o cuidado em saúde mental pautado nos preceitos da clínica ampliada e solidária, beneficiando a todos os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), e em especial os que demandam cuidados em saúde mental¹³.

A proposta da reforma psiquiátrica e a consolidação de estratégias do cuidado em saúde mental no Distrito Federal vêm ocorrendo de forma gradual, considerando que a implantação do primeiro CAPS, ocorreu somente em 2004, para o atendimento de usuários de álcool e outras drogas. Atualmente a rede de atenção psicossocial conta com 19 CAPS, em diversas modalidades, para atender a população do DF, estimada em pouco mais de três milhões de pessoas.

Observa-se nas diretrizes políticas em âmbito nacional e local, uma crescente valorização da estratégia do AM para melhoria do acesso ao cuidado em saúde mental. Desta maneira, este estudo tem como questão norteadora investigar quais os avanços e os desafios que os gerentes e profissionais dos CAPS encontram na organização e implementação do AM de forma a fortalecer e integrar os serviços da RAPS no âmbito da saúde mental e, ainda, como os usuários tem percebido o atendimento na AB frente as suas demandas de saúde mental, de forma a responder os objetivos apresentados na sequência deste trabalho.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar o processo de implementação do apoio matricial realizado pelos Centros de Atenção Psicossocial e sua articulação com a rede de atenção psicossocial no Distrito Federal.

2.2 Específicos

- Identificar os sentidos atribuídos ao apoio matricial pelos gerentes e trabalhadores dos centros de atenção psicossocial do DF;
- Descrever como o AM tem se desenvolvido, integrado e fortalecido a rede de cuidados da saúde mental na atenção Básica no Distrito Federal, na perspectiva do CAPS;
- Identificar a percepção dos usuários sobre o atendimento às necessidades de saúde mental no âmbito da Atenção Básica;
- Apresentar proposta para o fortalecimento do AM em Saúde mental na RAPS do DF na perspectiva do planejamento estratégico.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 A Reforma Psiquiátrica Brasileira

Entre as décadas de 70 e 80 o cenário político e social brasileiro estavam inflamados pelo processo de redemocratização, influenciados por grupos sociais dominantes que clamavam por direitos e maior abertura política. Sob influência de um contexto internacional favorável a desinstitucionalização e superação do isolamento como forma de tratamento daqueles que eram tidos como “loucos”, o movimento dos trabalhadores de saúde mental permitiu dar novos rumos a saúde mental no Brasil^{5,21}.

Nesse período a saúde no Brasil tomava novos rumos, a partir do movimento da reforma sanitária que propôs novas alternativas ao sistema de saúde instalado à época. Por meio da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 foi proposto o delineamento de um SUS que garantisse o acesso a saúde a todos os cidadãos. Essa mudança de paradigmas impulsionou o repensar sobre o modelo manicomial, culminando na 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987^{5,21}.

As Conferências nacionais de saúde e de saúde mental possibilitaram uma articulação com os intelectuais da época que pensaram em formas de incorporar no sistema de saúde uma abordagem ampla que abarcassem todos os cidadãos e que não mais segregassem por grupos e classes sociais. Essa abrangência do sistema proposto possibilitou ao usuário com sofrimento mental maior garantia de acesso e cidadania^{22,23}.

Em 1988, foi promulgada a Constituição Federal que trouxe em seu texto grande avanços no sentido dos direitos e garantias fundamentais. No que tange a saúde tornou-se um direito de todos os cidadãos brasileiros, e promoveu bases legais para a criação do SUS pautado na integralidade, universalidade e equidade^{22,23}.

As repercussões da criação do SUS para saúde mental ganharam proporções ainda maiores, dado o seu pressuposto ético como possibilidade de inclusão de cidadãos estigmatizados e socialmente excluídos à época. Nesse sentido, para dar início ao desmonte das estruturas manicomiais foi idealizado um serviço que trabalhasse sob a lógica da interdisciplinaridade e conectado a outros dispositivos do

território, ofertando um tratamento inclusivo aos cidadãos com transtornos psiquiátricos e inseridos dentro do seu contexto familiar e social²⁴.

A integração entre os serviços de Saúde Mental e o território, possibilita superar o cuidado fundado no saber médico, hospitalocêntrico e institucionalizante, para privilegiar a atenção integral e reinserção psicossocial da pessoa em sofrimento mental²⁵. A visão de que a reforma psiquiátrica teve como principal objetivo a desinstitucionalização do modelo manicomial e a substituição das práticas asilares se mostra superficial, dado que o verdadeiro intuito dessas mudanças objetivam a inclusão dos serviços de saúde mental dentro do seu território adstrito para estreitar a sua relação com a comunidade e desta forma lançar novas formas de cuidado²⁶.

Nesse contexto, a década de 80 foi importante para a saúde mental, pois com um movimento de intensas críticas ao modelo asilar, foi apresentado, em 1989 pelo deputado Paulo Delgado, o projeto de lei 3657/89, que propunha a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos, com a substituição por outras modalidades assistenciais. Contudo, somente após 12 anos de tramite no Congresso Nacional, este projeto foi sancionado, por meio da Lei Federal 10.216, do dia 06 de abril de 2001, que representa o principal marco legislativo para a saúde mental no Brasil².

A referida lei estabeleceu o acesso dos usuários ao sistema público, garantindo tratamento integrado a outros serviços presentes na comunidade e proteção contra as diversas formas de abuso cometidas nas instituições psiquiátricas da época. Tal direcionamento suscitou a discussão voltada à implementação da Política Nacional de Saúde Mental².

Diversas experiências bem sucedidas de atenção à saúde mental substitutivas ao hospital psiquiátrico surgiram no país, destes, o CAPS foi a iniciativa de maior sucesso graças a sua característica de tratamento com foco na reinserção social e na aproximação com a comunidade para superação do estigma social em torno das pessoas com transtornos psiquiátricos⁴.

A partir do ano de 2017, o Processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira tomou novos rumos, apontando para um retrocesso, com a publicação da resolução N° 32 do Ministério da Saúde em 14 de dezembro de 2017, a qual traz em seu escopo as diretrizes para o fortalecimento da RAPS²⁷. E ainda, com a aprovação da Portaria

3.588 de 21 de dezembro de 2017 que altera as portarias de consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.

Estas Portarias reafirmam o fortalecimento da RAPS, contudo não foram discutidas e aprovadas com a ampla participação social dos atores da Saúde Mental. Elas se tornam emblemáticas ao contemplar como dispositivos da RAPS, os hospitais psiquiátricos como uma das alternativas para o tratamento de usuários com demandas em saúde mental e o maior investimento de financiamento de internações hospitalares e Comunidades Terapêuticas. Colocando em risco 17 anos de luta por um modelo inclusivo e centrado na reabilitação social do indivíduo, sem perder o contato com sua família e comunidade²⁷.

No entanto, tanto a Resolução 32/2017 quanto a Portaria 5388/2017 reiteram a proposta de criação de Equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental, com objetivo de apoiar de forma articulada a atenção básica e demais serviços das redes de atenção à saúde, por meio da educação permanente aos diversos pontos de atenção da RAPS²⁷.

3.2 O CAPS como dispositivo estratégico da Rede de Atenção Psicossocial

Os CAPS são serviços de saúde da atenção secundária, que trabalham na lógica da interprofissionalidade proporcionado pela equipe multiprofissional em um determinado território, para favorecer o cuidado em crise ou nos processos de reabilitação psicossocial às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas⁶.

Os CAPS podem ser implantados nas modalidades CAPS I, II, III, CAPS ad e CAPSi de acordo com o perfil populacional e diferenciados pelo porte e público atendido. Os CAPS I, II e III são voltados ao atendimento ambulatorial para usuários com transtornos mentais graves e persistentes e usuários de álcool e outras drogas, contudo CAPS III apresenta uma particularidade que é o atendimento 24 horas. Estes são implantados nos municípios de acordo com a densidade populacional, sendo indicado o CAPS I para 20 mil habitantes, CAPS II para 70 mil habitantes e CAPS III para 200 mil habitantes^{4,6}.

Existe ainda o CAPSad voltado aos usuários com transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas e o CAPSi voltado ao público infanto-juvenil, estes,

são destinados a públicos específicos e são implantados de acordo com a população local, sendo acima 70 mil habitantes para o CAPS ad e acima 150 mil habitantes para o CAPSi^{4,6}.

Recentemente por meio da resolução N° 32 de 14 de dezembro de 2017, foi criada uma nova modalidade, o CAPS ad IV, que funcionará 24 horas, e será instalado próximo as localidades de maior consumo de drogas, em especial as chamadas “cracolândias”, para ofertar o cuidado às urgências e emergências, bem como situações de crise²⁷.

Enquanto serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos, os CAPS, tem demonstrado efetividade na transferência da internação de longos períodos por um tratamento que proporcione maior liberdade ao paciente e seus familiares, assim como, favorecer maior interação com a comunidade, envolver o usuário e familiares na discussão e implementação do projeto terapêutico singular para contribuir com a reabilitação psicossocial do indivíduo com sofrimento psíquico²⁸.

Ao se pensar no usuário com transtornos psíquicos, residindo na comunidade, junto de sua família ou em residências terapêuticas, há que se considerar que a ele poderão ser úteis outras estratégias de cuidado e outros dispositivos da RAPS. O CAPS desempenha papel estratégico na organização da rede de atenção Psicossocial, dado seu duplo papel em assistir diretamente os usuários e atuar na regulação dos serviços de saúde presentes na rede. Para isso, se faz imprescindível que o CAPS esteja articulado e próximo de outros serviços, em especial da AB²⁹.

Considerando a lógica do cuidado em rede, na qual todas as ações e serviços de saúde se articulam e se integram, os dispositivos de atenção em saúde mental devem ter boa comunicação com a atenção básica e outros serviços disponíveis na rede, de forma a resultar na produção do cuidado integral e continuado. Nesse aspecto, os CAPS devem contribuir com atividades de capacitação das equipes da ESF e de outros serviços presentes no território de abrangência¹¹.

3.3 A importância da atenção básica na promoção da saúde mental.

A Política Nacional de Atenção Básica aponta a ESF como estratégia prioritária para a consolidação e expansão das ações em saúde voltadas a promoção, proteção à saúde e prevenção dos principais agravos que acometem a população brasileira³⁰.

A ESF tem como função acompanhar de maneira contínua as necessidades de saúde de uma população em um dado território adstrito, por meio da promoção de um cuidado em saúde pautado na equidade, integralidade, participação social, baseada na criação de vínculo entre usuários e profissionais da saúde³⁰.

É sabido que as doenças podem desencadear um processo de sofrimento e adoecimento não só físico, mas também mental. Conseqüentemente uma abordagem em saúde mental pode favorecer a promoção da saúde e prevenção de diversos agravos psíquicos. Essa abordagem deve ser estimulada às equipes de ESF, contudo, quando somada a responsabilidade já existente em responder aos principais agravos de modo resolutivo e em tempo hábil, esta atuação pode ser entendida erroneamente como uma sobrecarga ao papel das equipes de saúde da família²⁸.

A proximidade e aceitabilidade da população aos serviços da AB oportunizam a identificação das demandas em saúde mental. A abordagem integral pautada no acolhimento e vinculação com a equipe de referência favorece o ordenamento dos fluxos de atendimento nos serviços que compõem a RAS, garantido, desse modo, ao usuário acesso oportuno aos demais níveis de atenção de acordo com a sua necessidade^{12,31}.

Para que a articulação da saúde mental com a AB ocorra de modo responsável e sistematizado, o MS vem estimulando nas políticas da AB, diretrizes para a abordagem subjetiva dos usuários com demandas em saúde mental. Essa vinculação entre as áreas é essencial para a descentralização do cuidado em saúde mental, tendo em vista que a ESF está presente na grande maioria dos municípios brasileiros e que estes por vezes não apresentam densidade populacional necessária para a implantação de um CAPS, ficando assim desassistidos em Saúde mental^{28,31}.

A articulação entre AB e saúde mental deve seguir os princípios do SUS e da

reforma psiquiátrica para estabelecer vínculos com os demais serviços que compõem as RAS e RAPS. As ações preconizadas pelo MS são: noção de território; organização da atenção à saúde mental em rede; intersectorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade e interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção da cidadania dos usuários; e construção da autonomia possível de usuários e familiares²⁹.

Os serviços de saúde mental, ainda se encontram centrados nas práticas psicossociais, envolvendo principalmente duas especialidades a psiquiatria e a psicologia, o que dificulta a atuação das equipes de ESF, dado a falta de preparo para uma abordagem tão específica. Nesse sentido faz-se necessário investir na formação e capacitação desses profissionais para ampliar a dimensão do cuidado em saúde mental pautado na integralidade das ações³².

Um dos desdobramentos da organização do sistema de saúde em rede é a construção de vínculos solidários e de cooperação dos diversos serviços para proporcionar aos usuários uma atenção efetivamente integral. O MS tem avançado em proposições que contribuem para ampliar a integração da Rede. Em 2001, foi realizada uma oficina para discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica, que apontou como estratégias fundamentais o apoio matricial e a formação de recursos humanos na área de saúde mental³³.

Para fortalecer o cuidado em saúde mental na atenção básica, os NASF, regulamentados pela Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008, contam com a recomendação de que haja ao menos um profissional com especialização em saúde mental na equipe, para propor ações matriciais de capacitação e auxiliar no cuidado em saúde mental na AB. Esse suporte fornecido pelo NASF pode ser complementado ou integrado ao trabalho de apoio matricial desenvolvidos pelos CAPS^{30,34}.

Nesse sentido, o cuidado ao usuário com demandas em saúde mental na Atenção Básica não será feito em substituição ao acompanhamento no CAPS, quando esta for a demanda do usuário, mas sim para as demandas em que as equipes da ESF tenham condições de responder e que a vinculação ao CAPS não seja necessária; ou ainda como parte da abordagem integral da ESF, sem prejuízo da atenção especializada quando requerida³¹.

Sendo assim o apoio matricial em saúde mental voltado a atenção básica

possibilita construir um plano terapêutico que extrapola as dimensões físicas de um determinado serviço, contemplando elementos presentes na comunidade e nas redes de saúde tendo uma variedade ampla de terapêuticas a serviço dos usuários. Por conseguinte as ações em saúde mental se necessário poderão contar com vários níveis de atenção, criando novas linhas de cuidados com co-responsabilidade e integrando ferramentas clínicas³⁵.

Para a abordagem da saúde mental na atenção básica a capacitação das equipes de ESF devem incluir os agentes comunitários de saúde (ACS) na detecção de demandas relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas ou transtornos psíquicos encontrados na comunidade. Um importante avanço nesse sentido foi alcançado na IV conferência de Saúde Mental, realizada em 2010, quando se buscou pensar estratégias para promover ações de educação permanente voltadas as equipes da ESF, com a inclusão do ACS como principal elemento de identificação dos transtornos e sofrimento mental na comunidade²⁸.

Atualmente a abordagem em saúde mental na atenção básica é estimulada em diversos manuais do MS^{15,30}, ofertando aos profissionais estratégias e ferramentas de capacitação que permitam integrar as equipes e ampliar a linha de cuidado de modo presencial ou à distância.

No entanto, a atenção básica nem sempre conta com os recursos necessários para oferecer o suporte em saúde mental, tendo em vista o déficit de pessoal, material, carga horária e capacitação. Desta forma se faz imperativo que os profissionais da atenção básica sejam capacitados para modificar essa perspectiva de dificuldades, tornando assim mais factível a abordagem de saúde mental na AB³⁶.

3.4 O apoio Matricial como elo entre a Saúde Mental e Atenção Básica.

O apoio matricial em saúde mental constitui uma metodologia de suporte técnico e pedagógico especializado para os profissionais das equipes da AB, permitindo flexibilidade e diversidade de abordagem aos usuários dentro do território³⁷. Inicialmente essa metodologia foi aplicada pelos NASF, atualmente é amplamente utilizada por diversos serviços, dentre eles os CAPS que tem a tarefa de articular e fortalecer desenvolvimento de Saúde Mental no âmbito da AB³⁸.

Complementar a proposta do AM tem-se o apoio institucional com objetivo de modificar o modo que vem se desenvolvendo a atividade gerencial nas instituições

de saúde. Sob novas perspectivas de avaliar, planejar e coordenar é possível estreitar as relações e a distância entre a gestão e a assistência, assim como daqueles que o integram³⁹.

A diferença entre Apoio Matricial e Apoio Institucional se encontra nas áreas de sua aplicabilidade. Enquanto o AM se configura uma estratégia de organização do trabalho voltada a atuação das equipes multiprofissionais a nível local. O Apoio Institucional fortalece a co-gestão entre os profissionais e gestores, aprimorando as estratégias de supervisão e avaliação dos processos de trabalho, este pode ser aplicado nos variados níveis de atenção sejam eles local, municipal ou estadual. Ambas estratégias são essenciais para o aprimoramento da abordagem em saúde mental pela atenção básica⁴⁰.

O AM possibilita reorganizar as relações de trabalho entre a Saúde Mental e a AB com base no pensamento construtivista, que tange a contínua reconstrução de pessoas e processos, com ênfase nas interações do indivíduo com seu meio. Sendo assim, esta é uma alternativa para dar nova forma ao arranjo organizacional do trabalho em saúde e favorecer a articulação entre os vários pontos de atenção em saúde³⁷.

O apoio matricial em saúde mental também denominado de matriciamento é realizado pelos profissionais do CAPS ou por profissionais do NASF, esses são intitulados de equipe matriciadora, responsáveis por coordenar e programar as ações de matriciamento para as equipes de ESF intituladas de equipes de referência, por receberem o matriciamento e serem multiplicadores do conhecimento em saúde mental em sua unidade de trabalho⁴¹.

A articulação entre as duas equipes favorece as abordagens integrativas, pautadas na prática da clínica ampliada, valorizando o olhar sobre os processos de saúde e adoecimento, a corresponsabilização entre as equipes e iniciativas de educação continuada^{42,43}. Deste modo a utilização da estratégia de AM, desconstrói a burocratização e a verticalidade do encaminhamento, gerando maior autonomia aos profissionais para resolver as demandas em seu nível de atenção, e quando não for possível que haja o encaminhamento com co-responsabilidade⁴¹.

A interação entre os serviços pode acontecer por meio da construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) que possibilita traçar possibilidades terapêuticas envolvendo usuário, família e dispositivos presentes no território; a Interconsulta, uma das modalidades mais utilizadas pela equipe matriciadora, engloba a discussão

de caso que permite que os elementos clínicos e sociais de um usuário específico seja avaliado por uma equipe multiprofissional sob os diversos ângulos, se necessário podem ser realizadas visitas domiciliares e consultas conjuntas para complementar as discussões de caso¹⁷.

A implementação do apoio matricial contribui para otimizar o trabalho realizado para os usuários que demandam atendimento em saúde mental na AB, uma vez que o AM investe em abordagens integrativas pautadas na prática da clínica ampliada, valorizando o olhar sobre os processos de saúde e adoecimento, a corresponsabilização entre as equipes e iniciativas de educação continuada^{42,43}.

O apoio matricial por ser tratar de uma estratégia que favorece a vinculação entre os serviços do território pode valer-se de ferramentas de planejamento para programar e sistematizar a abordagem das equipes matriciadoras as equipes de referência em determinado território⁴⁴.

3.5 Apoio Matricial e o Planejamento Estratégico Situacional (PES)

Com a implementação do apoio matricial no contexto da AB, é natural que os profissionais e gestores encontrem inúmeros desafios e obstáculos, nesse contexto os profissionais devem estar embasados e centrados nas diretrizes do apoio matricial para focar seus esforços em manter a organização das ações de matriciamento, contribuindo assim na redução dos obstáculos²⁰.

Na perspectiva de Bonfim et al, os desafios e obstáculos do matriciamento podem ser enquadrados em duas classes: os estruturais que contemplam aspectos da demanda, estrutura física, carência de recursos, entre outros, e os obstáculos organizacionais, que tem ligação direta com assistência e as ações programadas a nível da gestão, sendo que estas estão mais passíveis a mudanças no que depender dos gestores e profissionais²⁰.

O apoio matricial vale-se de três diretrizes fundamentais para a reordenação do trabalho em saúde, sendo a primeira a gestão colegiada que aponta a necessidade da criação de espaços coletivos para discussão dos processos de trabalho; a segunda, o vínculo terapêutico que favorece uma relação de confiança entre usuários e profissionais; e o terceiro a interdisciplinaridade das práticas e dos saberes, elemento fundamental para fortalecer a comunicação ativa, com troca de

saberes e a horizontalidade das relações profissionais²⁰.

A implementação do AM, requer mudanças na estrutura organizacional pautada nas diretrizes do AM para que se possa buscar uma renovação das ações e dos profissionais que estão envolvidos nas ações. Nesse sentido a utilização de metodologias para o planejamento se faz imperativo para as ações em saúde mental²⁰.

Para Merhy⁴⁵ planejamento é “o modo de agir sobre algo de modo eficaz”, ou seja, planejar compreende um conjunto de conhecimentos empregados em um plano para modificar determinada realidade com base em objetivos e metas pré-definidas.

Por meio do planejamento é possível alcançar resultados previamente estabelecidos, esse processo permite analisar situações problemas e nós críticos encontradas na prática assistencial com base nas fragilidades e fortalezas do objeto de análise. Todo o contexto sociocultural, político e econômico deve ser levado em consideração no momento do planejamento. Para que essas dimensões sejam contempladas, os atores sociais devem estar inclusos no planejamento, para aumentar seu potencial de executabilidade⁴⁶.

O planejamento estratégico possibilita estimar objetivos a curto, médio e longo prazo por meio de ações realizadas no presente de forma calculada e programada. Desta forma ele possibilita um direcionamento aos executantes do planejamento, por meio de planos que são constantemente reavaliados, alterados e em números variados de acordo com os objetivos previamente estipulados. Na atenção básica esse planejamento se faz de suma importância uma vez que uma das maiores dificuldades encontradas é o acesso dos serviços de saúde oferecidos a totalidade de famílias adstritas no território⁴⁷.

Para obtenção dos resultados previstos no planejamento estratégico é necessário que o faça de forma sistemática e cuidadosa, Matus⁴⁷ sugere que o planejamento seja um processo contínuo dividido em momentos: o primeiro chamado de momento explicativo, onde é observada a realidade e investigado o problema; o segundo momento chamado normativo, onde são definidos os objetivos a serem alcançados; o terceiro momento chamado estratégico, onde se delimita o

plano e avalia sua viabilidade; e por fim o quarto momento chamado tático operacional, que consiste na ação do plano⁴⁷.

Na saúde, o planejamento estratégico está previsto pelo PLANEJA-SUS que destaca a importância em desenvolver nos gestores a cultura de planejamento das ações de saúde do SUS. O uso de instrumentos que favoreçam um melhor aproveitamento das oportunidades, para modificar os problemas e fragilidades encontradas nas práticas assistenciais, é fundamental para que as intervenções sejam oportunas e adequadas⁴⁸.

Nesse sentido o PLANEJA-SUS divide o processo de planejamento estratégico em três etapas que se assemelham ao método elaborado por Matus: 1º Análise de Situação (Momento Explicativo de Matus); 2º Desenho do Plano Estratégico (Momentos Normativo e Estratégico de Matus); 3º Gestão Estratégica do Plano (Momento Tático-Operacional de Matus)⁴⁸.

A análise de situação envolve a coleta de informações que expressem as características dos problemas ou condições que se pretende modificar. Para a análise situacional os dados devem ser específicos, delimitando a dimensão, a gravidade, sua repercussão no âmbito político, social, econômico e cultural. O gestor em mãos dessa análise situacional é capaz de indicar o desenho do plano estratégico, traçando a rede causal desse problema e delimitando os seus indicadores, para priorização das linhas de atuação. Realizado o plano, parte-se para a gestão estratégica onde o plano será de fato implementado, seguindo as ações prioritárias previamente estabelecidas⁴⁶.

Na elaboração do planejamento estratégico a participação direta ou indireta de gestores, trabalhadores e usuários do SUS, é de fundamental importância uma vez que amplia a abrangência e avaliação do plano proposto e inclui todos os componentes envolvidos de forma a estimular o comprometimento com a obtenção de resultados proposto pelo planejamento⁴⁷.

Existem diversas metodologias de planejamento, contudo o Método Altadir de Planificação Popular (MAPP), proposto por Carlos Matus, se mostra adequado para o planejamento de ações a nível local, pois se trata de uma metodologia que

possibilita traçar um plano com base em um demanda popular. Deste modo, a execução da estratégia de AM deve preceder um momento reflexivo e investigativo acerca dos problemas de saúde mental encontrados na atenção básica, para permitir traçar ações adequadas às demandas encontradas na prática assistencial⁴⁸.

3.6 A rede de atenção Psicossocial do Distrito Federal

A Saúde Mental no DF tomou novos rumos com a aprovação da Lei N° 975, de 12 de dezembro de 1995, que fixava as diretrizes para a Atenção à Saúde Mental no DF e dava outras providências, como a extinção de todos os hospitais de caráter manicomial da região e implementação de novas modalidades assistenciais pautadas nos princípios de integralidade, descentralização e participação comunitária⁴⁹.

O Distrito Federal é dividido em 31 regiões administrativas, organizadas em sete Regiões de Saúde: Norte, Sul, Leste, Oeste, Central e Sudoeste. Estas Regiões contam com uma rede de serviços e ações em saúde da atenção básica e especializada, dentre eles estão os CAPS presentes em 12 Regiões administrativas (Riacho Fundo, Brazlândia, Recanto das Emas, Taguatinga, Samambaia, Santa Maria, Guará, Ceilândia, Paranoá, Itapoã, Sobradinho, Brasília) em suas diversas modalidades⁴⁹.

A rede de CAPS no DF é composta por dezenove CAPS nas seguintes modalidades: dois CAPS I, cinco CAPS II, um CAPS III, quatro CAPSi, sete CAPSad, destes um é CAPS adi e dois CAPS ad III. Além dos CAPS a RAPS do DF conta com o Adolescentro e o Centro de Orientação Médico Psico-pedagógica (COMPP) destinados ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos psíquicos leves ou graves⁵⁰.

Os recursos humanos dos CAPS são organizados e distribuídos internamente em cargos de gestão e especialidades, sendo eles: médicos clínicos e psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, estagiários e residentes de psiquiatria e multiprofissional da saúde mental⁵¹.

O DF conta com ambulatórios de psiquiatria distribuídos em oito regiões administrativas, sendo elas Gama, Planaltina, Sobradinho, Paranoá, Taguatinga, Ceilândia, Brazlândia, Plano Piloto. Nestas os ambulatórios se encontram presentes nos hospitais regionais de cada região administrativa. As demais regiões que não

contam com ambulatórios de psiquiatria são encaminhados a regional mais próxima para atendimento⁵¹.

O SAMU participa das linhas de cuidado em saúde mental, favorecendo mobilidade nos atendimentos pré e pós hospitalar abordados pelo CAPS. Um grande ganho nesse sentido foi a criação de um núcleo de saúde mental dentro do SAMU, que conferiu maior agilidade nos atendimentos e integração com os pontos de apoio da RAPS⁴⁹. Outro grande ganho para o DF foi a recente publicação da Portaria nº 536, de 08 de junho de 2018, que Institui as normas e fluxos assistenciais para as Urgências e Emergências em Saúde Mental no DF, essa publicação tornou mais claro os pontos de acesso e os caminhos terapêuticos para usuários com demandas em saúde mental⁵².

A atenção hospitalar participa da RAPS dispondo de salas de estabilização psiquiátrica, para favorecer a retaguarda aos CAPS, presente no Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) que dispõe de 2 a 4leitos, no Instituto de Saúde Mental (ISM) com 6 leitos e no Hospital de Base de 4 a 6 leitos. Adicional as salas de estabilização, o DF ainda conta com 45 leitos de atenção integral voltados para a saúde mental presente nos hospitais regionais do DF⁴⁹.

Paralelamente ao serviço ofertado pelos CAPS há as equipes de Consultório na Rua que prestam serviços a população em situação de rua sob uma perspectiva multiprofissional, para atender as necessidades de saúde dessa população que perpassa tanto a atenção básica quanto a saúde mental. Atualmente o DF conta com três equipes localizadas em Ceilândia, Taguatinga e Plano Piloto⁵³.

A RAPS prevê como componente o serviço de residências terapêuticas, contudo não há nenhuma unidade no DF que possibilite abrigar o usuário de saúde mental para viabilizar a retomada da independência e retorno às atividades sociais e laborais. Essa ausência de residências terapêuticas pode estar relacionada a problemas de gestão, o emprego dos recursos financeiros e preconceitos ainda existentes⁵¹.

Em contrapartida, observa-se que o DF tem destinado financiamento a cinco comunidades terapêuticas, que diferente das residências terapêuticas, criam um espaço de convivência isolado da comunidade, voltado principalmente ao usuário de álcool e drogas, onde é estimulando praticas de trabalho, disciplina e religiosidade

para favorecer a reabilitação do usuário. Nesse sentido o investimento em comunidades terapêuticas no DF se mostra inconsistente frente aos objetivos da reforma psiquiátrica tendo em vista seus moldes institucionalizantes, além de não favorecer a reabilitação do usuário inserido no contexto familiar e comunitário⁵⁴.

Apesar dos avanços alcançados com a Lei Federal 10.216 do dia 06 de abril de 2001, o DF ainda apresenta resquícios do modelo asilar. O HSVP e o Hospital de Base do DF dispõem de leitos para internações temporárias, sendo 72 leitos no HSVP e uma Enfermaria Psiquiátrica no Hospital de Base com 24 leitos^{51,55}. Esses leitos até o ano de 2017 deveriam ser extintos, contudo, com a publicação recente da portaria voltada ao fortalecimento da RAPS²⁷, que prevê os hospitais psiquiátricos, possivelmente esses leitos serão mantidos como uma possibilidade no cuidado em saúde mental. Contudo ainda não há legislação que traz como os hospitais psiquiátricos funcionarão dentro da RAPS.

Paradoxalmente no âmbito de incentivar a desinstitucionalização e a reinserção social dos usuários que necessitaram de internações psiquiátricas, a Secretária de Saúde do DF tem investido em programas de atenção domiciliar, assegurando a continuidade da terapêutica por meio da abordagem multidisciplinar no próprio domicílio, estimulando a cidadania e fortalecendo o vínculo familiar e social⁵¹.

Nesse sentido o DF conta com o Programa de Volta pra Casa e o Programa Vida em Casa que beneficia o usuário com transtornos graves com subsídios, para que o mesmo possa continuar seu tratamento sem que haja necessidade da internação. Além desses programas há o Grupo de Acompanhamento Pós-Internação, desenvolvido pela equipe do ISM, com intuito de assistir ao usuário e familiares no período pós-alta, além de atuar na prevenção de crises e internações recorrentes⁵¹.

Quanto ao sistema penitenciário do DF, aproximadamente 10% da população penitenciária fazem uso de medicações psicotrópicas e requerem algum cuidado em saúde mental. Para abarcar essa demanda as unidades penitenciárias contam com uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, cirurgião dentista, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional e dois farmacêuticos. Esses profissionais são vinculados a secretaria de saúde do DF e trabalham inseridos na RAPS⁵¹.

Para implantação de novos serviços de Saúde mental no território devem seguir as determinações do MS presentes na Portaria nº 336 de 19 de Fevereiro de 2002, que estipula a implantação dos CAPS segundo a densidade populacional da região ou município, nesse contexto os CAPS no DF atendem mais de uma região administrativa, justificando o fato de não haver CAPS em todas as regiões administrativas, conforme elucidado no Quadro 1⁴.

Quadro 1 - Distribuição dos CAPS conforme área de abrangência, 2018, Distrito Federal.

CAPS / RA	Área de abrangência
CAPS II - PARANOÁ	Paranoá, Paranoá Parque, Itapoã I e II, Condomínios do Jardim Botânico, Setor de Mansões Dom Bosco, Jardins Mangueiral, São Sebastião, Zona Rural do Paranoá e de São Sebastião.
CAPS II - PLANALTINA	Planaltina, Sobradinho, Sobradinho II, Fercal
CAPS II - BRASÍLIA	Asa Norte, Asa Sul, Lago Norte, Lago Sul, Vila Planalto, Varjão, Sudoeste, Octogonal, Cruzeiro, SIA
CAPS II - TAGUATINGA	Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Areal, Arnieiras, Ceilândia (menos as quadras QNM e QNN), Condomínio Pôr-do-Sol, Sol Nascente.
CAPS II - RIACHO FUNDO	Candangolândia, Guará, Núcleo Bandeirante, Park Way, Riacho Fundo I, Riacho Fundo II, SIA, Gama, Santa Maria
CAPS III - SAMAMBAIA	Recanto das Emas, Samambaia, QNN/QNM de Ceilândia
CAPS AD - SANTA MARIA	Gama, Santa Maria
CAPS AD - GUARÁ II	Guará I, Guará II, SIA, Estrutural, Riacho Fundo I, Riacho Fundo II, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Park Way
CAPS AD - SOBRADINHO II	Planaltina, Sobradinho, Sobradinho II, Fercal, Condomínios
CAPS AD - ITAPOÃ	Paranoá, Área Rural do Paranoá, Paranoá Park, Itapoã, São Sebastião, Jardim botânico, Jardim Mangueiral
CAPS AD III - CEILÂNDIA	Ceilândia
CAPS AD III - Rodoviária	Asa Norte, Asa Sul, Lago Norte, Lago Sul, Cruzeiro, Octogonal, Vila Planalto, Vila Telebrasil, SAAN, SOF Norte, São Sebastião
CAPS AD III - SAMAMBAIA	Samambaia, Taguatinga, Recanto das Emas, Águas Claras, Areal, Arnieiras, Vicente Pires
CAPS i - TAGUATINGA	Taguatinga, Águas Claras, Vicente Pires, Ceilândia, Areal, Arnieiras
CAPS i - RECANTO DAS EMAS	Recanto das Emas, Samambaia, Gama, Santa Maria, Riacho Fundo I, Riacho II, Núcleo Bandeirante, Candangolândia
CAPS i - SOBRADINHO	Planaltina, Sobradinho, Sobradinho II, Fercal, Condomínios
CAPS i - ASA NORTE	Asa Norte, Asa Sul, Cruzeiro, Lago Norte, Lago Sul, Sudoeste, Octogonal, Varjão, Paranoá, Itapoã, São Sebastião, Jardim Botânico, SIA, Estrutural, Guará I, Guará II, Parkway
CAPS I - BRAZILÂNDIA	Brazilândia
CAPS I - ISM	R Fundo I e II, Recanto das Emas, N Bandeirante, Candangolândia, Gama

Fonte: DISAM/SES 2018

A cobertura da RAPS no DF é verificada com base no indicador CAPS/100 mil, que possibilita verificar a evolução da implantação dos CAPS ao longo do tempo e permitir aos gerentes um planejamento de prioridades para ampliar a cobertura⁴⁹. O DF conta com índice de cobertura de 0,67 CAPS para cada 100 mil habitantes,

segundo os parâmetros do indicador esse índice caracteriza uma boa cobertura. Esse índice é reflexo da avaliação de todas as unidades de CAPS presentes no território do DF, sem distinção quanto as suas modalidades. Em uma análise por modalidade essa cobertura não se mostra satisfatória ao DF.

No sentido de aprimorar a RAPS-DF o Plano Diretor de Saúde do Distrito Federal⁴⁹, estipula para o quadriênio 2016-2019 como objetivo principal voltado a saúde mental, a consolidação e ampliação a Rede de Atenção a Saúde Mental (transtornos mentais, álcool e outras Drogas) para atenção aos cidadãos e suas famílias em todas as Regiões de Saúde do DF. Para a atual gestão, uma das ações fundamentais será a qualificação das estratégias de matriciamento das equipes da atenção básica para o manejo de demandas em saúde mental⁵⁰.

A consolidação da RAPS no DF poderá valer-se do AM como importante estratégia de capacitação e qualificação do cuidado em saúde mental, apesar de já está sendo desenvolvida por alguns CAPS, ainda apresentam tímidos resultados.

4. MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo-exploratório. Para Minayo⁵⁶, o método qualitativo possibilita submergir no contexto da história, as relações, percepções e opiniões dos sujeitos. Esse método considera que há uma relação indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. Permite ainda revelar processos sociais pouco conhecidos e construir novas abordagens, conceitos e categorias durante a investigação.

As pesquisas descritivas possibilitam uma visualização das características, fatores e variáveis do objeto de estudo, assim como as relações que o mesmo desempenha em um contexto⁵⁷.

Segundo Gil⁵⁸ as pesquisas exploratórias visam proporcionar familiaridade como o problema, tendo como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado.

A abordagem qualitativa possibilita captar a subjetividade dos sujeitos e proporcionar uma investigação mais aprofundada dos sentidos que os gerentes e profissionais têm a respeito do matriciamento em saúde mental, assim como os usuários tem percebido o atendimento as necessidades de saúde mental pelos profissionais que atuam na Atenção Básica, uma estratégia aproximativa para análise do apoio matricial em saúde mental nos territórios⁵⁹.

4.1 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido durante o curso de extensão formativo e participativo intitulado “Construção de indicadores para qualificação da gestão e do trabalho em Saúde Mental” como parte de uma pesquisa conduzida pelo Observatório de Políticas de Atenção em Saúde Mental (OBSAM), da Universidade de Brasília.

A realização do curso foi precedida de duas reuniões com a diretoria de Saúde mental e com os gerentes dos CAPS para apresentação do curso e da

proposta da pesquisa maior para manifestação de interesse e adesão. O apoio da gestão Diretoria de Saúde Mental do DF (DISAM) foi amplo, permitindo a participação de gerentes e profissionais quinzenalmente para atividade de educação permanente com carga horária de oito horas, no período de 07/11/2016 até 12/07/2017 para participar dos encontros temáticos.

Durante o curso foram desenvolvidas temáticas emergentes do cotidiano de trabalho e das práticas profissionais, somadas as experiências dos usuários no acesso e integração no contexto psicossocial, com os serviços de saúde. A problematização se deu por meio de grupos focais, realizadas nas dependências da Universidade de Brasília, com intuito de capacitar e levantar subsídios para elaboração de indicadores para a Saúde Mental no Distrito Federal. A temática “Matriciamento” foi escolhida como tema central do presente estudo, tendo em vista o crescente estímulo para a ampliação da rede de Saúde Mental e sua integração com a AB⁴⁹.

4.2 AMOSTRA DO ESTUDO

A amostra do estudo foi intencional por conveniência, contemplando todos os participantes do curso que estavam presentes no encontro temático que versou sobre o apoio matricial, contando com 9 gerentes, 13 profissionais e 7 usuários, totalizando 29 participantes. Todos assinaram o Termo de consentimentos livre esclarecido (Anexo 1) e o Termo de autorização do uso de imagem e som (Anexo 2).

A utilização da amostragem intencional pode ser útil para garantir a participação de uma amostra pequena com significância e representatividade, em uma dada localidade⁶⁰.

Os gerentes dos CAPS do DF foram inicialmente convidados a participarem do curso e estes indicaram os profissionais e usuários. O público inscrito no curso foi composto por um gestor, um profissional e um usuário de 15 CAPS do DF, sendo 15 gerentes, 15 profissionais e 13 usuários, totalizando 43 participantes. Não houve a indicação de usuários do CAPSi e Adolescente.

Foram excluídos do estudo os participantes que faltaram o encontro temático de “matriciamento”.

4.3 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta de dados contemplou: a aplicação de um questionário com questões fechadas e abertas (Apêndice A) para a caracterização do perfil sócio-profissional dos gerentes e profissionais de saúde e sócio-demográfico dos usuários dos serviços CAPS (Apêndice B); a realização de três grupos focais concomitantes divididos pelos segmentos representados neste estudo, gerentes, profissionais de saúde e usuários de CAPS, realizados no dia 17 de abril de 2017; e os registros de cada grupo focal que abarcaram extratos das discussões e aspectos subjetivos das falas dos participantes durante o grupo focal que contemplou o tema.

A condução do grupo focal dos segmentos de Gerentes e profissionais teve como instrumento norteador um roteiro semi-estruturado (Apêndice C) com quatro perguntas norteadoras, elaboradas coletivamente entre o grupo coordenador e demais integrantes envolvidos na organização e execução do curso em tela. Cada grupo focal teve duração média de 80 minutos.

O grupo focal é um método de coleta de dados construído por meio da perspectiva dialética, onde os integrantes do grupo estimulam o espaço de discussão possibilitando pensar novas concepções ou problematizar uma idéia ou tema em profundidade⁶¹.

Considerando que os usuários de saúde mental buscam os serviços da RAS para atender às suas demandas de saúde, foi utilizado um roteiro semi-estruturado (Apêndice D) com abordagem diferenciada, com o intuito de identificar como o atendimento realizado pelos profissionais na atenção básica é percebido pelos usuários, e ainda, identificar se os mesmos percebem uma articulação deste serviço com o CAPS na perspectiva do usuário.

Os conteúdos dos grupos focais foram gravados e transcritos na íntegra, e receberam uma identificação de acordo com o segmento representado, para Grupo Focal dos Gerentes - GFG, para Grupo Focal dos Profissionais – GFP, e para o Grupo Focal dos Usuários – GFU.

Para análise dos dados dos grupos focais utilizou-se a técnica de análise de conteúdo temática. Esse método possibilita a compreensão dos sentidos exteriorizados nas falas dos participantes do grupo focal, realizado em três etapas: a

pré análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação⁵⁹.

Para a caracterização do perfil dos participantes do estudo foi feita uma análise estatística descritiva simples, como frequência e média, por meio do software SPSS 22.0.

Os dados que subsidiaram a construção do PES para expansão e organização do apoio matricial no DF foram obtidos dos grupos focais e também da análise dos registros dos diários de campo realizados no decorrer do curso que continham conteúdos relacionados ao objeto de investigação deste estudo. Estes conteúdos foram submetidos à leitura interpretativa para identificar elementos que subsidiaram a problematização e discussão do PES, na ótica do referencial teórico metodológico da proposta de Matus⁴⁷ do MAPP. Esse método foi escolhido por sua praticidade em proporcionar o planejamento local adequado às necessidades do AM em saúde mental e seguiu as quatro etapas propostas: momento explicativo, momento normativo, momento estratégico e momento tático-operacional.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo é um recorte do projeto Guarda Chuva “Reorganização dos e nos processos de trabalho na Rede Atenção Psicossocial mediada pela avaliação participativa” do OBSAM, sob a coordenação da Professora Maria da Glória Lima. O Projeto recebeu apoio financeiro do Fundo Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e obedeceu às normas éticas estabelecidas pela Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo submetido a Plataforma Brasil. Foi aprovado pelos Comitês de Ética da Universidade de Brasília e da Fundação de Ensino e Pesquisa de Ciências da Saúde (FEPECS), no dia 03 de agosto de 2017, segundo protocolo de Nº 2.200.022 e em 12 de setembro pelo protocolo de Nº 2.270.086 respectivamente.(Anexo 3 e 4)

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo são apresentados em quatro eixos. O primeiro contempla os resultados da caracterização do perfil dos gerentes, profissionais e dos usuários de CAPS do Distrito Federal. O segundo eixo “O Apoio Matricial em Saúde Mental e sua articulação com a Atenção Básica no Distrito Federal”, abarca os resultados dos grupos focais realizados com os segmentos dos gerentes e dos profissionais de saúde dos CAPS, quanto as percepções sobre o apoio matricial onde reuniram-se os sentidos mais relevantes e apresentadas em duas classes temáticas, a primeira discute: O apoio matricial como dispositivo de gestão e da atenção em saúde mental no SUS: saberes e práticas, e a segunda classe traz “A Implementação do Matriciamento na SES/DF: conquistas e desafios” O terceiro eixo contempla as “Percepções dos usuários acerca das competências da AB para inclusão de ações de Saúde Mental.” e a acessibilidade aos serviços da AB no atendimento as demandas de saúde mental. O quarto eixo, por fim, apresenta “O Planejamento Estratégico e o Apoio Matricial par ao Fortalecimento da RAPS no Distrito Federal” cuja proposta envolveu em sua construção as problemáticas mais frequentes na percepção dos gerentes e profissionais para implementação do AM.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

O resultado dos perfis dos participantes do estudo foram organizados e apresentados em dois subgrupos, o primeiro integrou o perfil sócio-profissional dos 22 gerentes e profissionais e o segundo o perfil sócio-demográfico dos 7 usuários que concordaram em responder o questionário.

Perfil sócio-profissional dos gerentes e profissionais de saúde dos CAPS

Em relação aos resultados do perfil sócio-profissional dos 22 participantes, contemplando os gerentes e profissionais, verificou-se que 16 (72,7%) são do sexo feminino e 6 (27,3%) do sexo masculino. Pesquisa⁶² indica que a saúde ainda é majoritariamente composta pelo público feminino. Estes apresentam uma média de idade de aproximadamente 38 anos, com idades variando entre 26 e 57 anos.

Em relação a identificação da composição da categoria profissional desses dois segmentos evidenciou-se o predomínio de Psicólogos, com 9 (40,9%) participantes, seguido de 6 (27,3%) Enfermeiros, 3 (13,6%) Assistentes Sociais, 3

(13,6%) Terapeutas Ocupacionais e 1 (4,5%) Técnico de Enfermagem. Essa distribuição das categorias profissionais é reflexo da composição multiprofissional apresentada pelos CAPS, em conformidade com a Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011 e sua atualização a Resolução Nº 32, de 14 de Dezembro de 2017^{6,7}.

Quanto ao cargo ocupado, foi detectado que 9 (40,9%) participantes estão em cargo de gerência do CAPS e 13 (59,1%) são profissionais assistenciais, todos apresentam uma carga horária de 40 horas semanais e 17 (77,3%) tem vínculo empregatício apenas com a SES/DF. A carga horária somada à vinculação exclusiva ao serviço do CAPS pode favorecer o engajamento do profissional com as atividades de apoio matricial.

Nesse grupo foi observado que 8 pessoas (36,4%) possuem especialização na área de saúde mental, 7 pessoas (31,8%) apresentam especialização em outras áreas e 7 pessoas (31,8%) não possuem especialização. Para efetivação do AM como estratégia de suporte técnico pedagógico voltado a Atenção Básica, se faz imprescindível a capacitação dos matriciadores, e uma forma de estimular essa capacitação é o incentivo a pós-graduação dos profissionais em saúde mental⁶³.

Perfil sócio-demográfico dos usuários dos CAPS

O grupo de usuários dos CAPS foi composto por 7 pessoas, destes 6 (85,7%) do sexo masculino e 1 (14,3%) do sexo feminino. Considera-se que essa hegemonia de participantes do sexo masculino possa ser justificada devido ao maior número de usuário procedentes do CAPS ad. Esse dado também foi evidenciado no estudo de Monteiro⁶⁴, onde o mesmo argumenta que o baixo número de mulheres pode estar ligadas às questões culturais e relacionadas aos aspectos de gênero imposto pela sociedade que levam as mulheres retardarem a procura ao CAPS, em especial na modalidade álcool e drogas⁶⁴.

Os usuários apresentam média de idade de 39 anos, variado entre 24 e 59 anos. Quanto ao estado civil 6 (85,7%) são solteiros. Quanto a escolaridade do grupo há certa heterogeneidade, 3 (42,8%) pessoas apresentam nível superior, 2 (28,5%) pessoas nível médio, 2 (28,5%) pessoas nível fundamental e 1 (14,2%) pessoa é alfabetizada. Contudo a escolaridade não é acompanhada da oportunidade de emprego, pois 4 (57,1%) usuários desenvolvem atividade laboral remunerada em

atividades informais. A dificuldade em encontrar uma oportunidade de trabalho segundo Mombelli, Marcon e Costa⁶⁵, pode estar relacionada a falta de concentração, sonolência, perda da capacidade motora devido ao uso dos medicamentos e as faltas frequentes, ocasionando uma dificuldade em desempenhar por longo tempo as atividades laborais. Por outro lado, há necessidade de refletir a dimensão do trabalho no processo de reabilitação e inclusão social em face aos mecanismos de proteção dos usuários quanto a seguridade social e a necessidade de pertencimento, utilidade e produção social como fatores de restabelecimento e de cidadania, em iniciativas de economia criativa e solidária são promissoras para a valoração de princípios éticos e sociais⁶⁶.

Todos os usuários participantes residem com seus familiares. Essa dependência pode estar relacionada às limitações sócio-laborais ou mesmo ser explicado devido à recorrência das crises e recaídas ocasionadas pelos transtornos mentais e/ou uso de drogas. Nesse sentido o apoio familiar pode contribuir para uma melhor adesão ao tratamento⁶⁷.

5.2 O APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL E SUA ARTICULAÇÃO COM A ATENÇÃO BÁSICA

Neste eixo temático são contemplados os sentidos atribuídos pelos gerentes e profissionais de saúde de CAPS do DF, sobre como compreendem e operacionalizam o AM na prática profissional e no território adstrito, onde resultaram em duas classes temáticas, a primeira: “O apoio matricial como dispositivo de gestão/atenção em saúde mental no SUS: saberes e práticas” e a segunda: “A Implementação do Matriciamento na SES/DF: conquistas e desafios”

5.2.1 - O apoio matricial como dispositivo de gestão e da atenção em saúde mental no SUS: saberes e práticas

Nesta classe temáticas e discute como o conceito de AM é compreendido pelos os profissionais e gerentes, como tem ocorrido a sua operacionalização e o papel da gerência na implementação do AM.

Percepções dos gerentes e profissionais de saúde dos CAPS sobre o apoio matricial em saúde mental

Os gerentes e profissionais de saúde dos CAPS ao falarem nos grupos focais, sobre como compreendem o apoio matricial, destacam que ele é um importante dispositivo para qualificar o cuidado em saúde mental na AB. Ambos reproduzem nas narrativas, as dimensões conceituais e práticas descritas na literatura, entendendo o AM como uma ferramenta de gestão para capacitar e disponibilizar retaguarda técnica para as equipes de referência, em especial da Atenção Básica, com intuito de proporcionar autonomia para atender e resolver os casos leves em SM⁶⁸.

O AM na percepção dos gerentes possibilita o compartilhamento de conhecimento em saúde mental com outros serviços presentes na comunidade, e desta maneira, favorecem o cuidado em saúde mental tendo com principal via a AB. Nesse sentido, a abordagem da AB na recuperação e prevenção de agravos em saúde mental, repercute diretamente no cuidado prestado nos CAPS, por permitir o ordenamento do fluxo de encaminhamentos e a redução da demanda de usuários que procuram pelos serviços do CAPS, uma vez que poderiam ser atendidos na AB.

Os gerentes atribuem ao matriciamento características que se aproximam da proposta do conceito de apoio institucional que propõe o repensar no modo de fazer gestão. Por outro lado, os profissionais de saúde trazem de forma central o apoio matricial como um dispositivo inerente ao trabalho, onde é essencial atuar para fora do espaço institucional do CAPS, buscar o território e estabelecer encontros entre pessoas para permitir a construção e o fortalecimento das redes.

Essa questão de entendimento de trabalhar com território [...] esse entendimento que é preciso sair do CAPS para poder fazer a rede, você não faz a rede com telefone, você faz com pessoas, contato pessoal, olhando olho no olho, pra mim é isso que faz rede. GFP

Os profissionais de saúde dos CAPS trazem expressivamente o AM como uma ferramenta de vinculação e aproximação do CAPS com os profissionais da AB, para qualificar e capacitar os profissionais da AB sobre as principais demandas e formas de cuidado em saúde mental. Sugerindo que essa vinculação possa ser construída por meio de encontros informativos para discutir sobre o trabalho do

CAPS e os recursos potenciais da rede que podem ser acionados para potencializar o cuidado em saúde mental.

[...] o matriciamento tem seguido um formato, a gente vai ao centro de saúde, se apresenta, faz uma roda de conversa, entende um pouco como nós podemos contribuir dentro daquela realidade e daquele serviço. [...] Eles [profissionais da AB] têm muitas dúvidas sobre a rede então é o momento que a gente fala sobre a rede, sobre quais serviços recorrer e em que momento. GFP

Na fala desses profissionais de saúde dos CAPS, o AM pressupõe uma rede articulada e integrada onde todos os atores envolvidos nessa ação possam contribuir com a construção do cuidado em saúde mental pautado nos preceitos da clínica ampliada. Corroborando com a visão preconizada pelo MS³⁷, onde o apoio matricial deve ser visto como uma ferramenta de transformação das práticas de saúde, focada não só no processo de saúde e doença, mas nos processos e nas relações entre equipes e pessoas.

O AM estimula a criação de espaços dialógicos que permitem a troca de conhecimentos, a capacitação e a aprendizagem, extrapolando o seu objetivo de suporte técnico-pedagógico, tendo em vista que essas características favorecem a vinculação dos profissionais e com isso uma melhor articulação dos pontos de atenção que compõe a RAPS⁴¹.

Nesse sentido, os profissionais alertam que as ações de AM ainda são pouco compreendidas tanto pela equipe matriciadora quanto pela equipe referência, o que vem ocasionando resistência e falta de adesão a proposta, com o argumento que falta informação ou preparo profissional para desenvolver essa estratégia na AB. Contudo, compreendem que o matriciamento é uma estratégia fundamental para a imersão no território e aproximação da AB, pois os CAPS não suportarão a demanda se continuarem a trabalhar isoladamente.

O que eu acho é que ainda falta muita informação, tanto pra quem matricia, quanto pra quem recebe o matriciamento. GFP

A falta de clareza por parte dos profissionais e gerentes da SM quanto a proposta do AM reflete diretamente na recepção das equipes de referência desse

apoio, sendo um obstáculo na vinculação entre os diferentes serviços. Segundo Blanes e Ferigato⁶⁹ a compreensão da temática não é suficiente para o sucesso da estratégia de AM, é necessário ir além, buscando uma reestruturação do pensar, agir e do modo de fazer saúde. Pesquisas^{69,70,71} que envolveram como participantes profissionais e gerentes que atuam nos CAPS, constataram que estes ainda não tem uma concepção clara sobre o AM e sua aplicação na AB.

À medida que o grupo vai se soltando, em ambos os grupos de gerentes e de profissionais de saúde, começam a mencionar sobre os desafios encontrados para se avançar na implementação dessa ferramenta no território de abrangência.

Alguns profissionais dos CAPS reconhecem que o matriciamento na AB está sendo uma experiência nova a ser construída e aprendida, ressaltando a importância dos CAPS estarem presentes no território para fortalecer as ações do AM. Essa percepção pode contribuir no aprimoramento da competência técnica desejada para a AB, para que assim possa capacitar a equipe de referência a realizar uma escuta qualificada e prestar cuidados em saúde mental dentro da sua complexidade de atenção.

A operacionalização do AM no território

A problematização sobre a operacionalização do AM no âmbito dos territórios de atuação dos CAPS verificou que os gerentes dos CAPS identificam de forma enfática, que as ações de matriciamento nos territórios é uma prioridade para a gestão atual. Eles acrescentam que fazem uso de uma metodologia própria para a implantação dessa estratégia na AB, composta por três etapas: a sensibilização, a capacitação e, por último o AM de fato.

A sensibilização, na visão dos gerentes e profissionais do CAPS, é fundamental para a adesão dos envolvidos na equipe de referência, pois possibilita estabelecer compromissos com os gerentes da AB para garantir que as ações de matriciamento sejam contínuas e que possam estimular a participação dos profissionais da AB nos espaços de discussão.

A gente tem que ir bem antes com esses profissionais e fazer uma sensibilização, uma capacitação. Eles são carentes, assim do mínimo em saúde mental. GFG

E ai a gente foi qualificando essas equipes e empoderando essas equipes, para começar a solucionar problemas ou situações que até então só despachava [encaminhava]. As equipes foram começando a andar com as próprias pernas, entendendo que o atendimento não era nem um bicho de 7 cabeças, que a maioria das demandas de saúde mental era de problemas muito mais além do que a necessidade de trocar uma receita. GFP

A preocupação das equipes matriciadoras em estabelecer etapas para a implementação do AM é uma importante iniciativa, tendo em vista que os serviços da AB apresentam uma abordagem própria e que nem sempre esta caberá as demandas em saúde mental. Deste modo as etapas de sensibilização, capacitação e AM de fato, constituem uma sequência de abordagens que fortalecem gradativamente o vínculo entre as equipes e, para, além disso, promovem a educação continuada.

Uma pesquisa realizada por Dimenstein et al⁷² com profissionais da AB que participavam do matriciamento, trouxe como resultado o desejo e a importância dada pelos profissionais da AB ao acolhimento acerca da temática de saúde mental, por meio de capacitações, treinamentos e/ou palestras, para a equipe.

Para além da vinculação e abordagem dos profissionais da AB, por meio do apoio matricial, os gerentes identificam a necessidade de mapear e delimitar o território de abrangência do CAPS, afim de priorizar as regiões onde será iniciado o AM, baseado em critérios de maior incidência de encaminhamentos, distância e demanda. Após realizarem o mapeamento, observaram que a territorialização da AB não coincide com a dos CAPS. Neste caso, a quantidade de equipes de ESF e UBS para serem matriciadas são maiores do que a equipe de matriciadores pode acolher.

A gente atende pacientes de várias regiões e o centro de saúde, e ele não quer atender os pacientes da gente porque é de não sei aonde [fora do território de abrangência], por que assim tem essa dificuldade se a pessoa não morasse naquela região, ele não era atendido. GFG

A gente tem muita dificuldade, acho que quanto mais não delimitado seu território mais problema você tem de matriciamento. GFP

Segundo Farias⁷³ a mudança promovida com a implementação do AM deve ocorrer respeitando as singularidades de cada território, permitindo que as ações de AM possam variar entre as localidades, uma vez que se constitui uma metodologia de trabalho que possibilita que seus conceitos e práticas possam a todo tempo serem avaliados e modificados. Para tal mudança os profissionais e gerentes que atuam nos CAPS devem se inserir no território adstrito para aproximar e estreitar relações com os serviços ali presentes e principalmente com a comunidade.

Os gerentes e profissionais referem que a equipe matriciadora dos CAPS possui composição multiprofissional, e citam que as categorias profissionais mais presentes são: Enfermeiros, Terapeutas Ocupacionais, Psicólogos, Assistente Sociais e Psiquiatras. Os profissionais de nível técnico integram as equipes para auxiliar no matriciamento.

A periodicidade dos encontros de matriciamento relatada pelos participantes do estudo varia de acordo com a localidade do CAPS e o tamanho do território onde está inserido. Os gerentes representam nove CAPS, estes relataram a frequência de atividades de AM em seu CAPS, onde: quatro CAPS realizam semanalmente, dois o fazem quinzenalmente, dois fazem mensalmente e um ainda não tem uma rotina de atividades pré-estabelecida.

As estratégias mais utilizadas no matriciamento com a AB consistem em visitas compartilhadas, estudos de caso complexo, palestras e interconsultas, destes procedimentos o que tem obtido resultado mais positivo é o estudo de caso complexo entre as equipes matriciadoras e de referência.

Dentre os dispositivos que são matriciados e elencados tanto por gerentes quanto por profissionais como dispositivos prioritários estão às equipes da ESF, as equipes das UBS e os NASF. Outros dispositivos da RAPS citados como potenciais para receber o AM são os Prontos Socorros dos Hospitais Gerais, Unidades de Pronto Atendimento e as Clínicas da Família. Na comunidade, há outros dispositivos que são acionados para auxiliar e integrar as ações de AM como o CRAS, CREAS, Centro POP, Ministério Público, Igrejas e Centro Olímpico.

Segundo a fala de gerentes e profissionais de saúde ligados ao atendimento do público infanto-juvenil, o CAPSi apresenta uma particularidade quanto aos dispositivos que recebem ações de matriciamento, visto as peculiaridades do público atendido, sendo apontado como dispositivos prioritários os conselhos tutelares e

escolas públicas. Neste caso, esses segmentos acrescentam que a integração com AB ainda se encontra incipiente, dada a baixa incidência de encaminhamentos e detecção de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes por esse serviço.

Uma ferramenta que vem sendo utilizada por gestores e profissionais, para diminuir a distância física entre os serviços da SM e da AB é a utilização do aplicativo Whatsapp[®], onde por meio de um grupo são discutidos casos e realizadas consultas rápidas a equipe matriciadora. Essa ferramenta tem favorecido a permeabilidade na comunicação, diminuindo assim as dificuldades de integração entre as equipes matriciadas e matriciadoras.

A gente criou um equipamento trabalhoso, mas que eu acho que foi bem bacana, que foi um grupo de apoio matricial no Whatsapp[®],[...] eles são inseridos nesse grupo e quando surgem dúvidas ou um manejo que precisam de apoio, eles chamam a equipe [matriciadora]. GFP

A introdução dessas tecnologias de comunicação na organização do trabalho tem favorecido a agilidade no serviço, uma vez que possibilitam um canal de comunicação intermitente. Para além do uso das tecnologias no cuidado em saúde mental é fundamental que a comunicação presencial face a face se faça presente, pois permite criar laços concisos e duradouros entre pessoas, diferentemente dos laços virtuais⁷³.

Na medida em que ocorre a operacionalização do AM, essa estratégia legitima-se como uma ferramenta de apoio à reorientação do modelo de gestão/atenção em saúde, sendo considerada importante ferramenta no cenário da RAS, favorecendo a integração, articulação dos serviços e a melhor qualificação dos profissionais envolvidos com o matriciamento.

O uso de tecnologias de comunicação, a exemplo do Whatsapp[®] valorizado pelos gerentes e profissionais de saúde deste estudo merece uma reflexão minuciosa, tanto pela utilidade positiva desse recurso que aperfeiçoa a organização do trabalho da equipe do CAPS com a rede de serviços, quanto os cuidados éticos e legais necessários para não incorrer em danos a exposição da identidade do usuário e de profissionais. Para além do uso das tecnologias no cuidado em saúde mental é fundamental que a comunicação presencial face a face se faça presente, pois

permite criar laços concisos e duradouros entre pessoas, diferentemente dos laços virtuais⁷⁵.

A gestão e sua interlocução com o AM

A gestão apresenta um caráter ordenador do AM no território, por suas responsabilidades e deveres que favorecem ou não a execução do mesmo, segundo as percepções dos gestores. Dentre as atribuições privativas aos gerentes estão as pactuações no colegiado gestor, deliberações de ações prioritárias para os CAPS, liberação de carga horária dos profissionais para o matriciamento e composição da equipe matriciadora. Essa visão é unânime entre os gerentes que, por conseguinte ressaltam que a prática nem sempre contribui para realização desses deveres.

A gente realmente tem um papel estratégico de ir junto né, de fazer ali junto mesmo, de estimular, de acreditar no potencial da equipe né. GFG

O apoio institucional permeia as falas dos gerentes, contudo não há conceituação bem definida sobre a temática, ocasionando uma junção entre apoio institucional e apoio matricial.

Esse adensamento dos conceitos pode ser avaliada como benéfica a gestão, tendo em vista que são estratégias complementares, o apoio institucional voltado ao repensar a gestão sob novas perspectivas do planejamento, coordenação e avaliação. Enquanto o AM se destina a organização do trabalho pautado na capacitação técnica de uma equipe de referência. Para um gestor, ter em mente esses dois conceitos é fundamental, mesmo que pouco delimitados, pois possibilita estreitar o distanciamento que ainda hoje existe entre a gestão e a assistência^{39,40}.

Os profissionais destacam que o AM tem evoluído na sua articulação com a rede de saúde, porém, ainda é visto como uma estratégia informal de trabalho em que as relações são feitas de maneira pontual e onde eles buscam seus contatos pessoais ou mais próximos, quando existe necessidade. Para superar essa informalidade, os gerentes apontam que é necessário uma pactuação com dia, horário e local pré-estabelecido para as ações de AM afim de manter contato contínuo com a equipe de referência.

[...] Realmente ter um horário na agenda do matriciamento, fazer toda a logística. Não adianta ficar só de boca, a gente tem que estruturar a coisa,

senão não funciona. GFG

Que seria a ponta [AB] atender e a gente [CAPS] matriciar, a equipe não compreendeu que essa seria a melhor forma, embora a gente faz uma rede mais pessoal, muitas equipes contam com a gente assim “ah, pede um parecer da psiquiatria, da neurologia” acham que isso já estão matriciando. GFP

Para Castro e Campos o estabelecimento de agendas regulares com datas pré-estabelecidas para a discussão de caso, pactuação de linhas de intervenção, elaboração de projetos terapêuticos entre outras atividades, fortalece as ações de matriciamento e garante continuidade das ações de capacitação e suporte técnico aos profissionais da AB⁷⁵.

Os profissionais e gerentes concordam que os espaços coletivos como o colegiado gestor ou a reunião de rede é um momento oportuno para pactuação de objetivos comuns entre a SM e a AB, em especial o AM, pois ali é reunido representantes de vários segmentos da saúde.

5.2.2 A Implementação do Matriciamento na SES/DF: conquistas e desafios

A articulação entre os serviços da RAPS foi ponderada por gerentes e profissionais em suas falas como um dos grandes ganhos para a Saúde Mental, pois facilita o acesso dos usuários de saúde mental aos serviços de saúde por outras vias que não o CAPS.

No matriciamento a gente começou a perceber e encontrar as pessoas [de outros serviços], melhorou realmente a comunicação com a Atenção Básica. GFG

A criação da RAPS favoreceu a vinculação entre serviços e dispositivos que antes trabalhavam de forma isolada e que se comunicavam por meio de encaminhamentos. Sob a ótica de Cavalcante et al⁷⁶, quando a AB realiza o encaminhamento ao CAPS ou um serviço especializado, como principal ação de saúde mental, há diminuição da capacidade resolutiva e transferência de sua responsabilidade. Nesse sentido a implementação do AM possibilita que esses serviços que compõe a RAPS possam cooperar entre si, por meio de capacitação e

trabalho conjunto em prol do usuário em Saúde mental rompendo a idéia do encaminhamento ao CAPS como único serviço de atenção em Saúde Mental.

O fato de o matriciamento propiciar uma abordagem integral, pautada nos preceitos da clínica ampliada, exige a presença de uma equipe multiprofissional integrada que atue no sentido de favorecer o cuidado integral ao usuário, fora do CAPS. Esse tipo de abordagem foi apontado tanto por gerentes quanto pelos profissionais como sendo uma grande ganho para integrar e estimular a participação das diversas categorias profissionais em prol do cuidado em saúde.

Os profissionais destacam que outro grande ganho para as equipes que participam do AM é a possibilidade de troca de conhecimentos entre os profissionais envolvidos no processo de matriciamento, pois a qualificação se dá no sentido da Atenção Básica que se apropria de um saber da saúde mental e também dos matriciadores como especialistas em saúde mental, que se aproximam e apropriam do contexto de trabalho da AB.

Na avaliação dos gerentes e profissionais dos CAPS o AM tem contribuído como uma importante ferramenta de Educação Permanente, uma vez que a integração entre as equipes matriciadoras e de referência trabalham sob a ótica da corresponsabilização dos casos, segundo MS, essa educação permanente pode ocorrer no momento das discussões e consultas conjuntas, na construção de projetos terapêuticos e nas intervenções com os usuários e familiares¹⁵.

A elaboração de instrumentos que facilitem a abordagem mais detalhadas da equipe de referência, foi apontada pelos trabalhadores como uma forma de amplificar a sensibilidade na detecção de casos que necessitem de uma atenção em saúde mental. E que quando utilizados pelas equipes de ESF, possam fornecer subsídios para uma abordagem mais holística.

Os gerentes apontaram como conquista obtida através da articulação dos serviços da RAPS, a regulação do ambulatório de psiquiatria nos hospitais regionais. Esse ganho possibilitou organizar o fluxo de encaminhamentos que antes eram realizados pela AB, otimizar a carga horária dos médicos psiquiatras e favorecer a visibilidade das atividades de matriciamento.

Um diferencial que nós sempre tivemos, foi ter a regulação do ambulatório [...] isso facilita muito a comunicação, ajuda a gente a encontrar o

paciente, a localizar muito mais fácil a condição de tratamento dos pacientes. GFG

Os gerentes e profissionais após verbalização da concepção do matriciamento relataram os desafios que dificultam a implementação do AM nos CAPS e a articulação com a AB, aqui organizados e agrupados em obstáculos estruturais, organizativos e profissionais.

Dentre os desafios estruturais, os profissionais e gerentes destacaram o impacto da falta de meios de comunicação disponíveis na rede de saúde do DF para favorecer o cuidado em saúde, pois não se consegue acessar os serviços por meio telefônico, internet e nem pessoalmente dado a falta de transporte, o que acaba dificultando o acesso das equipes matriciadoras às equipes de referência.

Para um gestor, essas dificuldades estruturais embora possam limitar a realização do AM, não devem ser preponderante e nem sempre implicam diretamente na sua execução, conforme o gestor instiga e ilustra em sua fala:

A gente sabe o que ocorre, têm serviços com muitos servidores, com carro, com horas [para matriciamento], com gente disposta, com equipe de ESF disposta a receber, mas a equipe [matriciadores] não sai da unidade. GFG

Recentemente os carros que ficavam a disposição dos CAPS foram direcionados a outros serviços, esse fator pode ser um dificultador do AM, tendo em vista que os CAPS abrangem mais de uma região administrativa e que estas muitas vezes estão distantes umas das outras ou apresentam um território grande que dificulta o acesso por outro meio.

Já no quesito dos obstáculos organizativos a reorganização do serviço interno do CAPS foi destacada pelos gerentes para efetivação do AM. A carga horária de gestão destinada a tal tarefa muitas vezes é insuficiente ou inexistente e os profissionais apontam que a participação do gestor nas atividades de matriciamento é essencial, pois aumenta o comprometimento da equipe e fortalece o contato com AB.

O nosso papel de gestor é muito importante, tem responsabilidades que são da equipe, mas tem responsabilidades que são nossas. Então somos nós que vamos ao colegiado gestor, mas somos nós que vamos sentar,

programar essas horas [referente ao matriciamento], serão tantas horas para isso, aquela pra aquilo. GFG

No que diz respeito à carga horária dos profissionais há uma divergência entre os gerentes. Enquanto alguns encontram dificuldade em abrir mão da agenda de oficinas terapêuticas e liberam uma carga horária mínima para os profissionais comporem a equipe de matriciadores, outros realizam rodízio entre profissionais que fazem o matriciamento, ocorrendo de forma irregular. Para os profissionais essas alternativas dificultam a continuidade das ações planejadas e interrompe a vinculação com as equipes de referência.

Gerentes e profissionais afirmam que outro fator que interfere nas ações de AM a rotatividade de diretores e de gerentes tanto da SM quanto da AB. Essa alteração tem como consequência a desconstrução das pactuações estabelecidas e descontinuidade das ações. Eles acrescentam que o matriciamento por ser uma ferramenta de trabalho que traz resultados significativos a médio e longo prazo, comumente fica invisível aos olhos da gestão central, que tem realizado investimentos em outras ações, com resultados em curto prazo, porém de baixa resolutividade.

[...] teve mudanças da nossa diretoria de saúde mental e da DIRAPS (Diretora de Atenção Básica à Saúde), passou por 3 diretoras nesse período. Então toda vez que muda, a gente tem que ir lá fazer eles comprarem a proposta do matriciamento. GFG

No tocante aos obstáculos profissionais encontrados na AB comumente estão relacionadas à resistência dos profissionais em compreender o matriciamento como uma ação benéfica ao cuidado em saúde. Alguns integrantes da equipe de referência ainda recusam realizar troca de receitas e acompanhar pacientes que demandem cuidados em saúde mental.

De acordo com os profissionais e gerentes a AB tem se sensibilizado e compreendido a importância do AM, porém, ainda existem unidades que a interpretam como uma atividade sem propósito ou como transferência de trabalho e de responsabilidade.

Por que você vai lá pra falar de matriciamento eles já pensam “ah, vem trazer trabalho pra gente né. GFP

A forma limitada como alguns profissionais do CAPS ou da AB visualizam a política do AM, é percebida pelos profissionais e gerentes como dificultador da expansão da estratégia de matriciamento, deixando mais distante a concretização de seus ideais e sua efetivação como recurso de capacitação. Neste sentido a superação da lógica do atendimento fragmentado fica também mais difícil e o paciente acabará por sofrer os reflexos dessa situação⁷⁷.

Outro fator profissional que influencia diretamente nos resultados obtidos com o AM é sentimento de impotência frente a dimensão do território e a demanda que só aumenta, identificado por profissionais e gerentes em suas falas. E que esse fato tem gerado desgaste físico e emocional na equipe, pois suas ações nem sempre obtém sucesso na mudança de hábitos já instituídos nos profissionais de referência.

Muitas vezes nos sentimos como uma formiguinha numa imensidão. Mas é preciso fazer alguma coisa, é preciso trabalhar nessa linha de frente. GFG

O CAPS é um serviço fundamentalmente de base territorial, ou seja, inserido em uma comunidade ou macro-região, que utiliza recursos e dispositivos da mesma para se vincular com os usuários e elaborar um plano terapêutico singular sem que o mesmo rompa com o vínculo familiar e comunitário. Nesse sentido os profissionais do CAPS devem conhecer esse território adstrito ao CAPS, para que seja possível ordenar a rede de cuidados, articulando dispositivos e serviços disponíveis. Segundo Ferreira et al⁷⁸, a grande fragilidade no tocante a territorialização vai além da definição de limites geográficos, mas a caracterização das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários que recebem a atuação das equipes de saúde mental.

Quando as equipes matriciadoras têm consciência de todas dimensões do território de atuação, a elaboração de um plano de ação em matriciamento se torna mais factível, possibilitando delimitar frequência de visitas, número de matriciadores necessários, carga horária disponível e necessária, entre outros critérios para que haja uma cobertura ideal das ações de matriciamento. Esse delineamento territorial quando inexistente ou feito de maneira equivocada pode levar a ineficácia das ações ou contribuir para a iniquidade da atenção em saúde^{73,79}.

A presença do médico na equipe matriciadora ainda é muito questionada pelos profissionais da AB, uma vez que esses não visualizam resolutividade no trabalho, por acreditarem que o grande empecilho para o atendimento de casos de Saúde Mental na AB seja a falta de capacitação para prescrição das medicações, em especial os psicotrópicos.

[Referente a aceitação do matriciamento] Foi boa e foi ruim, foi ruim porque quando falei que não ia médico, falavam assim “ai meu Deus do céu, e agora, e as receitas” e foi bom, porque a medida que eu fui eles não ficaram preso a isso, passamos a discutir o caso. GFG

Nesse sentido os profissionais e gerentes identificam a necessidade da desconstrução da medicalização e centralização do poder na figura do médico. Segundo Pinto et al²⁵ uma das solicitações mais frequentes as equipes matriciadoras é a consulta médica, reforçando a presença ainda do modelo biomédico. Nesse sentido a participação médica na equipe matriciadora contribui e fortalece as ações em saúde, contudo a equipe multiprofissional não deve restringir suas ações pela ausência do médico.

Faz-se necessário um grande investimento na qualificação dos profissionais para superar a fragilidade e insegurança no trabalho das equipes matriciadoras e de referência, ampliando seus saberes e fortalecendo suas práticas, para a superação de velhos paradigmas em relação à visão da pessoa em sofrimento mental ou em relação à visão do trabalho com foco biomédico⁸⁰.

O cuidado em saúde mental deve perpassar por qualquer agravo em saúde, sendo interpretado como um elemento fundamental na abordagem em saúde, independente do ponto de acesso a rede de saúde. Nesse sentido, alguns estudos^{72,81} realizados com profissionais da ESF apontam a relevância de estratégias de vinculação e capacitação como o AM tem favorecido essa transversalidade da saúde mental nos diversos pontos de atenção em saúde.

Apesar das dificuldades encontradas no trabalho com apoio matricial, há vários aspectos positivos que o confirmam como um potente instrumento de cuidado colaborativo entre os profissionais que compõem a rede de saúde do SUS.

5.3 Percepções dos usuários acerca das competências da AB para inclusão de ações de Saúde Mental

No grupo focal dos usuários buscou-se explorar a sua percepção quanto ao atendimento realizado pelos profissionais de saúde da AB, como ocorre o acolhimento das demandas de saúde mental e se as ações atendem as necessidades de saúde dos usuários que possuem histórico de atendimento no CAPS. Nesse sentido os resultados trazem a tona aspectos na perspectiva do usuário de saúde mental, como sujeito que busca nos serviços da AB atendimento as suas demandas de saúde.

A percepção dos usuários quanto à vinculação do CAPS com a AB, pode ser avaliada quando eles detalham a qualidade e o empenho do atendimento que profissionais empregam em suas abordagens nos serviços da AB, como os Centro de Saúde e ESF.

Os usuários afirmam que ainda falta capacitação por parte dos profissionais da AB para atender não somente as demandas de Saúde Mental, mas ao usuário como um todo. Eles criticam de forma contundente, que o apoio prestado pela AB se limita geralmente a trocas de receitas, e sem efetividade, obrigando-os com frequência a aguardarem disponibilidade de consulta no CAPS para conseguirem continuar seu tratamento medicamentoso. Acrescentam que sofrem preconceito e falta de acesso para serem atendidos na AB, mesmo na presença de comorbidades como hipertensão e ou diabetes mellitus.

*Eu mesmo não sou acompanhado pelo posto de saúde, só pelo CAPS mesmo. Até mesmo pela dificuldade de ser atendido. Aí eu nem vou.*GFU

Eu consulto no posto de saúde, só que eu acho que não sei se eles estão preparados para ter esse acompanhamento psicológico. GFU

Os usuários revelam em suas falas se ressentirem que não contar com uma escuta qualificada para as suas demandas de saúde no âmbito da AB. Essa escuta qualificada é um recurso de tecnologia leve, segundo os usuários tem encontrado nos CAPS, favorecendo a compreensão dos aspectos que compõem seu meio social e suas singularidades na perspectiva do cuidado integral⁸².

O CAPS foi descrito pelos usuários como um serviço completo, pois além de atender as demandas de saúde, atende também, as demandas sociais por meio de benefícios como transporte, alimentação, benefícios sociais. Os usuários associam que esse cuidado tem como fator importante a presença de uma equipe multiprofissional, que trabalha de modo integrado, possibilitando favorecer o cuidado integral ao usuário, na perspectiva de saúde da clínica ampliada.

Por outro lado, essa atenção das necessidades de saúde concentrada no CAPS, pode também se traduzir em uma fragilidade na implementação adequada do AM:

[...] o CAPS tem um clínico. Esse clínico se torna mais atencioso do que o clínico no posto. GFU

Eu até o remédio da pressão é através do CAPS. GFU

O trabalho interdisciplinar e multidisciplinar é estimulado à medida que a especialidade é colocada a favor do usuário e em prol do trabalho em equipe, permitindo o aprimoramento do conhecimento e do desempenho técnico em determinada área de atuação, com isso haverá uma maior produção em saúde e uma melhora nos resultados alcançados⁴¹. Essa lógica da interdisciplinaridade estar a serviço dos usuários, também pode transcender para a otimização dos serviços da RAPS, em seus diferentes níveis de atenção e de responsabilidade para responder aos problemas de saúde.

Outra importante ferramenta que tem promovido acesso a outros serviços da rede, na visão dos usuários, são os encaminhamentos feitos de modo consciente e com co-responsabilidade. Em suas falas demonstram que quando são avaliados por um profissional e este realiza o encaminhamento a outro serviço, usando estratégias de relatórios ou o contato direto com o outro profissional, as chances de ter suas necessidades atendidas aumentam, além de ganharem prioridade no atendimento.

O melhor atendimento que eu já tive na minha vida foi encaminhado pelo CAPS. GFU

[...] tava lá escrito CAPS, e o atendimento foi passado na frente de todos, então assim, teve sempre um diferencial quando falava que é do CAPS. GFU

Os usuários destacam em seus depoimentos a dimensão da participação e do controle social no processo de aprimoramento dos serviços de saúde, tanto dentro do CAPS, como em outras instâncias consultiva e deliberativas, citando o conselho local, regional e distrital. Alguns, mais engajados socialmente, trouxeram positivamente a experiência de inclusão e participação em espaços deliberativos nos CAPS, como as reuniões de equipe, relatando sentir maior autonomia.

Os usuários, em suas narrativas, falam que essa dimensão de participação na tomada de decisão do processo terapêutico precisam ser resignificados nos serviços CAPS, uma vez que nesses espaços institucionais eles ainda se deparam com uma relação verticalizada entre profissionais e usuários, e acabam por assumir uma posição passiva dentro dos CAPS e do seu plano terapêutico.

Nessa busca de maior participação, argumentam que por experimentar o “sofrimento”, devem ser ouvidos, pois podem dar contribuições às equipes de saúde para que um melhor cuidado em saúde mental seja ofertado. Aos poucos vão se empoderando e se engajando dentro do CAPS, contribuindo com o serviço e até mesmo, ajudando outras pessoas que passam pela experiência de adoecimento mental ou de uso abusivo de álcool e outras drogas.

A aproximação e vinculação dos profissionais da ESF com os usuários da saúde mental possibilita que estes se apropriem do conhecimento necessário para atender as demandas e visualizem no apoio matricial uma oportunidade de capacitação para discutir a complexidade do sofrimento psíquico⁸³.

5.40 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E O APOIO MATRICIAL PARA O FORTALECIMENTO DA RAPS NO DISTRITO FEDERAL

Ao eleger apoio matricial como tema deste estudo buscou-se ainda contribuir com a Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal, usando a ferramenta do PES para sistematizar as discussões e inquietações de gerentes, profissionais e usuários acerca da necessidade para inclusão de ações de saúde mental para fortalecimento da articulação entre os CAPS e os serviços da AB.

Para elaboração do PES é essencial que na sua construção, o caráter participativo e cooperativo seja estimulado, com envolvimento e comprometimento das equipes que implementarão as ações traçadas no planejamento.

Na estruturação do PES, foi assumido como limitação a externalidade do pesquisador na RAPS do DF, mas interessado em contribuir com a área de saúde mental do DF e engajado com a perspectiva do mestrado profissional. Apresentando como produto formativo uma proposta para o fortalecimento do apoio matricial na perspectiva de suporte pedagógico com vista a subsidiar a tomada de decisão de gerentes e profissionais para o fortalecimento da articulação entre os CAPS e a AB.

A construção do PES pautou-se nos momentos estabelecidos por Matus⁴⁹, a partir dos relatos de gerentes, dos profissionais e usuários dos CAPS presentes neste estudo, nos grupos focais específicos e nos relatórios do curso sobre a situação do Apoio matricial no DF, compilado em uma tabela os principais problemas relacionados ao tema. Adiante foi pesquisado as respectivas justificativas e descritores para os problemas levantados, nas narrativas, para qualificar os dados e possibilitar uma análise mais ampliada no contexto do DF.

Momento explicativo: A avaliação das condições atuais, o investimento adequado na estruturação dos serviços e a qualificação das equipes contribuem para a ampliação da Estratégia de Apoio Matricial na RAPS e RAS. O planejamento estratégico destas ações e a produção de informações sobre como o matriciamento está sendo realizado, é fundamental para evidenciar o impacto desta ferramenta na melhora dos serviços e no aumento da resolutividade do cuidado em saúde mental na AB.

O Apoio Matricial é um dispositivo articulador de um conjunto de estratégias

fundamentais no processo de construção e de transformação da Assistência em Saúde Mental. É um arranjo institucional que foi recentemente incorporado pelo Ministério da Saúde em 2003, como estratégia de gestão para a construção de uma rede ampla de cuidados em Saúde Mental, desviando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica da corresponsabilização. Ademais, visa produzir maior resolutividade à assistência em saúde.

A efetivação do apoio matricial como ferramenta ou estratégia de gestão e cuidado pressupõem a padronização da lógica de trabalho e integração das equipes da ESF e atenção psicossocial para acompanhamento dos usuários com transtornos psíquicos e/ou dependência química, tornando imprescindível o conhecimento técnico e científico dos matriciadores. Entretanto observamos que a inclusão das ações de saúde mental na ESF está ocorrendo de maneira lenta e gradual, muitas vezes prejudicada, em alguns contextos, por aspectos relacionados à insuficiência de serviços ou materiais para a execução do matriciamento em saúde mental. Com isso, os resultados ainda são terapêuticos itinerários, pontuais, superficiais e desarticulados com as demandas e necessidades de saúde do usuário.

Com base no discurso dos gerentes, profissionais e usuários de CAPS no que diz respeito a integração entre os CAPS e a AB foi feita uma análise situacional com os principais problemas estruturais, organizativos e profissionais frente ao desafio de a implementação do apoio matricial no DF para fortalecimento da RAPS no DF (Quadro 2).

Segundo Bonfim et al²⁰ em relação aos problemas estruturais a sua superação esbarra no distanciamento das esferas de gestão e o déficit encontrado em toda o SUS, tornando praticamente sem governabilidade dos trabalhadores. No entanto os problemas organizacionais os gerentes e trabalhadores possuem maior autonomia de transformação, configurando um importante elemento de modificação da realidade.

Quadro 2 – Problemas Estruturais, Organizativos e Profissionais na implementação do AM no DF

PROBLEMAS	CAPS	AB
ESTRUTURAIS	Meios de Comunicação Inoperantes	Meio de Comunicação Inoperante
	Ausência de Motorista	Espaço Físico Inadequado
	Ausência de Meio de Transporte	Fragilidade de trabalho em Rede
ORGANIZATIVAS	Recursos Humanos Insuficientes	Território e atuação das equipes CAPS e ESF no AM não definidos
	Carga horária de AM não definida	Dificuldade em estabelecer encontros periódicos
	Informalidade do planejamento na organização do trabalho	Divergências de prioridades
	Rotatividade dos cargos de gestão	Indisponibilidade de carga horária
	Descontinuidade e baixo investimento nas políticas de saúde mental.	Comunicação intra e inter equipe limitada
PROFISSIONAIS	Falta de comprometimento	Desinteresse e Resistência ao AM
	Resistência às mudanças	Sensação de Transferência de trabalho
	Sentimento de Impotência	Resistência por Ausência de Médicos na equipe matriciadora

Dentre os problemas listados foram selecionados os 10 prioritários e seus respectivos descritores e/ou justificativas para delinear as demais etapas do planejamento estratégico situacional.

Quadro 3. Principais problemas identificados pelos gerentes e profissionais enfrentados na implementação do AM.

PROBLEMA		DESCRITORES
1	Comunicação intra e inter equipe limitada	- Contatos interpessoais e disponibilidade profissional limitados - Falta de recursos de pessoal e de condições de trabalho (recursos / não prioridade para estabelecimento dos telefones institucionais, alguns serviços sem funcionar há seis meses; carro e motorista)
2	Falta de comprometimento de parte de profissionais	- Profissionais não visualizam no AM a solução para a alta procura do CAPS - Desinteresse pessoal - Insatisfação profissional
3	Espaço Físico Inadequado	- Instalações inadequadas tanto no CAPS quanto na AB.
4	Recursos Humanos Insuficientes	- Limitação de profissionais para o AM
5	Carga horária de AM não definida	- Divisão da carga horária do profissional em AM e Oficinas terapêuticas
6	Rotatividade dos cargos de gestão	- Mudança de 3 diretores da DIRAPS em menos de 6 meses - Mudança dos cargos de gestão CAPS E AB
7	Articulação limitada	- Integração e acesso entre as equipes ESF e CAPS limitada. - Falta de incentivo dos níveis centrais para articular ações conjuntas
8	Dificuldade em estabelecer encontros periódicos	- Falta de cumprimento dos agendamentos por parte dos profissionais da AB - Agendas dos CAPS e AB divergentes quanto as prioridades.
9	Território e atuação das equipes CAPS e ESF no AM não definido	- Equipes de CAPS e ESF regionalizados com abrangência - mudanças na Política de Atenção Básica e as mudanças instituídas no DF - Vários CAPS com responsabilidade sob o mesmo território
10	Sensação de Transferência de trabalho	- Baixa compreensão dos benefícios do AM - Desinteresse em aprimorar o cuidado prestado na AB.

Momento Normativo: a partir da delimitação dos 10 problemas e seus respectivos descritores. Foi realizado a priorização dos problemas por meio matriz TUC, que pontua de 1 a 3 os critérios de: Transcendência, dos problemas para gerentes e técnicos da organização, para as forças sociais que o apoiam e para a população; Urgência, dos problemas e implicações da postergação do enfrentamento dos problemas considerados; e a Capacidade de enfrentamento, dos problemas e possibilidade de obter efeitos de impacto dentro do horizonte de tempo do plano.

Quadro 4- Matriz TUC

PROBLEMA	CRITÉRIOS (Valores de 1 a 3)			TOTAL (T x U x C)
	Transcendência	Urgência (U)	Capacidade (C)	
1	2	1	2	4
2	2	2	1	4
3	1	1	2	2
4	3	2	2	12
5	2	2	2	8
6	1	2	1	2
7	1	2	1	2
8	1	1	3	3
9	2	2	2	8
10	1	1	1	1

Essa etapa se deu sob o viés do pesquisador que considerou a recorrência do problema e a intensidade dos efeitos que os segmentos participantes trouxeram nos discursos durante o grupo focal específico sobre o tema, como também, os demais momentos de problematização ocorridos nos encontros temáticos. Cabe ressaltar que foram elencados como problemas prioritários que consideram a capacidade e viabilidade da equipe para se avançar na implementação do AM no Distrito Federal, sendo eles:

Quadro 5- Problemas prioritários identificados

PROBLEMA	
A	Recursos Humanos Insuficientes
B	Carga horária de AM não definida
C	Território e atuação das equipes CAPS e ESF no AM não definidas

Com os três problemas principais selecionados, se faz necessário uma análise mais aprofundada dos mesmos quanto a sua causa e consequências, para tornar possível identificar dentre eles qual problemática necessita de um planejamento estratégico situacional para favorecer uma melhor operacionalização do AM, possibilitando ao gestor da atenção básica e dos CAPS juntamente com as equipes de saúde a intervenção precoce e de forma eficaz.

Após estabelecer a rede causal dos três principais agravos, foi escolhida como alvo do estudo para a elaboração da determinação causal e do planejamento estratégico situacional o problema do “Território e atuação das equipes CAPS e ESF no AM não definidos”. O investimento para modificar o impacto desse problema é oportuno uma vez que vai ao encontro da nova política de reorganização da Atenção Básica, instituída no DF no ano de 2017 por meio da portaria nº 77 e 78 de 14 de fevereiro de 2017^{84,85}, que estabelece novas diretrizes para a organização da Atenção Básica no DF pautada na territorialização das equipes de ESF (Quadro 6).

Quadro 6. Problemas selecionados com suas causas e consequências.

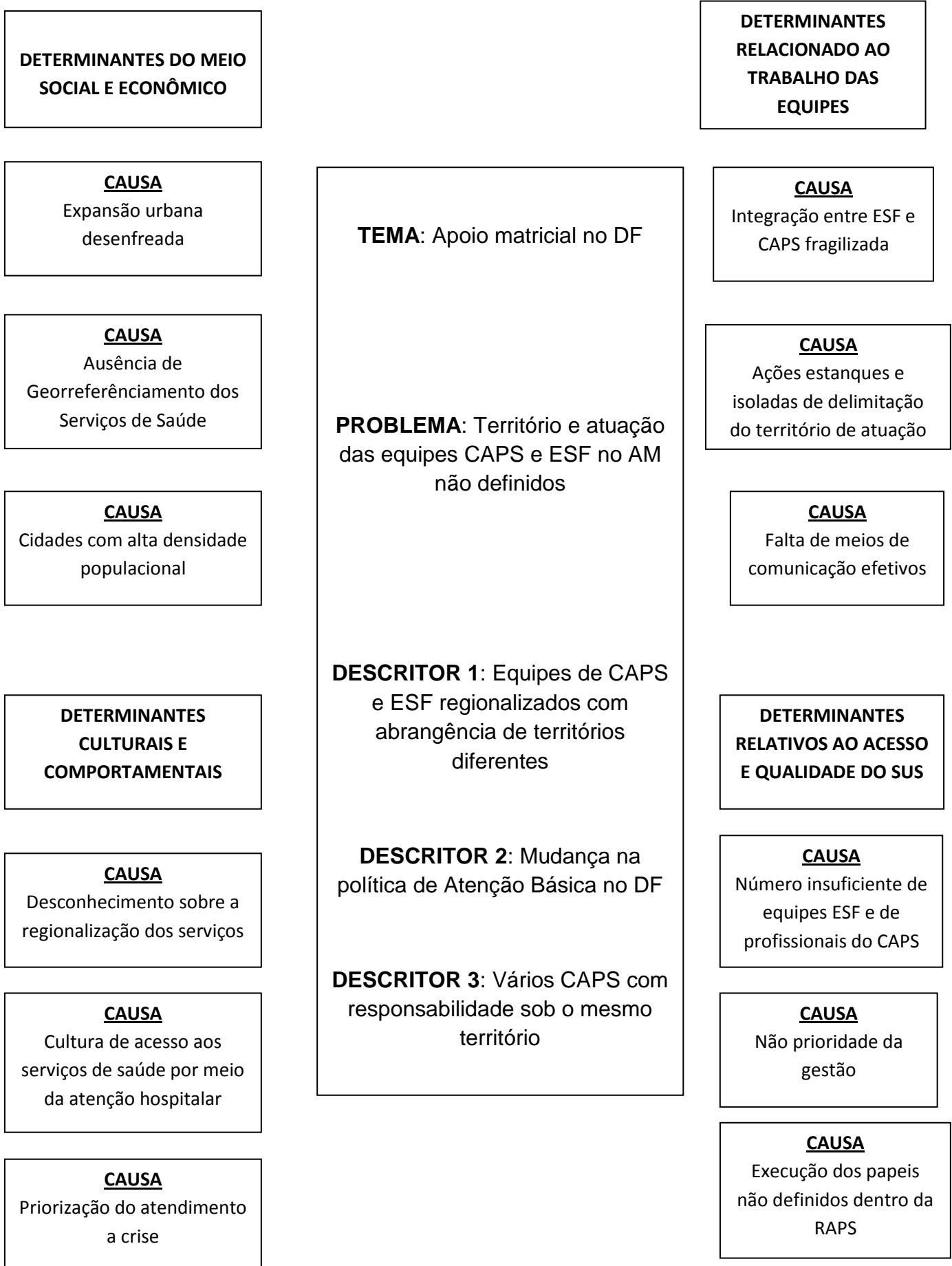
PROBLEMA A	Recursos Humanos Insuficientes	
DESCRITORES	CAUSAS	CONSEQUÊNCIAS
- Limitação de profissionais para o AM	- Falta de conhecimento sobre o AM - Concurso público para cargos generalistas - Priorização por oficinas terapêuticas - Quantitativo de profissionais insuficiente	- Não trabalha com prevenção, apenas com livre demanda - Trabalho desarticulado com outros setores da saúde. - Cuidado em saúde de baixa qualidade - Sobrecarga de trabalho
PROBLEMA B	Carga horária de AM não definida	
DESCRITORES	CAUSAS	CONSEQUÊNCIAS
- Divisão da carga horária do profissional em AM e Oficinas terapêuticas	Não é prioridade para a gestão - Falta de recursos Humanos - Dificuldade em conciliar AM com Oficinas terapêuticas - Falta de política institucional	- Descontinuidade das ações de AM. - O AM como uma ferramenta informal de trabalho - Desmotivação dos profissionais - Ações pontuais e estanques.
PROBLEMA C	Território e atuação das equipes CAPS e ESF no AM não definidas	
DESCRITORES	CAUSAS	CONSEQUÊNCIAS
- Equipes de CAPS e ESF regionalizados com abrangência de territórios diferentes - Mudança na política de Atenção Básica no DF - Vários CAPS com responsabilidade sob o mesmo território	- Falta de uma delimitação territorial - Número insuficiente de profissionais da AB - Mudança na Política de AB e as mudanças instituídas no DF	- Sobrecarga de trabalho - Descontinuidade do cuidado na microregião - Dificuldade de implementação do AM como estratégia de prevenção. - Dificuldade de conhecer as equipes de referência para realizar o AM

Nesse sentido, não há momento mais propício para estimular a integração e aproximação dos profissionais dos CAPS com os da AB, por meio do AM. Esse momento que o DF se situa, onde as equipes das Unidades Básicas de Saúde estão sendo convertidas em equipes de ESF, poderá contribuir para uma maior

aproximação dos CAPS com a comunidade, e conseqüentemente a integração entre os serviços da SM e AB.

À medida que as equipes de ESF, se apropriarem do conhecimento técnico da SM e forem reconhecidos pela população e demais profissionais como agentes de mudança ao abordarem as demandas de transtornos ou sofrimentos mentais leves, a demanda que sobrecarrega os CAPS irá diminuir e com isso esses profissionais conseguirão atuar cada vez mais no sentido da prevenção.

Figura 1 - Rede causal para o Território e atuação das equipes CAPS e ESF no AM não definidas



Momento Estratégico: O intuito de se montar esse plano de ações é possibilitar agir na causa do problema, de forma que possibilite a participação e iniciativa não só das equipes de saúde, mas dos diversos setores que estão relacionado, conjuntamente a população que será a maior beneficiada.

Diante disto o quadro a seguir traz o plano de ações para as regiões administrativas do DF no tocante a melhoria das ações da delimitação e atuação das equipes dos CAPS e ESF no AM.

Quadro 7 - Plano de intervenção para o AM no DF

Problema: Território e atuação das equipes CAPS e ESF no AM não definidos			
Objetivo: Delimitar o território e os limites de atuação das equipes matriciadores e de referência do AM.			
Meta de resultado: Aumentar a articulação e integração entre as equipes matriciadoras e de referência do mesmo território dentro de 1 ano.			
Ações do tipo Beta	Meta de Produto	Responsável	Prazo
Pactuação de encontros periódicos de AM	Estabelecer datas para os encontros do AM	Gerentes CAPS e UBS/ DISAM e DIRAPS	Semestral
Capacitação para as equipes do AM	Qualificar o cuidado em saúde mental por meio de cursos.	DISAM, DIRAPS, CAPS,ESF	Mensal
Publicação de portaria ou manual constando o papel e atribuições dos integrantes do AM	Definir as atribuições da equipe matriciadora e de referência	DISAM	Anual
Definição de carga horária específica para o AM	Estabelecer carga horária exclusiva de AM	Gerentes CAPS	Semestral
Conscientização dos profissionais acerca do AM	Prestar orientações acerca do AM a 60% das equipes de ESF no território	Profissionais e Gerentes CAPS (Matriciadores)	Bimestral
Priorização do AM para a gestão da DISAM	Levantar os resultados colhidos com a aplicação do AM para torná-lo prioridade	DISAM Gerentes CAPS	Semestral
Integrar profissionais de outros setores na discussão de caso.	Promover a tomada de decisão conjunta para os casos complexos.	Gerentes CAPS	Contínuo
Mapeamento do território adstrito	Delimitar o território de atuação	Profissionais CAPS E ESF	Semestral
Busca ativa no território de casos com demanda em SM	Identificar e instituir a prevenção da crise de modo precoce	Profissionais CAPS E ESF	Contínuo
Georreferenciamento dos dispositivos presentes no território	Conhecer os recursos disponíveis no território que possam auxiliar no AM	Profissionais CAPS E ESF	Semestral

A construção do presente planejamento estratégico voltado ao problema “Território e atuação das equipes CAPS e ESF no AM não definidos” no DF, destacou-se a importância de se conhecer a realidade local para que se possa realizar uma intervenção eficaz juntamente com a realidade de cada região administrativa do DF. Este planejamento estratégico situacional parte da visão dos profissionais e gerentes dos CAPS, mas vale ressaltar que a presença de profissionais da saúde básica nesse planejamento se mostra indispensável para obtenção de bons resultados.

O Momento Tático Operacional prescinde a implementação do plano de intervenção proposto, para possibilitar avaliar os resultados obtidos e verificar se houve a melhora expressiva nos indicadores de saúde. Com essa abordagem programada no plano será possível reavaliar constantemente a aplicabilidade e os resultados obtidos em cada área programada, para dessa forma poder ajustar e melhorar o plano para conseguir atingir a meta estipulada, que é aumentar a articulação e integração entre as equipes matriciadoras e de referência do mesmo território dentro de 1 ano. Objetivo este que corrobora com as ações propostas no Plano Plurianual 2016 a 2019 do DF, voltadas a saúde mental que tem como ações a intensificação de articulações das Redes de Atenção do DF para fortalecer as pactuações de fluxos e de protocolos visando garantir à atenção integral em Saúde Mental; Indução de Implementação de Políticas Transversais e Intersetoriais; Estabelecer/ pactuar os fluxos de referência e contra referência entre os diferentes componentes da rede⁸⁶.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados evidenciam que na percepção dos gerentes e profissionais de saúde que trabalham nos CAPS do DF, o AM em saúde mental, se constitui em uma potente ferramenta de gestão e também de organização da produção do cuidado em saúde mental, respeitada a sua inserção profissional na organização técnica do trabalho dos CAPS.

Nesse sentido, o AM possibilita avanços na saúde pública no âmbito do SUS, não apenas na AB, como em outros níveis de complexidade, avançando para organizar o fluxo do usuário na rede de atenção a saúde, de forma mais adequada, e ainda, permitir qualificar o cuidado sem sobrecarregar outros níveis de complexidade.

No discurso dos participantes gerentes e profissionais de saúde mental fica evidente o domínio conceitual do AM e seu reflexo em outros pontos da RAPS como importante ferramenta para o fortalecimento do cuidado em saúde mental na AB, ao favorecer e melhorar a qualificação dos profissionais, a comunicação interprofissional e interinstitucional, e conseqüentemente, uma escuta e cuidado mais qualificado dos usuários da saúde mental.

Todavia, na percepção desses atores gerentes e profissionais, o avanço do AM nos território de abrangência dos CAPS esbarra em dificuldades relacionadas a insuficiência numérica, preparo e engajamento dos profissionais de saúde, dimensionamento do território para cobertura do CAPS e o interesse e priorização na agenda política. No entanto, chama atenção para a co-responsabilização envolvido no enfrentamento de alguns obstáculos, que poderiam ser melhor solucionado ou minimizado devido se encontrar na esfera da governabilidade profissional, mediante maior engajamento profissional e sensibilização sobre a finalidade do trabalho em saúde mental.

Os usuários por estarem em contato direto com o cuidado prestado pelos diversos serviços que compõe a RAPS sentem o reflexo dessas mudanças organizacionais que favorecem uma abordagem integral e uma escuta qualificada. Entretanto, eles ainda se ressentem da baixa escuta em suas demandas de saúde no âmbito da AB. O AM caso seja fortalecido junto aos demais componente da rede, mais fortemente com os serviços da AB, pode proporcionar ao universo de usuários um melhor acolhimento e compreensão das demandas físicas, biológicas e também

mentais.

Para além das percepções dos participantes, se faz necessário um aprofundamento nos nós críticos encontrados na RAPS do DF quanto a implementação do AM. O PES poderá ser uma importante ferramenta para delimitar ações em prol de um objetivo factível para ampliação AM no DF, tendo em vista para sua sistematização é fundamental a participação dos diversos atores imbricados nesse processo de mudança.

O estudo revelou que apesar dos obstáculos apontados, verificou-se que gerentes e profissionais resistem e buscam fazer a diferença ao abraçar o AM, motivados pela compreensão da importância em se adotar uma ferramenta de transformação e qualificação do cuidado em Saúde Mental, criando novas formas de superar as dificuldades e transformando-as em desafios para a manutenção e ampliação ações em saúde mental no SUS.

O investimento na qualificação profissional é importante para a sensibilização dos profissionais que ainda desconhecem, que não se comprometem ou não compreendem o AM como um componente pedagógico e ordenador para produzir sentido no trabalho em saúde, e mais especificamente, em saúde mental. A implementação do AM se revela uma estratégia importante de educação permanente em serviço, ao possibilitar ampliar as competências e habilidades dos gerentes e profissionais de saúde em todos os níveis de atenção da RAPS.

O apoio matricial e o planejamento estratégico em saúde mostram-se complementares e interligados em uma dimensão técnica e política, permitindo ordenar o cuidado em saúde na lógica do território, e desta forma traçar um caminho para se consolidar como estratégia central de articulação entre os serviços e inclusão das ações em saúde mental, ampliando assim o acesso e o cuidado integral nos diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial.

REFERÊNCIAS

1. Amarante PD, Diaz FS. Os movimentos sociais na Reforma Psiquiátrica. *Cad Bras Saúde Mental* 2012;4(8):83-95.
2. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União, Brasília*, 19 abr 2001. Seção I.
3. Schutel TAAS. Rodrigues J. Peres GMA. concepção de demanda em saúde mental na Atenção Primária à Saúde. 2015. 8(2):85-93
4. Brasil. Portaria n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002. Atualiza normas constantes da Portaria MS/SAS n.º 224, de 29 de janeiro de 1992 e estabelece os Centros de Atenção Psicossocial nas modalidades CAPS I, CAPS II e CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. In: Ministério da Saúde. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004, p.125-36
5. Fraga, MDNDO.; Alves e Souza, ÂM.; Braga, VAB. Reforma Psiquiátrica Brasileira: Muito a refletir. *ACTA Paulista de Enfermagem*. 2006. v. 19, n. 2, p. 207–211,
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. 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. *Diário Oficial da União* 2011; dez 26.
7. Arce, VAR; Sousa MF; Lima, MG. A práxis da saúde mental no âmbito da estratégia saúde da família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. *Physis Rio de Janeiro*. 2011. v.21, n.2, p. 541-560.
8. Klein AP, D'Oliveira AFPL. O “cabo de força” da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Cad Saude Pública*. 2017;33(1):10.
9. de Oliveira MM, Campos GW de S. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. *Cien Saude Coletiva*. 2015; 20:229
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. – Brasília; Ministério da Saúde, 2010. 152 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27)
11. Wenceslau L D. Ortega F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. *Interface (Botucatu)*. 2015 Dec. 19(55): 1121-1132.
12. Rocha HA et al. Saúde mental na atenção básica. *Rev Saude Publica*. 2018. 52:17

13. Tanaka, O. Y.; Ribeiro, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009. V. 14, n. 2, p. 477–486,
14. Quinderé, P.H.D. et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013. v. 18, n. 7, p. 2157–2166,
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)
16. Campos, GWDS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 1999. v. 4, n. 2, p. 393–403.
17. Brasil. Ministério da saúde. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS/ Ministério da Saúde. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília. 2004. 60p
18. Cunha, GT.; Campos, GWDS. Método paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. *ORG & DEMO*, v. 11, p. 31–46, 2010
19. Arce, VAR; Sousa MF. Práticas de Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: uma revisão das potencialidades e dos limites para a construção de um cuidado integrado *Rev Tempus Actas Saúde Colet*. 2010;4(1):31-7 // 33.
20. Bonfim IG, Bastos ENE, Góis CWL, Tófoli LF. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. *Interface (Botucatu)*. 2013 Jun; 17(45): 287-300.
21. Gonçalves AM, Sena RR. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. Abr 2001; 9(2): 48-55.
22. Paes, LG. et al. Rede de atenção em saúde mental na perspectiva dos coordenadores de serviços de saúde. *Trab. Educ. Saúde*. 2013. v. 11, p. 395–409.
23. Prates MML, Garcia VG, Moreno DMFC. Equipe de apoio e a construção coletiva do trabalho em Saúde Mental junto à Estratégia de Saúde da Família: espaço de discussão e de cuidado. *Saude soc*. 2013 Jun; 22(2): 642-652.
24. Hori, AA.; Nascimento, ADEF. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil.

- Ciência & Saúde Coletiva. 2014. v. 19, n. 8, p. 3561–3571,
25. Pinto AGA, Bessa JMS, Ferreira VMG, Coelho SJJ, Posso LG, Carneiro BV. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Ciência e saúde coletiva* [online]. Mar 2012. Rio de Janeiro, 17(3): 653-660
 26. Iglesias A, Avellar LZ. As Contribuições dos Psicólogos para o Matriciamento em Saúde Mental. *Psicol ciênc prof.* 2016; 36(2):364–79.
 27. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução Nº 32, de 14 de Dezembro de 2017. Comissão Intergestores Tripartite. Brasília. 2017
 28. Schrank G, Olschowsky A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. *Rev. Esc. enferm. USP.* Mar 2008. São Paulo. v.42, n.1
 29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
 30. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
 31. Silveira DP, Stiebler VAL. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. *Ciênc. saúde coletiva.* 2009 Feb; 14(1): 139-148.
 32. Gazignato ECS, Silva CRC; Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. *Saúde Debate.* Abr-Jun 2014 v. 38 (101), 296-304,
 33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação geral de saúde mental e coordenação de gestão da atenção básica. Saúde mental e Atenção básica: O vínculo e o diálogo necessários Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Brasília. Secretaria de Atenção à Saúde. 2003.
 34. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil.* Brasília-DF, 25 jan. 2008.
 35. Silva, G., Iglesias, A., Dalbello-Araujo, M., & Badaró-Moreira, MI. Práticas de Cuidado Integral às Pessoas em Sofrimento Mental na Atenção Básica. *Psicologia: Ciência e Profissão* Abr/Jun. 2017 v. 37 nº2, 404-417.
 36. Álvares, JC. Percepção dos agentes comunitários de saúde sobre as práticas de saúde mental na unidade básica de saúde da família do Paranoá no Distrito Federal.

2012. 86 f., il. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)—Universidade de Brasília, Brasília, 2012.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. 236p.
38. Pasquim HM, Arruda MSB. Núcleo de apoio à saúde da família: revisão narrativa sobre o apoio matricial na atenção básica. *Corpus Sci.* 2013. 9:34–44.
39. Casanova AO, Teixeira MB, Montenegro E. O apoio institucional como pilar na cogestão da atenção primária à saúde: a experiência do Programa TEIAS - Escola Manguinhos no Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet.* 2014. 19(11):4417–26.
40. Castro CP, Campos GWS. Apoio Institucional Paidéia como estratégia para educação permanente em saúde. *Trab Educ Saude.* 2014. 12(1):29-50.
41. Campos, G. W. DE S.; Domitti, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2007. v. 23, n. 2, p. 399–407,
42. Santos, APL. DOS; Lacaz, FADC. Apoio matricial em saúde do trabalhador: tecendo redes na atenção básica do SUS, o caso de Amparo/ SP. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2012. v. 17, n. 5, p. 1143–1150.
43. De Sousa, FSP. et al. Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. *Physis.* 2011. v. 21, n. 4, p. 1579–1599.
44. Prestes et al. Apoio Matricial: um Caminho de Fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde em Palmas-TO. *Rev Bras Ciên da Saúde.* 2011. v. 15(2): 215-218
45. Mehry, EE. *Razão e Planejamento*, 1ª ed., São Paulo, Ed. HUCITEC, 1994, p. 118.
46. Tancredi, FB. Barrios, SRL. Ferreira JHG. *Planejamento em Saúde.* Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Série Saúde & Cidadania. 1998. volume 2.
47. Matus C. *Fundamentos Do Planejamento Situacional in Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico.* Rivera, FJU. (Org.). São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez/ABRASCO, 1989: 107-125.
48. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) : uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 318 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
49. Brasil. Conselho de Saúde do Distrito Federal. Plano Distrital de Saúde 2016 - 2019. 2016;

50. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Saúde Mental [Internet]. Brasília - DF. [Citado em 13 de julho de 2018]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/saude-mental/1/03/18>
51. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Gerência de Saúde Mental do Distrito Federal. Plano Diretor de Saúde Mental 2011-2015. Brasília,
52. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria N°. 536, de 08 de junho de 2018. Institui as normas e fluxos assistenciais para as Urgências e Emergências em Saúde Mental no âmbito do Distrito Federal. 2018
53. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Consultório de Rua [Internet]. Brasília -DF. [Citado em 19junho de 2018]. Disponível em: <http://www.df.gov.br/consultorio-na-rua-cnar/#descricao>
54. Fossi, LB, Guareschi, NMF. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. Estudos e Pesquisas em Psicologia. 2015. 15(1), 94-115
55. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Saúde mental [Internet]. Brasília - DF. [Citado em 22 de maio de 2018]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/saude-mental/>
56. Minayo, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11 edição. Rio de Janeiro: HUCITEC. 2008.
57. Barros, AJS.; Lehfeld, NAS. Fundamentos de metodologia científica. 3. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007
58. Gil, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007
59. Minayo, M. C. D. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciência & Saúde Coletiva. 2012. v. 17, n. 3, p. 621–626.
60. de Oliveira, TMV. Amostragem não Probabilística: Adequação de Situações para uso e Limitações de amostras por Conveniência, Julgamento e Quotas. Administração OnLine. 2001. V2 (3)
61. Backes, DS. et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. Mundo da Saude. 2011. v. 35, n. 4, p. 438–442.
62. Matos IB, Ceriotti TRF, Oliveira MC. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. Athenea Digital. 2013. 13(2): 239-244.
63. de Oliveira MM. de Castro CP. Dantas, MR. Campos, GWS. Estudo sobre as práticas e perfil do Apoio Matricial no Sistema Único de Saúde de Campinas (SP): uma análise preliminar. Coletivo de Estudos e Apoio Paideia Unicamp. Campinas – SP

2013

64. Monteiro, CFS. et al. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. Escola Anna Nery. 2011. v. 15, n. 1, p. 90-95.
65. Mombelli, M.A.; Marcon, S. S.; Costa, J. B. Caracterização das internações psiquiátricas para desintoxicação de adolescentes dependentes químicos. Revista Brasileira de Enfermagem. 2010. Brasília, v. 63, n. 5, p. 735-710.
66. Bürke KL; Bianchessi DLC. O trabalho como possibilidade de (re)inserção social do usuário de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva da equipe e do usuário. Estudos e Pesquisas em Psicologia. 2013. v. 13, n. 3.
67. Peixoto, C. et al. Impacto do perfil clínico e sócio-demográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPS ad). Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 2010. v. 59, n. 4, p. 317-321.
68. Tatmatsu, DB. Araújo, ACC. Atenção primária e saúde mental: contribuições e potencialidades do apoio matricial. Mudanças – Psicologia da Saúde. 2016. 24 (2).
69. Blanes LDS, Ferigato SH. Apoio matricial: um estudo sobre a perspectiva de profissionais da saúde mental. Interface - Comunic, Saude, Educ. 2012;v.16, n.42:767–78
70. Salvador DB, Pio DAM. Apoio Matricial e Caps i: desafios do cenário na implantação do matriciamento em saúde mental. Saúde em Debate [Internet]. 2016;40(111):246–56
71. Garcia Júnior CAS, do Nascimento PTÁ. O dispositivo apoio matricial na atenção primária em saúde: um relato de experiência no município de João Pessoa / PB. Rev Saúde públ St Cat. 2012;5:93–104
72. Dimenstein M. O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde. Saude soc. [online]. 2009. 63–74.
73. Farias RM. A Territorialização da Atenção Primária À Saúde No Sistema Único De Saúde E a Construção De Uma Perspectiva De Adequação Dos Serviços Aos Perfis Do Território Urbano. Hygeia. 2013;9(16):121–30.
74. Petry K. Chesani FH. Lopes SMB. Comunicação como ferramenta de humanização hospitalar. Sau. & Transf. Soc., ISSN 2178-7085, Florianópolis, 2017. v.8, n.2, maio, p.077-085.
75. Castro CP, Campos GWS. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2016. Rio de Janeiro, 26 [2]: 455-481,
76. Cavalcante, C.M. et al. Desafios do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da

- família. RBPS, Fortaleza, v. 24, n.2, abr-jun, 2011, p. 102-108.
77. Fittipaldi AL de M, Romano VF, Barros DC de. Nas entrelinhas do olhar: Apoio Matricial e os profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Saúde em Debate*. 2015;39(104):76–87
78. Ferreira TP da S, Sampaio J, do Nascimento Souza AC, de Oliveira DL, Gomes LB. Produção do cuidado em Saúde Mental: Desafios para além dos muros institucionais. *Interface Commun Heal Educ*. 2017;21(61):373–84.
79. Monken, M.; Gondin, G. M. de M. Territorialização em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J.C. F. (org.). *Dicionário de educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSVJ, 2008, p. 392-399.
80. Nunes M., Juca V.J., Valentim C.P.B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das 95 reformas psiquiátrica e sanitária. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(10): 2375-2384, out, 2007
81. Lucchese, R.; Oliveira, A.G.B.; Conciani, M.E.; Marcon, S.R. Saúde mental no Programa de Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2009. v. 25, n. 9, p. 2033-2042.
82. Maynard WH, Albuquerque MC, Brêda MZ, Jorge JS. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. *Acta Paul Enferm*. 2014; 27(4):300-3]
83. Barban, EG., & Oliveira, AA. O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no programa Saúde da Família do município de São José do Rio Preto. *Revista Arquivos de Ciências da Saúde*. 2007. 14 (1), 52-63
84. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria N°. 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. 2017
85. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria N°. 78, de 14 de fevereiro de 2017. Regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017. 2017
86. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Plano Plurianual de Saúde 2016-2019. 2016

Apêndice A – Questionário caracterização do perfil sócio-profissional dos gestores e profissionais.

Departamento de Enfermagem – ENF
Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP
Observatório de Políticas de Atenção a Saúde Mental no Distrito Federal – Obsam
*Reorganização dos e nos processos de trabalho na rede de atenção psicossocial mediada pela
avaliação participativa*

Formulário de identificação dos gestores/profissionais

Identificação do questionário – INICIAIS DO NOME: _____

1) Dados Pessoais

Idade: _____
Gênero: _____
Estado Civil: _____
Profissão: _____
Religião: _____ Praticante: Sim () Não ()

2) Aspectos de Trabalho

Serviço que atua: _____
Função: _____
Carga Horária: _____
Tempo de trabalho no local: _____
Tempo de SES-DF: _____
Ocupa atividade de gerência: Sim () Não ()
Tempo de Gerência: _____
Renda em Salário Mínimo: _____
Possui outro Emprego: Sim () Não () Local: _____ Carga Horária: _____

3) Aspectos da formação Profissional

1° Graduação: _____ Ano de conclusão: _____
2° Graduação: _____ Ano de conclusão: _____

Especialização

Nome do Curso: _____ Ano de conclusão: _____
Nome do Curso: _____ Ano de conclusão: _____
Nome do Curso: _____ Ano de conclusão: _____

Mestrado

Nome do Curso: _____ Ano de conclusão: _____

Doutorado

Nome do Curso: _____ Ano de conclusão: _____

Formação complementar na área de atuação, saúde mental ou CAPS – especificar tipo de cursos nos últimos dois anos e sua respectiva carga horária.

Apêndice B– Questionário caracterização do perfil sócio-demográfico dos Usuários

Departamento de Enfermagem – ENF
 Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP
 Observatório de Políticas de Atenção a Saúde Mental no Distrito Federal – Obsam

*Reorganização dos e nos processos de trabalho na rede de atenção psicossocial mediada pela
 avaliação participativa*

Formulário de identificação dos usuários

Identificação do questionário – INICIAIS DO NOME: _____

1) Dados Pessoais

Idade: _____

Gênero: _____

Escolaridade: _____

Estado Civil: _____

Filhos: Sim () Não ()

Religião: _____

2) Aspectos Socio-demográficos

Moradia: Casa Própria () Aluguel () Outros: _____

Mora com quantas pessoas: _____

Ocupação: Sim () Não () Qual Profissão? _____

Emprego: Carteira Assinada () Informal () Outros: _____

Renda (em salários mínimos): _____

Renda Familiar (em salários mínimos): _____

Recebe Benefícios do Governo: Sim () Não () Qual ? _____

3) Aspectos Terapêuticos

Tempo de Tratamento (em meses): _____

Regional Administrativa do CAPS que frequenta: _____

Já esteve Internado em hospital psiquiátrico? Sim () Não ()

Número de Internações: _____

Apêndice C– Roteiro Norteador dos Grupos Focais dos Profissionais e Gerentes

1. Quais as estratégias de articulação com a atenção básica utilizadas no seu CAPS? (Como funciona? Qual a frequência? Quem faz?)
2. Há outros dispositivos de articulação que fortalecem a rede de cuidados da saúde mental no seu CAPS? Como funciona?
3. Quais são as dificuldades encontradas na organização do serviço para o trabalho no território?
4. Como pode ser melhorada a organização do serviço para a articulação com o território?

Apêndice D– Roteiro Norteador do Grupo Focal de Usuários

1. Você é acompanhado pelo Centro de Saúde/Saúde da Família de sua referência?
Que tipo de acompanhamento você faz?
2. Esse acompanhamento tem alguma relação com o seu tratamento no CAPS?
3. Você utiliza outros espaços na sua comunidade para seu cuidado (tratamento) em saúde mental?
4. Quais os benefícios que as atividades na comunidade trazem para você?

ANEXO 1- Termo de consentimentos livre esclarecido

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa “O APOIO MATRICIAL COMO ESTRATÉGIA PARA O FORTALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO DISTRITO FEDERAL”, sob a responsabilidade do pesquisador Otávio Cavalcante Ramalho.

O objetivo desta pesquisa é analisar a percepção dos gerentes, trabalhadores e usuários dos Centros de atenção psicossocial do DF quanto à operacionalização do apoio matricial.

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 pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de grupo focal com a temática “Matriciamento” a ser discutido em grupo de no máximo 15 pessoas em salas reservadas na Universidade de Brasília em data e horário previamente agendado com um tempo estimado de 60 minutos para sua realização.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são a sua exposição no momento do grupo focal. Se você aceitar participar, estará contribuindo para apontar as fragilidades e possibilidades de melhora no processo de execução do apoio matricial, de expansão e fortalecimento da política de matriciamento nas unidades de atendimento psicossocial da SES-DF.

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.

Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Observatório de Saúde mental da UNB podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Otávio Cavalcante Ramalho, no telefone (61) 99280-2551, disponível inclusive para ligação a cobrar, ou pelo e-mail otavio_cavalcante@hotmail.com.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte. Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____.

ANEXO 2 - Termo de autorização do uso de imagem e som

Universidade de Brasília – UnB
 Faculdade de Ciências da Saúde – FS/Departamento de Enfermagem - ENF
 Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP
 Observatório de Políticas de Atenção à Saúde Mental no Distrito Federal – OBSAM

Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz para fins de pesquisa

Eu, _____, autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado “Reorganização dos e nos processos de trabalho na Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal mediada pela avaliação participativa”, sob responsabilidade da pesquisadora Maria da Glória Lima vinculada ao Núcleo de Estudos em Saúde Pública do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília.

Minha imagem e som de voz podem ser utilizados apenas para análise por parte da equipe de pesquisa, apresentações em conferências profissionais e/ou acadêmicas, atividades educacionais.

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e à pesquisa explicitados acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o(a) participante.

 Assinatura do (a) participante

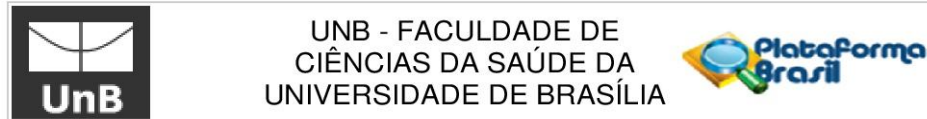
 Assinatura da pesquisadora

Brasília, ____ de ____ de _____

Em caso de dúvida pode procurar : Profa. Maria da Glória Lima (Coordenadora da Pesquisa)

Endereço Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde (FSD), Departamento de Enfermagem (ENF), Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte, CEP: 70910-900, Brasília, DF, Brasil. Telefone: (61) 3107-7947 (NESP) / 3107-1711(ENF) / 999728794. E-mail: obsam.nespunb@gmail.com / limamg@unb.br **Ou diretamente no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde: CEP/FS** – End.: Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte. Telefone: 3107-1702. E-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com. Horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. Também poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal pelo telefone 3325 4955.

ANEXO 3- Parecer Consubstanciado do CEP da Faculdade de Ciências da Saúde–



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Reorganização dos e nos processos de trabalho na Rede de Atenção Psicossocial mediada pela avaliação participativa

Pesquisador: Maria da Glória Lima

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 67425917.6.0000.0030

Instituição Proponente: FACULDADE DE SAÚDE - FS

Patrocinador Principal: Secretaria de Atenção a Saúde

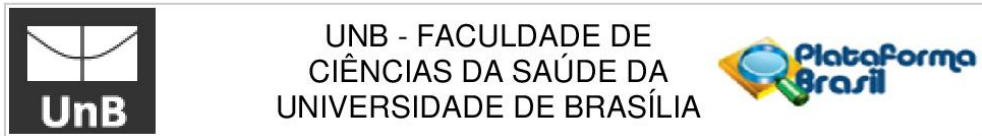
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.200.022

Apresentação do Projeto:

O Projeto é apresentado na Plataforma Brasil como se segue "A rede de saúde mental do Distrito Federal se expandiu nos últimos anos no sentido de ampliar o acesso das pessoas que necessitam de cuidados psicossociais. São múltiplas as formas de organização dos serviços, com mecanismos de gestão e processos de trabalho singulares, com inovações e heterogeneidade nos modos de produzir saúde mental. A presente pesquisa integra uma das atividades do Observatório de Políticas de Atenção a Saúde Mental do Distrito Federal, criado em 2016 no Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília (NESP/UnB). Trata-se de projeto guarda chuva, com uso de abordagens qualitativa e quantitativa e métodos diversos: grupos focais e/ou método de roda, entrevistas semiestruturadas e entrevista de profundidade, questionários e diário de campo. Objetiva-se explorar dispositivos de atuação participativa, monitoramento, qualificação e aperfeiçoamento dos diferentes atores: gestores, profissionais, usuários e familiares da Rede de Atenção Psicossocial do DF. Espera-se como resultados: mapeamento da Rede de Atenção Psicossocial; contextualização e caracterização do trabalho desenvolvido nos dispositivos de atenção psicossocial, especialmente os CAPS; produção de indicadores para os serviços CAPS; formação profissional para o apoio e caracterização do perfil dos usuários e familiares da RAPS. O presente projeto pretende aperfeiçoar as atividades já desenvolvidas nos CAPS, em especial os

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.200.022

processos de trabalho dos serviços; identificar barreiras de acesso e lacunas assistenciais; propor soluções que contribuam para avaliar e reconstruir a dinâmica da rede e dos serviços que ela oferece, a fim de melhorar a qualidade assistencial; compartilhar os resultados encontrados, de forma a oferecer subsídio aos gestores e profissionais da saúde nas ações de planejamento, promoção, prevenção e enfrentamento dos agravos de saúde mental, além do fortalecimento da RAPS; contribuir com o aprimoramento das políticas públicas de saúde mental no DF e com a promoção de uma vida digna e com justiça social aos usuários da saúde mental.”

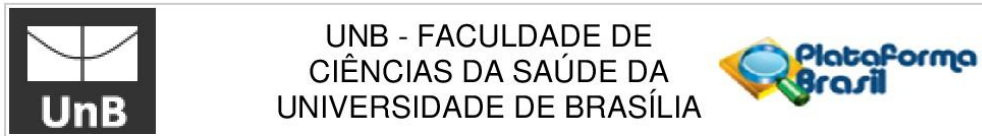
METODOLOGIA:

“Trata-se de um estudo de abordagem mista, com delineamento transversal e natureza exploratória-descritiva com triangulação de métodos e técnicas (MINAYO, 2005). Este projeto se propõe a desenvolver uma abordagem integradora teórico-prática, “com base empírica, concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou de enfrentamento e/ou com a resolução de um problema coletivo no qual os pesquisadores e os participantes, representativos da situação ou do problema, estão envolvidos de modo cooperativo e participativo (THIOLLENT, 2003)[...] um tipo de pesquisa social participante, com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, no qual pesquisadores e participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo [...]. (THIOLLENT, 2003, p. 14) A pesquisa para Demo (2006) se justifica quando a formação científica assume também a formação educativa, um processo de criar e emancipar. Ele toma a pesquisa como atitude processual de investigação diante do cotidiano, dos limites desconhecido e dos limites que a natureza e a sociedade nos impõem; e ainda, com visão emancipatória apresenta a pesquisa como trajeto educativo e científico. A pesquisa será desenvolvida em etapas no decorrer do período de quatro anos previsto para Maio de 2017 a Julho de 2021. As etapas compreendem os seguintes eixos: i) Mapeamento dos dispositivos da rede de saúde mental do Distrito Federal; ii) Capacitação em pesquisa avaliativa participativa/processo avaliativo e apoio institucional;iii) A compreensão do trabalho e a produção do cuidado em saúde na Rede de Atenção Psicossocial; iv) Atenção integral em saúde mental e a participação social dos usuários e seus familiares na Rede de Atenção Psicossocial; e v) Vulnerabilidade dos usuários e familiares em situação de sofrimento e exclusão social e as redes de apoio psicossociais e comunitárias.”

CRITERIO DE INCLUSAO:

“Serão considerados critérios de inclusão na pesquisa os seguintes itens: a. Gestores de CAPS/Unidades de Acolhimento b. Profissionais de CAPS/Unidades de Acolhimento. Usuários de

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro	
Bairro: Asa Norte	CEP: 70.910-900
UF: DF	Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947	E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.200.022

CAPS/Unidades de Acolhimento e familiares d. Membros da comunidade envolvidos com a atenção psicossocial.”

Hipótese:

“Os processos participativos de gestão e de produção de cuidado são dispositivos apoiadores do planejamento das ações de saúde e da qualificação do trabalho na Rede de Atenção Psicossocial, de maneira a ampliar o acesso a atenção integral dos usuários com transtorno mental e/ou dependente de álcool e outras drogas?”

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

“Explorar dispositivos de atuação participativa, monitoramento, qualificação e aperfeiçoamento dos diferentes atores: gestores, profissionais e usuários e seus familiares da Rede de Atenção Psicossocial do DF.”

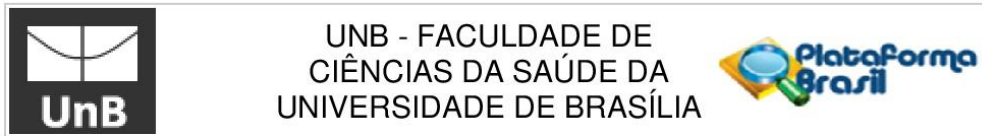
Objetivo Secundário:

“a. Mapear a rede ampliada de saúde mental do DF, a partir dos CAPS; b. Analisar as redes psicossociais instituídas entre os serviços e o protagonismo das comunidades na Rede de Atenção Psicossocial; c. Identificar as fragilidades e potencialidades da participação dos atores na produção do cuidado em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial do DF; d. Identificar a organização e funcionamento do trabalho em saúde dos serviços que compõem a RAPS/DF; e. Construir indicadores para os serviços CAPS/RAPS; f. Identificar a percepção dos profissionais de saúde sobre o trabalho realizado nos serviços da RAPS quanto aos desafios e avanços da abordagem psicossocial; g. Identificar o perfil dos usuários e famílias atendidos nos CAPS/AD do DF; h. Identificar o itinerário terapêutico percorrido pelos usuários e seus familiares para acesso, atendimento e tratamento na RAPS/DF; i. Identificar as estratégias de participação social com vistas à inclusão social dos usuários e familiares da saúde mental; j. Identificar necessidades de cuidado de usuários e familiares e a sua rede de apoio social; k. Implementar a abordagem do Tratamento Comunitário junto a população em situação de vulnerabilidade, sofrimento e exclusão social mediante a promoção de redes de apoio e proteção comunitária no DF; l. Analisar a vulnerabilidade dos usuários da saúde mental na perspectiva das políticas públicas e das abordagens da bioética de proteção e da bioética da intervenção.”

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro	
Bairro: Asa Norte	CEP: 70.910-900
UF: DF	Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947	E-mail: ceptsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.200.022

“Os riscos inerentes a pesquisa são de natureza direta, como constrangimento de participação nas entrevistas e evocação de memórias de sofrimento. Pode ainda provocar esforço cognitivo e/ou possível constrangimento pessoal por trazer à tona reflexões e emoções sobre as experiências vividas no processo de trabalho ou de cuidado no âmbito da atenção à saúde mental, decorrentes dos temas tratados ou do teor das questões. Os riscos indiretos são referentes à possibilidade de quebra de confidencialidade nas dinâmicas realizadas pelo grupo focal e entrevistas individuais. A equipe responsável pela execução da pesquisa e demais pesquisadores colaboradores estará atenta e procurará minimizar os riscos, reforçando o direito dos participantes de se recusarem a responder qualquer questão percebida como constrangedora ou evocadora de situação de sofrimento emocional. Os profissionais responsáveis pelo CAPS serão contatados, caso haja necessidade de atendimento individual das pessoas entrevistadas. Vale ressaltar que o CAPS funciona com agenda aberta para atendimento de usuários em situação de risco de sofrimento e o participante terá acesso ao atendimento nessa instituição.”

Benefícios:

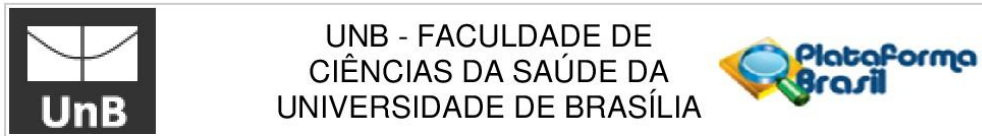
“Os benefícios esperados neste estudo envolvem a qualificação dos profissionais, o empoderamento dos usuários e a produção de ferramentas para a organização da gestão e do processo de cuidado. A pesquisa irá construir processos de capacitação/formativos com os gestores, trabalhadores e usuários e familiares da Rede de Atenção Psicossocial, em especial os CAPS/RAPS, na perspectiva de melhorar o acesso e a qualidade do cuidado em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial. Finalmente, a pesquisa produzirá um “Guia físico dos serviços de saúde mental disponíveis no DF” e uma “Página web interativa georreferenciada dos serviços de saúde mental disponíveis no DF.”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto guarda-chuva da Faculdade de Ciências da Saúde/UnB, na área de Ciências da Saúde na temática da Saúde Coletiva, coordenado pelas pesquisadoras Dra. Maria da Glória Lima Maria Aparecida Gussi e conta com a participação de nove pesquisadores, três estudantes de graduação e dois estudantes de Mestrado Profissional. A pesquisa está orçada em R\$ 1.140.000,00 (um milhão e cento e quarenta mil reais) distribuídos em R\$ 343.000,00 (trezentos e quarenta e três mil reais) para custeio e R\$ 797.000,00 (setecentos e noventa e sete mil reais) para bolsas (pesquisadores e estudantes), financiada pela Secretaria de Atenção à Saúde do Distrito Federal.

A pesquisa terá trezentos e dezoito (318) participantes, distribuídos da seguinte forma: (1)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro	
Bairro: Asa Norte	CEP: 70.910-900
UF: DF	Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947	E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.200.022

Gestores dos CAPS/UA: 18 participantes; (2) Familiares dos usuarios dos CAPS/US: 50 participantes, (3) Usuarios dos CAPS: 150 participantes e (4) Profissionais de saude dos CAPS/US: 100 participantes. O Desfecho primario da pesquisa foi definido como "Qualificacao da Rede de Atencao Psicossocial com construcao de indicadores de qualidade e de acesso aos servicos de saude mental."

A Co-participante deste projeto e a Secretaria de Saude do Distrito Federal, tendo como responsavel Humberto Lucena Pereira da Fonseca, com Comite de Etica – Fundacao de Ensino e Pesquisa em Ciencias da Saude – FEPECS/SES/DF.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram analisados os seguintes documentos como resposta às pendências emitidas pelo parecer consubstanciado no. 2.160.041:

Informações Básicas do Projeto: "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_832755.pdf" de 27/07/2017;

Carta de resposta ao CEP: "CartaRespPendencias.doc" e "Carta_Resp_Pendencias.pdf" de 27/07/2017;

Termo de Autorização de Imagem e Son de Voz para fins de Pesquisa: "Termo_Aut_Utiliz_Imagem_SomVoz_Pais.pdf" e "Termo_Aut_Utiliz_Imagem_SomVoz_Pais.docx", ambos de 17/07/2017;

TCLEs:

Na versão pdf e seu correspondente em docx: "TCLE_Pai_Responsavel_Legal.pdf" e "TCLE_Pai_Responsavel_Legal.docx",

"TCLE_grupofocal_Usuario_Familiar.pdf" e "TCLE_grupofocal_Usuario_Familiar.docx",

"TCLE_grupofocal_Gestor_Prof_Saude.pdf" e "TCLE_grupofocal_Gestor_Prof_Saude.docx",

"TCLE_entrevista_Usuario_Familiar.pdf" e "TCLE_entrevista_Usuario_Familiar.docx"

"TCLE_entrevista_Gestor_Prof_Saude.pdf" e "TCLE_entrevista_Gestor_Prof_Saude.docx",

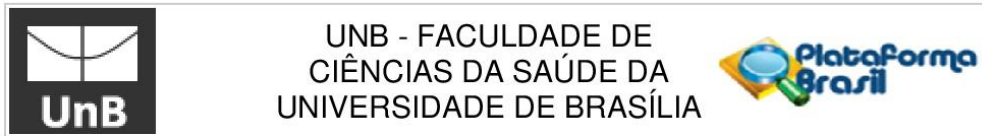
TALEs: "TALE_10a13_anos.docx" e "TALE_10a13_anos.pdf"; "TALE_14a17_anos.docx" e "TALE_14a17_anos.pdf" todos de 27/07/2017;

Projeto Detalhado: "PROJETO_resposta_pend_CEPFS.docx" de 27/07/2017.

Recomendações:

Não se aplica.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.200.022

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise das respostas às pendências emitidas pelo parecer consubstanciado no. 2.160.041:

1. Solicita-se apresentar cada modelo de TCLE, bem como do TALE, em arquivos individualizados.

Resposta - Foram apresentados/anexados à Plataforma Brasil os modelos dos documentos TCLE e TALE nas versões Word e PDF. As versões em Word estão inclusas no Projeto, conforme págs. 36 a 49.

TCLE_entrevista_Gestor_Prof Saude (pág. 36/37)

TCLE_grupofocal_Gestor_Prof Saude (pág. 38/39)

TCLE_entrevista_Usuário_e_Familiar (pág. 40/41)

TCLE_grupofocal_Usuário_e_Familiar (pág. 42/43)

TCLE_Pai_Responsavel (pág. 44/45)

TALE 10_13 anos (pág. 46/47)

TALE 12_17 anos (pág. 48/49)

Observação1: O trabalho de pesquisa proposto não pretende o envolvimento de crianças menores de 10 anos como participantes do estudo.

Observação 2: A aplicação do TCLE ou do TALE se fará sempre com a presença de um pesquisador para retirada de dúvidas ou maiores esclarecimentos e, no caso do TALE, a explicação em linguagem "entendível" de cada criança, caso a caso.

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2. Solicita-se apresentar modelo de TCLE direcionado aos pais ou responsável legal do menor participante da pesquisa.

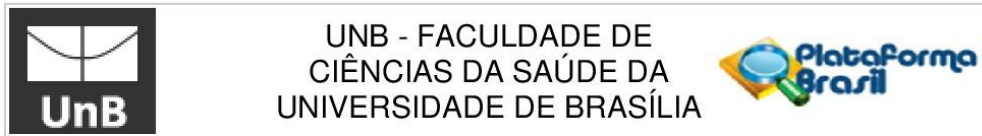
Resposta - Foi apresentado/anexado modelo de TCLE direcionado aos pais ou responsável legal, localizado na página 44/45 do projeto.

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3. Solicita-se acrescentar informações sobre aprovação pelo CEP/FEPCS-SES/DF nos TCLEs e TALEs, visto que esse CEP apreciara o presente protocolo de pesquisa como CEP vinculado a instituição coparticipante. Recomenda-se ver modelo na página do web do CEP/FS.

Resposta – Foi acrescentada a informação conforme solicitado em todos os citados documentos TCLE e TALE (retirado do modelo disponível no site do CEP/FS): "Além disso, como a Secretaria de Estado de Saúde é co-participante desta pesquisa, este projeto também foi aprovado pelo Comitê

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** ceptsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.200.022

de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante de pesquisa também podem ser obtidos por meio do telefone: (61) 3325-4955.”

TCLE_entrevista_Gestor_Prof Saude (página 36/37, parágrafo 10);

TCLE_grupofocal_Gestor_Prof Saude (página 38/39, parágrafo 10);

TCLE_entrevista_Usuário_e_Familiar (página 40/41, parágrafo 10);

TCLE_grupofocal_Usuário_e_Familiar (página 42/43, parágrafo 10);;

TCLE_Pai_Responsavel (págs. 44/45, parágrafo 10);

TALE 10_13 anos (pág. 46/47, parágrafo 8);

TALE 14_17 anos (págs. 48/49, parágrafo 6);

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA.

4. Quanto ao documento "Term_Ass_Crianca_Adoles2.docx", postado em 20/04/2017, solicita-se adequar a linguagem do documento as diferentes faixas etárias. Recomenda-se apresentar 3 versoes do TALE considerando as faixas etárias 6 a 10 anos, 11 a 13 anos e 14 a 17 anos.

Resposta - Considerando o grupo etário convidado a participar da pesquisa foram apresentados/anexados dois TALE para as faixas de idade de 10 a 13 anos e de 14 a 17 anos. (páginas 46 a 49), uma vez que o trabalho de pesquisa proposto não pretende o envolvimento de crianças menores de 10 anos como participantes do estudo.

Observação: Feito modificação no item participantes do estudo (Pág. 9, Parágrafo 2)

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA.

5. Solicita-se apresentar modelo de termo de autorizacao de utilizacao de imagem e som de voz para fins de pesquisa direcionado ao pai ou responsavel legal do menor participante de pesquisa.

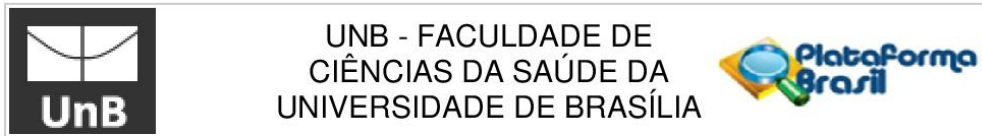
Resposta – Foi apresentado/anexado Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som da Voz direcionado ao pai ou responsável, na versão Word e PDF. A versão em Word está inclusa no Projeto, conforme página 51.

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA.

6. Solicita-se informar claramente e incluir no cronograma a etapa de coleta de dados. Esta deve ser posterior a aprovacao pelo CEP/FS e a aprovacao pelo CEP-FEPECS, esse ultimo vinculado a instituicao coparticipante.

Resposta: No item cronograma ressaltamos que a coleta de dados terá inicio somente após a aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da FS e SES/DF com modificações nos itens coleta de

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.200.022

dados e a análise, em separado.

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Conclusão: Todas as pendências foram atendidas. Não há óbices éticos para a realização deste projeto. Protocolo de pesquisa está em conformidade com a Resolução CNS 466/2012 e Complementares.

Considerações Finais a critério do CEP:

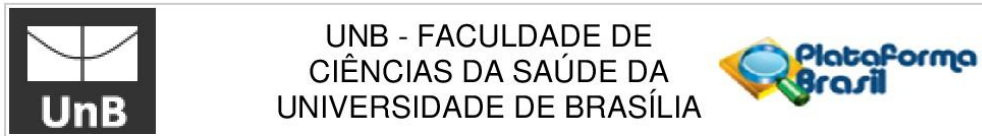
De acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

O início das atividades de coleta dos dados do projeto devem aguardar a aprovação do projeto pelo CEP da instituição coparticipante.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_832755.pdf	27/07/2017 16:25:40		Aceito
Outros	CartaRespPendencias.doc	27/07/2017 16:19:33	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Carta_Resp_Pendencias.pdf	27/07/2017 16:10:01	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Aut_Utiliz_Imagem_SomVoz_Pais.pdf	27/07/2017 16:05:56	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Pai_Responsavel_Legal.pdf	27/07/2017 16:05:40	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupofocal_Usuario_Familiar.pdf	27/07/2017 16:05:22	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupofocal_Gestor_Prof_Saude.pdf	27/07/2017 16:05:02	Maria da Glória Lima	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

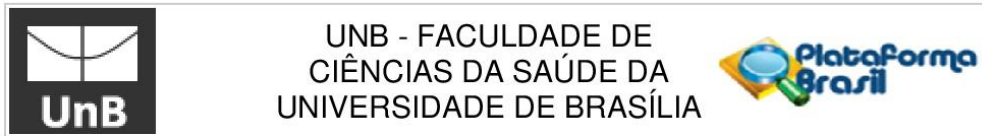


UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Continuação do Parecer: 2.200.022

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_Usuario_Familiar.pdf	27/07/2017 16:04:39	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_Gestor_Prof_Saude.pdf	27/07/2017 16:04:28	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_14a17_anos.pdf	27/07/2017 16:04:21	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_10a13_anos.pdf	27/07/2017 16:04:09	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Aut_Utiliz_Imagem_SomVoz_Pais.docx	27/07/2017 16:00:25	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Pai_Responsavel_Legal.docx	27/07/2017 16:00:15	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupofocal_Usuario_Familiar.docx	27/07/2017 15:59:31	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupofocal_Gestor_Prof_Saude.docx	27/07/2017 15:58:57	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_Usuario_Familiar.docx	27/07/2017 15:58:30	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_Gestor_Prof_Saude.docx	27/07/2017 15:57:36	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_14a17_anos.docx	27/07/2017 15:57:20	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_10a13_anos.docx	27/07/2017 15:57:00	Maria da Glória Lima	Aceito

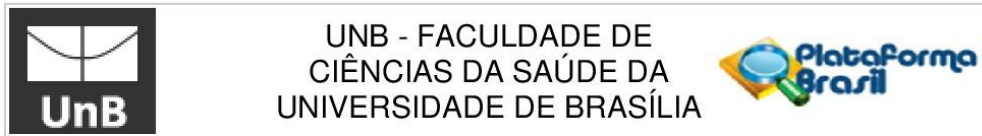
Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** ceptsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.200.022

Ausência	TALE_10a13_anos.docx	27/07/2017 15:57:00	Maria da Glória Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_resposta_pend_CEPFS.docx	27/07/2017 15:56:22	Maria da Glória Lima	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	20/04/2017 14:57:49	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEs2.docx	20/04/2017 14:50:26	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Term_Ass_Crianca_Adoles2.docx	20/04/2017 14:50:01	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermoCompr_Gloria.doc	19/04/2017 11:23:57	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	CartEncamProj.doc	19/04/2017 11:22:22	Maria da Glória Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	10/04/2017 17:51:55	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Term_Aut_Imag_Som.doc	10/04/2017 17:51:00	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Vilmara_Macedo.pdf	10/04/2017 17:37:38	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Vanessa_Camevale.pdf	10/04/2017 17:36:51	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Tania_Resende.pdf	10/04/2017 17:35:59	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Renata_Cavalcante.pdf	10/04/2017 17:35:18	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Otavio_Ramalho.pdf	10/04/2017 17:34:47	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Maria_Gloria.pdf	10/04/2017 17:34:18	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Maria_Gussi.pdf	10/04/2017 17:33:52	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Maira_Gussi.pdf	10/04/2017 17:33:19	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Luana_Paz.pdf	10/04/2017 17:32:48	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Karime_Porto.pdf	10/04/2017 17:32:09	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Ione_Barros.pdf	10/04/2017	Maria da Glória	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** ceptsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.200.022

Outros	Curriculo_lone_Barros.pdf	17:31:42	Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Hugo_Vitor.pdf	10/04/2017 17:31:05	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Cibele_Sousa.pdf	10/04/2017 17:30:20	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Aurelio_Andrade.pdf	10/04/2017 17:29:45	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Adriana_Carvalho.pdf	10/04/2017 17:28:01	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermoConcFS.doc	10/04/2017 17:17:11	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermoConcFepecs.doc	10/04/2017 17:16:39	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermConcFepecs.PDF	10/04/2017 17:03:41	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermoConcFS.PDF	10/04/2017 17:02:25	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermCompr_Gloria.PDF	10/04/2017 16:58:47	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	CartEncamProj.PDF	10/04/2017 16:57:49	Maria da Glória Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

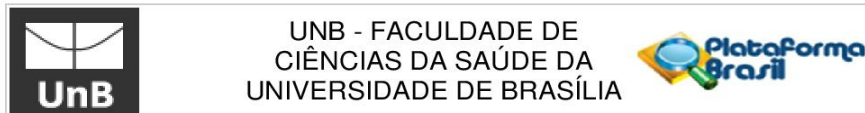
Não

BRASILIA, 03 de Agosto de 2017

Assinado por:
Keila Elizabeth Fontana
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

ANEXO 4 - Parecer Consubstanciado do CEP da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.



Continuação do Parecer: 2.200.022

processos de trabalho dos serviços; identificar barreiras de acesso e lacunas assistenciais; propor soluções que contribuam para avaliar e reconstruir a dinâmica da rede e dos serviços que ela oferece, a fim de melhorar a qualidade assistencial; compartilhar os resultados encontrados, de forma a oferecer subsídio aos gestores e profissionais da saúde nas ações de planejamento, promoção, prevenção e enfrentamento dos agravos de saúde mental, além do fortalecimento da RAPS; contribuir com o aprimoramento das políticas públicas de saúde mental no DF e com a promoção de uma vida digna e com justiça social aos usuários da saúde mental."

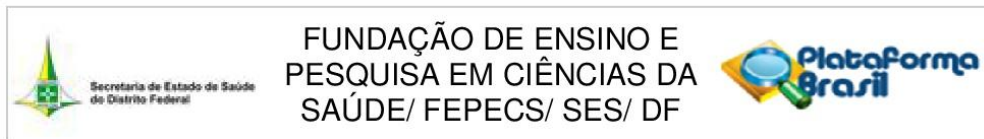
METODOLOGIA:

"Trata-se de um estudo de abordagem mista, com delineamento transversal e natureza exploratória-descritiva com triangulação de métodos e técnicas (MINAYO, 2005). Este projeto se propõe a desenvolver uma abordagem integradora teórico-prática, "com base empírica, concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou de enfrentamento e/ou com a resolução de um problema coletivo no qual os pesquisadores e os participantes, representativos da situação ou do problema, estão envolvidos de modo cooperativo e participativo (THIOLLENT, 2003)[...] um tipo de pesquisa social participante, com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, no qual pesquisadores e participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo [...]. (THIOLLENT, 2003, p. 14) A pesquisa para Demo (2006) se justifica quando a formação científica assume também a formação educativa, um processo de criar e emancipar. Ele toma a pesquisa como atitude processual de investigação diante do cotidiano, dos limites desconhecido e dos limites que a natureza e a sociedade nos impõem; e ainda, com visão emancipatória apresenta a pesquisa como trajeto educativo e científico. A pesquisa será desenvolvida em etapas no decorrer do período de quatro anos previsto para Maio de 2017 a Julho de 2021. As etapas compreendem os seguintes eixos: i) Mapeamento dos dispositivos da rede de saúde mental do Distrito Federal; ii) Capacitação em pesquisa avaliativa participativa/processo avaliativo e apoio institucional; iii) A compreensão do trabalho e a produção do cuidado em saúde na Rede de Atenção Psicossocial; iv) Atenção integral em saúde mental e a participação social dos usuários e seus familiares na Rede de Atenção Psicossocial; e v) Vulnerabilidade dos usuários e familiares em situação de sofrimento e exclusão social e as redes de apoio psicossociais e comunitárias."

CRITÉRIO DE INCLUSÃO:

"Serão considerados critérios de inclusão na pesquisa os seguintes itens: a. Gestores de CAPS/Unidades de Acolhimento b. Profissionais de CAPS/Unidades de Acolhimento c. Usuários de

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.270.086

Saúde Mental do Distrito Federal, criado em 2016 no Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília (NESP/UnB). Trata-se de projeto guarda chuva, com uso de abordagens qualitativa e quantitativa e métodos diversos: grupos focais e/ou método de roda, entrevistas semiestruturadas e entrevista de profundidade, questionários e diário de campo. Objetiva-se explorar dispositivos de atuação participativa, monitoramento, qualificação e aperfeiçoamento dos diferentes atores: gestores, profissionais, usuários e familiares da Rede de Atenção Psicossocial do DF. Espera-se como resultados: mapeamento da Rede de Atenção Psicossocial; contextualização e caracterização do trabalho desenvolvido nos dispositivos de atenção psicossocial, especialmente os CAPS; produção de indicadores para os serviços CAPS; formação profissional para o apoio e caracterização do perfil dos usuários e familiares da RAPS. O presente projeto pretende aperfeiçoar as atividades já desenvolvidas nos CAPS, em especial os processos de trabalho dos serviços; identificar barreiras de acesso e lacunas assistenciais; propor soluções que contribuam para avaliar e reconstruir a dinâmica da rede e dos serviços que ela oferece, a fim de melhorar a qualidade assistencial; compartilhar os resultados encontrados, de forma a oferecer subsídio aos gestores e profissionais da saúde nas ações de planejamento, promoção, prevenção e enfrentamento dos agravos de saúde mental, além do fortalecimento da RAPS; contribuir com o aprimoramento das políticas públicas de saúde mental no DF e com a promoção de uma vida digna e com justiça social aos usuários da saúde mental.

Objetivo da Pesquisa:

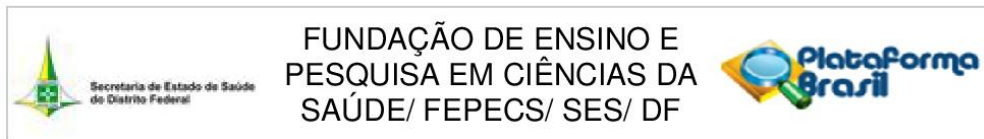
Objetivo Primário:

Explorar dispositivos de atuação participativa, monitoramento, qualificação e aperfeiçoamento dos diferentes atores: gestores, profissionais e usuários e seus familiares da Rede de Atenção Psicossocial do DF.

Objetivo Secundário:

- a. Mapear a rede ampliada de saúde mental do DF, a partir dos CAPS;
- b. Analisar as redes psicossociais instituídas entre os serviços e o protagonismo das comunidades na Rede de Atenção Psicossocial;
- c. Identificar as fragilidades e potencialidades da participação dos atores na produção do cuidado em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial do DF;
- d. Identificar a organização e funcionamento do trabalho em saúde dos serviços que compõe a RAPS/DF;
- e. Construir indicadores para os serviços CAPS/RAPS;
- f. Identificar a percepção dos profissionais de saúde sobre o trabalho realizado nos serviços da

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (63)3254-9551 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.270.086

- RAPS quanto aos desafios e avanços da abordagem psicossocial;
- g. Identificar o perfil dos usuários e famílias atendidos nos CAPS/AD do DF;
 - h. Identificar o itinerário terapêutico percorrido pelos usuários e seus familiares para acesso, atendimento e tratamento na RAPS/DF;
 - i. Identificar as estratégias de participação social com vistas a inclusão social dos usuários e familiares da saúde mental;
 - j. Identificar necessidades de cuidado de usuários e familiares e a sua rede de apoio social;
 - k. Implementar a abordagem do Tratamento Comunitário junto a população em situação de vulnerabilidade, sofrimento e exclusão social mediante a promoção de redes de apoio e proteção comunitária no DF;
 - l. Analisar a vulnerabilidade dos usuários da saúde mental na perspectiva das políticas públicas e das abordagens da bioética de proteção e da bioética da intervenção.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

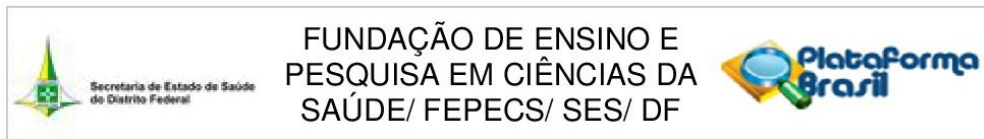
Riscos:

Os riscos inerentes à pesquisa são de natureza direta, como constrangimento de participação nas entrevistas e evocação de memórias de sofrimento. Pode ainda provocar esforço cognitivo e/ou possível constrangimento pessoal por trazer a tona reflexões e emoções sobre as experiências vividas no processo de trabalho ou de cuidado no âmbito da atenção à saúde mental, decorrentes dos temas tratados ou do teor das questões. Os riscos indiretos são referentes à possibilidade de quebra de confidencialidade nas dinâmicas realizadas pelo grupo focal e entrevistas individuais. A equipe responsável pela execução da pesquisa e demais pesquisadores colaboradores estará atenta e procurará minimizar os riscos, reforçando o direito dos participantes de se recusarem a responder qualquer questão percebida como constrangedora ou evocadora de situação de sofrimento emocional. Os profissionais responsáveis pelo CAPS serão contatados, caso haja necessidade de atendimento individual das pessoas entrevistadas. Vale ressaltar que o CAPS funciona com agenda aberta para atendimento de usuários em situação de risco de sofrimento e o participante terá acesso ao atendimento nessa instituição.

Benefícios:

Os benefícios esperados neste estudo envolvem a qualificação dos profissionais, o empoderamento dos usuários e a produção de ferramentas para a organização da gestão e do processo de cuidado. A pesquisa irá construir processos de capacitação/formativos com os

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS	
Bairro: ASA NORTE	CEP: 70.710-904
UF: DF	Município: BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955	Fax: (63)3254-9551 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.270.086

gestores, trabalhadores e usuários e familiares da Rede de Atenção Psicossocial, em especial os CAPS/RAPS, na perspectiva de melhorar o acesso e a qualidade do cuidado em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial. Finalmente, a pesquisa produzirá um "Guia físico dos serviços de saúde mental disponíveis no DF" e uma "Página web interativa georreferenciada dos serviços de saúde mental disponíveis no DF".

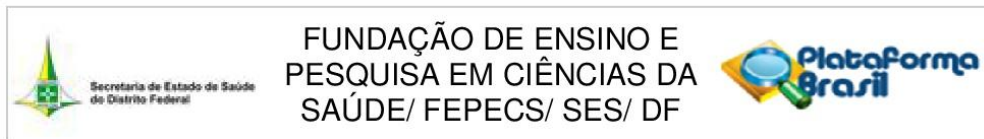
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia de Análise de Dados:

4.2.1. A pesquisa bibliográfica utilizará o método de revisão integrativa de literatura (MENDES et al, 2008), a partir da seguinte pergunta: "Quais são as abordagens temáticas e lacunas na produção acadêmica relacionada às tecnologias de cuidado da pessoa com transtorno mental, sofrimento social e em dependência química, no período 2000-2020?" Serão utilizados os seguintes descritores "Saúde mental", "Serviços de Saúde Mental", "Cuidado", "Desinstitucionalização", "Sofrimento mental" e "Usuários de drogas" nas bases de dado da SCIELO, BIREME e MEDLINE, nos idiomas Português, Espanhol e Inglês.

4.2.2. A pesquisa qualitativa será desenvolvida por intermédio de entrevistas em profundidade do tipo face-a-face individuais e grupais, com utilização de instrumentos de coleta de dados semiestruturados criados para a pesquisa, bem como, instrumentos previamente padronizados, apresentados na seção dos anexos. Os participantes dessa etapa serão gestores, profissionais, usuários, familiares de usuários e comunidade em geral relacionados aos CAPS/RAPS, de maneira a dar voz a esses atores na produção de narrativas sobre suas experiências de atendimento, tratamento e inclusão social, e analisar as redes sociais estabelecidas internamente e externamente na RAPS. As atividades grupais com utilização da técnica de grupos focais apoiarão a contextualização e análise da Rede de Atenção Psicossocial quanto a organização do cuidado numa perspectiva ecológica em sua dimensão individual, familiar, comunitária e societária. Será subsidiada por roteiro com questões norteadoras desenvolvidas pela equipe de pesquisa. A análise qualitativa dos conteúdos/relatos verbais seguirá os procedimentos apresentados por Minayo para a análise compreensiva de conteúdo obtido nas entrevistas e grupos focais (MINAYO, 2012). O trabalho de campo será apoiado pela técnica de observação simples, desenvolvida de forma espontânea e não sistemática (GIL, 2012) com registro das percepções e subjetividades identificadas pela equipe de entrevistadores. Os entrevistadores

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (63)3254-9551 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.270.086

receberão uma capacitação para alinhamento da abordagem metodológica e da operacionalização do trabalho de campo. As observações informais dos momentos formativos e das intervenções serão constitutivas do diário de campo. 4.2.3. A pesquisa documental será realizada a partir da análise dos eixos das políticas: Política Nacional de Atenção à Saúde Mental, Política Nacional de Humanização, Políticas de Atenção aos Usuários de álcool e outras drogas, Política Nacional de Atenção Básica e outras. Serão analisados também os Cadernos de formação para organização dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial da saúde mental e do trabalho dos profissionais. O método selecionado para a pesquisa documental será o de análise temática de conteúdo (BARDIN, 2004) e um instrumento de coleta de dados será produzido à posteriori, baseado nos eixos identificado nos resultados da revisão de literatura.

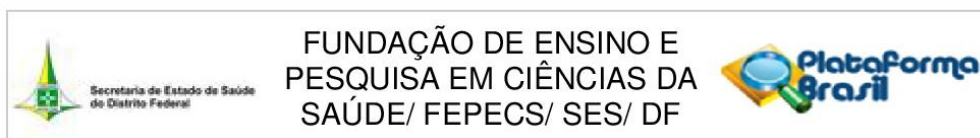
4.2.4. A pesquisa quantitativa será realizada em bases de dados secundários utilizando microdados públicos e publicizados pelo Ministério da Saúde e IBGE (DATASUS, PNAD 2015, PNS 2013, dados do Sistema de Informação Geográfica – SIG). O método de análise será da estatística descritiva com apresentação de distribuição, frequência e análise de correlação entre as variáveis selecionadas nas bases de dados, a fim de identificar o perfil epidemiológico dos moradores do Distrito Federal. Os resultados dos mapas de redes produzidos pelo software UCINET (2002) serão analisados pela técnica de análise gráfica visual, quanto às conectividades, a dinâmica relacional/instituições e os seus movimentos, densidade e impactos produzidos e orientar novos caminhos de investigação e intervenção na comunidade.”

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados adequadamente os termos:

- Folha de Rosto - instituição proponente - assinado pela Diretora da Faculdade de Ciências da Saúde / Universidade de Brasília.
- Termo de Anuência - assinado pela Coordenação CORIS/SAIS/SES-DF.
- Projeto de Pesquisa completo - apresentou brochura, cronograma e planilha de orçamento.
- Currícula vitae de 15 pesquisadores.
- Termo de autorização para divulgação de imagens.
- TCLE_entrevista Gestor Prof Saude.
- TCLE_grupo focal Gestor Prof Saude.
- TCLE_entrevista Usuário e Familiar.
- TCLE_grupo focal Usuário e Familiar.
- TCLE Pai Responsável.
- Termo de Compromisso do pesquisador.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (63)3254-9551 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.270.086

- Carta de Resposta às pendências ao CEP/UNB Ceilândia.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

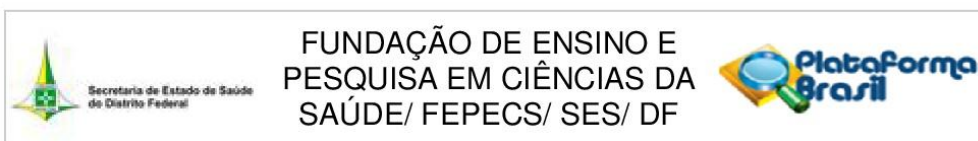
Projeto aprovado. Relembramos a necessidade de entregar os relatórios ao CEP/FEPECS e executar a pesquisa conforme foi apresentado e aprovado pelo CEP/FEPECS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_832755.pdf	27/07/2017 16:25:40		Aceito
Outros	CartaRespPendencias.doc	27/07/2017 16:19:33	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Carta_Resp_Pendencias.pdf	27/07/2017 16:10:01	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Aut_Utiliz_Imagem_SomVoz_Pais.pdf	27/07/2017 16:05:56	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Pai_Responsavel_Legal.pdf	27/07/2017 16:05:40	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupofocal_Usuario_Familiar.pdf	27/07/2017 16:05:22	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupofocal_Gestor_Prof_Saude.pdf	27/07/2017 16:05:02	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_Usuario_Familiar.pdf	27/07/2017 16:04:39	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_Gestor_Prof_Saude.pdf	27/07/2017 16:04:28	Maria da Glória Lima	Aceito

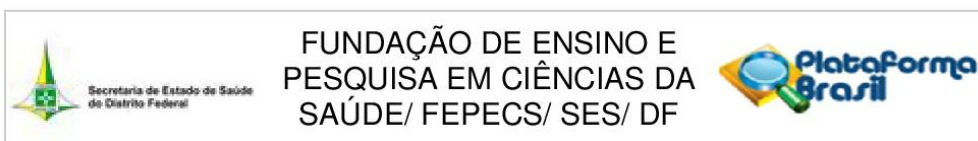
Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (63)3254-9551 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.270.086

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_14a17_anos.pdf	27/07/2017 16:04:21	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_10a13_anos.pdf	27/07/2017 16:04:09	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Aut_Utiliz_Imagem_SomVoz_Pais.docx	27/07/2017 16:00:25	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Pai_Responsavel_Legal.docx	27/07/2017 16:00:15	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupofocal_Usuario_Familiar.docx	27/07/2017 15:59:31	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupofocal_Gestor_Prof_Saude.docx	27/07/2017 15:58:57	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_Usuario_Familiar.docx	27/07/2017 15:58:30	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_Gestor_Prof_Saude.docx	27/07/2017 15:57:36	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_14a17_anos.docx	27/07/2017 15:57:20	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_10a13_anos.docx	27/07/2017 15:57:00	Maria da Glória Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_resposta_pend_CEPFS.docx	27/07/2017 15:56:22	Maria da Glória Lima	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_832755.pdf	20/04/2017 15:32:31		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	20/04/2017 14:57:49	Maria da Glória Lima	Aceito

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS**Bairro:** ASA NORTE**CEP:** 70.710-904**UF:** DF**Município:** BRASILIA**Telefone:** (61)3325-4955**Fax:** (63)3254-9551**E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 2.270.086

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEs2.docx	20/04/2017 14:50:26	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Term_Ass_Crianca_Adoles2.docx	20/04/2017 14:50:01	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermoCompr_Gloria.doc	19/04/2017 11:23:57	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	CartEncamProj.doc	19/04/2017 11:22:22	Maria da Glória Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	10/04/2017 17:51:55	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Term_Aut_Imag_Som.doc	10/04/2017 17:51:00	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Vilmara_Macedo.pdf	10/04/2017 17:37:38	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Vanessa_Carnevale.pdf	10/04/2017 17:36:51	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Tania_Resende.pdf	10/04/2017 17:35:59	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Renata_Cavalcante.pdf	10/04/2017 17:35:18	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Otavio_Ramalho.pdf	10/04/2017 17:34:47	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Maria_Gloria.pdf	10/04/2017 17:34:18	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Maria_Gussi.pdf	10/04/2017 17:33:52	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Maira_Gussi.pdf	10/04/2017 17:33:19	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Luana_Paz.pdf	10/04/2017 17:32:48	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Karime_Porto.pdf	10/04/2017 17:32:09	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Ione_Barros.pdf	10/04/2017 17:31:42	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Hugo_Vitor.pdf	10/04/2017 17:31:05	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Cibele_Sousa.pdf	10/04/2017 17:30:20	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Aurelio_Andrade.pdf	10/04/2017 17:29:45	Maria da Glória Lima	Aceito

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

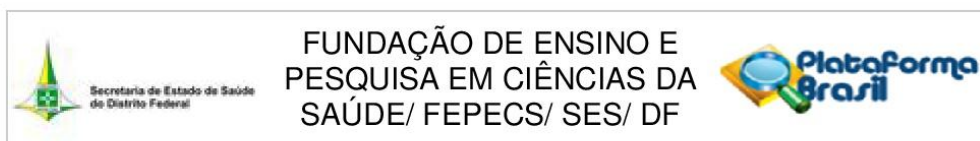
UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (63)3254-9551

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.270.086

Outros	Curriculo_Adriana_Carvalho.pdf	10/04/2017 17:28:01	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermoConcFS.doc	10/04/2017 17:17:11	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermoConcFepecs.doc	10/04/2017 17:16:39	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermConcFepecs.PDF	10/04/2017 17:03:41	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermoConcFS.PDF	10/04/2017 17:02:25	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermCompr_Gloria.PDF	10/04/2017 16:58:47	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	CartEncamProj.PDF	10/04/2017 16:57:49	Maria da Glória Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 12 de Setembro de 2017

Assinado por:
Geisa Sant Ana
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (63)3254-9551 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com