

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ

MYLENA GOELZER DA SILVA

**IMPLANTAÇÃO DO MATRICIAMENTO ATRAVÉS DE VISITAS DOMICILIARES
COMPARTILHADAS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E
DROGAS**

CURITIBA PR

2022

MYLENA GOELZER DA SILVA

**IMPLANTAÇÃO DO MATRICIAMENTO ATRAVÉS DE VISITAS DOMICILIARES
COMPARTILHADAS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E
DROGAS**

Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública do Paraná / Secretaria de Estado de Saúde, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Prof. Orientador: Dr^a Fernanda Carolina Capistrano

CURITIBA PR

2022

Banca examinadora:

Orientadora

Dr. Fernanda Carolina Capistrano

Convidada Interna

Me. Flávia Caroline Figel

Convidada Externa

Me. Gimene Cardozo Braga

FOLHA DE APROVAÇÃO

CURITIBA, ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ DO PROGRAMA DE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL.

O trabalho intitulado **IMPLANTAÇÃO DO MATRICIAMENTO ATRAVÉS DE VISITAS DOMICILIARES COMPARTILHADAS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS** de autoria da aluna residente **MYLENA GOELZER DA SILVA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde mental.

Prof. Dr. Fernanda Carolina Capistrano

Orientador do TCR/PI

Prof. Me. Flávia Caroline Figel

Avaliador da Instituição

Prof. Me. Gimene Cardozo Braga

Avaliador Externo

RESUMO

Introdução: O uso de álcool e Substâncias Psicoativas é historicamente moralista e vinculada ao caráter, ao decorrer do tempo essa visão passou a ser entendida como um agravo crônico de saúde. A proposta de matriciamento vem como forma dinâmica de inverter essa lógica vertical, tradicional da saúde, para "horizontalizar saberes e práticas nos diferentes níveis assistenciais". Para promover o matriciamento, destaca-se a visita domiciliar conjunta, a qual pode ser realizada por diversas razões, entre elas podem-se citar a gravidade da dependência química.

Objetivos: O objetivo dessa pesquisa é Implantar o matriciamento por meio de visitas domiciliares compartilhadas com a Atenção Primária em saúde em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas. **Metodologia:** Trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). A coleta de dados foi efetuada no período de setembro a novembro de 2021, por meio de reuniões administrativas, visitas domiciliares compartilhadas com a Estratégia Saúde da Família e entrevistas semiestruturadas com a equipe de referência. Foi realizada a análise de conteúdo proposta por Minayo (2001). **Resultados:** A implantação do matriciamento seguiu o proposto pela PCA, a partir das fases de dialogicidade, imersibilidade, simultaneidade e expansividade. Foram realizadas três Visitas Domiciliares organizadas, contendo observações sobre: Descrição do caso, Discussão de caso entre Equipe de Referência e Equipe de Apoio Matricial; Visitas Domiciliares em conjunto e Projeto terapêutico singular. As entrevistas com as equipes de referência promoveram o repensar sobre as potencialidades e desafios dessa estratégia de matriciamento, sendo os desafios: A Comunicação como ferramenta de trabalho e ser ampliada; A Educação permanente das Equipes de Referência; Vinculação interdisciplinar e intersetorial. E as potencialidades como: Matriciamento e o cuidado compartilhado e Promoção da Clínica Ampliada. **Conclusão:** A estratégia de matriciamento do CAPS AD através de visitas domiciliares compartilhadas com a ESF contribuiu com a horizontalização dos saberes na prática, promovendo por meio da clínica ampliada o acesso de qualidade a saúde do usuário e fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial no SUS.

Palavras chave: Saúde mental; Matriciamento; Visitas Domiciliares; Rede de Atenção Psicossocial.

LISTA DE SIGLAS

APS - Atenção Primária em Saúde

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

DC - Diários de Campo

EAM- Equipe de Apoio Matricial

ER– Equipe de referência

ESF - Estratégia Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PCA – Pesquisa Convergente Assistencial

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SUS – Sistema Único de Saúde

TA – Transcrição de Áudio

UBS - Unidade Básica de Saúde

VD - Visita Domiciliar

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Caracterização dos Profissionais da Equipe de Referência Entrevistados.....	20
QUADRO 2 - Caso I Projeto Terapêutico Singular	31
QUADRO 3 - Caso II Projeto Terapêutico Singular.....	33
QUADRO 4 - Caso III Projeto terapêutico singular.....	36

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. OBJETIVO GERAL	15
2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
4. METODOLOGIA	16
4.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	16
4.2. LOCAL DO ESTUDO	16
4.3. PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	18
4.4. INSTRUMENTOS DE COLETA.....	19
4.5. COLETA DE DADOS	20
4.6. ANÁLISE DOS DADOS	21
4.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	22
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
5.2 DESENVOLVIMENTO DO PTS A PARTIR DA DISCUSSÃO DOS CASOS	29
5.3.1 DESAFIOS ENCONTRADOS PELA EQUIPE DE REFERÊNCIA ...	37
5.3.2 POTENCIALIDADES ENCONTRADAS PELA EQUIPE DE REFERÊNCIA.	44
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52
ANEXOS.....	58
ANEXO I.....	59
ANEXO II.....	63

1. INTRODUÇÃO

O ser humano em sua construção histórica sempre buscou o consumo de substâncias químicas sendo motivado por diversas condições singulares que envolve fatores como a cultura, rituais religiosos, busca por prazer, assim como também estratégias para abstrair de um sofrimento. Entretanto, tais substâncias alteram as funções orgânicas do Sistema Nervoso Central (SNC) interferindo diretamente na percepção, humor, comportamento e consciência (MALBERGIER, AMARAL et al, 2013).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), as Substâncias Psicoativas (SPA) são aquelas substâncias que “não são produzidas pelo organismo e atuam em sistemas que alteram seu funcionamento”. O padrão de consumo de SPA é considerado como uso problemático, uso abusivo e a síndrome de dependência na qual, está última, se associada a maior gravidade de dimensão biológica, psicológica e social na vida do indivíduo. (OMS, 1993; SIQUEIRA, 2016).

O uso de SPA é historicamente moralista e vinculada ao caráter, ao decorrer do tempo essa visão passou a ser entendida como um agravo crônico de saúde. Com essa mudança as propostas de políticas públicas de enfrentamento da problemática passaram a compreender a dimensão como multifatorial, que envolve diversos elementos biopsicossociais. E diante disso entende-se que a abordagem terapêutica deve ser multidisciplinar. (SIQUEIRA, 2016)

No que tange ao tratamento da dependência química e estratégias de abordagens terapêuticas, deve-se considerar inicialmente todo o processo relacionado ao Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil e no mundo até o surgimento da lei 10.216 de 16 de abril de 2001, fato que motivou diversas mudanças de conceito nos diferentes dispositivos de saúde emergindo a garantia de assistência em saúde mental. (BRASIL, 2015).

Atualmente com as Portarias de nº 3.088 de 23 de abril de 2011 e nº 5.388 que: ‘Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)’, é possível oferecer ao usuário uma gama de possibilidades de tratamento, sempre fundamentada no Projeto Terapêutico Singular (PTS). (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017).

A RAPS é composta pelos serviços de atendimento que envolve a Atenção Primária com as UBS, a Atenção especializada com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Atenção de Urgência e Emergência, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), entre outros. (BRASIL, 2013). Quanto aos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas, tem o foco do cuidado a pessoas que possuem necessidades decorrentes do uso problemático de álcool e Substâncias Psicoativas, com o objetivo de promover um cuidado de saúde mental de caráter aberto e comunitário, substitutivos ao modelo asilar, por uma equipe multiprofissional, que trabalha de maneira interdisciplinar nas situações de crise e de reabilitação e reinserção psicossocial. (BRASIL, 2011).

No que tange a Atenção Primária em saúde (APS) é sabido que possui um papel muito importante na RAPS no qual abrange a “promoção, proteção da saúde e prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção de saúde”, tanto no âmbito individual, quanto no coletivo e por isso, atua como contribuinte a partir de uma organização descentralizada e capilar, ou seja, está próximo às comunidades, sendo considerado a principal porta de entrada das pessoas e às suas demandas de saúde (BRASIL, p.19, 2013). O fato que independente de qual serviço esteja disponível para o tratamento do uso problemático relacionados ao álcool e substâncias psicoativas, é importante ressaltar que este cuidado seja centrado no conceito de Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Ao longo da história os serviços de saúde foram organizados de maneira hierárquica/vertical, por níveis de complexidade e especialidade, no qual eram realizados encaminhamentos a serviços que atendem determinadas demandas especializadas, apenas passando a responsabilidade de um cuidado a outro serviço. Atualmente no SUS possui uma proposta de flexibilização e organização por meio da clínica ampliada e superação do sistema de referência e contrarreferência, por um modelo de apoio matricial que promove a corresponsabilização do cuidado prestado entre rede de serviços de saúde, principalmente serviços que ofertam o cuidado em saúde mental. (BRASIL, 2011)

A proposta de matriciamento, vem como forma dinâmica de inverter essa lógica tradicional e poder para "horizontalizar saberes e práticas nos diferentes níveis assistenciais" Esse sistema é organizado em duas equipes, sendo equipes de referência as caracterizadas pela ESF, que atuam na APS, no qual tem como

princípio a responsabilidade sanitária do cuidado à população de um território/ área adscrita. E equipe de apoio matricial, os serviços NASF e CAPS, que possuem profissionais especializados em saúde mental. (BRASIL, p.13. 2011)

Essa metodologia organizacional de assistência, supera o atendimento realizado apenas por profissional especializado, e sim é caracterizado como um apoio técnico especializado, interdisciplinar, com o objetivo de qualificar a assistência em saúde. (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009). A equipe de apoio matricial tem o objetivo técnico-pedagógico, ou seja, está diretamente atuando em conjunto, e colaborando com PTS, e isso se diferencia de atendimento individual ou supervisão. (BRASIL, 2011).

Em campo, o apoio matricial tem a finalidade de construir coletivamente um projeto terapêutico, em que as equipes de saúde compartilham saberes e técnicas na prática assistencial. (BRASIL, 2011). Essa aproximação entre equipes torna a assistência em saúde mais efetiva e descomplicada por meio da educação permanente em saúde que o matriciamento proporciona, provocando as equipes de referência a se corresponsabilizar sobre o cuidado prestado na prática. (QUINDÉ et al, 2013; MINOZZO, COSTA, 2013; GONÇALVES, PERES, 2019)

Existem várias estratégias para promover o matriciamento, entre elas destaca-se a visita domiciliar conjunta, a qual pode ser realizada por diversas razões, entres elas podem-se citar a gravidade da dependência química, auxílio à APS em construir o PTS, conhecer a realidade do usuário entre outros, assim é possível promover um cuidado com excelência.

Diante desse cenário, esse trabalho se justifica pela necessidade de implantação de matriciamento por meio da visita domiciliar em conjunto entre o CAPS AD e a APS devido às necessidades específicas que compõem a população que possui transtornos relacionados a substâncias, como a não adesão, a gravidade da dependência química e a complexidade desse transtorno mental.

2. OBJETIVO GERAL

Implantar o matriciamento por meio de visitas domiciliares compartilhadas com a Atenção Primária em saúde em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas.

2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Descrever o processo de implantação do matriciamento por meio de visitas domiciliares compartilhadas com a Atenção Primária em saúde em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas de um município de região metropolitana de Curitiba, Paraná.
2. Relatar os casos que necessitaram de apoio matricial por meio das visitas domiciliares compartilhadas com a Atenção Primária em saúde em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
3. Descrever as potencialidades e fragilidades do processo de implementação do matriciamento a partir da visão dos profissionais da equipe de referência envolvidos nas visitas domiciliares compartilhadas

4. METODOLOGIA

4.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), que por meio da prática profissional, teoria e pesquisa, como um circuito organizado a partir de múltiplas formas de saber, leva em conta o paradigma participativo da qualificação da assistência à saúde, individual ou em grupo, fora ou dentro de instituições públicas, ou no interior de residências. (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Nesse tipo de pesquisa, o pesquisador e os profissionais envolvidos no estudo constroem em conjunto um ponto de convergência, ou seja, um ponto em comum, que se desenvolvem em contextos sociais compartilhados, que geram mudanças ou inovações no contexto da prática assistencial em saúde. (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

O objetivo da PCA é proporcionar aos profissionais o protagonismo da pesquisa em que este observa diariamente problemas e questionamentos dos quais necessitam de discussões sobre políticas públicas e criação de atitudes críticas, e em conjunto com demais profissionais, podem promover mudanças no contexto do trabalho e na assistência em saúde por meio de tecnologias sofisticadas de instrumentos e interação humana com a finalidade de garantir a manutenção da vida e da saúde. (LACERDA; COSTENARO, 2015).

4.2. LOCAL DO ESTUDO

O local da pesquisa se origina em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e Atenção Primária em Saúde (APS) através das Estratégias Saúde da Família (ESF), de um município da região metropolitana de Curitiba Paraná, no qual é vinculada a prática pedagógico-assistencial para formação de especialistas pela Residência multiprofissional em Saúde Mental, promovida pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) - Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPP). (SESA-ESPP, 2021).

O município que faz parte da região metropolitana da capital do estado do Paraná, Curitiba. De acordo com o IBGE possui uma população estimada de 133.490 até o ano de 2020. Possui um índice de escolarização de 97,2% da população de 6 a 14 anos, e o desenvolvimento humano municipal (IDH) é de 0.751% no ano de 2010. (IBGE, 2020).

Os equipamentos de saúde que compõe o município, são de 11 Unidades Básicas de Saúde, uma Unidade de Emergências Médicas, cinco clínicas de Odontologia, um Centro de Especialidades, com as clínicas de Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Psiquiatria e Neurologia, uma Unidade de Saúde da Mulher, Serviço Social da Saúde, Serviço de Nutrição e Serviço de Remoção, SAMU, Hospital Municipal Maternidade.

Na Saúde Mental dispõe de um CAPS AD, um CAPS II, serviços de Psiquiatria, Psicologia credenciados, e em sua área de abrangência possui ainda um Hospital Psiquiátrico e um Complexo Médico Penal.

O CAPS AD do município promove, atendimento a adultos e adolescentes que sofrem com necessidades decorrentes do uso de Álcool e outras Drogas, promovido por uma equipe multiprofissional, cujo objetivo é inserção social através do trabalho, lazer, exercício dos direitos civis, fortalecimento dos laços familiares e comunitários. (BRASIL, 2001).

A equipe multiprofissional, trabalha sob a perspectiva interdisciplinar, contendo profissionais de nível superior, sendo eles: uma Enfermeira, dois Psicólogos, um Assistente Social, um Terapeuta Ocupacional, três Oficineiros, uma Médica Clínica e um Psiquiatra. Os de ensino médio são: uma técnica de enfermagem e uma técnica administrativa. (BRASIL, 2011).

Quanto a Atenção Primária em Saúde destacam-se 11 UBS, que atuam como Estratégia saúde da Família (ESF), organizadas de maneira territorial, descentralizada e capilar, ou seja, estão próximas às comunidades e é considerado a principal porta de entrada das pessoas e suas demandas de saúde. (BRASIL, p.19, 2013).

A equipe que compõem cada ESF, dependem da área territorial de abrangência, as equipes são multiprofissionais, contando com médico clínico, enfermeira, Técnicas de enfermagem, agentes comunitários de saúde, profissionais de saúde bucal, cirurgião dentista, e técnico em saúde bucal. Cada ESF deve possuir no máximo 12 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por equipe, atender

um número populacional de no máximo 4.000 pessoas, respeitando os critérios de equidade, para isso é considerado o grau de vulnerabilidade das famílias assistidas. Os ACS cobrem 100% da população cadastrada e cada ACS atende no máximo 750 pessoas. (BRASIL, p.54, 2012).

4.3. PARTICIPANTES DO ESTUDO

Para a implantação do matriciamento por meio de visitas domiciliares em conjuntos a amostra fizeram parte do estudo a equipe técnica do CAPS AD como equipe de apoio matricial, por meio de reuniões técnicas e administrativas sobre o processo de implantação da estratégia de matriciamento por meio de visitas domiciliares compartilhadas.

Para a descrição dos casos a amostra foi composta por pessoas que possuem necessidades decorrentes do uso problemático de substâncias psicoativas e bebida alcoólica, sendo selecionadas a partir de demandas vindas de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Para as entrevistas, a população selecionada forma os profissionais da equipe de referência da ESF, que realizaram visitas domiciliares compartilhadas com o apoio Matricial do CAPS AD. Neste caso, os critérios de inclusão dos participantes da pesquisa foram elencados aqueles que compuseram a Visita Domiciliar em Conjunto no período da implantação.

Os critérios de exclusão de participantes da pesquisa, foram profissionais de nível médio pertencentes a equipe do CAPS AD, conforme o manual do Matriciamento do Ministério da Saúde, que orienta a equipe de apoio Matricial deve ser composta por profissionais: Psiquiatra, Psicólogos, Terapeutas Ocupacional, Assistentes Sociais e Enfermeira de Saúde Mental. (BRASIL, 2011) Além disso, foram excluídos os profissionais que por algum motivo são impossibilitados de fazer a visita domiciliar e por estarem de férias ou algum tipo de licença no período da implantação.

4.4. INSTRUMENTOS DE COLETA

O registro da coleta de dados foi realizado através de instrumentos próprio que oportunizou a coleta de dados secundários a partir da leitura de prontuários, a fim de caracterizar o usuário visitado contendo observações sobre: Local de solicitação da visita domiciliar; Discussão de caso entre Equipe de Referência, Equipe de Apoio Matricial; e Projeto terapêutico singular (PTS). Para sigilo das informações dos usuários, foram identificados por meio de letras escolhidas em ordem alfabética – Caso I – A.B.C, Caso II – D.E.F e caso III – G.H.I.

As entrevistas foram elaboradas aos profissionais da equipe de referência da ESF, que realizaram visitas domiciliares compartilhadas com o apoio Matricial do CAPS AD, em formato de gravação de áudio, sob aceite do participante, também via áudio e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assim como foram informados sobre os riscos e os benefícios da participação na pesquisa. Conforme **Anexo I**.

Para conduzir as entrevistas foram planejadas e selecionadas perguntas disparadoras do assunto, relacionados às visitas domiciliares compartilhadas com o Apoio Matricial do CAPS AD, o qual buscou responder as questões que o objetivo da pesquisa propõe:

- O que você sabe sobre matriciamento?
- Já precisou solicitar matriciamento a casos com necessidade de visita domiciliar direcionado a usuários com necessidades decorrentes do uso de álcool e drogas?
- Já precisou solicitar apoio matricial do CAPS Álcool e drogas? se foi, como foi realizado e como foi sua experiência?
- Conte-me sobre sua experiência colaborando da visita domiciliar em conjunto realizada
- Foi possível promover maior qualificação da assistência ao usuário/usuária?
- Diante da resposta da sua última pergunta, como o matriciamento através de visitas domiciliares, contribuiu para sua prática profissional e interdisciplinar na USF?
- Você possui críticas ou sugestões para qualificação do matriciamento através de visitas domiciliares? quais?

4.5. COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi efetuada no período de setembro a novembro de 2021, o Apoio Matricial foi realizado pela enfermeira residente do programa de residência em Saúde Mental, do segundo ano R2, com campo prático no CAPS AD.

Foram realizadas três Matriciamentos através de visitas domiciliares (VD) compartilhadas com a ESF, no período de setembro a outubro de 2021 em um município da região Metropolitana de Curitiba. Para promover o protagonismo dos profissionais da equipe de Apoio Matricial no processo promovido pela PCA, foram realizadas reuniões administrativas, que abordaram uma provocação sobre a temática que contemplam as etapas da metodologia PCA, por meio da **dialogicidade, imersibilidade, simultaneidade e expansibilidade**.

Participaram das reuniões os profissionais da equipe multidisciplinar do CAPS AD: Enfermeira e residente (2), Técnica de enfermagem (1) e auxiliar de enfermagem (1), Psicólogos e residente (3), Terapeuta ocupacional (1), Assistente Social (1) e Médica psiquiatra (1).

As visitas domiciliares foram realizadas pela enfermeira residente do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, promovendo o apoio matricial, e a equipe de referência das ESF contou com a colaboração de 6 profissionais: (3) médicos clínicos, (2) técnicas de enfermagem e 1 Agente Comunitário de Saúde.

Os profissionais da ER da ESF foram convidados a participar da pesquisa, através de uma entrevista com perguntas semi-estruturadas sobre o Matriciamento realizado.

As entrevistas foram realizadas para 3 profissionais da equipe de referência que aceitaram participar da pesquisa, esses profissionais realizaram a VD compartilhada, sendo de categorias: (2) técnicos de enfermagem e (1) Agente comunitário de saúde. Caracterizados conforme **Quadro I**:

QUADRO 1 - Caracterização dos Profissionais da Equipe de Referência Entrevistados.

Código	Categoria profissional	Sexo	Idade	Tempo de formação	Tempo de atuação na USF
C1	Agente Comunitária de	F	42	12 anos	12 anos

	Saúde (ACS)				
C2	Técnica de enfermagem	F	47	23 anos	06 anos
C3	Técnica de enfermagem	F	*	12 anos	06 anos

FONTE: Própria da autora (2022).

Os materiais utilizados para coleta de dados foram produzidos por meio de percepções em Diários de Campo, sendo organizados em formato documento digital Word, contendo observações da pesquisadora sobre o processo de implantação do Matriciamento através de visitas domiciliares compartilhadas com a ESF, conforme a metodologia proposta pela PCA.

As entrevistas foram realizadas no período do mês de Novembro a Dezembro de 2021, no formato de perguntas semiestruturadas aos profissionais da ESF que realizaram a visita domiciliar compartilhada com o Apoio Matricial do CAPS AD, e que aceitaram a participação da pesquisa. Foram realizadas em formato semiestruturado, presencialmente, com o objetivo de oportunizar à pesquisadora flexibilidade e uma escuta cuidadosa e aprofundada durante a entrevista, sem perder o foco do estudo. (LACERDA; COSTENARO, 2015).

Após a gravação do áudio das entrevistas, foi realizada a transcrição de áudio (TA) e documentado em formato de documento digital World próprio da pesquisadora.

4.6. ANÁLISE DOS DADOS

Foram analisados os dados a partir das narrativas coletadas de entrevistas com a Equipe de Referência da ESF. Seguindo o proposto por Minayo (2001) com a análise de conteúdo, seguindo etapas de verificação de hipóteses ou questões que respondem os objetivos da pesquisa, tendo em vista que esse trabalho de investigação deve contemplar além do exposto, e descobrindo quais as manifestações que esse conteúdo está comunicando.

Para poder realizar essa investigação, seguiu as etapas propostas organizadas em quatro fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A primeira fase foi realizada a pré – análise, no qual foram organizados os dados obtidos da implantação do matriciamento, como foram desenvolvidas as etapas da PCA. Caracteriza-se pela ordenação dos dados, por isso foi realizado a transcrição dos áudios das entrevistas com a equipe de referência da USF, releitura do material coletado do processo da PCA observados pela pesquisadora. Todos os dados foram digitados em documento digital. (MINAYO, 2001)

A segunda fase foi a realização da exploração do material, que consistiu em categorizar os dados organizados, sendo necessária a leitura exaustiva dos dados e a organização de hipóteses de interpretação. (MINAYO, 2001)

O terceiro passo foi a realização do tratamento dos dados dessas hipóteses de interpretação, esse tratamento consistiu em busca de referências e organização do conteúdo manifestado, ou seja, a partir do conteúdo das entrevistas transcrito pode ser observado semelhanças, tendências e pode ser caracterizado uma interpretação mais completa sobre o que o discurso pode agregar na pesquisa. (MINAYO, 2001)

Classificação dos Dados: Nesta fase é importante termos em mente que o dado não existe por si só. Ele é construído a partir de um questionamento que fazemos sobre eles, com base numa fundamentação teórica. Através de uma leitura exaustiva e repetida dos textos, estabelecemos interrogações para identificarmos o que surge de relevante ("estruturas relevantes dos atores sociais"). Com base no que é relevante nos textos, nós elaboramos as categorias específicas. Nesse sentido, determinamos o conjunto ou os conjuntos das informações presentes na comunicação. A orientação fornecida no item 2 ("Trabalhando com Categorias") pode ser seguida neste momento. (Minayo, p.78, 2001).

E por último foi realizado a interpretação, promovendo, portanto, a concretização da teoria prática ao responder o que se caracteriza pela discussão de análise final, ou seja, busca responder por meio de referências os objetivos da pesquisa por meio de embasamento teórico. (MINAYO, 2001).

4.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Essa pesquisa foi aprovada através do parecer número 5.038.124 pelo Comitê de ética do Hospital do Trabalhador/PR, como uma pesquisa relevante para

a reflexão sobre processos de trabalho e suas inovações em termos de tecnologia leve de saúde. Conforme **Anexo II**.

Os riscos foram relacionados a contaminação por COVID-19 e ao vazamento, o usuário não ser encontrado e o profissional não realizar a visita domiciliar, possíveis constrangimentos e vazamento de dados da pesquisa. Todos mencionados pela autora e esclarecidos estratégias de como superar. Conforme **Anexo II**.

Durante a coleta de dados, foi respeitando os preceitos éticos de acordo com a resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, no qual dispõe no o Capítulo III art 4º e conforme o artigo 9º que dispõe o direito ao participante no inciso II, a desistência a qualquer momento da participação da pesquisa, sem qualquer prejuízo. (CNS, 2016).

“O processo de consentimento e do assentimento livre e esclarecido envolve o estabelecimento de relação de confiança entre pesquisador e participante continuamente aberto ao diálogo e ao questionamento, podendo ser obtido ou registrado em qualquer das fases de execução da pesquisa, bem como retirado a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ao participante.” (RESOLUÇÃO Nº 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016, p.05, Art 4º)

Foi garantido aos participantes o sigilo e anonimato das informações coletadas na pesquisa. Assim como o direito à desistência a qualquer momento durante o processo da pesquisa, elucidado pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Aos participantes da pesquisa foram garantidos os preceitos éticos conforme Resolução nº 466, de dezembro de 2012, do capítulo IX. (CNS, 2016). Além disso, considera-se a Resolução COFEN 564/2017 que aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem Capítulo III das responsabilidades e deveres, artigos 97,98, 99, 100, 101 e 102. (COFEN, 2017).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo será apresentada em três fases. O primeiro será o processo de implantação do matriciamento seguido pela apresentação dos casos que deram origem ao matriciamento e por fim as potencialidades e fragilidades que os profissionais da equipe de referência perceberam.

5.1 O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO MATRICIAMENTO ATRAVÉS DE VISITAS DOMICILIARES EM CONJUNTO

Esse processo foi organizado conforme a intersubjetividade da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), ou seja, foi estruturado a construção de conhecimento na prática assistencial entre sujeitos, o qual, é constituído a partir da **dialogicidade, imersibilidade, simultaneidade e expansividade**. (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Como proposto pelo método, a **dialogicidade** foi a primeira ação do processo da PCA. Entende-se que, não há mudanças no contexto do processo de trabalho se não houver troca de ideias, o diálogo nesse primeiro momento foi primordial para a concretização da participação dos profissionais. Para tal efeito foi necessário que o diálogo fosse pautado na compreensão da assistência e pesquisa. (LACERDA; COSTENARO, 2015)

O diálogo foi mediado a partir da discussão de casos com os profissionais do CAPS AD, assim como reuniões administrativas, sobre os casos de usuários que necessitavam de articulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ou seja, quando as demandas precisavam da corresponsabilidade de cuidados compartilhados com a ESF.

A promoção desse diálogo com a ESF foi realizada por meio de tecnologias de comunicação, como: Contato telefônico e E-Mail. Foram evitados os encontros presenciais na UBS, devido à grande demanda da UBS e o risco de contágio da COVID-19, entretanto, se fazendo necessário o contato presencial quando nenhum dos recursos tecnológicos se fizeram eficientes.

A segunda ação da PCA propôs a organização da **imersibilidade**, que é caracterizada como um “mergulho” em ações práticas assistenciais. A integração da pesquisa e assistência em saúde nesse momento indicou a construção do conhecimento, para se adequar a realidade do contexto estudado, a pesquisadora pode propor, ou negociar mudanças e métodos inovadores. (LACERDA; COSTENARO, 2015)

A imersibilidade foi caracterizada pela prática, a organização, contato e a realização das visitas domiciliares compartilhadas com a ESF, após a discussão dos casos, assim como a organização de agendas e horários para a realização.

Nessa etapa também foram promovidas discussão dos casos em equipe técnica no CAPS AD após a realização das VD, para que todos os profissionais pudessem conhecer a demanda e propor ações para o desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular ao usuário visitado, assim foi possível promover maiores discussões sobre o processo de imersibilidade da implantação dessa estratégia de matriciamento.

Com relação ao PTS é importante exaltar que essa ferramenta promove cuidados de tecnologias leves em saúde, como proposto por Merhy e Franco (2003), em que supera o trabalho apenas centrado no ato prescritivo, e considera as subjetividades, como trabalho vivo, destacam:

Reconhece que aquele usuário é além de se apresentar com um problema de saúde, traz consigo uma certa origem social, relações sociais e familiares, uma dada subjetividade que expressa sua história e portanto, este conjunto deve ser olhado. Aqui ele trabalha com a transferência de conhecimentos para o auto-cuidado, formas diversas de intervir sobre sua subjetividade, valorizando-o e aumentando sua auto-estima e assim de forma criativa o projeto terapêutico deve ter o objetivo de realizar ganhos de autonomia para viver a vida. (MERHY, FRANCO, p.06, 2003).

O PTS proporciona a corresponsabilidade entre trabalhadores de saúde, usuários, e familiares, que assumem a responsabilidade do cuidado em conjunto com a equipe de saúde, ou seja, a responsabilidade é uma construção coletiva de promover a autonomia do usuário. (PINTO; JORGE E PINTO, 2011)

É uma potente ferramenta que promove ações de corresponsabilização do cuidado, tendo em vista a autonomia do usuário, quanto de cuidado em rede de saúde. Como Lancetti e Amarante (2012), ressaltam que a aproximação entre equipamentos de saúde CAPS E ESF, garante acesso de qualidade em ações de

saúde mental, pois essa oferta é diversificada de cuidados por meio da clínica ampliada.

Além do desenvolvimento do PST, é importante destacar que as reuniões técnicas do CAPS AD proporcionaram as questões disparadoras de provocação sobre a temática e promoveram o protagonismo dos profissionais no processo da implantação.

A terceira ação da PCA é caracterizada pela **simultaneidade**, cujo a intenção foi chegar ao conhecimento a partir da reciprocidade, ou seja, quando é possível visualizar os resultados obtidos da prática, desta forma foi possível explicitar o estudo da convergência. Essa simultaneidade pôde ser observada em todo processo da PCA e através do envolvimento das equipes de apoio matricial promovido pelo CAPS AD e a ESF.

Sendo assim, essa etapa, promoveu a criação maior de envolvimento da equipe do CAPS AD e ESF em identificar demandas de visitas domiciliares. Inicialmente as demandas eram solicitadas ao CAPS AD, e por meio da etapa da imersibilidade da PCA, nas discussões em reuniões, foi possível identificar maior demanda de VD compartilhada com a ESF nos casos de usuários já inseridos no cuidado do CAPS AD.

E por último a **Expansibilidade**, caracterizada pelo propósito inicial, de promover o processo da pesquisa por meio da assistência, poder contribuir com a reformulação ou a reconstrução do contexto da prática assistencial. Como Lacerda e Costenaro, (2015) explicam:

“O conceito de expansibilidade confere o poder à PCA de, além do conhecimento referente à reconstrução de contextos da prática assistencial, descobrir novo conhecimento que conduz à construção de teorias, muitas delas exigentes de continuidade em novos módulos de uma PCA” (LACERDA; COSTENARO, p. 192 2015)

Portanto, a última etapa foi flexível ao discutir formas de organização de um novo processo assistencial investigativo, devido os possíveis temas emergentes que apareceram durante o desenvolvimento da PCA, compreendendo que esse não é um empecilho na pesquisa e sim algo que a expande e promove a construção de novos saberes.

É observado que a PCA, coincidiu com o Matriciamento, devido a metodologia de gestão do trabalho, como suporte técnico-pedagógico, no qual os arranjos organizacionais de equipes de referência e apoiadores matriciais atuaram em conjunto, com objetivos em comum, e por consequência promovem maior qualificação da assistência em saúde mental na atenção primária. (BRASIL, 2011).

Essa atuação entre os dois equipamentos de saúde e duas equipes, propuseram uma nova estrutura metodológica de gestão em trabalho em saúde, pois o objetivo é expandir a clínica ampliada por meio de estratégias de interação dialógica. (CAMPOS, DOMITTI, 2007).

Compreendendo que a PCA e o matriciamento são metodologias distintas, mas que conversam entre si, no campo da prática, promoveu o estudo por meio de um paradigma participativo, em que o resultado se baseou no que as equipes produziram e aprenderam em conjunto sobre essa demanda de saúde, como é o caso de Visitas Domiciliares em Conjunto a usuários com necessidades decorrentes do uso problemático de álcool e Substâncias Psicoativas.

Em uma revisão integrativa sobre o matriciamento no Brasil, Gonçalves e Peres, (2019) destacam que a estratégia metodológica assistencial possui arranjos bem-sucedidos relacionados a articulação de rede entre CAPS e atenção primária em saúde, principalmente pela potência de contribuir gradativamente contra preconceitos e estigmas relacionados a transtornos mentais que ainda não foram superados pela sociedade brasileira, atendendo os princípios da reforma psiquiátrica.

Essa troca de conhecimento não significa ser ação exclusiva de profissional especialista, e sim um processo de trabalho interdisciplinar que promova essa construção e desenvolvimento de uma capacidade reflexiva sobre a prática assistencial e de procurar um olhar ampliado e crítico de compreensão e capacidade, para propor mudanças de intervenções em equipes. (BRASIL, 2011)

Portanto, o matriciamento tende a ser uma ação colaborativa entre profissionais de distintas áreas, para poder ampliar a estrutura de construção de troca de saberes quando formulado um Projeto Terapêutico. (BRASIL, 2011).

A maior demanda de visitas domiciliares é atendida pela ESF, devido sua organização do processo de trabalho com agentes comunitárias de saúde, por muitas vezes as equipes não conseguem intervir em situações que exige maior complexidade social e psicossocial, e por isso, muitas vezes nesses casos são

encaminhados para o CAPS AD e a corresponsabilização pode ser deixada de lado. Diante dessa complexidade, os dois serviços precisam ter vínculo profissional mais estreito, em que possa ser discutido o caso em conjunto para tratar um planejamento estruturado das ações em visita domiciliar, assim como momento de troca de saberes e surgimento de novas percepções que podem ser bem-sucedidas na prática. (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013)

O recurso de atendimento em domicílio, fazem parte das ações de cuidado em saúde em território são realizadas por diversas razões, dentre elas usuários que possuem uma condição de maior gravidade. a discussão de caso com a ESF tende a ser mais complexa e demanda maior logística para realização, já que precisa da presença das duas equipes, assim como a presença da agente comunitária de saúde como fundamental. (BRASIL, 2011). Os casos são apresentados no capítulo 5.2.

5.2 DESENVOLVIMENTO DO PTS A PARTIR DA DISCUSSÃO DOS CASOS

Para o desenvolvimento do Plano Terapêutico Singular foi discutido durante todo o processo entre a Equipe de Referência (ER) e a Equipe de Apoio Matricial (EAM) quais cuidados de saúde indicadas ao usuário. Desta forma, pode-se construir o início do processo de convergência e estruturação do cuidado planejado. Foram realizadas três Visitas Domiciliares organizados, contendo observações sobre: **Descrição do caso, Discussão de caso entre ER e EAM; Visita Domiciliar em conjunto e Projeto terapêutico singular.**

5.2.1 CASO I: Solicitação de matriciamento pela Estratégia de Saúde da Família

Sexo masculino, de 34 anos, estava em situação de rua há 3 anos, devido ao uso abusivo de SPA, familiares acham que foi devido ao uso de Crack. Tentaram ajudar com tratamentos particulares, mas com o tempo perderam o vínculo devido às recaídas, não sabiam sobre sua situação há 3 anos. Há um mês sofreu uma agressão física e teve um Traumatismo Crânio Encefálico, ficou em internamento hospitalar por um mês, a assistente social do hospital conseguiu contato com os familiares do usuário. Recebeu alta hospitalar e foi acolhido novamente pelos familiares necessitando de auxílio nos cuidados para todas as suas atividades diárias. Os familiares contam que antes de receber a alta hospitalar o usuário precisava de medicações para conter a agitação sendo prescrito na alta hospitalar. Os familiares procuraram frequentemente a UBS com queixas de que o usuário estava “surtando” e que precisava de atendimento pois acreditavam ser “falta da droga”.

Discussão de caso entre ER e EAM:

Após dois atendimentos domiciliares feitos pela equipe de referência ao usuário, a USF solicitou o matriciamento ao CAPS AD, precisando de apoio para manejo das medicações e cuidados devido ao histórico de uso de SPA.

A solicitação foi por meio de contato telefônico entre a coordenação dos serviços de saúde. Foi agendado, portanto, uma visita domiciliar em conjunto como

matriciamento, sendo realizado pelos profissionais Médica Clínica da USF, Enfermeira residente em saúde mental e Psiquiatra do CAPS AD.

A médica psiquiatra ficou preocupada com a medicação prescrita devido o custo financeiro e entender que a melhor alternativa, seria investigar as condições socioeconômicas da família para poder realizar novamente essa prescrição.

Visita domiciliar em conjunto:

Ao chegar no domicílio, fomos recepcionados pelos familiares em uma casa de alvenaria de dois andares, os familiares organizaram a casa para poder cuidar do usuário que estava em um quarto onde era a dispensa ao lado da área de serviço, devido ao uso de cadeira de rodas. Os familiares receberam bem a equipe, o usuário estava sentado na cama, e levantou-se com ajuda, calmo, sorridente e comunicativo, com algumas dificuldades na fala. Conseguia caminhar alguns passos com ajuda do irmão. Sabia sobre seu estado atual de saúde, se sentia agradecido pela situação que passou, pois acreditava que nasceu novamente.

Recordava que estava em situação de rua, e que fazia uso de cocaína, negou o uso de crack, não recorda como foi a situação da agressão, acha que estava muito intoxicado e mexeu com pessoas na rua. Apresentava confuso e desorientado tempo e espaço, não recordava de datas de eventos importantes como aniversário e em qual ano estávamos. Nos conta que está sendo atendido em casa pelo fisioterapeuta e recebeu ligação da nutricionista, estava muito feliz com os atendimentos, também recordou que a nova medicação, estava o ajudando a dormir e se sentia mais tranquilo.

Conversamos com os familiares sobre as condições financeiras para compra da medicação, que por ser recente, precisava de outros requisitos para ser prescrita e fornecida pela farmácia do estado. Os familiares concordaram em continuar com o tratamento com a medicação por meios próprios, até conseguir os requisitos para fornecimento da medicação via SUS e questionam sobre o tratamento da dependência química.

Orientados os familiares que o tratamento da dependência química, precisa por meio do acompanhamento no CAPS AD, após melhora do quadro de recuperação, conversamos com o usuário sobre um projeto Terapêutico Singular de médio prazo, Conforme **Quadro 2**.

QUADRO 2 - Caso I Projeto Terapêutico Singular

Desejo do usuário
O usuário que relatou o desejo de manter vínculo com os familiares, pois descobriu que tem uma família que o acolhe e tem “ajuda divina para recomeçar”. Aceita realizar o tratamento em CAPS AD.
Combinados
Encaminhar o usuário ao CAPS AD. Após consulta com neurologista e alta dos acompanhamentos de fisioterapia domiciliar, com a melhora da condição física, os familiares irão levar o usuário para acolhimento no CAPS AD e ficarão responsáveis por levar e permanecer nos atendimentos.
Orientações de suporte
Foi colocado à disposição os cuidados da USF e acompanhamento, se necessário buscar a UBS para esclarecimento de dúvidas.
Desfecho
Após duas semanas, os familiares trouxeram o usuário para acolhimento em CAPS AD, pois recebeu alta da fisioterapia e nutrição, apresentou melhora da memória e noção de tempo e espaço. Em acolhimento foi inserido em avaliações com os demais profissionais e nas semanas seguintes, por incentivo e desejo do usuário, foi inserido em oficinas de comunicação e expressão.

FONTE. Próprio da autora (2022).

5.2.2. CASO II – Solicitação de matriciamento por meio de reunião da Rede Integrada de Proteção Social

O município em da pesquisa, realiza mensalmente uma reunião da Rede integrada de Proteção Social, no qual participam diversos equipamentos, como a educação, assistência social e de saúde do município, com o objetivo de discutir casos de usuários que necessitam de uma intersetorialidade de cuidados.

Em uma das reuniões foi discutido o caso de uma Senhora, idosa com 74 anos. De acordo com o relato de um equipamento da Secretaria de Assistência Social houve uma denúncia de agressão intrafamiliar, sendo observado em visita ao domicílio um cenário de vulnerabilidade. Além disso, perceberam hálito etílico, sinais

de intoxicação na idosa bem como comportamentos agressivos contra a equipe do serviço social. Diante do relato, foi discutido um direcionamento acerca do tratamento da usuária devido o consumo abusivo de bebida alcoólica.

Discussão de caso entre ER e EAM:

O CAPS AD entrou em contato com a USF da área de abrangência da usuária, e discutido o caso com a ACS da microárea a qual relata que trata-se de um histórico de longa data de violência e conflitos familiares e de uso de bebida alcoólica, no qual a usuária já havia diversas vezes se colocado em situações de risco, Não possui suporte familiar, relata que a USF realiza visitas domiciliares rotineiras, e no início deste ano a mesma foi internada devido um TCE, por queda na rua, estava sem acompanhante, foi encontrada por pessoas que passavam no local a socorreram. Nas visitas, a equipe da USF sempre encontrava situações diferentes de risco para a idosa, principalmente relacionado às comorbidades associadas, de hipertensão arterial sistêmica e queixas de insônia.

A usuária possui histórico de diversas abordagens de visita domiciliar realizadas pelo CAPS AD, mas sem êxito de vinculação. Desta forma como possui um forte vínculo com a USF, foi sugerido, realizar uma visita domiciliar em conjunto com a USF. Como a ACS foi representante no momento da discussão do caso, ficou responsável por levar a sugestão e discussão do caso com a equipe da USF.

Visita domiciliar em conjunto:

A visita domiciliar pela enfermeira residente em saúde mental que atua no CAPS AD, a ACS que foi realizado o primeiro contato, técnica de enfermagem e médica clínica. Antes da realização da Visita, as equipes conversaram sobre o caso, e a médica clínica da USF abordou sobre as vulnerabilidades da usuária e sobre o consumo abusivo de bebida alcoólica, que piora sua condição de saúde.

Abordado sobre a sugestão realizada pela reunião de rede e a mesma gostaria de realizar uma avaliação para indicação de tratamento integral da usuária devido o uso abusivo de bebida alcoólica, principalmente por já conhecer a usuária.

No momento da visita, a idosa nos recepcionou e convidou para entrar no domicílio, estava sozinha, e seus familiares estavam trabalhando. Relatou diversos

momentos de violência que sofria de familiares, recordou sobre o internamento hospitalar devido o Traumatismo Crânio Encefálico. Encontramos a casa desorganizada, com algumas janelas quebradas, com alimentos nas prateleiras, e o quarto desorganizado, de difícil acesso e com falta de limpeza.

Quando abordado o uso da bebida, a usuária relatou que faz consumo de bebida alcoólica “pouquinho, para dormir”, mas que às vezes bebia um pouco mais, relatou diversas quedas do próprio nível, nos conta que as janelas quebradas foram devido a conflitos familiares, referiu queixas de dificuldades para dormir e falta de apetite. Conversamos com a usuária sobre internamento, para tratar o consumo da bebida alcoólica a qual concordou. Projeto Terapêutico Singular conforme **Quadro 3**.

QUADRO 3 - Caso II Projeto Terapêutico Singular

Desejo do usuário
Parar de beber. A usuária aceitou voluntariamente realizar o tratamento em regime integral do uso de bebida alcoólica.
Combinados
<p>Combinado que a usuária irá 3 vezes por semana na UBS para realizar aferição de pressão arterial sistêmica, assim como avaliação de enfermagem, a medicação prescrita será fracionada semanalmente pela USF;</p> <p>Fazer o acompanhamento da usuária para atualização em Central de Leitos Psiquiátricos (CAPS AD).</p> <p>Realizar contato com familiares para informar sobre a indicação de internamento e orientações;</p> <p>Manter contato com a USF para atualização, que acompanha presencialmente a usuária (CAPS AD).</p>
Orientações de suporte
Foi colocado à disposição os cuidados da USF e acompanhamento, se necessário buscar a UBS para esclarecimento de dúvidas.
Desfecho

A usuária foi encaminhada para o tratamento integral após 30 dias de espera em Central de Leitos Psiquiátricos. Realizou o tempo de 30 dias de tratamento em regime integral. Nesse período a reunião de rede de proteção social, discutiu alternativas de cuidado da usuária e na possibilidade de acolhimento em lar de longa permanência, caso os familiares mantivessem a negligência de cuidados da idosa. Após período de tratamento em regime integral, a usuária continua sendo acompanhada pela USF e CREAS, como não vinculou com o CAPS AD, o serviço ficou à disposição dos familiares e dos equipamentos da rede, mantendo acompanhamento da usuária.

FONTE. Próprio da autora (2022).

5.2.3 CASO III: Solicitação de visita domiciliar ao CAPS AD pelos familiares

Os familiares do usuário do sexo masculino compareceram ao CAPS AD solicitando visita domiciliar ao mesmo, pois havia voltado recentemente de uma internação hospitalar por Acidente Vascular Encefálico (AVE), relatam que o usuário estava em uma Comunidade terapêutica por uso de SPA, e nesse lugar foi socorrido devido o AVE. Atualmente reside com os familiares, está agitado e com necessidade de cuidados dos familiares em todas as suas atividades diárias e apresentando agitação, não sendo possível comparecer no CAPS AD presencialmente.

Diante da demanda familiar, foram orientados sobre emergência do quadro e a coordenação do CAPS AD trouxe o caso para a enfermeira residente, para realizar comunicação com a USF da área adstrita do usuário e realizar matriciamento com sugestão de visita domiciliar em conjunto.

Discussão de caso entre ER e EAM:

O contato do CAPS AD com a UBS foi por meio telefônico, com a coordenação e técnica de enfermagem do serviço, foram dois contatos telefônicos, o primeiro para discussão da demanda do usuário e o segundo contato para organizar a agenda dos profissionais que iriam para a VD. O caso foi discutido e pensado em quais profissionais seriam necessários para realizar a VD, tendo em vista que o usuário precisava de uma avaliação clínica da médica devido o AVE, a VD foi

realizada pela enfermeira residente do CAPS AD como apoio matricial e a equipe de referência foi composta por uma técnica de enfermagem e médico clínico da USF.

Antes da realização da VD, foi conversado com a equipe de referência da USF sobre o caso e o que a equipe conhecia sobre a família do usuário. Foi relatado que os familiares frequentemente estavam buscando orientações na UBS e que o irmão do usuário apresentava preocupação sobre recaídas e tinha medo de levá-lo ao CAPS AD por ser localizado em uma área de risco para recaída do uso de SPA.

A equipe ficou preocupada com o discurso do familiar e questionaram sobre a localização do CAPS AD, por ser em uma área de risco e como era possível a realização do tratamento sendo tão próximo aos locais de venda de SPA. Foi possível nesse momento explicar sobre o objetivo do CAPS álcool e drogas e o motivo de ser inserido em uma área de risco.

Visita domiciliar em conjunto:

Ao realizarmos a VD, observamos uma residência de alvenaria, com grades e organizada, o usuário estava na sala de estar, calmo e receptivo, conseguindo caminhar e conversar, apresentou essa melhora há quatro dias conseguindo realizar suas atividades básicas diárias sozinho, nos contou que estava internado em uma comunidade terapêutica e sobre situações de violência do passado, relatou que não faz mais o uso de SPA e de bebida alcoólica e que não tem mais vontade. O usuário repetiu diversas vezes o mesmo discurso e não conseguia manter atenção sobre outros assuntos e perguntas dos profissionais, foi possível notar uma memória recente prejudicada, com comportamento calmo e leve agitação quando recordava situações de violência.

Seu familiar se apresentava agitado e prolixo, nos contou sobre o histórico do usuário, sobre o uso abusivo de SPA e de bebida alcoólica, trouxe a demanda preocupante sobre comportamentos inesperados de heteroagressividade que o familiar temia esse risco.

O usuário estava fazendo tratamento medicamentoso após alta hospitalar, e no momento estava começando a cuidar sozinho das suas medicações. Nos últimos dois dias, aumentou a dose de Clorpromazina por conta própria devido a agitação. Projeto terapêutico singular Conforme **Quadro 4:**

QUADRO 4 - Caso III Projeto terapêutico singular

Desejo do usuário
Conversamos com o usuário se o mesmo gostaria de fazer tratamento pelo uso de SPA no CAPS AD, o mesmo se mostrou entusiasmado e aceitou ir até o serviço realizar o acolhimento.
Combinados
Orientado o familiar a levar o usuário até o CAPS AD para passar por acolhimento, devido o histórico de uso abusivo de SPA; Combinado com a equipe da USF que se o usuário não comparecer no CAPS AD, será necessário discutir o caso novamente e tentar manter o usuário com vínculo forte com a USF;
Orientações de suporte
O médico da USF orientou cuidados com as medicações e ajustou doses necessárias devido a agitação do usuário, e buscar nova prescrição das medicações no mesmo dia na UBS; O familiar e o usuário foram orientados sobre os serviços de saúde que estão a disposição para atendimento, UBS e CAPS AD. Assim como sinais de alerta acionar serviço de emergência SAMU ou levar o usuário à UPA;
Desfecho
O resultado da visita domiciliar foi satisfatório, o usuário compareceu ao CAPS AD para acolhimento acompanhado dos familiares após uma semana, foi inserido nas avaliações do serviço, e está sendo acompanhado pelo CAPS AD em conjunto com a USF.

FONTE. Próprio da autora (2022).

5.3 POTENCIALIDADES E DESAFIOS ENCONTRADOS PELA EQUIPE DE REFERÊNCIA

Para contemplar a expansibilidade da PCA, foram realizadas entrevistas com os profissionais das equipes de referência da ESF. O objetivo dessa intervenção foi repensar as potencialidades e desafios, assim como um momento para propor sugestões sobre a estratégia de matriciamento do CAPS AD através de visitas domiciliares compartilhadas com a ESF, a fim de contribuir com a reconstrução ou aprimoramento no contexto do cuidado prestado ao usuário, assim como o fortalecimento do matriciamento na RAPS.

5.3.1 DESAFIOS ENCONTRADOS PELA EQUIPE DE REFERÊNCIA

Os desafios proporcionaram o encontro do ponto de convergência sobre o matriciamento e a atuação da ESF com os cuidados em saúde mental propostos aos usuários com necessidades decorrentes do uso de álcool e SPA. Ao provocar tal assunto, proporcionou aos participantes da pesquisa um momento de contribuição com o aprimoramento, reformulação ou a reconstrução do contexto da prática assistencial em saúde mental.

A Comunicação como ferramenta de trabalho e ser ampliada:

O primeiro desafio apresentado pela ER, foi relacionado a comunicação entre as equipes, pois é fundamental na construção do cuidado compartilhado, tendo em vista que é necessário ambas as equipes conhecerem e analisarem as demandas do usuário. Conforme a fala do profissional C1, é possível perceber ainda há uma barreira na comunicação relacionada às demandas da UBS, e que se intensificaram com o período epidemiológico caracterizado pela pandemia de COVID-19:

Nós não temos tempo, ainda mais agora que veio esse COVID-19 [...] vocês pediram uma informação, por um e-mail, alguma coisa [...] veja a dificuldade. Enquanto isso a unidade está lotada de vacina, lotada de pessoas para consultar [...] nisso o povo que está fazendo as vacinas já estava esperando também o carro, você viu como está difícil? (C1)

Tendo em vista que no processo de implantação da estratégia de matriciamento por meio de VD, tiveram demandas diversificadas solicitadas ao CAPS AD, podemos identificar que somente uma demanda foi solicitada pela ESF, como o Caso I, os demais surgem de outros equipamentos da RAPS, os quais trouxeram ao CAPS AD a responsabilidade de articulação com a APS, e o desafio encontrado, foi relacionado ao primeiro contato com a ESF para realização da discussão do caso com a ER.

Esse desafio destacado pelas ER com relação às demandas da ESF é direcionado às emergências que o COVID-19 impôs, com a necessidade da reorganização do atendimento seguindo os cuidados para evitar a contaminação do vírus.

Segundo Medina, Giovanella e Mendonça et al, p.02 (2020) essa reorganização precisou atender quatro eixos, sendo eles a “vigilância em saúde nos territórios; (ii) atenção aos usuários com COVID-19; (iii) suporte social a grupos vulneráveis; e (iv) continuidade das ações próprias da APS.

O matriciamento já é uma proposta metodológica que promove uma ação pedagógica-assistencial, de modo a agregar no cuidado ao usuário e em consequência no processo de trabalho da APS, sem “atrapalhar”, e tendo em vista que um dos grupos prioritários de cuidados na APS, são os relacionados ao suporte social a grupos vulneráveis.

Como em qualquer relação de trabalho, se as equipes optarem pela comunicação a distância, ela deverá ser regulada pelo vínculo e disponibilidade dos profissionais. Inclusive os registros, necessários para a assistência em saúde e preservação dos direitos de usuários e trabalhadores, devem ser adaptados a esse tipo de comunicação. (BRASIL, p. 39, 2011)

O matriciamento tem um papel em destaque para que seja promovido a comunicação, o qual precisa ser realizado a partir da discussão do caso com a ER, assim como a organização da rotina da UBS, como uma forma de promover a co-responsabilização sobre o cuidado ao usuário entre os serviços de saúde ofertados. (BRASIL, 2011).

Investir na comunicação em rede de saúde, é uma das formas de superar esse desafio, é unir forças para diminuir o cuidado superficial, essa articulação com

a ESF por meio da comunicação e diálogo promove o atendimento integral e transdisciplinar, ou seja, a superação do modelo tradicional de trabalho em saúde, médico-centralizado no cuidado. (ESLABÃO, SANTOS E SANTOS et al, 2019)

A Educação permanente das Equipes de Referência;

Ao abordar na entrevista, quais as estratégias de melhoramento do matriciamento, as narrativas evidenciaram diversos desafios encontrados na prática assistencial pela ER, tais desafios que impedem o acesso e assistência de qualidade ao usuário na APS. Abordam fortemente a necessidade de promoção de ações de educação permanente em conjunto com o matriciamento pelo CAPS AD.

A maioria das pessoas que são novas (funcionários) não tiveram essa introdução sobre os equipamentos da rede (C1). [...] A maioria dos funcionários daqui da saúde, técnicos e auxiliares (enfermagem), eles não sabem onde fica o CAPS AD, eles não sabem para que serve o CAPS AD, maioria é primeiro emprego [...] a equipe não sabe como funcionam, às vezes eles escutam eu falando no acolhimento, “olha você pode procurar (CAPS AD), porquê é porta aberta, [...]” aí perguntam o que é porta aberta? o que eu posso fazer? [...] E tudo passam para o médico [...] só a consulta não vai adiantar[...] O cuidado precisa ser multiprofissional mesmo. (C2).

[...] envolver toda a equipe [...] o grupo de saúde mental, tinha a (técnica de enfermagem) como referência [...] mas só foca nela, não adianta, acho que tinha que ter a equipe toda envolvida [...] para a gente também poder aprender a lidar com o paciente, todo mundo. (C3)

O assunto educação permanente pode ser percebido conforme o discurso de C1 e C2, principalmente sobre o conhecimento da RAPS e quais as funções dos equipamentos de suporte especializado em saúde mental. C3 aborda sobre a sobrecarga de ter um técnico de referência para a saúde mental na ESF, e destaca que todos da equipe devem ser envolvidos nesse aprendizado, para que todos possam promover cuidados em saúde mental.

No SUS, a educação permanente se tornou uma política, caracterizada pelas possibilidades de reflexão, reorganização e transformações no processo de trabalho. Uma estratégia de aprendizado que inverte a lógica de capacitações, que

são centradas em um conteúdo e sem levar em consideração as necessidades de diferentes realidades dos serviços de saúde que por muitas vezes não auxilia em mudanças no processo de trabalho. (BRASIL, 2018).

A partir desses discursos, podemos observar que a maior demanda de educação permanente é da equipe de enfermagem, categoria importante na ESF, e a que promove o primeiro acesso à saúde, por meio do acolhimento, assim como os primeiros cuidados. (NETO, SCANDIUZZI, SILVA et al, 2021).

Já a fala da participante C2 destaca o desafio com relação ao encaminhamento dos usuários com demandas do uso de álcool e SPA, somente para a consulta médica, como a falta de conhecimento sobre as outras possibilidades de cuidados que podem ser desenvolvidos no momento do acolhimento e de uma equipe multiprofissional.

O destaque que C2 direciona para o Acolhimento na ESF evidencia, que esse modelo de assistência precisa constantemente de qualificação. Tanto na APS quanto na Atenção secundária em saúde mental como os CAPS, o acolhimento tem uma função primordial para o cuidado, acesso e principalmente escuta qualificada da demanda dos usuários. (OLIVEIRA, TUNIN, SILVA, 2008). Entretanto, ainda há uma dificuldade em promover o acolhimento sem relacioná-lo a uma triagem, ou primeira passagem de acesso nos serviços de saúde, com a função apenas de encaminhamentos. (COUTINHO, BARBIERI, SANTOS, 2015).

Esse espaço potente que a ESF proporciona por meio do acolhimento, necessita da Educação permanente de maneira rotineira, como as práticas de saúde entre equipe e usuário, assim como por meio das estratégias de matriciamento que promove essa interprofissionalidade, de maneira compartilhada, unindo práticas e saberes em conjunto para promoção do cuidado qualificado as estratégias de redução de danos e promoção da saúde mental para a população. (FAGUNDES, CAMPOS, PONTES, 2021).

Os discursos da ER também destacam o estigma e preconceitos sofridos pelo público cuidado, devido às necessidades referentes ao uso problemático de álcool e SPA, e destacam que é necessário promover ações de educação permanente que visam a mudança dessas atitudes preconceituosas e estigmatizantes.

No álcool e drogas ainda tem discriminação, estigmatização, tem o preconceito na saúde mental em geral, [...] e o paciente não aceita mesmo, as vezes ele é o provedor e ele não aceita ter um tratamento [...] e quando chega a internar é algo assim, deprimente [...] (C1)

[...] a conscientização de que o (usuário) é doente. Eu falo para as meninas (funcionárias da UBS) não é bêbado que fala, é um termo errado, ele é um dependente, a gente tem que ajudar, porque é uma doença, eu tenho essa visão, de que os pacientes são doentes não só o bêbado (C2).

Quando C1 identifica esse desafio, porém ainda está ligado à culpabilização do usuário que não aceita o tratamento. C2 argumenta que “não é bêbado que fala, é um termo errado” já nos mostra a tentativa de mudanças, compreendendo seu papel ao informar outros colegas sobre o preconceito e pré-julgamento inferido ao usuário.

Para Machado, Modena, Luz (2020) destacam que a exclusão do público que usa drogas, se dá devido à falta de acesso a sistemas sociais básicos de proteção, e buscam nos serviços de saúde uma inclusão, o acesso não somente a saúde, mas também como a promoção de acesso a direitos de saúde e sociais básicos.

Com o advento da reforma psiquiátrica, proporcionou o cuidado em saúde mental, buscou oferecer um leque de estratégias de inclusão social, entretanto, permeia ainda na nossa sociedade o estigma que as pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e substâncias psicoativas. O estigma pode ser caracterizado pela ignorância, preconceito e discriminação. Diante de todas essas manifestações, principalmente devido a exclusão social, as pessoas tendem a não buscar atendimento para seu sofrimento. (BRASIL, 2016).

Diante desse discurso exposto na falas, é possível visualizar um desafio no cuidado promovido no território, com a estratégia de matriciamento através de visitas domiciliares, se torna um potente momento de conhecimento do território, extra muros da UBS, conhecendo as histórias e subjetividades dos sujeitos, essa aproximação com suporte técnico especializado do apoio matricial, promove a discussão dessas questões estigmatizantes e de cunho preconceituoso, com a intenção de promover um cuidado mais próximo mais ético e adequado aos usuários.

Segundo Cecílio e Merhy (2003), destacam a necessidade de produzir o trabalho em saúde a partir da integralidade no cuidado ao usuário, ou seja, avaliado

todas as necessidades do indivíduo, e para que isso seja efetivo, são necessárias estratégias de superação do modelo hegemônico médico-centrado, por meio da participação coletiva, e organização do processo interdisciplinar de trabalho em saúde.

Vinculação interdisciplinar e intersetorial

Ainda sobre o desafio da comunicação com a APS, as ER enfatizam que a carência de vinculação interdisciplinar e intersetorial.

TA: [...] Nós falamos muito de vínculo entre [...] usuário e unidade de saúde e onde está o vínculo de equipamento com equipamento? vocês não nos conhecem, nós não conhecemos vocês [...] uma forma [...] seriam as reuniões feitas com os dois equipamentos, vocês nos passam as dificuldades e nós te passamos as dificuldades, vamos fazer um PTS para nós, coletivo [...] (C1)

[...] Acho que seria importante um vínculo maior com a unidade (UBS), possíveis reuniões e discussões de casos onde envolvesse a equipe da unidade de saúde, a fim de entendimento de todos cada situação e até mesmo de como abordá-lo e a necessidade de recorrer a ajuda e auxílio do CAPS AD ou vice e versa quando necessário [...] (C2)

A ER aborda sobre a necessidade de maior vínculo entre a ESF e o CAPS AD, e propõe que ao conhecer as equipes e ter maior interação interdisciplinar e intersetorial, promovem maiores ações em conjunto e qualificam a assistência em saúde mental aos usuários.

Através do conhecimento sobre o Projeto Terapêutico Singular, que é uma das estratégias de cuidado ao usuário de acordo com o seu desejo e por meio da sua realidade é delimitado uma continuidade terapêutica em conjunto profissional e usuário. (BRASIL, 2015).

A partir dessa lógica a fala de C1 propõe um PTC, Projeto terapêutico coletivo, que esse pode ser desenvolvido entre equipamentos de saúde, assim como em dispositivos comunitários como escolas, igrejas, centros de convivência, locais estes importantes para promoção da reabilitação social do usuário. Coletivamente entre o CAPS AD e a ESF podem ser formados a partir do resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. (BRASIL, 2015)

Essa lógica coletiva de formar um projeto terapêutico também é evidenciada pelas falas de C2, ao propor articulação por meio de reuniões de equipe e discussão de casos.

O cuidado, portanto, deve contemplar a integralidade, sendo um dos desafios da atual Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Drogas. O pensar na integralidade é considerar o cuidado por meio da promoção da qualidade de vida, prevenção de agravos por meio da estratégia de redução de danos e reabilitação e recuperação dos usuários. (GONDINHO et al., 2018). Todas essas ações podem ser promovidas através de um cuidado compartilhado e co-responsável entre CAPS AD e ESF.

Segundo Santos, Cunha e Cerqueira (2020), por meio do matriciamento em visitas domiciliares é possível compreender o contexto de vivência do usuário, podendo ampliar a visibilidade dos determinantes sociais de saúde e por consequência, perceber que o cuidado não deve ser centralizado em apenas um equipamento de saúde, tampouco por um único profissional, a corresponsabilização é realizada a partir do cuidado interdisciplinar e intersetorial.

5.3.2 POTENCIALIDADES ENCONTRADAS PELA EQUIPE DE REFERÊNCIA.

As potencialidades serão apresentadas neste subcapítulo, por meio das falas dos participantes foi possível encontrar um ponto de convergência e consonância sobre os conhecimentos da ER sobre o matriciamento e a atuação da ESF com os cuidados em saúde mental, propostos aos usuários com necessidades decorrentes do uso de álcool e SPA.

Matriciamento e o cuidado compartilhado

A primeira questão realizada na entrevista com a ER, foi relacionada com o conhecimento prévio do que compreendiam ser o matriciamento. Para a qualificação da implantação do matriciamento através de VD, é necessário interpretar o que as equipes da APS entendem do matriciamento, como essa estratégia de suporte especializado contribui com a qualificação do acesso e cuidado ao usuário. Essa compreensão é considerada nas falas da ER. Conforme as falas abaixo:

Um apoio para um caso que nós precisamos. [...] Um trabalho em conjunto (C1).

Uma forma de repassar as informações e ter um trabalho em conjunto. (C2)

Um compartilhamento de caso de paciente necessidade de auxílio e acompanhamento de equipe multidisciplinar, com intuito da melhoria do tratamento (C3)

Nas falas as participantes definem o matriciamento com as palavras “trabalho em conjunto e compartilhamento”. Pode-se observar que C1 e C2 destacam ser matriciamento, através de uma necessidade de apoio da ESF e um repasse de informações. Para C3, já pode-se notar que é compreendido o papel da equipe multidisciplinar de Apoio Matricial ao compartilhar e atuar em conjunto, de acordo com a demanda do usuário.

É comum que a ER confunda o matriciamento com repasse de informações, principalmente quando é comparado com o modelo tradicional de referência e contrarreferência de casos entre equipamentos de saúde. Essa prática não propõe

um cuidado compartilhado e promove apenas a transferência de responsabilidade. (BRASIL, 2011); (SANTOS, CUNHA, CERQUEIRA et al, 2020)

“Tradicionalmente, os sistemas de saúde se organizam de uma forma vertical (hierárquica), com uma diferença de autoridade entre quem encaminha um caso e quem o recebe, havendo uma transferência de responsabilidade ao encaminhar. A comunicação entre os dois ou mais níveis hierárquicos ocorre, muitas vezes, de forma precária e irregular, geralmente por meio de informes escritos, como pedidos de parecer e formulários de contrarreferência que não oferecem uma boa resolubilidade.” (BRASIL, p.13, 2011)

Para evitar essa confusão é necessário seguir roteiro de discussão do caso proposto pelo Guia de Matriciamento, e sempre interagindo e deixando com objetivos e papéis claros de que a ER faz parte corresponsável pelo cuidado ao usuário. (BRASIL, 2011)

A lógica que o matriciamento propõe, um trabalho em conjunto e compartilhado, assim auxilia na avaliação quando a ER chega em uma limitação de cuidados devido a situação de saúde mental do usuário, necessitado portanto nesse suporte especializado do CAPS AD.

Na estratégia de Matriciamento através de visitas domiciliares, é preciso seguir o proposto pelo Guia de Matriciamento, Brasil, (2011). Por meio deste, a equipe matriciadora segue algumas fases para intervenção, sendo a de discussão de caso com a ER, promovendo a construção do projeto terapêutico coletivo (PTC) ao usuário, e no momento da visita domiciliar, utiliza o instrumento aos profissionais de consulta conjunta, nesse momento o usuário será acolhido, avaliado e a realização de um PTS.

Esse instrumento da consulta conjunta é recomendado para a realização da visita domiciliar, cujo critério é questionar no momento do PTC “Quais são os grupos de risco nessa população? Que tipos de usuários com questões psicossociais têm dificuldade de acesso ao serviço?” (BRASIL, p.36, 2011)

O bom matriciador dialoga, solicita informações da equipe de referência do caso e, principalmente, pergunta a opinião sobre condutas, instigando a equipe a raciocinar. Com isso ele ensina e aprende, além de colocar os matriciandos em posição ativa, fazendo da consulta conjunta um espaço de estímulo ao crescimento das competências da ESF relacionadas à saúde mental. (BRASIL, p. 31, 2011)

A ER, demonstra firmeza em seu discurso sobre o cuidado proporcionado ao usuário ser em conjunto e compartilhado, ou seja, compreendem o principal objetivo do matriciamento. Sendo possível observar que a implantação do matriciamento por meio de VD compartilhadas com a ESF promoveu o compartilhamento de conhecimento entre as equipes, e conseqüentemente instrumentalizou a ER para lidar melhor com essas demandas complexas.

Promovendo a Clínica Ampliada

Conforme o proposto pela pesquisa, essa estratégia de matriciamento por meio de visitas domiciliares promovida pelo CAPS AD, partiu da análise de necessidade dos usuários, devido às condições de risco limitantes não conseguiriam ir até o serviço, com essa problemática em evidência, foi necessário haver o diálogo e discussão de caso com a ESF da área de abrangência dos usuários.

A equipe de apoio matricial e de referência notaram que por meio dessa estratégia, proporcionam ações de tecnologias leves em saúde, essa tecnologia é evidenciada quando são propostas estratégias singulares ao usuário que pode participar da construção desse cuidado. Conforme os TA das entrevistas:

É um caso em que a equipe precisou de estratégia, então ela (usuária) vinha aferir a pressão, que era algo que ela não fazia, só que ela tinha medicação fracionada, ela tinha comida, ela tinha atenção. Então nós usamos de estratégias! foi as estratégias, que uma delas foi o matriciamento que surtiu efeito [...] (C1)

Não fica só sobrecarregado a responsabilidade, só na unidade de saúde, existem outros desdobramentos enfim, com o mesmo objetivo, ajudar o usuário, e quando você tem essa ajuda. (C2)

Achei interessante, porque a gente conhece o caso do paciente, entende a necessidade do paciente e tenta, fica mais fácil para a gente tentar ajudar, tentar ver o que que ele realmente necessita dá uma ajuda na própria recuperação dele né [...]. (C3)

Quando C1 relata as estratégias, evidenciando que a discussão de caso realizada identificou que o principal cuidado para a usuária precisou estar estruturado integralmente, ou seja, foi proposto ações que envolviam todas as

necessidades de saúde da usuária, devido sua situação de vulnerabilidade social e o uso problemático da bebida alcoólica. C2 destaca a importância do atendimento compartilhado e da corresponsabilidade dos serviços ESF e CAPS AD. E C3 demonstra que essa corresponsabilidade, ações conjuntas, promovem maior qualidade do cuidado ofertado.

Neste contexto, vale destacar o papel da atenção básica à saúde como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), possuindo, portanto, a responsabilidade de ser o ponto coordenador e articulador das redes de atenção à saúde (RAS), uma vez que está mais próxima da população e da realidade vivida pela comunidade, atuando intimamente no cadastro das famílias, assim como na identificação dos usuários e a consequente oferta de atenção à saúde aos mesmos. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008; BRASIL, 2017)

Segundo Cecílio e Merhy (2003), ao articular papéis com a atenção primária, produz uma atenção à saúde por meio da lógica da clínica ampliada, leva em consideração a saúde integral dos sujeitos, compartilhando essa responsabilidade e sendo capaz de tornar as equipes de referência mais resolutivas, principalmente com as demandas do território relacionadas a pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e Drogas. (CECÍLIO; MERHY, 2003).

No contexto da implantação dessa estratégia, a ER evidencia a importância de promover o matriciamento através de visitas domiciliares compartilhadas com a Estratégia Saúde da Família fortalecendo a Clínica Ampliada obtendo resultados satisfatórios.

TA: Foi um começo né [...] já fomos com uma intenção, e deu certo porque a (usuária) se conscientizou de algo que ela nunca tinha aceito, nenhum tipo de ajuda nessa questão do etilismo, foi muito claro. (C1)

[...] nós tivemos a mesma visão juntas, eu não tive uma opinião e ela outra, você (pesquisadora) viu, você nos ajudou de maneira conjunta. (C2)

O problema do paciente não envolve só o paciente, sim um todo, então desde o local que eles moram as condições financeiras, quem convive na casa como que é estrutura familiar, eu acho que é bem importante [...] avaliar tudo, é um todo não é só o paciente em si, [...] então assim você entende e compreendendo o que aconteceu ali, fica mais fácil trabalhar e ver o que ele precisa (C3)

A partir dessas TA, podemos observar C1 destacando a participação da usuária no cuidado, C2 evidencia em sua fala que o matriciamento foi realizado de acordo com a troca de saberes, de forma compartilhada entre as equipes. E C3 declara a visão ampliada dos determinantes sociais em saúde e como essa estratégia de cuidado auxilia nas resolutividades dos casos por meio do acesso de qualidade à saúde.

Como proposto pela Política Nacional de Humanização, deve ser superado os modelos tradicionais de saúde, que interagem e cuidam dos sujeitos de maneira fragmentada, que não permite o cuidado que “envolve um todo” como afirma C3. Para isso a clínica ampliada se torna o principal modelo de cuidado em saúde que promove esse cuidado integral e singular. (BRASIL, 2004).

Para que esse cuidado seja alcançado, a clínica ampliada interage a partir das necessidades dos usuários, conforme as diversas singularidades, de acordo com a sua realidade, local de moradia, trabalho, renda, processo saúde e doença, que são caracterizados como determinantes sociais de saúde. Ao compreender essas variáveis, é possível ampliar a clínica, ou seja, a intersetorialidade e interdisciplinarmente em conjunto com os usuários, compartilham as possibilidades e abordagens de cuidados em saúde. (BRASIL, 2013).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo permitiu aguçar a troca de saberes por meio da prática assistencial em saúde. Situações que já eram perceptíveis pelos profissionais no dia-a-dia, ao promover a implantação do matriciamento pelo CAPS AD, através de visitas domiciliares compartilhadas com a Atenção Primária em saúde, é possível verificar que a estratégia qualificou a gestão de trabalho em saúde por meio da clínica ampliada.

Essas estratégias permearam instrumentos metodológicos que agregaram aos profissionais de saúde o conhecimento compartilhado, ou seja, a troca de saberes desse cuidado em conjunto aos usuários. No cotidiano do processo de trabalho, a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) oportunizou essa troca e a reformulação de práticas que eram perceptíveis, para o que agora, são práticas de saúde baseadas em evidências.

A PCA e o matriciamento, mesmo sendo metodologias distintas, interagiram promovendo por meio de um paradigma participativo, resultados que se baseou no que as equipes produziram e aprenderam sobre essa demanda de saúde, observados na estratégia de Visitas Domiciliares em Conjunto, a usuários com necessidades decorrentes do uso problemático de álcool e Substâncias Psicoativas.

Visitas domiciliares compartilhadas a ESF, contribuíram com a visualização de potencialidades do matriciamento, repercutindo entre as equipes do CAPS AD e ESF maior troca de saberes e a promoção de um cuidado próximo a realidade do usuário, trazendo aos sujeitos esse acesso básico à produção de vida e garantia de direitos, e por meio do PTS maior acesso e qualificação do tratamento ao usuário.

Os desafios do cotidiano do CAPS AD e da atenção primária, permitem a reflexão e o repensar, em como os modelos de gestão do cuidado em saúde podem qualificar a comunicação, a educação permanente e maior aproximação dos equipamentos da saúde. Essa discussão proporcionou um encontro de pontos de convergência sobre o matriciamento e a atuação da ESF com os cuidados em saúde mental, propostos aos usuários com necessidades decorrentes do uso de álcool e SPA.

Essa intervenção também contribuiu com a formação pratico-assistencial pedagógico de residentes do Programa de residência multiprofissional em Saúde mental. Sendo um importante centro formador de profissionais qualificados para

atuação na Rede de Atenção Psicossocial, somando na qualificação do cuidado em Saúde Mental no Sistema Único de Saúde.

Concluimos que o matriciamento, com a estratégia de visitas domiciliares compartilhadas com a APS, promove por meio do modelo Psicossocial e da clínica ampliada, a contribuição, reconstrução e aprimoramento do acesso a uma saúde pública de qualidade à população, assim como o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial no SUS.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, K.G.M; SOUSA, L.C; SILVA, R.S et al. **Estratégias Interventivas a Usuários de Álcool e Outras Drogas em Tempos de COVID-19.** Psicologia em ênfase.v.2, n. 2, p. 41-51–Julho/2021

APA. DSM V. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** American Psychiatric Association. Porto Alegre: Artmed, 2014. disponível em: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>. acesso em 15 de agosto de 2021

ARCE, V.A.R; SOUSA, M.F; LIMA, M.G. **A práxis da saúde mental no âmbito da estratégia saúde da família: contribuições para a construção de um cuidado integrado.** Physis (Rio J.). [Internet]. 2011 ;21(2):541-60. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n2/a11v21n2.pdf>. Acesso em 04 de Fevereiro de 2022

BARBOSA, G. C; COSTA, T. G; MORENO, V. **Movimento da luta antimanicomial: Trajetória, avanços e desafios.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, 4(8), 45-50. 2012.

BRASIL. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas : Guia AD /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Brasília, DF: Ministério da Saúde. III. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. 2011 pg 28.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Norma Operacional nº 001/2013.** 2013. Disponível em: http://www.hgb.rj.saude.gov.br/ceap/Norma_Operacional_001-2013.pdf. Acesso em: 10 de Agosto de 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **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.** Brasília, DF, 30 dez. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.htm. Acesso em: 05 de Agosto de 2021

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** - Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. **Regulamenta o exercício dos profissionais de enfermagem. Lei nº. 7.498, de 25 de junho de 1986.** Brasília, DF, 1986. Disponível em: http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/exerc_p/LF7498_86exerc_p.doc. Acesso em 02 de fevereiro de 2022

CAMPOS G. W. de S.; DOMITTI, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VkBG59Yh4g3t6n8yjdjMRCQj/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em: 03 de Agosto de 2021

CECÍLIO, L.C.O; MERHY, E.E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro, Abrasco, 2003. Disponível em: <http://www.hmdcc.com.br/wp-content/uploads/2018/04/Cecilio-A-INTEGRALIDADE-DO-CUIDADO-COMO-EIXO-DA-GEST%C3%83O-HOSPITALAR.pdf> Acesso em 25 de Janeiro de 2022

CNS. Conselho Nacional de Saúde. **Dispõe sobre a Resolução nº 510, de Abril de 2016.** <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 10 de Agosto de 2021

CNS. **Resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012.** Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 11 de Agosto de 2021

COFEN. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem dá outras providências.** LEI N 7.498/86, DE 25 DE JUNHO DE 1986. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em 02 de fevereiro de 2022

COFEN. **RESOLUÇÃO COFEN Nº 564/2017. Conselho Federal de Enfermagem.** disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em 11 de agosto de 2021

COUTINHO, L.R.P; BARBIERI, A.R; SANTOS, M.L.M. **Acolhimento na Atenção Primária à Saúde:** revisão integrativa Revisão • Saúde debate 39 (105) Apr-Jun

2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002018>. Acesso em 03 de Fevereiro de 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004

Davies, E. L., Puljevic, C., Connolly, D., Zhuparris, A., Ferris, J. A., & Winstock, A. R. **The world's favorite drug: What we have learned about alcohol from over 500,000 respondents to the Global Drug Survey.** In The Handbook of Alcohol Use. 17-47. 2021

RODRIGUES, D.C; PEQUENO, A.M.C; CARNEIRO, C; MACHADO, M.F.A.S; JUNIOR, A.G.M; NEGREIROS, F.D.S. **Educação permanente e apoio matricial na atenção primária à saúde: cotidiano da saúde da família.** Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/pdf/reben/v73n6/pt_0034-7167-reben-73-06-e20190076.pdf Acessado em 15 de janeiro de 2022

ESLABÃO, A.D; SANTOS, E.O; SANTOS, V.C.F; RIGATTI R; MELLO, R.M; SCHNEIDER, J.F. **Saúde mental na estratégia saúde da família: caminhos para uma assistência integral em saúde.** Jornal nurs. health. 2019;9(1). Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/11106>. Acesso em 05 de fevereiro de 2022.

ESPPR. **Escola de Saúde Pública do Paraná. Programas de Residência da SESA - ESPPR.** Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=176> . Acesso em 09 de agosto de 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Brasil). Ministério da Saúde. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: Recomendações para Gestores.** Brasília: Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%c3%bade-Mental-e-Aten%c3%a7%c3%a3o-Psicossocial-na-PandemiaCovid-19-recomenda%c3%a7%c3%b5es-para-gestores.pdf>. Acesso em 31 de Julho de 2021

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Brasil). Ministério da Saúde. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: Recomendações Gerais.** Brasília: Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%c3%bade-Mental-e-Aten%c3%a7%c3%a3o-Psicossocial-na-PandemiaCovid-19-recomenda%c3%a7%c3%b5es-gerais.pdf>. Acesso em 31 de Julho de 2021

GONÇALVES, R.C; PERES, R.S. **Matriciamento em Saúde Mental: Obstáculos, Caminhos e Resultados.** SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo Revista da SPAGESP, 123-136. 2019.

GONÇALVES, R.C; PERES, R.S. **Matriciamento em Saúde Mental Obstáculos, Caminhos e Resultados.** SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo. Revista da SPAGESP, 19(2), 123-136

GONDINHO, B.V.C. **Dependência química: descrição das atitudes dos profissionais da estratégia saúde da família e da procura dos serviços de CAPS AD pelo usuário de drogas.** [dissertação]. Piracicaba – SP: FOP/UNICAMP, 2014. Disponível em: <https://1library.org/document/q51645gy-dependencia-descricao-atitudes-profissionais-estrategia-familia-servicos-usuario.html>.

Acesso em 23 de janeiro de 2022

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pinhais Paraná.** Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/pinhais.html>. acesso em 09 de Agosto de 2021.

LACERDA, M.R; COSTENARO, G.S. **Metodologias de pesquisa e saúde: da teoria à prática.** Porto Alegre: Moriá, 2015.

MACHADO, A.R; MODENAZÉLIA, C.M; LUZ, M.P. **O que pessoas que usam drogas buscam em serviços de saúde? Compreensões para além da abstinência.** Artigos Interface 24, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190090>. Acesso em 05 de fevereiro de 2022.

MALBERGIER, A; AMARAL, R.A. **Conceitos básicos sobre o uso abusivo e dependência de drogas.** Universidade Federal do Maranhão. UNASUS/UFMA. - São Luís, 2013. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/2046/3/Mod%2003%20UNIDADE%2001.pdf>. Acesso em 18 de agosto de 2021.

MEDINA, M.G; GIOVANELLA, L; BOUSQUAT, A; MENDONÇA, M.H.M; AQUINO, R. **Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?** Comitê Gestor da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco Cad. Saúde Pública 2020;36(8). Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static//arquivo/1678-4464-csp-36-08-e00149720.pdf>. Acesso em 31 de Janeiro de 2022

MEIHY, J. C. S. B.; HOLANDA, F. **História oral: como fazer como pensar.** São Paulo: Contexto, 2007.

MERHY, E.E; FRANCO T.B. **Por uma Composição Técnica do Trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves e no Campo Relacional in Saúde em Debate.** v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez 2003. Disponível em: https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf. Acesso em 18 de agosto de 2021

MINAYO, M.C.S **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.** 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. Disponível em: http://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1428/minayo_2001.pdf Acesso em 29 de Janeiro de 2022

MINOZZO, F; COSTA, I. I. **Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis.** Psico-USF, 18(1), 151-160. 2013

MOROSINI, M.V; FONSECA, A.F; **Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios.** Saúde Debate | Rio de Janeiro, v. 42, N1, P. 261-274, 2018. Disponível em: <https://periodicos.feevale.br/seer/index.php/revistaconhecimentoonline/article/view/1639/2453>. Acesso em 10 de Janeiro de 2022

NETO, D.N.F; SCANDIUZZI, D. A; SILVA, P.C; PATRÍCIO A.F.A. **Atuação do Técnico de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde.** Resumo expandido - 44ª Semana de Enfermagem (2021) – Escola Técnica de Saúde, Universidade Federal de Uberlândia. 2021. Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/qual-o-papel-do-tecnico-de-enfermagem-na-estrategia-de-saude-da-familia/>. Acesso em 25 de Janeiro de 2022

OLIVEIRA, L.M.L.; TUNIN, A.S.M.; SILVA, F.C. **Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde.** Rev. APS, Juiz de Fora, v. 11, n. 4, p. 362-37, 2008.

OMS. **Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas.** Organização Mundial de Saúde. 2004. Disponível em: https://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_P.pdf. Acesso em 16 de agosto de 2021

PARANÁ. Secretaria do estado de saúde do Paraná. **Plano de contingência do Paraná COVID19. nível 3 de Execução.** 2020. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-06/plano_de_contingencia_do_parana_covid_19_nivel_3_atualizado.pdf. Acesso em 31 de Julho de 2021

PINTO, D.M; JORGE, M.S.B; PINTO, A.G.A. ET AL. **Projeto Terapêutico Singular na Produção do Cuidado Integral: Uma Construção Coletiva.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011 Jul-Set; 20(3): 493-302.

QUINDERÉ, P. H. D; JORGE, M. S. B; NOGUEIRA, M. S. L; COSTA, L. F. A.; VASCONCELOS, M. G. F. (2013). **Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial.** Ciência & Saúde Coletiva, 18(7), 2157-2166. 2013

SANTOS A.M; CUNHA, A. L. A; CERQUEIRA, P. **O matriciamento em saúde mental como dispositivo para a formação e gestão do cuidado em saúde.** TEMA LIVRE, Physis 30 (04) 2020 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300409> Acessado em 03 de Fevereiro de 2022

SILVA, M.A.B; ABRAHÃO, A.L. **Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas: uma análise guiada por narrativas.** Interface, comunicação, saúde e educação. Botucatu. 2020.

SIQUEIRA, M.M. **Álcool, tabaco e outras drogas na atenção básica.** Vitória : EDUFES, 2016. Disponível em:

<http://repositorio.ufes.br/handle/10/774/browse?type=title&sort_by=1&order=ASC&pp=20&etal=-1&null=&offset=0> acesso em: 19 de agosto de 2021

Tiburtino, G. **Copo meio vazio: aumento no consumo de bebidas durante a pandemia desperta preocupação quanto aos efeitos colaterais.** RADIS: Comunicação e Saúde, 219, p. 22-27. 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/45020/2/CopoMeioVazio.pdf>. Acesso em 19 de agosto de 2021

TRENTINI, M; PAIM, L; SILVA, D.M.G.V. **Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde.** 3. ed. Porto Alegre. Moriá: 2014.

WERMELINGER, M.; MACHADO, M. H.; TAVARES, M. F. L.; OLIVEIRA E. S.; MOYSES N. M. N; FERRAZ, W. **A Feminilização do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil** Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 45, p. 54-70, maio 2010. Disponível em: http://capacidadeshumanas.org/trajetoriainstitucionaldosus/wp-content/uploads/2017/11/Afeminizacaoomercadodetrabalho_Wermelinger.pdf Acesso em 10 de fevereiro de 2022

ANEXOS

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu Mylena Goelzer da Silva e Fernanda Carolina Capistrano pesquisadoras, estamos convidando profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família, que atuaram em ações de matriciamento através de visitas domiciliares pelo Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e drogas do Município de Pinhais Paraná a participar de um estudo intitulado **“Implantação do matriciamento através de visitas domiciliares em um Centro de Atenção psicossocial Álcool e drogas”**

O objetivo desta pesquisa é descrever o processo da implantação do matriciamento por meio de visitas domiciliares compartilhadas com a Atenção Primária em saúde em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas do município de Pinhais, Paraná. Por meio da promoção do apoio matricial, suporte técnico especializado aos profissionais da equipe de referência da Estratégia Saúde da Família, a fim de horizontalizar e qualificar práticas e saberes, assim como a corresponsabilização da Atenção Primária em saúde no cuidado pedagógico-terapêutico em saúde mental.

Caso (o Senhor, a Senhora) aceite participar da pesquisa, será necessário compartilhar através de uma entrevista semi-estruturada como foi a experiência da realização do matriciamento em visitas domiciliares conjuntas com o CAPS AD. Cujo objetivo é observar através dos resultados obtidos quais as potencialidades e fragilidades do processo de implantação do matriciamento na RAPS de Pinhais Paraná.

É possível que (o Senhor, a Senhora) experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao tempo exaustivo disposto de no máximo 40 minutos para realização da entrevista, assim como adequar agenda de trabalho para participação. Alguns riscos relacionados ao estudo podem ocorrer:

- Risco de contaminação pelo COVID-19, no qual são necessários cuidados para minimizar os riscos, sendo eles o uso de equipamento de proteção individual (EPI), de acordo com o protocolo de contingência do estado do Paraná;
- Risco de vazamento de dados, como conteúdo de prontuários, os quais será necessário recorrer ao código de ética profissional da pesquisadora;
- Risco de constrangimento ou danos de origem psicológica na coleta de dados da pesquisa, serão de responsabilidade da pesquisadora promover ações para minimizar esses danos por meio de equipamentos de saúde adequados de acordo com o dano acometido;

Os benefícios esperados embora nem sempre (o Senhor, a Senhora) seja diretamente beneficiado(a) por sua participação neste estudo, com essa pesquisa são:

- Proporcionar o acesso de qualidade a rede de saúde aos usuários identificados no CAPS AD que necessitam de visitas domiciliares compartilhadas com os serviços da Atenção Primária em Saúde:

- Promover a organização das demandas de matriciamento da Atenção Primária em Saúde relacionados aos prejuízos decorrentes do uso de álcool e drogas;
- Promover através do apoio matricial suporte técnico especializado aos profissionais da equipe de referência da Estratégia Saúde da Família, a fim de horizontalizar e qualificar práticas e saberes, assim como a corresponsabilização da Atenção Primária em saúde no cuidado pedagógico-terapêutico em saúde mental.

A pesquisadora Mylena Goelzer da Silva, responsável por este estudo, poderá ser localizada para esclarecer eventuais dúvidas que (o Senhor, a Senhora) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo no seguinte endereço: Avenida Visconde de Guarapuava 1830, apartamento 23, Curitiba Paraná, ou e mail: mylenag@hotmail.com. Em situações de emergência ou urgência, relacionadas à pesquisa, os mesmos poderão ser contatados pelo telefone Telefone: (46) 99918-0906.

Se (o Senhor, a Senhora) tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos –

A sua participação neste estudo é voluntária e se (o Senhor, a Senhora) não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. A sua participação está garantida e não será interrompido caso (o Senhor, a Senhora) não queira mais desistir de participar.

Rubricas: Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____ Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____

CEPSH/SESA/HT pelo Telefone 3212-5829 das 08:00 horas as 15:00 horas de segunda a sexta-feira, ou pelo e-mail: cep.cht@sesa.pr.gov.br. O CEP é um grupo de indivíduos com conhecimento científico e não científico que realizam a revisão da época inicial e contínua do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas orientadora de pesquisa Fernanda Carolina Capistrano, e autoridade sanitária quando for necessário. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade. Para estudos que envolvem entrevistas gravadas, seu anonimato também será respeitado; tão logo seja transcrita a entrevista é encerrada a pesquisa, o conteúdo será desgravado ou destruído.

O material obtido por gravação será utilizado unicamente para esta pesquisa e será destruído ou descartado ao término do estudo, dentro de 5 anos. As despesas necessárias para a realização da pesquisa tais como transporte, uso de tecnologias como computador, não são de sua responsabilidade; entretanto, (o Senhor, a Senhora) não receberá qualquer valor em dinheiro apenas pela sua participação.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome e sim um código.

O projeto de pesquisa está em situação aprovada através do parecer número 5.038.124 pelo Comitê de ética do Hospital do Trabalhador/PR

Rubricas: Participante da Pesquisa e /ou responsável
legal _____ Pesquisador Responsável ou quem aplicou o
TCLE _____

CEPSH/SESA/HT pelo Telefone 3212-5829 das 08:00 horas as 15:00 horas de segunda a sexta-feira, ou pelo e-mail: cep.cht@sesa.pr.gov.br. O CEP é um grupo de indivíduos com conhecimento

científico e não científico que realizam a revisão da época inicial e contínua do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim nem para meu tratamento ou atendimento ordinários que eu possa receber de forma rotineira na Instituição. Eu entendi o que não posso fazer durante a pesquisa e fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum problema diretamente relacionado ao desenvolvimento da pesquisa. Por fim, entendo que receberei uma via deste Termo de Consentimento assinado pelo representante da equipe de pesquisa.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Nome por extenso do Participante e/ou Responsável Legal

Assinatura do Participante e/ou Responsável Legal

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou seu representante legal para a participação neste estudo.

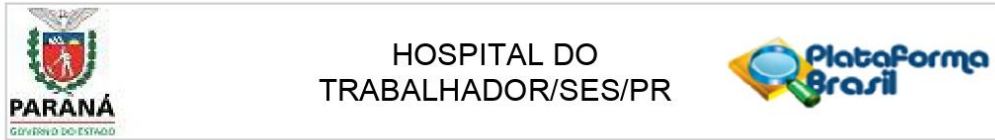
Nome extenso do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Assinatura do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Pinhais, 26 de Novembro de 2021

ANEXO II

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Implementação do matriciamento através de visitas domiciliares em um Centro de Atenção psicossocial Álcool e drogas

Pesquisador: Mylena Goelzer da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52008021.8.0000.5225

Instituição Proponente: SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.038.124

Apresentação do Projeto:

Pesquisa qualitativa apresentada para a conclusão da residência multiprofissional em Saúde Mental pela Escola de Saúde Pública a se realizar no âmbito dos serviços de saúde da Prefeitura Municipal de Pinhais. Através da metodologia de pesquisa convergente assistencial, a qual as pesquisadoras se propõem a dar atenção ao diálogo das equipes sobre o caso de seus usuários de saúde mental assim como ao processo de trabalho junto destes usuários.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

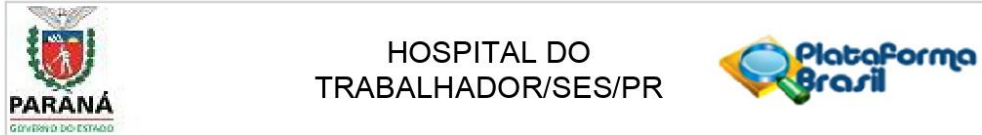
Implantar o matriciamento por meio de visitas domiciliares compartilhadas com a Atenção Primária em saúde em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas do município de Pinhais, Paraná.

OBJETIVO ESPECÍFICO

-Descrever o processo de implantação do matriciamento por meio de visitas domiciliares compartilhadas com a Atenção Primária em saúde em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas do município de Pinhais, Paraná;

-Proporcionar o acesso de qualidade a rede de saúde aos usuários identificados no CAPS AD que necessitam de visitas domiciliares compartilhadas com os serviços da Atenção Primária em Saúde;

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5829 **Fax:** (41)3212-5709 **E-mail:** cep.cht@sesa.pr.gov.br



HOSPITAL DO TRABALHADOR/SES/PR

Continuação do Parecer: 5.038.124

- Promover a organização das demandas de matriciamento da Atenção Primária em Saúde relacionados aos prejuízos decorrentes do uso de álcool e drogas;
- Promover através do apoio matricial suporte técnico especializado aos profissionais da equipe de referência da Estratégia Saúde da Família, a fim de horizontalizar e qualificar práticas e saberes, assim como a corresponsabilização da Atenção Primária em saúde;
- Observar através dos resultados obtidos quais as potencialidades e fragilidades do processo de implementação do matriciamento na RAPS de Pinhais Paraná.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: contaminação por COVID-19, o usuário não ser encontrado e o profissional não realizar a visita domiciliar; constrangimento e vazamento de dados. Todos mencionados pela autora o como superar.

Benefícios: promover aos usuários maior acesso à saúde mental; proporcionar o matriciamento em saúde mental dos profissionais de saúde na atenção primária de saúde; identificar através das visitas domiciliares as necessidades psicossociais dos usuários a partir da realidade e contexto que o usuário vive no território; matriciamento das equipes de referência, organização do trabalho em rede, troca de saberes entre equipes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a reflexão sobre processos de trabalho e suas inovações em termos de tecnologia leve em saúde.

O projeto prevê que irá utilizar-se dos instrumentos de observação, análise documental e questionário semiestruturado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto, projeto completo, TCLE, termo de anuência institucional apresentados adequadamente. Documento de dispensa do TCLE: ok.

Recomendações:

*

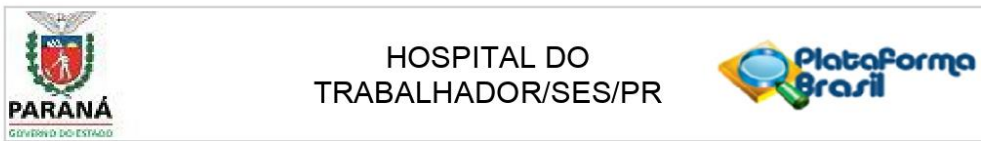
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências éticas significativas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Relembremos os autores que devem ser seguidas as determinações da resolução 466/2012 e da norma operacional 01/2013 do CNS. Assim, é responsabilidade do pesquisador encaminhar como

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5829 **Fax:** (41)3212-5709 **E-mail:** cep.cht@sesa.pr.gov.br



Continuação do Parecer: 5.038.124

NOTIFICAÇÃO os seguintes documentos:

- Relatórios parciais (semestrais), se for o caso
- Relatório final
- O trabalho concluído (publicação, anais de congresso, etc)
- Comunicação de eventos adversos (se houver)
- Comunicação de início do trabalho e término do mesmo

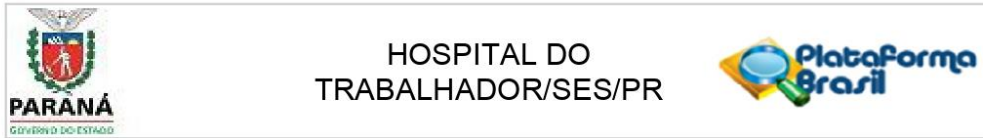
Alterações no projeto (inclusive em relação à equipe de pesquisa) devem ser submetidos como EMENDA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1829640.pdf	21/09/2021 17:16:12		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DISPENSA_DO_TCLE.pdf	21/09/2021 17:10:58	Mylena Goelzer da Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_COMPROMISSO_DA_EQUIPE_DE_PESQUISA.pdf	21/09/2021 17:10:26	Mylena Goelzer da Silva	Aceito
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_4979859.pdf	21/09/2021 17:00:17	Mylena Goelzer da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODEANUENCIAINSTITUCIONAL.pdf	21/09/2021 16:49:31	Mylena Goelzer da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	21/09/2021 16:49:22	Mylena Goelzer da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODETALHADO.docx	21/09/2021 16:46:29	Mylena Goelzer da Silva	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO2.pdf	21/09/2021 16:42:00	Mylena Goelzer da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5829 **Fax:** (41)3212-5709 **E-mail:** cep.cht@sesa.pr.gov.br



Continuação do Parecer: 5.038.124

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 14 de Outubro de 2021

Assinado por:
FABIO TERABE
(Coordenador(a))

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5829 **Fax:** (41)3212-5709 **E-mail:** cep.cht@sesa.pr.gov.br