



**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE**

**MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE**

**MAGDA DA SILVA FIGUEIROA**

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO APOIO  
MATRICIAL DO CAPS AD NA CIDADE DO RECIFE**

**RECIFE  
2012**

**MAGDA DA SILVA FIGUEIROA**

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO APOIO  
MATRICIAL DO CAPS AD NA CIDADE DO RECIFE**

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde.

**Linha de Pesquisa:** Avaliação em Saúde

**Orientador:** JOSÉ EULÁLIO CABRAL FILHO

**Coorientador:** YLUSKA ALMEIDA COELHO DOS REIS

RECIFE

2012

Ficha Catalográfica  
Preparada pela Biblioteca Ana Bove  
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP

---

- F475a Figueiroa, Magda da Silva.  
Avaliação da implantação do apoio matricial do CAPS AD na cidade do Recife. /  
Magda da Silva Figueiroa. -- Recife: M. da S. Figueiroa, 2012.  
118 f.
- Dissertação (mestrado) – Programa de Pós - Graduação Stricto Sensu em  
Avaliação em Saúde – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira,  
IMIP.  
Linha de Pesquisa: Avaliação em saúde.  
Orientador: José Eulálio Cabral Filho.
1. Apoio matricial. 2. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. 3. Serviços  
de saúde mental: avaliação em Saúde. I. Cabral Filho, José Eulálio, orientador. II.  
Título.
-

**MAGDA DA SILVA FIGUEIROA**

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO APOIO  
MATRICIAL DO CAPS AD NA CIDADE DO RECIFE**

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde

Aprovada em: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012

**BANCA EXAMINADORA**

---

Nome e Instituição do participante externo

---

Nome e Instituição do participante interno

---

Nome e Instituição do orientador

A Deus.  
Aos meus pais, em especial, à minha mãe, que além de me dar a vida, me ensinou a  
viver.  
À minha filha, Gabriela, por ter me dado motivação e graça para superar todas as  
dificuldades.  
Aos meus tios Luiz (in memoriam) e Terezinha pelo apoio de sempre em minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

- Agradeço aos meus orientadores pela disponibilidade e atenção. Em especial a Yluska pelo apoio, paciência e contribuição durante todo processo de construção deste trabalho.
- A Sam, pelo companheirismo e suporte carinhoso que tanto me ajudou na coleta de dados, e compreensão nas minhas necessidades de ausências.
- A gestão da Secretaria de Saúde da Prefeitura da Cidade do Recife, na pessoa de Gustavo Couto, por me indicar para este mestrado e apoiar a coleta de dados. Minha gratidão a Silvana Moreira por sempre me incentivar e acreditar no meu potencial.
- Aos professores do curso de mestrado, que com qualidade generosa compartilharam conosco seus conhecimentos, nos estimularam nos caminhos da avaliação.
- Aos colegas de curso, companheiros de alegrias e angustias deste processo. Em particular para Daniele, pela enorme contribuição na coleta de dados no DS VI.
- Aos profissionais das ESF e CAPS ad que participaram e cooperaram com esta pesquisa.
- Aos colegas de trabalho no CAPS ad Vicente de Araújo e CPTRA, pelo apoio e incentivo que me foi dispensado. Em especial, a Ivana, que teve que suporta os momentos de ausência que se fez necessário com compreensão e carinho e a Michele pela compreensão.
- Por fim, mas não por último, aos usuários dos CAPS ad, que sempre me alimentaram a crença na capacidade de superação de cada pessoa. Meu muito obrigada.

*Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina. (Cora Coralina)*

## RESUMO

O Ministério da Saúde preconiza que os Centros de Atenção Psicossocial Ad (CAPS ad) sejam instrumentos estratégicos para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, sendo uma das suas funções oferecer suporte e supervisionar a atenção à saúde mental no âmbito da atenção básica. Esta articulação se faz necessária para uma adequada abordagem ao usuário no território, tendo em vista que a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o espaço privilegiado para a prática de ações de prevenção, promoção e assistência à saúde no território. Nesse contexto, o município de Recife implantou o Programa + Vida - Redução de Danos no consumo de álcool, fumo e outras drogas, e adotou como uma de suas diretrizes de gestão a política do HumanizaSUS, que coloca o matriciamento enquanto arranjo organizacional para viabilizar o suporte técnico em áreas específicas para as equipes de atenção básica de saúde. Assim, torna-se relevante a análise dos aspectos relativos à normatização deste arranjo no âmbito dos serviços CAPS ad de saúde no Recife. Além disso, este estudo sistematiza a matriz de avaliação do componente matriciamento nos CAPS ad e identifica alguns dos fatores de contexto que interferem nas ações do apoio matricial do CAPS ad. Como resultado, observou-se que a intervenção matriciamento encontra-se parcialmente implantada. Na dimensão estrutura, o aspecto mais incipiente consiste na formação específica. Na dimensão processo, as atividades mais críticas foram o registro do mapeamento do território, a discussão de casos e a elaboração compartilhada de projetos terapêuticos singulares. Os elementos do contexto analisados demonstram que a intervenção recebe o apoio da gestão e é percebida como uma contribuição importante para a clínica ampliada. Contudo, as dificuldades relacionadas a lidar com o tema no território, a sobrecarga de trabalho e a necessidade de organização dos processos de trabalho nos serviços são colocadas como principais obstáculos para a implantação. Recomenda-se, portanto, o apoio na formação dos profissionais para que as atividades indispensáveis a uma adequada implantação desta intervenção sejam realizadas em sua plenitude.

**PALAVRAS CHAVES:** Apoio Matricial; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Serviços de Saúde mental: Avaliação em Saúde.

## ABSTRACT

Health Ministry announces that the Ad (CAPS ad) Centers for Psychosocial Care are strategic tools for the consolidation of the Psychiatric Reform, one of whose functions is to support and oversee the attention to mental health care within primary care. This articulation is necessary for an adequate approach to the user in the territory, take into account that the Family Health Strategy (FHS) is a privileged space for the prevention, promotion and health care practice in the territory. In this context, Recife city implanted the “Programa + Vida” - Harm Reduction in the consumption of alcohol, tobacco and other drugs, and adopted the Humaniza SUS Policy as one of its management guidelines, which places the connection as an organizational arrangement to enable the technical support in specific areas for primary healthcare teams. Thus, the analysis of aspects becomes relevant in relation to the standardisation of this arrangement under the CAPS ad health services in Recife. Furthermore, this study systematizes the evaluation matrix from matricial component in the CAPS ad and identifies some of the contextual factors that interfere in the actions of CAPS ad matricial support. As a result, it was observed that the matricial intervention is partially implanted. In the structure dimension, the most incipient consists in specific training. In the process dimension, the most critical activities were the territory mapping record, the cases discussion and the shared development of natural therapeutic projects. The analyzed Context elements show that the intervention receives the management support and is perceived as an important contribution to the enlarged clinic. However, the difficulties related to dealing with the subject in the territory, work overload and the need for work organization processes in service, are placed as the main obstacles to the implantation. It is recommended, therefore, support for the training of professionals so that the essential activities for a proper implementation of this intervention are carried out in its fullness.

**KEYWORDS:** Matrix Support; Disorders Related to Substance Usage, Mental Health Services: Assessment in Health; Program Evaluation.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**AIDS** - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

**CAPS** - Centro de Atenção Psicossocial

**CAPS ad** - Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas

**CPTRA** - Centro de Prevenção, Tratamento e Reabilitação do Alcoolismo

**CEBRID** - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

**ESF**- Estratégia da Saúde da Família

**MS** - Ministério da Saúde

**NAPS** - Núcleo de Atenção Psicossocial

**NOAS** - Norma Operacional de Assistência à Saúde

**NOB** - Norma Operacional Básica

**ONGS** - Organizações Não Governamentais

**PNAD** - Política Nacional sobre Drogas

**PSF** - Programa de Saúde da Família

**PTS** - Projeto Terapêutico Singular

**SUS** - Sistema Único de Saúde

## **LISTA DE TABELAS, QUADROS, FIGURAS.**

- Quadro 1 - Rede de atendimento por Distrito sanitário no período de 12/2011 à 07/2011
- Quadro 2 - Documentos oficiais utilizados na elaboração do modelo lógico do CAPS ad
- Figura 1 - Modelo lógico resumido do CAPS ad
- Quadro 3- Matriz de Julgamento do arranjo Apoio Matricial
- Quadro 4- Quantitativo de entrevistas programadas, realizadas e não realizadas
- Quadro 5- Matriz de julgamento do arranjo Apoio Matricial na Cidade do Recife
- Quadro 6- Iniciativas para abordar a questão de álcool e drogas na rotina de trabalho das ESF.
- Quadro 7- Atividades de educação permanente utilizados no matriciamento do CAPS ad.
- Quadro 8- Consolidado com as principais dificuldades e potencialidades do Apoio Matricial ESF/CAPS ad

## SUMÁRIO

<b>1.INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2. MODELO TEÓRICO</b> .....	15
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	16
3.1 O modelo de cuidado em saúde mental e os Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas - CAPS ad.....	16
3.2.Apoio matricial e os CAPS ad: Potencialidades e desafios.....	19
3.3..Perspectivas de avaliação do apoio matricial .....	24
<b>4. JUSTIFICATIVA</b> .....	31
<b>5. OBJETIVOS</b> .....	33
5.1 Gerais.....	33
5.2 Específicos.....	33
<b>6. METODOLOGIA</b> .....	34
6.1-Tipo de Estudo.....	34
6.2- Período e Área do Estudo.....	34
6.3-Etapas do Estudo.....	36
6.3.1-Etapa 1: Elaboração da Matriz de Avaliação.....	36
6.3.2-Etapa 2: Avaliação do grau de implantação.....	40
6.3.2.1- Coleta de dados.....	40
6.3.2.2.- Análise dos dados.....	43
6.3.3- Etapa 3: Identificação dos elementos contextuais.....	44
6.4- Considerações éticas .....	45
<b>RESULTADOS</b> .....	46
.1- Grau da implantação.....	46
7.2- Identificação dos elementos contextuais.....	49
<b>DISCUSSÃO</b> .....	55
<b>9. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES</b> .....	65

### Referências

Apêndice

Anexos

## 1. INTRODUÇÃO

---

O consumo crescente de drogas psicoativas constitui no mundo um grave problema que atinge vários segmentos da sociedade, acarretando agravos e comprometimentos, com impacto sobre os índices de violência e acidentes, consequências clínicas e psiquiátricas, comprometimento da vida escolar e profissional e outros riscos psicossociais. Outro aspecto relevante é que existe uma tendência mundial apontando para o uso cada vez mais precoce e intenso destas substâncias psicoativas<sup>1</sup>.

No Brasil, o 1º Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas realizadas pelo Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) em 2001, revelou que 68,4% das pessoas fizeram uso de bebidas alcoólicas pelo menos uma vez na vida e confirmou que 11,2% da população apresentavam dependência. Em relação ao tabaco, 37,4% das pessoas fizeram uso dessa droga uma vez na vida e a dependência apresentou prevalência de 8,3%. O uso de maconha aparece em primeiro lugar entre as drogas ilícitas, para 6,9% dos entrevistados<sup>2</sup>.

No Nordeste, um terço da população pesquisada já fez uso de alguma droga ilícita. Salienta-se também que, quando comparada às cinco regiões brasileiras, a estimativa de dependentes de álcool foi a maior do Brasil (16,9%), seguido pela de dependentes de maconha (11,2%)<sup>2</sup>.

A Reforma Psiquiátrica gerou grandes transformações nos cuidados de saúde mental, abrindo caminho para a criação de serviços de atenção extra-hospitalar, ampliando e aproximando a rede de atenção à saúde mental da comunidade. Contudo, a questão da dependência química permaneceu à margem do campo de atuação das

políticas públicas. Só recentemente é que se observa a incorporação de modelos de intervenção voltados especificamente para a questão.

Nessa perspectiva, em 2003, foi implantada pelo Ministério da Saúde a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas<sup>3</sup>. Com relação às intervenções, propõe o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, com o foco no indivíduo e seu contexto sociocultural, buscando desestimular o uso das drogas, incentivar a diminuição do consumo, diminuir os riscos e danos, através da ampliação, articulação e fortalecimento das redes sociais<sup>4</sup>. Prevê também espaços de tratamento especializados onde estão contemplados os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), os paradigmas da reforma psiquiátrica e os conceitos norteadores da redução de danos.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), regulamentados pela Portaria nº 336/GM/2002<sup>4</sup> são considerados instrumentos estratégicos para a consolidação da reforma psiquiátrica e têm por objetivos: oferecer cuidados clínicos e terapêuticos; promover a inserção social dos usuários; organizar a rede de serviços de saúde mental; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na atenção básica; regular a porta de entrada da rede<sup>4</sup>. Esta portaria estabelece que os CAPS I, CAPS II e CAPS III devem atender usuários com transtornos mentais. Os CAPSi devem acolher os casos de crianças e adolescentes com transtornos mentais. No que se refere especificamente à dependência química, os Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Drogas (CAPS ad) são responsáveis pelas ações de tratamento e prevenção voltadas para o uso abusivo/dependência de álcool e outras drogas<sup>4</sup>.

Diante deste contexto, a Secretaria de Saúde de Recife implementou em 2004 a Política de Atenção ao Usuário de Álcool, Fumo e outras Drogas, denominada de Programa + Vida - Redução de danos no consumo de álcool, fumo e outras drogas. Esta

tem como objetivo oferecer uma rede descentralizada e hierarquizada, de serviços e cuidados em saúde que visem à promoção, proteção específica, tratamento e reabilitação para usuários e/ou para familiares<sup>5</sup>.

Em 2009, a Secretaria de Saúde da prefeitura da Cidade de Recife adota nas ações de saúde a política intitulada *Recife em Defesa da Vida*, reforçando as diretrizes do HumanizaSUS, tais como acolhimento, clínica ampliada e projeto terapêutico singular no processo de trabalho a ser desenvolvido nas unidades de saúde. Neste sentido, arranjos institucionais foram definidos para o estreitamento da relação entre a rede de atenção primária e os serviços especializados.

Apoio matricial é uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realização de uma clínica ampliada e de uma integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. Essa metodologia pretende assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, mas também investir na construção de autonomia dos usuários<sup>6</sup>.

Este arranjo viabiliza o suporte técnico e pedagógico em áreas específicas para as equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde, assegurando uma retaguarda especializada para o enfrentamento dos problemas de saúde. Trata-se de um fluxo de trabalho complementar aquele previsto em sistemas hierarquizados, como mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação<sup>7</sup>. Além de representar uma forma de capilarizar as ações de saúde mental na atenção básica.

Atualmente, Recife possui uma rede com seis CAPS ad, cada um responsável por operacionalizar esta diretriz dentro do seu território, em articulação com a atenção básica. Esta responsabilidade colocada dentro do cotidiano das equipes se constitui em uma experiência recente e inovadora, tanto para a gestão quanto para a clínica dos serviços.

Como em todo processo de mudança, alguns desafios já se apresentam. Compartilhar responsabilidades envolve a construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas, com a articulação de diferentes saberes em torno do comum e a ampliação do objeto de trabalho, da concepção do processo saúde-doença-intervenção e a afirmação da saúde como direito. Além disso, a questão do consumo de drogas costuma suscitar preconceitos, medos e sentimentos, e que, muitas vezes, influenciam o atendimento.

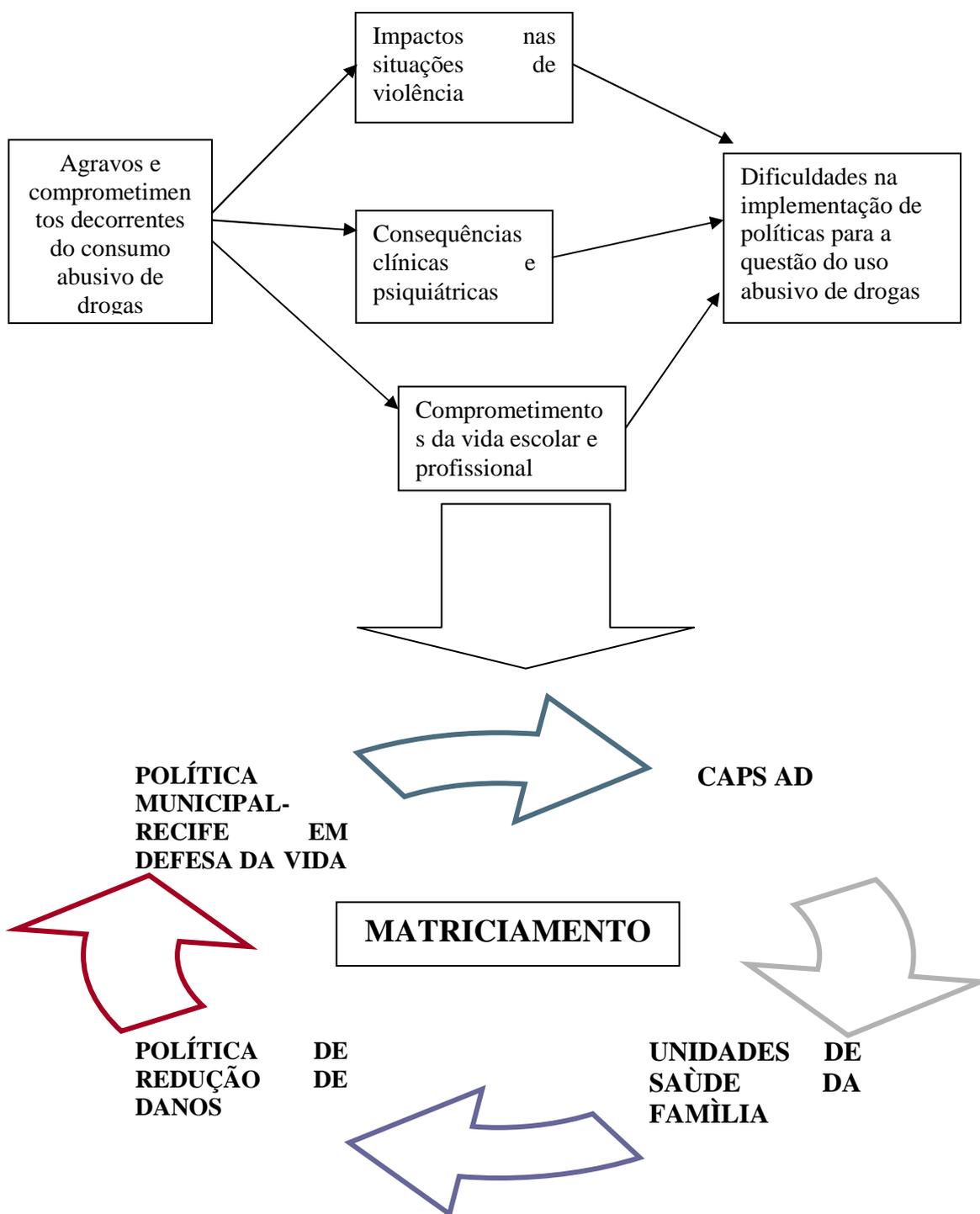
Neste sentido, este trabalho, pretende oferecer informações que sirvam de subsídios para a formulação e avaliação de políticas públicas de saúde, tendo em vista a incipiência de pesquisas científicas nesta área, percebida pelos resultados de busca em base de dados. Assim, será possível evidenciar as fragilidades e potencialidades deste arranjo institucional pelos CAPS ad, a fim de corrigir e/ou redirecionar ações e recursos para aumentar o impacto da intervenção na comunidade.

### **PERGUNTA CONDUTORA**

Analisando o conjunto das informações postas e considerando a relevância desse estudo no que tange à normatização dos serviços e as atividades realizadas nos serviços CAPS ad, pretende-se responder as seguintes questões de investigação:

- Qual o grau de implantação do componente matriciamento, considerando a interface entre atenção primária e os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas- CAPS ad, na cidade do Recife?
- Quais os entraves e dificuldades na implementação do matriciamento junto à atenção primária?
- Quais os fatores de contexto que facilitam ou dificultam a implantação do matriciamento?

## 2 MODELO TEÓRICO



### **3. REFERENCIAL TEÓRICO**

---

#### **3.1 O modelo de cuidado em saúde mental e os Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas – CAPS ad**

O Ministério da Saúde propõe a implantação dos CAPS em substituição ao modelo hospitalocêntrico para o tratamento de pessoas com transtornos mentais ou decorrentes do consumo de álcool e outras drogas. Foram promovidos a partir do questionamento das instituições psiquiátricas e suas formas asilares de tratamento, num processo de desconstrução crítica dos manicômios, de rupturas conceituais e invenção de novas propostas assistenciais<sup>4</sup>.

São considerados instrumentos estratégicos para a consolidação da reforma psiquiátrica, constituindo serviços de atenção diária, que têm por objetivo promover o cuidado médico e psicossocial assegurando sua integração social e familiar, estimulando e apoiando as iniciativas de busca de autonomia.

Além de prestar atendimento em regime de atenção diária, os CAPS visam: gerenciar os projetos terapêuticos, oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais; organiza a rede de serviços de saúde mental de seu território; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na atenção básica; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área adstrita; coordenar junto ao gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território; manter atualizada a listagem de pacientes de sua região que utilizem medicamentos para a saúde mental<sup>4</sup>.

Estes dispositivos de saúde devem estar conectados na rede de serviços e necessitam de articulações com outras redes sociais para atender à complexidade da população atendida. A constituição desta rede exige que todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares), sanitários, sociais, econômicos, culturais, religiosos e de lazer estejam integrados para ampliar as ações das equipes de saúde no cuidado e reabilitação psicossocial<sup>4</sup>.

Os CAPS ad são responsáveis pelas ações de prevenção voltadas para o uso abusivo/dependência de álcool e outras drogas. A prevenção, neste caso, pode ser definida como um processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias voltadas para a redução dos fatores de risco específicos e fortalecimento dos fatores de proteção. Diferentemente dos outros CAPS, os leitos existentes no CAPS ad devem ter a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação, além de acompanhar a desintoxicação ambulatorial<sup>4</sup>.

Os CAPS representam uma mudança no cuidado com o oferecimento de novas perspectivas de atenção, rompendo com a estrutura teórica e prática do modelo hospitalar hegemônico. Para tanto, o atendimento ofertado deve ser comprometido com necessárias rupturas de ordem ética, política e epistemológica em relação ao *status quo* representado pela atenção tradicionalmente prestada pela rede pública e conveniada de saúde mental, sobretudo nos ambulatórios e hospitais psiquiátricos<sup>8</sup>.

O Ministério da Saúde (MS) preconiza que estes serviços desenvolvam um papel articulador de uma lógica de rede calcada em várias instâncias, como as de cuidados básicos (especialmente a Estratégia de Saúde da Família - ESF), ambulatórios, leitos de hospitais gerais e iniciativas de suporte e reabilitação psicossocial<sup>9</sup>.

A estratégia de instituir ações de saúde mental no território representa a própria essência da desinstitucionalização da psiquiatria. Para que efetivamente haja o

deslocamento das ações de saúde mental para um contexto comunitário, não basta apenas a implantação de estruturas substitutivas à internação. Estas ações devem transpor a centralização das ações no modelo biomédico, na doença, através de uma abordagem que articule tratamento, reabilitação psicossocial, clínica ampliada e projetos terapêuticos singulares, o que requer investimento na instrumentalização das práticas profissionais<sup>10</sup>.

A inserção destas ações de saúde na ESF perpassa fundamentalmente a capacitação e apropriação de conceitos de clínica ampliada dos profissionais para a mudança do paradigma<sup>10</sup>. Por meio desta apropriação, tornam-se mais consistente o planejamento e a elaboração de projetos terapêuticos mais contextualizados com o território e com a singularidade dos usuários.

Cabe destacar ainda que o tema da dependência de drogas é atravessado por polêmicas e desafios teóricos e epistemológicos ocasionados pelas inúmeras contradições que por ele perpassa, bem como pela complexidade de interrelações nele envolvidas (sociais, psicológicas, políticas, orgânicas, etc.), dificultando a delimitação do fenômeno, se comparar com a área da saúde que utiliza parâmetros mais propriamente orgânicos<sup>11</sup>. Esta complexidade e sua natureza multifatorial conduzem para dificuldades e resistências de abordagem por serviços básicos de saúde.

Assim, a atenção especializada deve promover a articulação e a aproximação com a atenção primária, com o objetivo de potencializar suas ações de promoção e prevenção, bem como favorecer a construção de ações e terapêuticas no território. É a partir da realidade social vivenciada pelo usuário, com suas dificuldades e potencialidades, que se reforça a rede de assistência à saúde, de forma intersetorial e comunitária.

### 3.2 Apoio matricial e os CAPS ad: potencialidades e desafios

O apoio matricial se configura como um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar de atenção básica a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações, assegurando uma retaguarda especializada para o enfrentamento dos problemas de saúde. Com vista a oferecer recursos técnicos para que possa assumir a visão da clínica ampliada dos sujeitos, o arranjo apoio matricial surge como alternativa da gestão<sup>12</sup>.

Formulado por Campos com o objetivo de aumentar o grau de resolatividade das ações de saúde, este arranjo provoca uma reformulação nos organogramas dos serviços, de forma que as áreas especializadas (outrora verticais) passam a oferecer apoio técnico horizontal às equipes interdisciplinares de atenção básica<sup>13</sup>.

A experimentação deste arranjo foi inaugurada no município de Campinas (SP) a partir de 2001, com a implantação do Programa Paidéia Saúde da Família, uma adaptação do Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde, ajustado ao contexto sanitário local<sup>12</sup>.

O método Paidéia defende a possibilidade de que os sistemas de saúde podem contribuir para a constituição do sujeito. Paidéia é uma noção grega e indica a formação integral do ser humano. Sugere reorientar as práticas de saúde voltando-as para ampliar a capacidade de análise e de co-gestão dos sujeitos, capacidade para lidar com as limitações impostas pelo contexto e com as nossas próprias. Desta forma, o método Paidéia procura sempre incluir o sujeito no trabalho em saúde, de forma a fazer Saúde Coletiva com as pessoas e não sobre elas<sup>13</sup>.

Este método propõe algumas sugestões metodológicas. A primeira é o estabelecimentos de vínculos e de um contrato de trabalho entre equipe técnica, grupos

de usuários e organizações. O vínculo é entendido como a disposição de acolher de uns e da decisão de buscar apoio em outros. A equipe deve apostar que, apoiados, os usuários conseguirão participar da superação das condições adversas, já que um manejo adequado do vínculo pode apoiar o grupo a enxergar a própria impotência e a descobrir novas maneiras de enfrentar velhos problemas<sup>13</sup>.

A segunda sugestão é favorecer rodas de conversa para emergência dos temas/situações que provocam risco à saúde. A emergência de um tema é fruto do choque de perspectiva distinta: os desejos e interesses diversos. A terceira é a construção de projetos de intervenção com o envolvimento da equipe técnica, dos grupos vulneráveis e de organizações. Este deve ser compartilhado para aumentar a capacidade de análise e de intervenção dos grupos de técnicos e da comunidade<sup>13</sup>.

Com o objetivo de propiciar a instalação destes mecanismos na organização, Campos define para a gestão arranjos e dispositivos para lidar com os aspectos técnicos. O autor considera que arranjos têm estruturação e permanência, pretendendo-se que possam ser institucionalizadas, tais como colegiados de gestão e unidades de produção, equipes de referência e apoio matricial. Já os dispositivos têm caráter pontual, como exemplos as oficinas de planejamento; cursos/treinamentos/formação; análise/supervisão institucional; assembleias; outros<sup>14</sup>.

O apoio matricial caracteriza-se por oferecer um elo entre as equipes de referência e o serviço especializado. A equipe de referência é a própria equipe de saúde da família, que é responsável e referência por determinado número de pessoas ou famílias e que tem o potencial para formação de vínculos, acolhimento e atenção integral<sup>15</sup>.

A atenção em saúde mental é particularmente beneficiada por este arranjo porque estimula o conceito de rede de cuidados. A complexidade que envolve o

trabalho proposto aos CAPS exige a criação de arranjos que facilitem a aproximação singularizada entre profissionais, pacientes e o território de vida destes, possibilitando a construção e o acompanhamento de projetos terapêuticos sensíveis às necessidades peculiares a cada sujeito na relação com o seu sofrimento e com o meio social que habita<sup>15</sup>. Para o CAPS ad, se aproximar do território dos seus usuários, tornar-se fundamental para a construção de estratégias de enfrentamento do problema, tanto do usuário quanto da comunidade em que ele está inserido.

O termo “território” deve ser compreendido segundo o conceito de Santos: É o lugar do exercício da existência do sujeito, onde ele, cidadão, estabelece toda rede de relações existenciais na comunidade, local da vida das pessoas. Esse é o campo do cuidado e exercício da clínica psicossocial, continente exclusivo de todo processo de reabilitação e inclusão social<sup>15</sup>.

Soares ressalta que, o processo de matriciamento em saúde mental pode incluir diversas atividades. Estas incluem: desenvolver ações conjuntas, priorizando casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, usuários atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio, vítimas de violência intradomiciliar; criar estratégias comuns para abordagem de problemas vinculados à violência, o abuso de álcool e outras drogas, estratégias de redução de danos etc., nos grupos de risco e na população em geral; evitar práticas que levem à medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana; desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários; adotar a estratégia de redução de danos nos grupos de maior vulnerabilidade, no manejo das situações envolvendo consumo de álcool e outras drogas; trabalhar o vínculo com as famílias<sup>17</sup>.

Desta forma, este arranjo visa possibilitar a elaboração de projetos terapêuticos pautados na clínica ampliada, através da formação de equipes multiprofissionais

flexíveis, onde possam ser desenvolvidos espaços de diálogos entre as diferentes especialidades, buscando estabelecer protocolos de cuidados e de encaminhamentos, bem como de condutas clínicas. Busca também a definição de responsabilidades e co-responsabilidades de referência e contra-referência, a fim de garantir a saúde integral dos usuários, bem como estabelecer um espaço de maior envolvimento e satisfação dos profissionais envolvidos<sup>13</sup>.

Além das potencialidades citadas, vale ressaltar que as discussões sobre o tema de drogas na atenção básica, provocadas pelo matriciamento, têm o efeito de desconstrução de preconceitos, medos e resistências que permeiam o senso comum dos profissionais de saúde. Muitas vezes, impedindo se refletir sobre as ações e abordagens possíveis para lidar com estas situações. Como consequência, percebe-se o subdiagnóstico; a ausência de abordagem sobre o tema nos atendimentos e grupos de rotina; e dificuldades em acionar a rede quando necessário. Para se incluir esta questão no dia-a-dia, faz-se necessário a percepção do problema e a abertura para o novo olhar sobre o usuário e sobre a droga. Este se coloca como desafio para ser encarado durante a implantação do arranjo.

Nos CAPS ad, com a intensidade muitas vezes semelhante, existem resistências, receios e preconceitos ao trabalho no território. Já que este possui um nível de exigência maior quanto à flexibilidade, tolerância, capacidade técnica e disponibilidade para aceitar a realidade social em que os usuários estão inseridos. Soma-se a isso, a necessidade de reorganização dos fluxos internos da instituição, diante da demanda ao serviço, número de profissionais e quantidade de atividades do programa terapêutico institucional, de forma a contemplar as ações internas e as territoriais dentro do projeto de trabalho.

Nascimento relata a dificuldade dos profissionais dos CAPS de reconhecerem as atividades externas, incluindo as reuniões do matriciamento, como fazendo parte do trabalho do serviço. Além disso, assinala os problemas na articulação entre os serviços de rede para apoiar os usuários no momento de alta, pelo despreparo dos profissionais em acolhê-los e na incipiência de fluxos para o recebimento e encaminhamento<sup>16</sup>.

Por ser uma prática inovadora, percebe-se também a incipiência de experiências e construções teóricas sobre estas, que ofereçam maior suporte e segurança na proposta de ações. A incipiência de protocolos e registro de fluxos, além dos critérios de avaliação e monitoramento da intervenção dificulta o acompanhamento da implantação da intervenção do apoio matricial na rede. Por outro lado, interessante apontar para as dificuldades presentes nesta fase de construção de práticas. Para adequar e aperfeiçoar recursos, ações, procedimentos e processos, visando à implantação de maneira sólida dentro da política de saúde. Neste caso, a avaliação é importante, pois pode ter caráter formativo, cuja finalidade é produzir informações que podem ser utilizadas rapidamente pelos envolvidos pelo programa ainda durante a sua execução<sup>18</sup>. Permitindo, assim, a identificação dos possíveis entraves a sua implantação e condições para solucioná-los.

### 3.3 Perspectivas de avaliação do apoio matricial

Figueró, Frias e Navarro salientam que as decisões necessárias para atender aos preceitos do SUS são particularmente difíceis de tomar, pois envolvem um sistema de saúde complexo, grandes zonas de incertezas entre os problemas de saúde e as intervenções suscetíveis de resolvê-los, além das expectativas da população. Assim, a necessidade de informações sobre o modo de funcionamento, qualidade, efetividade, segurança e satisfação do usuário é mais reconhecida e a avaliação é uma alternativa pertinente para responder estas questões<sup>19</sup>.

Nos dias de hoje, a necessidade da concepção e implantação de uma verdadeira cultura de avaliação nos sistemas de saúde parece ainda mais importante do que há dez anos<sup>20</sup>. Segundo Silva e Fomigli a temática da avaliação ganha relevância, por um lado, associada às possibilidades e necessidades de intervenções capazes de modificar certos quadros sanitários e, diante da verificação das dificuldades enfrentadas por essas mesmas práticas para alterarem indicadores de morbimortalidade em outras tantas circunstâncias<sup>21</sup>.

No campo da saúde mental, diante dos inúmeros agravos e comprometimentos que acometem as pessoas, em especial, com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas<sup>4</sup>, estas necessidades se fazem presentes. Tornando a avaliação das intervenções um instrumento para ajudar a responder as questões levantadas e, diante da complexidade e singularidade deste campo, oferecer opções que melhor se adequam.

Para Pitta et al. a avaliação no campo da atenção psicossocial introduz algumas especificidades ao campo da avaliação de serviços de saúde em geral na medida em que, indicadores tradicionais como extensão de cobertura, número de consultas ou

procedimentos laboratoriais isoladamente não informam a boa ou má qualidade dos serviços<sup>22</sup>.

Em estudos avaliativos sobre a percepção do cuidado pelos profissionais do Caps da região sul do Brasil, Mielke et al<sup>23</sup> apontou que empatia, afetividade, envolvimento e aproximação são itens necessários para haver o cuidado humanizado. Menciona em suas conclusões que este vínculo deve ser estimulado com o objetivo de reinserção do sujeito, no seu território, na sua família e na sua comunidade. Neste aspecto, a integração de cuidado e atenção pelas ESF a estes usuários mostra-se como possibilidade de reforço a autonomia e reconhecimento dentro de seu meio social.

Onocko chama a atenção para os serviços de saúde mental e sua relação com a saúde coletiva, pela especificidade destes serviços, além de oferecerem cuidados para problemas crônicos e com grande peso na subjetividade em sua terapêutica. Porém, a avaliação de serviços e desenvolvimento de pessoal vem ampliando seu espaço na academia sem correlativo aumento de sua utilização nos serviços de saúde mental que, por sua vez, requerem uma necessária adaptação desse instrumental e não a simples extrapolação de categorias já consagradas em outros âmbitos<sup>9</sup>. Soma-se a isto a implantação recente de políticas sobre drogas. Como consequência, as dificuldades em perceber se a abordagem utilizada é adequada, se a intervenção responde ao problema de saúde, se os recursos são suficientes, etc. Principalmente, quando a intervenção perpassa a rede de saúde em vários níveis.

Segundo Contandopoulos, a intervenção é constituída pelo conjunto de meios financeiros, físicos, humanos e simbólicos organizados para produzir bens ou serviços em um contexto específico, a fim de atuar sobre uma situação problemática. Visando, dentro de um determinado contexto e período de tempo, modificar o curso previsível de um fenômeno considerado indesejado<sup>24</sup>. Assim percebemos o arranjo de apoio matricial do

CAPS ad como a intervenção que tem por objetivo ampliar as percepções e intervenções da rede de saúde na questão das drogas. Pelo envolvimento de vários atores, implicar várias atividades e fenômenos, associar e interagir de acordo com fatores do contexto, percebe-se a sua complexidade. Daí a necessidade de considerar a avaliação, como um instrumento da gestão para fortalecer e embasar as disposições sobre esta.

Compreende-se que o objetivo básico da avaliação é produzir julgamentos do que quer que esteja sendo avaliado, sendo definido como metas da avaliação dar respostas a perguntas avaliativas que são apresentadas. Como papéis da avaliação se destacam as maneiras pelas quais essas respostas são usadas<sup>25</sup>. Contandipoulos et al considera que esse julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa). Ambas podem dar-se ao mesmo tempo, porém, coincidem somente parcialmente<sup>24</sup>.

Hartz e Vieira da Silva al refere que a avaliação normativa é compreendida como a atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo) e os resultados obtidos, com critérios e normas<sup>26</sup>. Vale ressaltar que suas principais características seria apoiar os gerentes e profissionais na rotina dos serviços, ser realizada por pessoas envolvidas no programa e apresentar relação entre o respeito às normas e critérios estabelecidos e os efeitos da intervenção<sup>16</sup>.

A elaboração do modelo lógico considerou que o objeto da investigação científica é um construto da realidade possível de ser representada por um modelo: o objeto-modelo. Este representará traços chave de um objeto completo, seus movimentos (fluxos) e suas relações, de forma total e integrada, com propriedades passíveis de serem abordadas pela teoria<sup>26</sup>.

. Entendemos que a teoria do programa é dividida em duas partes: a teoria prescritiva que visa à estrutura que o programa deveria ter (tratamentos, produtos e processos de implantação); e a teoria descritiva, que abrange os mecanismos causais que ligam o tratamento usado no programa. O modelo lógico é concebido como um esquema visual que apresenta como o programa deve ser implementado e que resultados são esperados. Deve explicitar como programa idealmente funciona, e é considerado um passo fundamental no planejamento de uma avaliação. O modelo lógico de um programa deve incluir os componentes; os serviços relacionados e as práticas requeridas para execução de seus componentes; e resultados esperados<sup>26</sup>.

Samico, Figueró e Frias pontuam que na seleção dos métodos e técnicas de coleta de dados é importante considerar o potencial de obtenção de informação útil para os tomadores de decisão e demais envolvidos no processo de avaliação. Com a preocupação de que as informações se apresentem confiáveis para os tomadores de decisões<sup>27</sup>. Desta forma, salienta-se a importância da construção do modelo lógico para a clara explicitação da intervenção. Favorecendo a adequada escolha com relação a instituição ou programas.

Neste trabalho, a construção do modelo lógico foi embasada em documentos oficiais e na literatura especializada. O arranjo apoio matricial foi descrito em um componente. Sendo retratados a sua estrutura, atividades, produtos e resultados pretendidos com a intervenção.

Como citado, embasado no que foi descrito pelo modelo lógico, iniciamos as análises da intervenção. Hartz salienta que a análise de implantação tem por objetivo medir a influência que pode ter a variação no grau de implantação de uma intervenção nos seus efeitos, assim como também observar a influência do contexto nos efeitos da intervenção<sup>26</sup>.

O processo de avaliar deve ser compreendido como uma estratégia para decidir como enfrentar e resolver problemas<sup>28</sup>. Devendo seguir pontos a observar tais como: iniciar pelas as ações/atividades desenvolvidas; deve ser incorporado no seu dia -a -dia, logo deve ser factível, delimitada e realizada de acordo com a possibilidade e a capacidade de cada executor; começar com a avaliação do processo; buscar associar ações/atividades com as repercussões alcançadas<sup>29</sup>.

Com objetivo de melhorar o seu desenho e incluir um modelo de acompanhamento e avaliação desde o início, produzindo informações para serem usadas rapidamente pelos envolvidos pelo programa, ocorre a avaliação de caráter formativo<sup>19</sup>. Este tipo de avaliação é útil por que permite identificar precocemente os problemas e direcionar o seu desenvolvimento conforme o planejado. Como a intervenção do apoio matricial se encontra em recente implantação, pode ser beneficiada com a possibilidade deste processo para uma implantação mais coerente e com resultados mais efetivos.

Salientamos que uma intervenção não pode ser observada sem a consideração sobre o cenário em que ela está inserida. Alves refere que a análise de implantação de uma intervenção, numa organização ou instituição, requer conhecer os fatores que influenciam os processos de mudança no interior das mesmas. Ela se centra sobre o estudo de tudo o que ocorreu após uma organização ter decidido introduzir ou adotar uma intervenção e é extremamente influenciada pelo contexto. Cita Potvin e Gedron quando afirma que um contexto pode ser entendido como tudo que está fora e relacionado com o programa. Por isso, contempla os contextos físicos, legais, simbólicos, históricos, econômicos e sociais que estruturam o campo dentro do qual a intervenção está colocada, bem como todos os outros sistemas organizados de ação com os quais a intervenção interage<sup>18</sup>.

Por isso, o grande desafio para a avaliação é conseguir incorporar nas suas estratégias os pontos de vista de atores em diferentes posições, a fim de fornecer às instâncias de decisão as informações de que precisam para fazer um julgamento o mais amplo possível<sup>19</sup>.

Em Recife, pesquisas avaliativas dos serviços e programas de saúde já se fazem presentes. Em 2005, Bezerra<sup>30</sup> realizou a análise de implantação das ações de vigilância epidemiológica na perspectiva de Programa Saúde da Família. Nesta foram identificado as dificuldades em relação à dimensão estrutura, principalmente com relação à equipe e equipamentos. Na dimensão processo, foram percebidos obstáculos no monitoramento e normatização.

Também nos estudos de Pereira<sup>31</sup>, sobre o grau de implantação da atenção ao diabetes na Estratégia Saúde da Família, a dimensão estrutura foi identificada como crítica, principalmente no que trata de equipamentos e insumos. Neste estudo, na dimensão processo foram sinalizados problemas também nos sub componentes relativos às ações educativas e ao uso da informação. Estes resultados mostraram a fragilidade nas ações de atenção básica voltadas para a prevenção, diagnóstico e tratamento da diabetes Mellitus na cidade do Recife. Pereira salienta que somente a visão da ESF e seu caráter de integralidade da atenção ao indivíduo e a coletividade é capaz de romper com a lógica do programa verticalizado e centrado na doença. E conclui que na dimensão estrutura, a inexistência de capacitação específica é uma questão que tem um impacto direto na dimensão processo da intervenção.

Silva<sup>32</sup>, em 2008, apontou que as ESF de Recife têm dificuldades de utilizar os métodos de planejamento para a programação de ações devido a carência na formação profissional. Neste estudo foram observados fragilidades com relação à estrutura física, limitando, principalmente, as atividades coletivas.

No estudo de Medeiros<sup>33</sup>, sobre a avaliabilidade do Programa + Vida, percebeu-se que a meta estabelecida é de difícil mensuração, pois há insuficiência dos dados ou indicadores para o monitoramento. No modelo lógico construído neste estudo, foi apontado como atividade do componente assistência à saúde do programa, o apoio matricial pelos CAPS ad às equipes do PSF. A autora chamar a atenção para a necessidade de refletir sobre a prática cotidiana do serviço através da avaliação, também sugere o investimento no fortalecimento do sistema de informação, bem como aperfeiçoar o processo de informação sobre redução de danos, álcool, fumo e outras drogas com os munícipes de Recife.

Diante deste cenário, o presente trabalho se propõe a realizar uma avaliação normativa do arranjo institucional apoio matricial realizado pelos CAPS ad da cidade do Recife levando em consideração fatores contextuais, que serão discutidos no próximo capítulo.

## 4 JUSTIFICATIVA

---

### **Considerando:**

- O risco e os agravos que são decorrentes do uso abusivo/dependência de drogas em vários aspectos e vertentes;
- O impacto na saúde e na convivência social, sobretudo devido às associações do uso de drogas com os índices de ocorrências provocadas por causas externas (violências e acidentes) e outras questões clínicas;
- O CAPS ad como estratégia para o enfrentamento destes riscos e agravos, tanto na promoção de saúde, como na reabilitação e reinserção social, atendendo no território as demandas da população;
- A necessidade de estender o cuidado em saúde mental para todos os níveis de assistência, em especial, à atenção primária.
- A importância para a gestão avaliar as intervenções implantadas pelas políticas de saúde.

### **Este estudo se justifica:**

- Pela carência de pesquisas avaliativas que abordem o tema em questão verificada através de pesquisa em bancos de dados;
- Pela possibilidade de construção de um modelo de avaliação do matriciamento que possa contribuir para novas investigações sobre o tema;
- Pela oportunidade de identificar as fragilidades e potencialidades do arranjo organizacional do matriciamento, fornecendo subsídios para a adoção das mudanças necessárias nas práticas de gestão e da clínica.

- Pela condição da autora como gestora de um CAPS ad, motivada a observar as dificuldades e potencialidades da intervenção matriciamento junto à atenção básica.

## 5. OBJETIVOS

---

- GERAL:

- Avaliar a implantação da intervenção apoio matricial dos Centros de Atenção Psicossocial ad da Cidade do Recife, identificando fatores do contexto que possam interferir nestas ações.

- ESPECÍFICOS

- a) Verificar o grau de implantação nas dimensões da estrutura e processo do componente matriciamento no âmbito dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas por Distrito Sanitário;
- b) Identificar fatores do contexto que interferem nas ações do apoio matricial, sob a perspectiva dos atores dos CAPS ad e da Estratégia da Saúde da Família.

## **6. MÉTODO**

---

### **6.1 Tipo de Estudo**

A análise do matriciamento do CAPS ad foi realizada por meio de uma avaliação normativa, que consistiu em avaliar a intervenção comparando os recursos empregados e sua organização e os serviços, com critérios e normas<sup>24</sup>, e buscou identificar possíveis fatores do contexto que interferem nas ações do apoio matricial dos CAPS ad na cidade do Recife.

### **6.2 Período e Área do Estudo**

O estudo foi realizado no período de dezembro de 2010 a abril de 2012. A área de estudo foi o município do Recife, capital do estado de Pernambuco, que possui uma extensão territorial de 209 km<sup>2</sup> e uma população de 8.796.448 habitantes (população estimada pelo IBGE para 2010)<sup>34</sup>.

O perfil epidemiológico é semelhante ao de outras metrópoles do Nordeste brasileiro, pois no quadro de saúde-doença da população coexistem agravos relacionados à violência urbana, doenças crônicas não transmissíveis e doenças relacionadas ao subdesenvolvimento e à pobreza como as diarreias infantis, a tuberculose ou a hanseníase<sup>34</sup>.

O território do Recife é subdividido, em 94 bairros, mediante Decreto N° 452/88. Para efeito de planejamento e gestão, o município também é dividido espacialmente em seis Regiões Político-Administrativas (RPA), sendo que cada uma destas é ainda

subdividida em três Microrregiões (MR), que agregam bairros com maiores semelhanças territoriais. Para a gestão da saúde, cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário<sup>34</sup>.

Com relação à cobertura da atenção do CAPS ad, cada Distrito Sanitário possui um CAPS ad, sendo que nos Distritos Sanitários I, II, III, IV e V, estes funcionam nos três turnos, enquanto que no Distrito Sanitário VI, o funcionamento se dá em dois turnos. O número de equipes que compõem os CAPS ad varia de acordo com os turnos de atendimento, sendo uma equipe para cada turno. Para este estudo, foram consideradas as equipes que trabalham no turno diurno, já que as equipes que trabalham no terceiro turno não se envolvem com o matriciamento. O número de Equipes de Saúde da Família (ESF) também varia por território, conforme demonstrado no Quadro 1. Salientamos que esta era a realidade no momento da coleta de dados, que se deu nos meses de maio a agosto de 2011.

<b>DS</b>	<b>Nº de técnicos do CAPS ad</b>	<b>Nº de equipes</b>	<b>Nº de equipes de Saúde da Família</b>	<b>População coberta pela ESF</b>
<b>I</b> CAPS ad Luiz Cerqueira	17	03	15	82.385
<b>II</b> CAPS ad Vicente Araújo	13	03	43	217.293
<b>III</b> CAPS ad CPTRA	27	03	46	299.088
<b>IV</b> CAPS ad Eulámpio Cordeiro	23	03	39	266.903
<b>V</b> CAPS ad René Ribeiro	17	03	31	262.123
<b>VI</b> CAPS ad José Lucena	17	02	77	373.218
<b>TOTAL</b>	114	17	251	1.501.010

**Quadro 1 Rede de atendimento por Distrito Sanitário no período de 12/2010 à 07/2011.**

### 6.3 Etapas do Estudo

Este estudo foi composto das seguintes etapas: (1) elaboração da matriz de avaliação do componente matriciamento do CAPS ad; (2) avaliação do grau de implantação do componente matriciamento do CAPS ad e (3) identificação de fatores contextuais que exercem alguma influência na implantação da intervenção.

#### 6.3.1 Etapa 1: Elaboração da Matriz de Avaliação

Nesta etapa, foi elaborada a matriz de avaliação do componente matriciamento do CAPS ad, contendo as dimensões, os critérios, os indicadores e os padrões de avaliação do matriciamento, com referência no modelo lógico desta intervenção. Este modelo (Apêndice 1) foi elaborado a partir da revisão da literatura especializada e da normatização que regula a Política de Saúde Mental e o SUS citados abaixo (Quadro 2), consistindo no desenho da intervenção (matriciamento CAPS ad) em termos da constituição de seus componentes e de sua forma de operacionalização<sup>24</sup>. Esta intervenção também está explicitada na forma de modelo resumido (Figura 1).

<b>DOCUMENTOS</b>
Lei 8.080, de 19 de setembro de 1999
NOB 96 de 05 de novembro de 1996
NOAS 01 de 27 de fevereiro de 2002...
Portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS.
Portaria MS/GM n. 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão.
Portaria GM/MS n. 598, de 23 de março de 2006. Define que os processos administrativos relativos à gestão do SUS sejam definidos e pactuados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite.
Portaria n 336/GM de 19 de fevereiro de 2002 --Normas Aplicáveis ao CAPS
PNAD- Política Nacional Antidrogas- Presidência da República - 2001
Política de redução de danos do Município de Recife - Programa de redução de Danos no consumo de Álcool ,Fumo e outras Drogas (+VIDA)-
Política do Ministério da Saúde para atenção integral aos usuários de Álcool e outras drogas - Ministério da Saúde

**Quadro 2- Documentos oficiais utilizados na elaboração do modelo lógico do CAPS ad**

O trabalho buscou entender a implantação da intervenção do matriciamento a partir dos olhares de duas instâncias diferentes da rede de atenção de saúde: CAPS ad e ESF. Por ter o envolvimento de atores com papéis diferentes no processo do apoio matricial, foram construídas matrizes específicas para o CAPS ad e ESF, com as dimensões estrutura e processo (Apêndice 2, 3, 4, e 5). Posteriormente foram consolidadas em uma matriz de avaliação da intervenção Apoio Matricial m (Quadro 3).

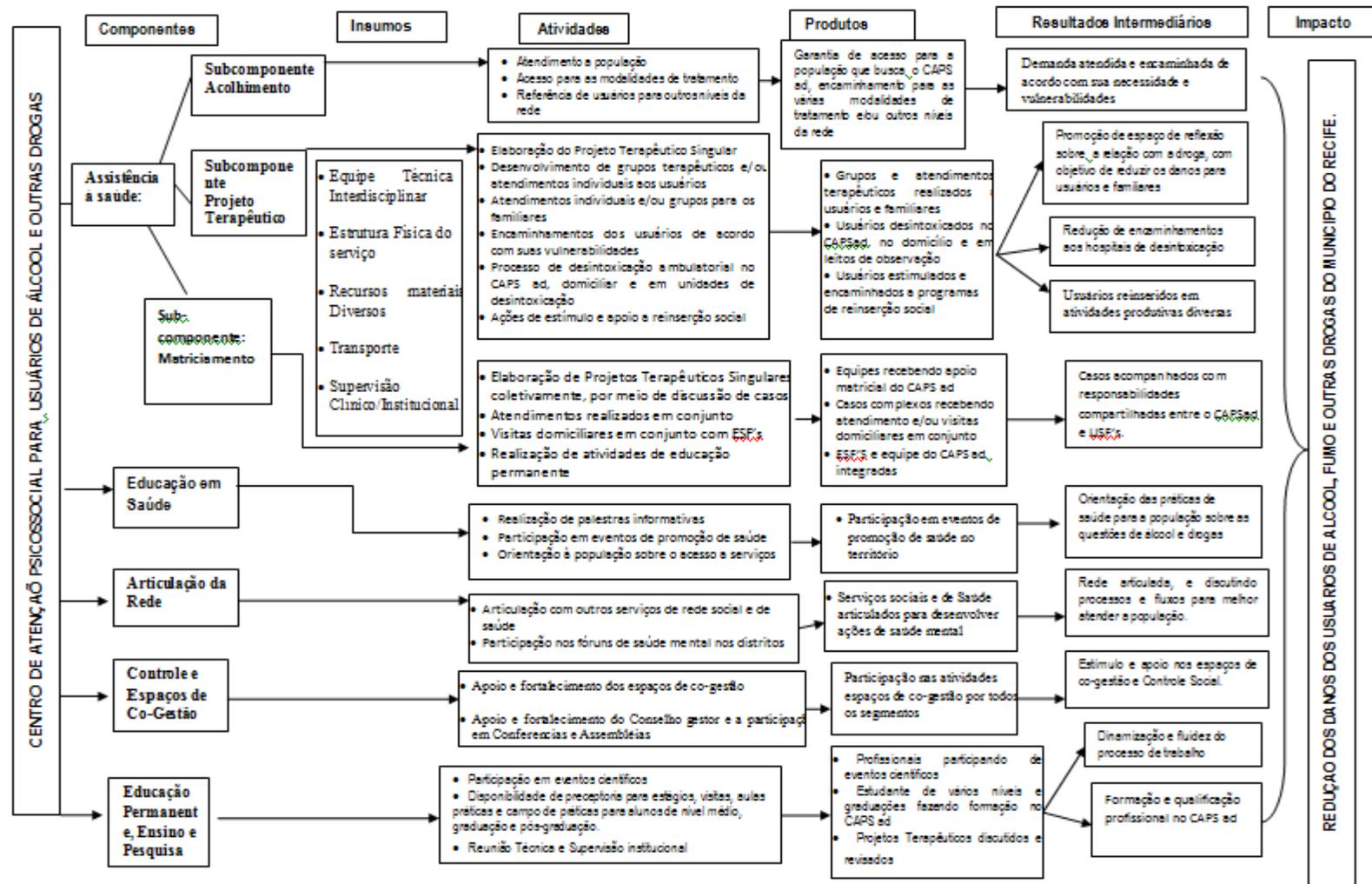


Figura 1 – Modelo lógico do Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas.

CRITÉRIOS/ INDICADORES	ESTRUTURA Valor máximo esperado =50 pontos		
	Padrão	Valor máximo esperado	Descrição do valor ou ponto de corte
<b>Formação específica</b>	100%	15	15 pontos se 100% com formação 10 pontos se >50 e ≤ 99 05 pontos se ≤50
<b>Equipe completa</b>	100%	10	10 pontos se 100% com equipe completa 05 pontos se >50 e ≤ 99 0 ponto se ≤ 50
<b>Equipe interdisciplinar</b>	100%	10	10 pontos se 100% com equipe interdisciplinar 05 pontos se >50 e ≤99 0 ponto se ≤50
<b>Transporte regular</b>	100%	15	15 pontos se 100% com transporte 10 pontos se >50 e ≤ 99 05 pontos se ≤ 50
CRITÉRIOS/ INDICADORES	PROCESSO Valor máximo esperado =50 pontos		
	Padrão	Valor máximo esperado	Descrição do valor ou ponto de corte
<b>Discussão sobre matriciamento</b>	100%	05	05 - se 100% com identificação 03- se >50 e ≤99 01-se 50 ≤
<b>Identificação das necessidades e problemas</b>	100%	03	03 se 100% com Discussão 02 - se >50 e ≤ 99 01 - se ≤ 50
<b>Registro do mapeamento dos equipamentos do território</b>	100%	02	02- se 100% com registro 01- se >50 e ≤99 0- se ≤50
<b>Discussão de casos</b>	100%	05	05- se 100% com discussão 03- se >50 e ≤99 01-se ≤50
<b>Elaboração de projetos terapêuticos</b>	100%	03	03- se 100% com Elaboração 01 - se >50 e ≤99 00- se ≤50
<b>Atendimento em conjunto</b>	100%	06	05- se 100% com Atendimento 03- se >50 e ≤ 99 01- se ≤50
<b>Visitas domiciliares em conjunto</b>	100%	05	05- se 100% com visita 02- se >50 e ≤99 01- se ≤50
<b>Ações educativas</b>	100%	04	05- se 100% com ações 02- se >50 e ≤99 01- se ≤50
<b>Atividades de educação permanente</b>	100%	05	05- se 100% com Atividades 02- se >50 e ≤99 01- se ≤50
<b>Articulação p/ acolhimento e vinculação do usuário no CAPS ad</b>	Está presente	02	02- se 100% com articulação 01- se >50 e ≤99 00- se ≤50
<b>Encaminhamento para outros equipamentos</b>	Está presente	03	05- se 100% com encaminhamento 02 - se >50 e ≤99 00- se ≤50
<b>Agendamento dos encontros</b>	Está presente	02	02- se 100% com agendamento 01 -s se >50 e ≤99 00 - se ≤50
<b>Abordar a questão de álcool/drogas na rotina de trabalho</b>	Está presente	03	03- se 100% com abordagem 02- se >50 e ≤99 00- se ≤50
<b>Mudança nas iniciativas p/ abordar a questão</b>	Está presente	02	02 pontos se 100% com presença de iniciativas 01 ponto se >50 e ≤ 99 00 ponto se ≤ 50

Quadro 3 - Matriz de julgamento do arranjo apoio matricial.

### **6.3.2 Etapa 2: Avaliação do grau de implantação**

A avaliação normativa visou ao julgamento da intervenção (estrutura/recursos, processo/serviços produzidos e resultados observados), comparando os critérios estabelecidos em relação aos resultados observados. Por estar em momento de implantação, o estudo observou os processos de mudanças ocorridos após uma organização ter decidido introduzir ou adotar a intervenção<sup>19</sup>. A matriz de análise formulada na etapa anterior subsidiou a elaboração do questionário, que permitiu verificar o grau de implantação das ações do matriciamento do CAPS ad, a partir de entrevistas com informantes-chaves.

Estes instrumentos visaram avaliar os indicadores sobre a estrutura e processo do apoio matricial do CAPS ad, assim como as principais dificuldades e potencialidades deste arranjo no território. Foi também avaliado como os profissionais percebem o apoio da gestão para a intervenção a ser executada e como o apoio matricial pode contribuir na prática da assistência ao usuário e seus familiares no território. Os modelos dos instrumentais encontram-se no apêndice deste trabalho (Apêndice 5 e 6).

#### **6.3.2.1 Coleta de dados**

Foram realizadas entrevistas com 04 profissionais de nível superior de cada equipe dos CAPS ad que trabalham no período diurno. Vale ressaltar que as equipes da atenção básica não funcionam no horário noturno, por isso os profissionais dos CAPS ad que trabalham no terceiro turno não estão diretamente envolvidos no processo do matriciamento. Com relação às equipes de Saúde da Família, integraram a população de estudo 10% das equipes em cada Distrito Sanitário. Nestas foram realizadas entrevistas

com 01 profissional de nível superior de cada ESF selecionada, conforme descrito no Quadro 04.

Nas ESF algumas dificuldades foram percebidas na coleta de dados. A escolha das equipes foi feita, inicialmente, por indicação da gerência dos CAPS ad do Distrito Sanitário. Em alguns Distritos Sanitários as unidades indicadas não corresponderam ao número previsto inicialmente na pesquisa ou estavam com problemas de ordem estrutural, tais como reformas da estrutura física ou dificuldades de encontrar horários disponíveis na equipe para a realização das entrevistas. Nestes casos, foram selecionadas, de forma aleatória, outras equipes para compor a amostra da pesquisa. No Distrito Sanitário II, devido a vínculos com a pesquisadora, que está na gerência do CAPS ad Vicente Araújo, todas as equipes foram envolvidas.

DS	Nº de profissionais dos CAPS ad	Nº de entrevistas programadas	Nº de entrevistas realizadas	Perdas	Nº de ESF*	Nº de entrevistas programadas	Nº de entrevistas realizadas	Perdas
<b>I</b> CAPS ad Luiz Cerqueira	17	04	03	01	15	02	02	00
<b>II</b> CAPS ad Vicente Araújo	13	04	04	00	43	04	04	00
<b>III</b> CAPS ad CPTRA	27	04	04	00	46	05	04	01
<b>IV</b> CAPS ad Eulámpio Cordeiro	23	04	04	00	39	04	04	00
<b>V</b> CAPS ad René Ribeiro	17	04	04	00	31	03	03	00
<b>VI</b> CAPS ad José Lucena	17	04	03	01	77	08	06	02
<b>TOTAL</b>	114	24	22	02	251	26	23	03

**Quadro 4 - Quantitativo de entrevistas programadas, realizadas e não realizadas.**

Além disso, o período da realização das entrevistas coincidiu com a greve dos profissionais de enfermagem e dentistas das ESF, como também de fortes chuvas no município, o que dificultou o acesso a algumas unidades. Sendo assim, houve a perda de 01 entrevista com ESF no Distrito Sanitário III, e 02 perdas com equipes no Distrito Sanitário VI, totalizando 23 profissionais entrevistados. As entrevistas foram realizadas nas unidades em horário acordado com os profissionais.

Nos CAPS ad dos distritos I e VI só 03 profissionais se colocaram à disposição para participar da pesquisa, o que reduziu o número dos profissionais para 22. As

entrevistas foram realizadas nos serviços, em horário acordado com os profissionais e a gestão dos serviços.

Nos CAPS ad, a coleta de dados envolveu 22 profissionais de nível superior, sendo 06 psicólogos, 02 enfermeiros, 06 terapeutas ocupacionais e 08 assistentes sociais. Nas Equipes da Saúde da Família, foram entrevistados 23 profissionais de nível superior da USF, sendo 09 médicos, 12 enfermeiras e 02 dentistas, estes últimos em número menor porque comumente não participam ativamente das ações com apoio matricial. A matriz de julgamento está apresentada nos apêndices 2, 3, 4 e 5 e a matriz de avaliação com os resultados consolidados por Distrito Sanitário no Quadro 5.

#### **6.3.2.2 Análise dos dados**

Para o julgamento do grau de implantação foram atribuídos valores a cada um dos indicadores da matriz de avaliação, sendo conferida a pontuação quando da sua realização, apontada por meio das entrevistas com os profissionais.

Como critério de julgamento final do componente matriciamento, o percentual da pontuação obtida em relação à pontuação máxima da matriz, correspondeu ao grau de implantação do matriciamento no território de abrangência de cada CAPS ad.

A classificação do grau de implantação foi dada de acordo com os seguintes pontos de corte, definidos por Viera da Silva <sup>35</sup>: I) Implantado (de 75 a 100%); II) Parcialmente implantado (de 50 a 74%); III) Baixo (de 25 a 49%); e IV) Incipiente (abaixo de 24%).

Diante disso, os dados foram colhidos considerando cada Distrito Sanitário como unidade de análise, para posteriormente, apontar os fatores contextuais que se

apresentam enquanto dificuldades e potencialidades para a relação entre o CAPS ad e a atenção básica, por meio do apoio matricial.

A partir do escore alcançado, classificou-se o grau de implantação em 4 categorias:

- \_ Implantado – 75 a 100% 
- \_ Parcialmente Implantado – 50 a 74 % 
- \_ Baixo – 25 a 49% 
- \_ Incipiente < 24% 

### **6.3.3 Etapa 3: Identificação dos elementos contextuais**

Além das entrevistas com os profissionais, foi realizada análise dos documentos de gestão municipal para identificar quais as dificuldades que interferiram no processo de implantação, a exemplo de como o apoio da gestão para esta implantação é percebido pelos profissionais e qual a potencialidade desta intervenção no território. Estas questões foram colocadas tanto para os profissionais dos CAPS ad quanto para os das ESF a fim de compreender os dois pontos de vista sobre a mesma intervenção.

Ao mesmo tempo foram levantadas as atividades de educação permanente mais usadas pelo matriciamento do CAPS ad, bem como as iniciativas para abordar o tema no cotidiano das ESF, com o objetivo de aprofundar sobre a prática da intervenção e de como o tema de drogas está presente na atenção básica.

#### **6.4 Considerações éticas**

Os profissionais que participaram do estudo foram convidados a preencher um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 8) após serem devidamente esclarecidos sobre o mesmo. Os sujeitos entrevistados foram esclarecidos sobre o tema do trabalho, o tempo médio necessário para a realização da entrevista e a utilização feita dos dados fornecidos, garantindo o anonimato e oferecendo o retorno do trabalho finalizado.

A pesquisa teve a anuência da Secretaria de Saúde do Recife (anexo 1) e foi submetida à avaliação do Comitê de Ética do IMIP, tendo sido aprovada em reunião de 13 de abril de 2011 (anexo 2).

## 7 RESULTADOS

---

### 7.1 Grau de implantação

Considerando a complexidade da intervenção estudada, que envolve a modificação do processo de trabalho e a prática técnico-profissional em dois serviços, os resultados deste estudo, apresentados na matriz de julgamento (Quadro 5), permitem identificar os aspectos da implantação do matriciamento que necessitam de uma maior atenção, bem como aqueles onde esta intervenção está mais fortalecida.

Com relação à dimensão **estrutura**, o arranjo apoio matricial encontra-se, de forma geral, implantado na cidade do Recife. Contudo, chama a atenção o fato de a formação específica apresentar-se incipiente em todos os Distritos Sanitários. O número de profissionais na equipe também é um dos aspectos em que se observa implantação parcial, com resultados bem diversos entre os Distritos Sanitários, com destaque para os DS II e III com suficiência de profissionais. Como aspecto positivo, a regularidade do transporte se apresenta como implantada.

Na dimensão **processo**, as diferenças entre os Distritos Sanitários aparecem de forma mais exacerbada, demonstrando que a intervenção foi introduzida de forma heterogênea no município. No DS II, foram observados os maiores índices de implantação. Já no DS IV, a maioria dos critérios analisados se mostra com implantação incipiente. Apesar disso, a implantação da dimensão processo para a cidade do Recife apresenta-se como parcial.

CRITÉRIOS/ INDICADORES		ESTRUTURA Valor máximo esperado =50 pontos						
		DS I	DS II	DSIII	DSIV	DS V	DSVI	RECIFE
Formação específica	VO	0%	40%	25%	15%	40%	30%	25%
	VA	05	05	05	05	05	05	05
Equipe completa	VO	50%	75%	75%	50%	30%	50%	60%
	VA	00	05	05	00	00	00	05
Equipe interdisciplinar	VO	75%	100%	75%	100%	100%	100%	92%
	VA	05	10	05	10	10	10	05
Transporte regular	VO	30%	100%	75%	100%	75%	65%	75%
	VA	05	15	10	15	10	10	10
CRITÉRIOS/ INDICADORES		PROCESSO Valor máximo esperado =50 pontos						
		DS I	DS II	DSIII	DSIV	DS V	DSVI	RECIFE
Discussão sobre matriciamento	VO	25%	100%	90%	75%	90%	100%	80%
	VA	01	05	03	03	03	05	03
Identificação das necessidades e problemas	VO	85%	85%	65%	35%	85%	90%	75%
	VA	02	02	02	01	02	02	02
Registro do mapeamento dos equipamentos do território	VO	25%	30%	25%	35%	30%	40%	30%
	VA	00	00	00	00	00	00	00
Discussão de casos	VO	60%	100%	50%	40%	15%	75%	60%
	VA	03	05	03	01	01	03	03
Elaboração de projetos terapêuticos	VO	35%	100%	40%	0%	15%	70%	45%
	VA	00	03	00	00	00	01	00
Atendimento em conjunto	VO	60%	75%	25%	15%	45%	25%	40%
	VA	03	03	01	01	01	01	01
Visitas domiciliares em conjunto	VO	60%	75%	65%	10%	65%	15%	50%
	VA	02	02	02	01	02	01	02
Ações educativas	VO	60%	65%	85%	25%	50%	10%	50%
	VA	02	02	02	01	02	01	02
Atividades de educação permanente	VO	60%	100%	40%	0%	50%	55%	50%
	VA	02	05	01	01	02	02	02
Articulação p/ acolhimento e vinculação do usuário no CAPS ad	VO	75%	90%	70%	25%	80%	65%	70%
	VA	01	01	01	00	01	01	01
Encaminhamento para outros equipamentos	VO	60%	50%	90%	25%	75%	70%	60%
	VA	02	02	02	00	02	02	02
Agendamento dos encontros	VO	100%	100%	75%	65%	65%	90%	85%
	VA	02	02	01	01	01	01	01
Abordar a questão de álcool/drogas na rotina de trabalho	VO	100%	100%	100%	100%	100%	80%	95%
	VA	05	05	05	05	05	02	0201
Mudança nas iniciativas p/ abordar a questão	VO	75%	100%	25%	25%	75%	100%	65%
	VA	01	02	00	00	01	02	01

Quadro 5 - Matriz de julgamento do arranjo apoio matricial na cidade do Recife.

VO= Valor observado

VA= Valor atribuído

— Implantado – 75 a 100%

— Parcialmente Implantado – 50 a 74 %

— Baixo – 25 a 49%

— Incipiente < 24%

Nota-se que as atividades referentes ao contato inicial com o tema e à aproximação institucional, tais como a discussão do tema na equipe e o agendamento dos encontros, encontram-se implantados. Contudo, as atividades relacionadas à articulação e à formação permanente, em especial visitas e atendimentos em conjunto e elaboração de projetos terapêuticos apresentam-se parcialmente implantados.

Atividades que se propõem a uma maior aproximação entre as instituições como discussões em conjunto de casos, ações de educação permanente e promoção de ações educativas se apresentam também parcialmente implantados. Salienta-se que há dificuldades da equipe em registrar e mapear o território, que se encontram incipientes. Contudo, os indicadores de identificação das necessidades e problemas e a abordagem da questão de álcool e drogas na rotina de trabalho foram apresentados como implantados.

Observa-se que no âmbito dos CAPS ad, o matriciamento é tema constante nas reuniões de equipe e há o reconhecimento das necessidades do território, indicando como as equipes estão preocupadas em expandir sua atenção para o território através da ESF. Apesar do reconhecimento de que esta aproximação se faz necessária, os resultados dos indicadores relacionados aos atendimentos e visitas em conjunto, discussão de casos e elaboração de projetos terapêuticos, apontam para dificuldades ou dúvidas em como se aproximar deste território e de suas particularidades.

Em resumo, a intervenção matriciamento encontra-se parcialmente implantada na cidade do Recife, sendo o DS II o que obteve o melhor grau de implantação em ambas as dimensões (estrutura e processo) e os Distritos Sanitários IV e V os que apresentaram o grau de implantação mais crítico. A atividade que se apresenta com o melhor nível de implantação é a abordagem da questão de álcool e outras drogas na rotina de trabalho. Outras atividades, como discussões sobre matriciamento e a

identificação das necessidades e problemas também se apresentam, de maneira geral, mais consolidadas. Já a atividade de registro e mapeamento do território se apresentou como a mais incipiente. Também se observam dificuldades com relação ao desenvolvimento de atendimento em conjunto e elaboração de projetos terapêuticos.

## 7.2 Identificação de elementos contextuais

Com relação à percepção do **apoio** da gestão para a intervenção, as equipes dos CAPS ad citam que este se faz presente. Contudo, referem que dificuldades relacionadas à estrutura (transporte, formação e melhor organização de serviço para destinar o tempo necessário para o matriciamento) limitam as atividades; bem como relatam como são importantes o apoio da gerência local, as discussões nas reuniões técnicas e o acesso a material teórico fornecido pelo serviço. Para as ESF, o apoio existe por ser uma diretriz de gestão, embora seja percebido como insuficiente pelas mesmas questões estruturais já citadas.

Referindo-se à **contribuição** que o apoio matricial pode oferecer na atenção ao usuário, apenas dois profissionais do CAPS ad não a percebem como significativa. Todos os demais percebem a intervenção como importante. Para eles, os principais ganhos consistem na troca com o conhecimento especializado, que se reflete na compreensão mais adequada da dependência química e do processo de adoecimento, na quebra de tabus, preconceitos e medos e na aproximação entre os serviços. Assim, o usuário tende a ser abordado de forma mais adequada e segura, já que os profissionais estão mais próximos da realidade dos usuários, e podem mapear melhor os mesmos e os recursos oferecidos pelo território.

Para a atenção básica, a **contribuição** que o apoio matricial pode oferecer na atenção ao usuário é vista com clareza. O apoio especializado é percebido como suporte importante para provocar um olhar diferenciado. Cita-se que o espaço de troca de experiências pode suscitar mudanças no poder de resolução da equipe, já que as abordagens e encaminhamentos seriam feitos com maior propriedade do tema e do funcionamento do CAPS ad, além de favorecer a possibilidade de geração de atividades de promoção de saúde e estratégias de enfrentamento.

Sobre as **mudanças** nas relações entre ESF e CAPS ad após o início do apoio matricial no território, verifica-se que para os profissionais do CAPS ad, a aproximação entre os serviços vem favorecendo a ampliação do entendimento do usuário, da dependência química e dos fluxos de intervenções clínicas e do encaminhamento para o tratamento. Além disso, também se percebe melhorias quanto à desmistificação do tema e na identificação das alternativas para o trabalho. Apenas um profissional percebeu estas mudanças com um ritmo muito lento.

Os profissionais da atenção básica referem que a aproximação com o CAPS ad tem proporcionado a ampliação do conhecimento sobre o tema e dos fluxos de atendimento. Para eles, a discussão de casos favorece o trabalho compartilhado e alternativas de redução de danos são incorporadas no processo de trabalho. Porém, nos DS IV e V, os profissionais relatam que não perceberam nenhuma mudança nas relações com o CAPS ad. Essa percepção também foi observada no discurso de dois profissionais do DS VI e um do DS I.

Observa-se ainda que as **iniciativas de lidar com o tema** da dependência química na atenção básica estão presentes na rotina das equipes, conforme demonstrado no Quadro 6, especialmente na abordagem dos atendimentos e nas visitas domiciliares, além da inclusão do tema nos grupos já existentes nas unidades, com ações voltadas ao

diagnóstico e à abordagem inicial. Por outro lado, nota-se que há dificuldades em ações que demandem maior conhecimento e elaboração, tais como desintoxicação domiciliar, criação de grupos específicos e realização de palestras educativas sobre o tema.

O Quadro 6 aponta o total de respostas positivas quanto à presença de atividades de abordagem na atenção básica, segundo os profissionais dos CAPS ad e das ESF, fornecendo um comparativo das respostas dos profissionais por DS.

<b>INICIATIVAS PARA ABORDAR A QUESTÃO NA ROTINA DE TRABALHO</b>										
		Realiza o diagnóstico clínico	Desintoxicação domiciliar	Abordagem nos atendimentos	Abordagem nas visitas	Inclusão do tema nos grupos existentes na Unidade	Acolhimento e acompanhamento dos usuários egressos do CAPS Ad	Criação de grupos de discussão sobre drogas na Unidade	Palestras ou atividades educativas	Mantém o acompanhamento de casos resistentes/complexos
D S I	CAPS ad	00	00	00	02	00	00	02	02	01
	ESF	02	01	02	02	02	02	00	00	02
D S I I	CAPS ad	02	00	03	02	03	00	00	00	02
	ESF	03	00	01	03	03	02	01	00	01
D S I I I	CAPS ad	00	00	00	00	00	00	00	00	00
	ESF	03	01	03	04	04	03	00	03	02
D S I V	CAPS ad	02	00	01	01	01	00	01	00	00
	ESF	03	01	04	01	00	02	00	00	00
D S V	CAPS ad	02	00	01	01	01	00	01	00	00
	ESF's	03	00	03	03	02	03	00	01	02
D S V I	CAPS ad	01	00	00	002	00	02	00	00	02
	ESF's	04	00	04	04	04	02	01	01	00

**Quadro 06 - Iniciativas para abordar a questão de álcool e drogas na rotina de trabalho das ESF**

Percebemos que a ESF já mantém algumas iniciativas para abordar o tema do consumo de drogas nas comunidades. Porém, estas não estão sendo identificadas pelas equipes matriciadoras dos CAPS ad. Além disso, são mais dirigidas ao diagnóstico e à abordagem, necessitando de ampliação quanto às intervenções clínicas e às ações de promoção de saúde e prevenção.

Com relação ao desenvolvimento de atividades de educação permanente (Quadro 7), chama a atenção o fato de que no DS IV tais atividades não foram citadas por nenhum profissional, tanto do CAPS ad como das ESF. Nos demais DS, as atividades com mais ênfase são as discussões de casos e a sensibilização sobre o tema. Pontua-se que estas atividades fornecem embasamento para a atenção ao usuário. As atividades menos executadas são as palestras educativas e discussão de textos

ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE							
		DISCUSSÃO DE CASOS	SENSIBILIZAÇÃO SOBRE O TEMA	DISCUSSÃO DE TEXTOS	RODAS DE CONVERSA	PALESTRAS EDUCATIVAS	OUTRAS
DS I	CAPS ad	02	02	00	02	02	00
	ESF's	01	01	00	01	00	00
DS II	CAPS ad	04	04	00	03	02	00
	ESF's	03	01	02	02	00	00
DS III	CAPS ad	03	01	01	01	00	00
	ESF's	03	01	01	01	00	00
DS IV	CAPS ad	00	00	00	00	00	00
	ESF's	00	00	00	00	00	00
DS V	CAPS ad	02	04	02	04	02	01
	ESF's	02	04	02	04	02	00
DS VI	CAPS ad	02	02	00	01	00	00
	ESF's	02	01	02	01	00	00

**Quadro 07 - Atividades de educação permanentes utilizadas no matriciamento do CAPS ad.**

As principais dificuldades e potencialidades da intervenção, apontadas pelos profissionais, revelam também certa uniformidade entre os Distritos Sanitários (Quadro 8). Verifica-se que as principais dificuldades estão relacionadas à estrutura e à organização de trabalho (transporte, número de profissionais, organização de tempo, limitações da rede, demanda de trabalho e formação sobre o tema do matriciamento), assim como em lidar com as resistências e desconhecimento das equipes em relação ao

uso de drogas. Igualmente são percebidas questões ligadas à disponibilidade dos profissionais, à ausência de protocolos e ao planejamento de ações no território.

Como potencialidades citam-se as ações para viabilizar o acesso dos usuários aos serviços de saúde com resolutividade, a possibilidade de atenção nos vários níveis de assistência e através de várias abordagens, a aproximação com a realidade do território, o apoio da gestão e a disponibilidade dos profissionais.

<b>PRINCIPAIS DIFICULDADES E POTENCIALIDADES LEVANTADAS PARA A IMPLANTAÇÃO DO MATRICIAMENTO DO CAPS AD/ESF</b>		
<b>DS</b>	<b>DIFICULDADES</b>	<b>POTENCIALIDADES</b>
<b>DS I</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-“Sinto falta de uma preparação adequada”.</li> <li>-“A equipe está reduzida em relação a quantidade de usuários no serviço”.</li> <li>-“Percebo a inexistência de discussão qualificada”.</li> <li>-“Falta de protocolos”</li> <li>-“Não há apoio institucional”</li> <li>-“Ausência de calendário fixo de atividade”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-“Vai melhorar a articulação entre o CAPS ad e o território”.</li> <li>-“Pode disseminar o conhecimento”</li> <li>-“Melhor uso dos equipamentos de saúde”.</li> <li>-“Pode ajudar no processo de desmedicalização”</li> <li>-“Planejamento e ações com relação ao tema”</li> <li>-“Pode melhorar no acesso dos usuários para os serviços ESF e CAPS ad”</li> </ul>
<b>DS II</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-“Há resistências dos profissionais das USF’s”.</li> <li>-“As equipes tem descrédito quanto á possibilidade do tratamento e resultados positivos”.</li> <li>-“as equipes tem preconceito, estigma e medo do usuário Ad”.</li> <li>-“Falta de profissionais e transporte”</li> <li>-“Necessidade de capacitação dos profissionais da atenção básica sobre o tema”</li> <li>-“Não há disponibilidade na agenda das ESF”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-“Melhor conhecimento da rede”.</li> <li>-“Possibilidade do atendimento aos usuários na rede”.</li> <li>-“Formação de parcerias”.</li> <li>-“Há envolvimento de todos os profissionais, principalmente as ACS”.</li> <li>-“Formação dos profissionais da atenção básica sobre o tema”</li> <li>-“Iniciar a implantação de instrumentos de intervenção breve”</li> <li>-“Pode provocar o aumento da autonomia das equipes”</li> </ul>
<b>DS III</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-“Resistência por parte das USF”.</li> <li>-“Falta discussão sobre o tema com toda equipe”.</li> <li>-“Há necessidade de construção da rede de apoio”.</li> <li>-“Empenho e desejo das equipes do CAPS ad”</li> <li>-“Poucos profissionais no CAPS ad”</li> <li>-“Limitação da rede de atendimento “</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-“Aproximação entre as ESF e CAPS ad”.</li> <li>-“Efetivação da linha de cuidado”.</li> <li>-“Acho que vai melhorar a resolutividade dos casos”.</li> <li>-“Pode melhorar o acompanhamento dos usuários”</li> <li>-“Abordagem domiciliar e inclusão das escolas”</li> <li>-“Fortalecimento da equipe”</li> </ul>
<b>DS IV</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-“Sinto dificuldade de conciliar nossas atividades no CAPS com as necessidades do território”.</li> <li>-“Falta tempo para dar conta de tudo”.</li> <li>-“Falta profissionais capacitados em matriciamento no CAPS ad”</li> <li>-“Tem sentimentos de insegurança da equipe pra lidar com o tema”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-“A aproximação do território dos usuários promove uma abordagem mais adequada e motivadora”.</li> <li>-“Ampliação do conhecimento sobre o tema”.</li> <li>- “Acho que vai melhorar no relacionamento da USF com a comunidade”.</li> <li>-“É positivo”.</li> <li>-“Vai aumentar o acolhimento dos usuários”</li> </ul>
<b>DS V</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-“Não temos tempo de extrapolar os limites do CAPS ad”.</li> <li>-“Precisa construir um calendário sistemático e articulado com a rede”.</li> <li>-“Falta transporte, equipamentos e profissionais no CAPS ad”.</li> <li>-“Há dificuldades no transporte e poucos recursos humanos”</li> <li>-“Precária condição de infra-estrutura na USF”</li> <li>-“Não há condições do serviço do CAPS ad”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-“Os profissionais são disponíveis”.</li> <li>-“Há interesse da gestão em investir no processo”.</li> <li>-“Diminuir a distância entre o CAPS ad e as ESF’s”.</li> <li>-“Possibilidade de conhecer o território”.</li> <li>-“As equipes podem se entrosar melhor, e melhorar o cuidado com usuário”.</li> <li>-“Vai melhorar o fluxo de informações e a resolução dos casos”</li> </ul>
<b>DS VI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-“Há poucos profissionais em relação ao tamanho do território”.</li> <li>-“As equipes estão sobrecarregadas de trabalho”.</li> <li>-“Não houve formação sobre matriciamento”.</li> <li>-“Percebo falta de planejamento e cumprimento de horários”.</li> <li>-“O território é extenso em relação ao número de profissionais”.</li> <li>-“Existe medo da exposição a situações de risco”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-“Conhecer as várias potencialidades e possibilidades do território”.</li> <li>-“Articulação entre os serviços de saúde”.</li> <li>- “Pode facilitar o acesso do usuário ao serviço de saúde”</li> <li>-“Vejo necessidade de trabalhar esse tema na área”.</li> <li>-“Os CAPS ad deveriam ser incluídos nos fóruns de discussão para ampliar o conhecimento sobre a questão”.</li> <li>-“Possibilitar a abordagem de crianças e adolescentes”.</li> </ul>

**Quadro 08- Consolidado com as principais dificuldades e potencialidades do apoio matricial - ESF/CAPS ad.**

## 8 DISCUSSÃO

---

O arranjo do apoio matricial propõe uma forma de aproximação dos serviços especializados com a atenção básica, favorecendo a troca de experiências e o cuidado resolutivo ao usuário. Para tanto, esta prática vai exigir mudanças nos paradigmas da prática profissional dos serviços, promovendo reorganizações nos processos de trabalho. Além de ampliar os olhares e co-responsabilidades sobre o usuário, os profissionais se deparam com outra característica desta intervenção, pois cada território se mostra diferente, com necessidades e problemas singulares, demandando ações e articulações particulares. Assim, inexistem protocolos formais e roteiros fechados para a instalação da intervenção, mas propostas de ações e iniciativas que devem ser negociadas entre as equipes.

Esse o arranjo do apoio matricial coloca o CAPS ad em uma nova arquitetura clínica e institucional, como espaço de produção de novas práticas sociais para lidar com o sofrimento psíquico de maneira diferente da tradicional. Requer também a construção de novos conceitos para uma adequada aproximação e análise desses novos serviços<sup>13</sup>, ainda mais quando se trata da questão de álcool e outras drogas, que etiológicamente, é multicausal, e permeada de concepções e preconceitos no seu processo de atenção.

Vale ressaltar que a interação entre saúde coletiva, saúde mental e clínica é complexa e marcada por convergências, tensões e antagonismos que imprimem peculiar conformação aos CAPS<sup>09</sup>. Neste sentido, o Ministério da Saúde reforça que a atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados que inclui, entre outros, a atenção básica, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer<sup>12</sup>. Assim, essa interação mostra-se como um processo em

construção, exigindo por parte dos profissionais uma postura ativa e dinâmica. Daí a importância do apoio fornecido pela gestão para a realização de atividades de articulação de rede

Neste trabalho os resultados encontrados confirmam o que já foi apontado por outros estudos realizados na cidade do Recife no que se refere às fragilidades na dimensão estrutura, os quais mostram dificuldades semelhantes, tais como a carência de recursos humanos e formação profissional na atenção básica<sup>30, 31 e 32</sup>. Tais aspectos comprometem não só as ações do matriciamento do CAPS ad, mas também outras ações e intervenções referentes a outras políticas de saúde que perpassam este nível da rede de assistência.

Pereira<sup>31</sup>, por exemplo, aponta em seu estudo sobre a atenção ao portador de diabetes *mellitus* na ESF da cidade do Recife, a inexistência de capacitação específica e o quanto esta tem impacto direto na dimensão processo da intervenção. No estudo de Silva<sup>32</sup>, ao avaliar a atenção à saúde bucal também no âmbito da ESF de Recife, verificou-se que a carência na formação profissional interfere na capacidade das equipes em planejar e programar ações. Além disso, fragilidades com relação à estrutura física, limitam as atividades coletivas.

Salientamos que a pouca formação sobre o matriciamento observada neste estudo pode reforçar os sentimentos de resistência e insegurança dos profissionais, ao se depararem com realidades bem mais complexas e singulares daquelas com que estão habituados a lidar dentro dos serviços, o que repercute diretamente no desenvolvimento das ações e propostas necessárias para a implantação da intervenção. Desta forma, a intervenção pode ser implementada com pouca clareza dos papéis e funções do apoio matricial e da equipe de referência. Cabe então a gestão especial atenção para que as

dificuldades estruturais não limitem a atividade, já que este apoio se mostra como fonte condicionante.

Na dimensão processo, a existência de discussões sobre matriciamento no CAPS ad revela-se estratégica, porque identifica como o matriciamento foi incorporado ao processo de trabalho do serviço. Assim, ações e casos atendidos no CAPS ad e no território passam a ter a mesma prioridade de atenção técnica. O olhar teórico-técnico da equipe sobre estas ações de saúde tendem a fortalecê-las e consolidá-las, e toda a equipe se apropria desta demanda<sup>12</sup>. Quando esta prática não está presente, os demais aspectos mostram-se comprometidos, como é o caso do DS I. As discussões sobre matriciamento no CAPS ad tendem a consolidar e reforçar a intervenção no território.

Para os profissionais do CAPS ad, a aproximação do território favorece a identificação das necessidades e problemas, e, em consequência, quais as intervenções mais adequadas para aquela população. Evidente que, nos serviços em que esta aproximação está mais consolidada, as demais dimensões do processo de trabalho tendem a se apresentar mais implantadas. Nascimento<sup>16</sup>, em estudo realizado nos CAPS na cidade de São Paulo, observou que as atividades externas, tais como as reuniões de matriciamento, não eram percebidas como fazendo parte da rotina de trabalho dos profissionais do CAPS. Sendo assim, a necessidade desta incorporação deve passar por discussões internas do processo de trabalho institucional.

Vale salientar que as dificuldades em registrar o mapeamento dos recursos e equipamentos território, para documentar as impressões e dados encontrados, podem repercutir nas possibilidades de avaliação e monitoramento posteriores sobre a intervenção, e inviabilizar a análise de resultados sobre a intervenção. Medeiros<sup>33</sup> destaca que a insuficiência de dados ou indicadores para mensuração representa uma dificuldade para o monitoramento de políticas municipais. Sabe-se que este

desconhecimento, certamente, irá comprometer na elaboração de políticas públicas para esta população.

Na cidade do Recife, os resultados observados na atividade de discussão de casos entre as equipes da ESF e dos CAPS ad retratam as dificuldades na relação entre os serviços. A baixa realização desta atividade, observada especialmente nos Distritos Sanitários V e IV, repercute em outras atividades da dimensão processo, e interfere negativamente no grau de implantação da intervenção. A discussão de casos é enfatizada na literatura<sup>07</sup> como ação importante para a intervenção em questão, pois se caracteriza como espaço de troca de conhecimento, de co-gestão da clínica dos casos, de educação permanente e de elaboração compartilhada dos projetos terapêuticos, sendo esta última a atividade diretamente relacionada e subsequente a discussão de casos.

Para Campos<sup>07</sup>, os atendimentos e intervenções conjuntas entre o especialista e alguns profissionais da equipe de referência seriam estratégias metodológicas, que implicam sempre na construção de um projeto terapêutico integrado, articulado entre equipe de referência e apoiadores. Desta forma, as equipes podem compartilhar o conhecimento interdisciplinar na construção das possibilidades de intervenção em cada caso de forma singular, mas que guardam também a possibilidade de serem reproduzidos em casos similares. Como consequência, reforça-se a autonomia das equipes de referência no que tange à questão dos cuidados para usuários com problemas gerados por álcool e outras drogas.

A elaboração de um projeto terapêutico exige a apropriação da clínica e da terapêutica, o conhecimento dos recursos e das dificuldades do usuário, da comunidade e da rede de saúde, como também a discussão e a negociação com o usuário e seus familiares<sup>07</sup>. Na ausência destes, as ações de saúde tendem a se tornar pouco resolutivas e pouco consistentes, e provocar baixa aderência do usuário à proposta terapêutica. O

envolvimento da ESF e da equipe do CAPS ad nesta construção é imprescindível para articular os diferentes atores como co-responsáveis, tornando o tratamento mais eficaz e mais próximo da realidade do usuário<sup>04</sup>.

O estudo de Nascimento<sup>16</sup> apontou que os problemas na articulação entre os serviços da rede resultam na fragilidade de apoio no momento da alta, uma vez que os profissionais das ESF sentem-se despreparados em acolher os usuários, bem como na ausência do estabelecimento de fluxos para o recebimento e encaminhamento.

As dificuldades percebidas nas atividades de atendimento individual e visita domiciliar, que se encontram com nível mais crítico no DS IV, refletem estas questões. Contudo, muitas destas estão relacionadas a pouca disponibilidade das ESF para realização das atividades de promoção de saúde junto com o apoio matricial.

Mielke et al <sup>23</sup> resalta a importância da integração do cuidado e da atenção pelas ESF, sendo esta uma aposta na autonomia, aceitação e reconhecimento destes usuários dentro do seu meio social. Portanto, o caminho para a clínica ampliada para álcool e outras drogas nas ESF deve ser estimulado através da formação, sensibilização e educação permanente. As equipes devem sentir-se competentes para abordagem da comunidade, fortalecidas e apoiadas pela troca de conhecimento ocorrida nas reuniões e intervenções do apoio matricial. Daí porque as dificuldades na realização das atividades de educação permanente, principalmente nos DS I e IV, onde não são utilizadas como potencial recurso pedagógico na intervenção, o que repercute nas demais, por falta de embasamento técnico.

Cabe ressaltar ainda que no Distrito Sanitário II, que apresentou os melhores resultados quanto à implantação do apoio matricial, detém o maior tempo de implantação deste arranjo no território, o que influencia de forma positiva no grau de implantação encontrado. Desta forma, fica claro que a continuidade e a constância da

intervenção contribuem para garantir bons resultados. Salientando as características e potencialidades das duas instâncias de atenção à saúde.

Neste sentido, a Atenção Básica se constitui como espaço privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde e a incorporação da temática de álcool e outras drogas nessas atividades contribui para a promoção da saúde e a prevenção dos problemas, o que é preconizado pelo Programa Mais Vida. Analisando-se o contexto da intervenção no Recife, verifica-se que os profissionais citam dificuldades para incluir e discutir diretamente o tema de álcool e drogas com a comunidade. O discurso da sobrecarga de trabalho e da falta de tempo é estar presente nas justificativas, mas pode encobrir sentimentos de medo, insegurança e preconceito diante do tema. A questão da sobrecarga de trabalho nas ESF é apontada também em outro estudo avaliativo no Recife<sup>30</sup>. Nesta avaliação sobre a vigilância epidemiológica na perspectiva da atenção básica, também foi apontado as dificuldades na integração das instâncias da assistência como fator que influenciou a implantação desta intervenção<sup>30</sup>.

Outro ponto levantado por Campos<sup>14</sup> é que o apoio matricial se coloca como um suporte técnico especializado para a ampliação das ações de saúde e reforça as necessidades do estabelecimento do vínculo e da atenção integral para a comunidade. Assim, as atividades de educação permanente mostram-se especialmente importantes e estratégicas, pois estimulam a apropriação pela equipe de referência (ESF) de condições técnicas para o diagnóstico, assistência e encaminhamentos mais eficazes e articulados. O estudo revelou dificuldades na implantação desta atividade, evidenciando as lacunas do matriciamento enquanto arranjo institucional, já que as características citadas pelo autor<sup>14</sup> a estruturação e permanência não vem sendo considerados na prática das ações.

Neste estudo, os relatos retratam a deficiência na articulação da rede municipal de saúde, que dificultam a realização dos encaminhamentos para outros serviços e

equipamentos que podem oferecer suporte ao usuário. Tais dificuldades de articulação entre os atores co-responsáveis na assistência ao usuário também foram identificadas como frágeis na avaliação do processo da intervenção.

Na avaliação da Atenção à Saúde Bucal no Recife, também se observa a dificuldade da atenção básica em ampliar suas ações para romper com processos centrados na doença<sup>32</sup>. O que, no caso da atenção a questão de álcool e outras drogas, é essencial para uma clínica ampliada da assistência, tal como é preconizado na Política Municipal de Redução de Danos<sup>05</sup>.

Ainda que se observe que a presença do tema álcool e outras drogas na rotina de trabalho das ESF no Recife, especialmente quanto às abordagens nos atendimentos e visitas e no acolhimento de usuários egressos do CAPS ad, as equipes não parecem sentir-se em condições de realizar as atividades grupais e de promoção de saúde. Nos Distritos Sanitários em que o matriciamento se apresenta mais consolidado, as mudanças estão sendo observadas de forma mais evidente, demonstrando que mesmo com ações em implantação parcial ou incipiente, é possível se observar resultados positivos da intervenção.

Considerando o que foi citado por Alves<sup>18</sup> sobre a importância de se conhecer os fatores do contexto em que a intervenção está inserida para se avaliar o seu processo de implantação, no caso da intervenção matriciamento no Recife, o apoio fornecido pela gestão é percebido como insuficiente. Evidencia-se a necessidade de maior atenção no sentido da formação para o matriciamento, do planejamento dos recursos estruturais (transporte) e a organização dos serviços. Vale ressaltar que estas questões envolvem a gestão em seus vários níveis. Para os DS II e V, o apoio da gestão local se mostrou fundamental na implantação da intervenção, enquanto nos Distritos Sanitários I e VI este apoio não foi citado. Tendo em vista se tratar de uma diretriz política de gestão,

que, apesar de sem estimulada pela gestão dos Distritos Sanitários, se mostra insuficientemente incorporada na gestão dos serviços.

O estudo avaliativo de Mielke et al<sup>23</sup> aponta para a necessidade de haver empatia, afetividade, envolvimento e aproximação para o estabelecimento do cuidado humanizado<sup>23</sup>. Nesta perspectiva, se faz necessária a disponibilidade do profissional para o estabelecimento do vínculo terapêutico. Em se tratando da pessoa que faz uso de drogas, é indispensável que a integração do cuidado e atenção pelas ESF possibilite um reforço a sua reinserção social e sua autonomia. A relação entre os atores deve ser considerada como elemento importante na explicação da implantação de um programa, e somadas às questões estruturais (contingências) condicionam a implantação<sup>28</sup>.

Neste estudo percebe-se que, apesar das dificuldades citadas, os profissionais reconhecem que o matriciamento pode contribuir positivamente tanto para os CAPS ad quanto para as ESF e como pode repercutir positivamente no cuidado ao usuário. Assim, a implantação da intervenção tem apoio dos trabalhadores, pois é avaliada como estratégia de fortalecimento das ações de saúde. Esta aproximação provoca mudanças significativas no fluxo de atendimento e no olhar ampliado para o usuário. Os Distritos Sanitários nos quais esta mudança não foi percebida (DS III e IV) são aqueles com índices de implantação das atividades do matriciamento mais críticos.

Em outros estudos sobre a implantação de políticas salientam-se dificuldades semelhantes às citadas no caso do matriciamento<sup>30,31 e 32</sup>. Além das questões levantadas na análise da estrutura, os profissionais citaram a sobrecarga de trabalho, que foi mencionada tanto nas ESF quanto nos CAPS ad, justificando muitas vezes a incipiência de ações do matriciamento. Nos Distritos Sanitários onde a implantação já está mais avançada (DS II e V), o discurso sobre as dificuldades estão mais relacionados ao processo, tais como resistências e estigma nas ESF, além da compreensão dos

sentimentos de descrédito, preconceito e medo do tema nas equipes. Estes últimos relacionados com o desconhecimento e a ausência da inclusão da questão na rotina de trabalho das equipes. Aponta-se também a falta de estrutura física das unidades, formação dos profissionais e organização nas agendas para os encontros.

De forma geral, ressalta-se que as dificuldades elencadas pelos profissionais estão mais relacionadas à insegurança provocada pelas mudanças e reorganizações no processo de trabalho das instituições (ESF e CAPS ad) para a implantação da intervenção. Para o CAPS ad, a aproximação com o território do usuário, com suas demandas e complexidades, e com o próprio usuário representa a extrapolação dos muros, prevista na reforma psiquiátrica e conforme preconizado pelo Ministério da Saúde<sup>04</sup> quando estabelece os objetivos e responsabilidades destes.

Para a atenção básica, o apoio matricial representa a possibilidade de acrescentar outra percepção na ampliação do olhar de saúde mais humanizado. A ampliação passa, também pela responsabilização sobre a questão. Logo, as ações de cuidado ultrapassam os encaminhamentos da referência e contra referência simplesmente, devendo envolver os profissionais, usuários, familiares e comunidade na elaboração de projetos terapêuticos que contemplem alternativas possíveis e satisfatórias.

Apesar dos problemas explicitados, as equipes conseguem observar várias potencialidades nesta intervenção. A possibilidade de articulação da rede de atendimento, tornando-a mais fortalecida, é salientada em todas as equipes. Como também são visualizadas as repercussões para o usuário tanto no território quanto no CAPS ad. O fortalecimento da rede de cuidados também é salientado como potencialidade, assim como os efeitos positivos para o usuário e a comunidade. Cita-se também a necessidade de se trabalhar este tema diante do território. Vale salientar que as equipes levantaram alternativas e sugestões para aplicação nesta intervenção, tais

como: ajuda no processo de desmedicalização, iniciação da implantação da abordagem de intervenção breve e inclusão dos CAPS ad no Fórum de discussão do Distrito Sanitário.

Todavia, atividades voltadas para a prevenção<sup>31</sup>, promoção de saúde<sup>32</sup>, informação para a população e educação em saúde<sup>33</sup> encontram resistência em sua execução. Concepções pessoais, medos e preconceitos pessoais dos profissionais, podem intensificar estas dificuldades quando se refere às questões do uso de álcool e outras drogas.

Apesar disso, as equipes reconhecem a implantação do arranjo apoio matricial como necessária, possível e sentida como instrumento de melhoria no cuidado ao usuário. Em ambos os níveis de assistência, as equipes compreendem suas dificuldades em implicar-se neste processo. Compreensão esta que possibilita o trabalho em conjunto proposto pela intervenção e demonstra que a intervenção encontra atores favoráveis à sua implantação.

Portanto, considera-se a necessidade de investigações avaliativas para contribuir na geração de subsídios para a consolidação das políticas de saúde. Reforça-se o que Onocko<sup>09</sup> cita com relação à inclusão de estudos avaliativos em serviços de saúde mental, com a adequação dos instrumentais para as especificidades destes. Neste estudo, as dificuldades identificadas na implantação podem ser abordadas já nesta fase da intervenção, além da necessidade do acompanhamento e monitoramento das ações, favorecendo a superação dos entraves da implantação e um melhor resultado da Política de Saúde Mental no município do Recife.

## **9 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES**

---

A intervenção apoio matricial do CAPS ad na Cidade do Recife encontra-se em fase de implantação, visto que se trata de uma iniciativa relativamente recente da gestão. Por representar uma mudança na ampliação da clínica, no paradigma do cuidado e da articulação interinstitucional, exige de ambas as instituições (CAPS e ESF) aproximação, articulação, construção conjunta e negociada dos projetos terapêuticos e intervenções educativas. Esse diálogo deve estar presente de forma contínua e constante, para haver consistência na intervenção.

Para os profissionais do CAPS ad, ir ao território e interagir com ele através das equipes do PSF, representa a ação extramuros, preconizada pela reforma psiquiátrica. Para as equipes da atenção básica, a proposta revela o alargamento do olhar para o usuário com dependência química de maneira mais integral. Ainda assim, como em todo processo de mudança, encontram-se presentes as resistências, o desconhecimento frente às novas práticas e a reorganização dos processos de trabalho, além do investimento estrutural e técnico obrigatório para a execução da intervenção.

De forma a apresentar para a gestão elementos substanciados para a tomada de decisão, este estudo aponta que a intervenção apoio matricial é percebida pelos trabalhadores de ambas as instituições como uma estratégia de articulação e suporte para a consolidação da rede de assistência, com resultados visíveis para o usuário. Entretanto, se faz necessária atenção para alguns aspectos que se apresentam como dificultadores da intervenção.

Nesse sentido, apontam-se algumas recomendações de forma a contribuir com a implantação do arranjo matricial:

- Garantir a estrutura necessária básica para o deslocamento do profissional para o território, que envolve transporte e profissionais;
- Investir na formação profissional, de forma a fortalecer a discussão sobre matriciamento no território dos CAPS ad;
- Reforçar junto às gerências locais dos serviços a prioridade do planejamento de ações no território, apoiando e qualificando as ações de matriciamento no território;
- Apoiar as discussões sobre organização de processo de trabalho no CAPS ad e ESF;
- Elaborar instrumentos para mapeamento do território e monitoramento das atividades do matriciamento, de forma a garantir informações para avaliações da intervenção;
- Elaborar indicadores para o monitoramento das ações do matriciamento acerca do matriciamento, incluindo número de atividades programadas x atividades realizadas;
- Abordar as experiências do matriciamento em fóruns distritais;
- Atualizar periodicamente o modelo lógico e a matriz de julgamento sistematizados neste estudo, considerando as alterações em portarias e a inclusão de atividades na intervenção apoio matricial.

## REFERÊNCIAS

- 1- BRASIL, Ministério da Saúde. **A política do ministério da saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica\\_de\\_ad.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_de_ad.pdf)
- 2- CARLINI, EA. **Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas:** Estudo envolvendo 107 maiores cidades do país, São Paulo: CEBRID- Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP- Universidade Federal de São Paulo, 2006
- 3- BRASIL, Secretaria Nacional Antidrogas, **Legislação e Políticas Públicas Sobre Drogas.** Brasília, DF. 2008.
- 4- BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília, DF: MS, 2004 [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_caps.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_caps.pdf).
- 5- RECIFE, Secretaria de Saúde. **Política de Redução de Danos do Município.** Recife, PE: Prefeitura da Cidade do Recife, 2007.
- 6- ARONA, E. C.- **Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari.** Saúde e sociedade, vol.18 supl.1 São Paulo Jan./Mar. 2009
- 7- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência:** uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, v.23, n.2, fev., p. 399-407, 2007.
- 8- DELFINI, P.S.S., TAKAO, M.S., ANTONELLI, P.P., GUIMARÃES, P.O.S. **Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. Ciência e saúde coletiva** Rio de Janeiro, vol.14 supl.1 set/out. 2009.
- 9- ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. **Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde.** Cad. Saúde Pública v.22 n.5 Rio de Janeiro maio 2006
- 10- HIRDES, A.- **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão.** Ciênc. saúde coletiva vol.14 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2009
- 11- SCHNEIDER, D. R. **Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento.** Ciênc. saúde coletiva vol.15 no. 3 Rio de Janeiro Mai 2010
- 12- FIGUEIREDO, M. D; CAMPOS, R. O. **Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?.** Ciência & Saúde coletiva, vol. 14, Rio de Janeiro. Jan/Fev.2009

- 13- CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. 3º edição. São Paulo. Editora Hucitec. 2003.
- 14- CAMPOS, R. O. A Gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In CAMPOS, G. W. S.- **Saúde Paidéia**. 3º edição. São Paulo. Editora Hucitec. 2003.
- 15- RABELO, ARR . **Um manual para o caps**. Salvador: EDUFBA, 2006.
- 16- NASCIMENTO, A.F.; GALVANESE, A.T.B. **Avaliação da Estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial do Município de São Paulo, SP**. Revista de Saúde Pública, vol. 43, supl. 1. São Paulo, Aug, 2009.
- 17- SOARES, M.H. **A inserção do enfermeiro psiquiátrico na equipe de apoio matricial em saúde mental**. SMAD, Rev eletrônica de Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. Port.) V. 4 N.2. Ribeirão Preto ago. 2008.
- 18- ALVES, C.K.A. **Institucionalização da avaliação na atenção básica: análise da implantação do programa em uma gestão estadual**. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.
- 19- FIGUERÓ, A.P.; FRIAS P.G; NAVARRO, L.M-Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO, I. (org.) **AVALIAÇÃO EM SAÚDE: Bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook.2010.
- 20- CONTANDRIOPOULOS, A.P. **Avaliando a institucionalização da avaliação**. Ciência & Saúde Coletiva, 11(3): 705-711, 2006
- 21- SILVA, L.M.V.; FORMIGLI, L.V.A. **Artigo avaliação em saúde: limites e perspectivas** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.10 n.1, p 80-91, jan/mar.1994
- 22- PITTA, A.M.F.; SILVA FILHO, J.F.; SOUZA, G.W.; LANCMAN, S.; KINOSHITA, R.T.; CAVALCANTI, M.T.; VALENTINI, W.H.AL., 1995. **Determinantes da qualidade de serviços de saúde mental em municípios brasileiros** – Estudo da satisfação com os resultados das atividades desenvolvidas por pacientes, familiares e trabalhadores dos serviços. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 44 (9): 441-452.
- 23- MIELKE, F.B.; KANTORKI, L.P; JARDIM, V. M. R.; OLSCHÓWKY, A.; MACHADO, M.S. **O Cuidado em Saúde Mental no CAPS no Entendimento dos Profissionais**. Ciência e Saúde Coletiva, vol. 14, Nº 1, Rio de Janeiro, Jan/Fev. 2009.
- 24- CONTANDRIOPOULOS, A.P Avaliação na área de saúde: conceito e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (org.) **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, ABRASCO, 1997.

- 25- WORTHEN, BR; SANDERS, JR; FITZPATRICK, JL. **Avaliação de Programas: Concepções e Práticas**. São Paulo, SP: Editora Gente, 2004
- 26- HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M. V. **Avaliação em Saúde: Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**2. ed. Rio de Janeiro,RJ: Fiocruz,2006.
- 27- SAMICO, I.; FIGUERÓ, A.P.; FRIAS P.G - Abordagens metodológicas na avaliação em saúde. In: SAMICO, I. (org.) **AVALIAÇÃO EM SAÚDE: Bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook.2010.
- 28- DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise de implantação. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997.
- 29- TANAKA O.Y.; MELO, C.. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. 1 ed. São Paulo. Editora da Universidade de São Paulo. 2004.
- 30- BEZERRA, L.C.A. **A Vigilância Epidemiológica na Perspectiva do Programa de Saúde de Família - PSF: Avaliando o processo de implantação das ações**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. 2006.
- 31- PEREIRA, P.M.H. **Avaliação da Atenção Básica para o Diabetes mellitus na Estratégia Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. 2007.
- 32- SILVA, P.R.A. **Avaliação da Atenção à Saúde Bucal no Programa Saúde da Família do Recife: Níveis de qualidade e aspectos contextuais**. D Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.
- 33- MEDEIROS, P.F.P.; BEZERRA, L.C.A.; SANTOS, N.T.V.; MELO, E. O. **Um Estudo Sobre Avaliabilidade do programa + VIDA: Política de Redução de Danos em Álcool, Fumo e Outras Drogas no Município do Recife, Brasil**. Revista Brasileira de Saúde materno Infantil . Vol10,supl.1, Recife, Nov, 2010.
- 34- RECIFE, Secretaria de saúde. **Plano Municipal de Saúde**, Recife, PE Prefeitura da Cidade do Recife, 2009.
- 35- SILVA, L.M.V.; HARTZ, Z.M.; CHAVES,S.C.; SILVA,G.A.In . HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M. V. **Avaliação em Saúde: Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**2. ed. Rio de Janeiro,RJ: Fiocruz,2006.

## APÊNDICE

### APÊNDICE 1

#### MODELO LÓGICO DO CAPS AD

##### MODELO LÓGICO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL TIPO AD DA CIDADE DE RECIFE

**Problema:** Necessidade de estratégias específicas de tratamento para o consumo abusivo/dependência de substâncias psicoativas na rede pública de saúde.

**Intervenção:** Centro de Atenção Psicossocial Tipo AD da Cidade do Recife

**Objetivo Geral:** Oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários (as) pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

**Objetivos Específicos:**

- Realizar o atendimento a população que busca o CAPS ad, de forma acolhedora e resolutiva, propiciando assistência à saúde para usuários de álcool, fumo e outras drogas e seus familiares.
- Realizar apoio matricial para as equipes da atenção primária, favorecendo o suporte técnico necessário para o desenvolvimento de ações básicas de saúde na área de álcool e outras drogas
- Promover atividades de educação em saúde, também a ampliação e produção do conhecimento na área de álcool e outras drogas, bem como a incorporação ao processo de trabalho.

**Meta do Programa:** Reduzir os danos e agravos decorrentes do uso abusivo/dependência de substâncias psicoativas dos usuários atendidos nos CAPSAD da Cidade do Recife.

**Componente: Assistência à Saúde. Sub-componente: Acolhimento**

<b>OBJETIVOS</b>	<b>INSUMOS</b>	<b>ATIVIDADES</b>	<b>PRODUTOS</b>	<b>RESULTADOS IMEDIATOS /INTERMEDIÁRIOS</b>
Realizar o pronto atendimento a população que busca o CAPS ad oferecendo acolhimento e resolutividade, de acordo com suas demandas e vulnerabilidades. (encaminhamento/acolhimento).	Equipe técnica interdisciplinar	Atendimento da demanda espontânea da população que busca o CAPSad,	Demanda atendida com resolutividade e responsabilização, orientanda, quando for o caso,e encaminhada de acordo com a avaliação dos riscos e vulnerabilidade, estando atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico.	Acesso garantido para a população que busca os CAPSad atendida de forma acolhedora e humanizada de acordo com suas demandas e vulnerabilidades.
	Profissionais de apoio			
	Estrutura física do serviço			População de usuários de droga que busca o CAPS ad absorvida nas diversas modalidades de tratamento do CAPSad de acordo com o seu projeto terapêutico singular (PTS).
	Recursos Materiais diversos	Referencia e admissão dos usuários nas várias modalidades de tratamento no CAPS ad	Promoção de espaço individual e coletivo de fala, de acolhimento, de orientação para os usuários em processo de tratamento e encaminhamento para as modalidades de tratamento no CAPSad.	
	Transporte			
	Supervisão clínico/institucional			
	Medicamento	Referencia dos usuários para outros níveis da Rede de acordo com sua necessidade	População de usuários de droga que busca o CAPS ad orientada e encaminhada para os outros níveis da Rede.	Demanda atendida e encaminhada de acordo com sua necessidade
		Promoção de grupos de orientação e acolhimento.	Usuários orientados sobre o processo de tratamento e encaminhamento para as modalidades do CAPS ad.	Grupos acontecendo semanalmente com o encaminhamento adequado para as modalidades

**Componente: Assistência à Saúde. Sub-componente: Projeto terapêutico**

(Continua)

<b>OBJETIVO</b>	<b>INSUMOS</b>	<b>ATIVIDADES</b>	<b>PRODUTOS</b>	<b>RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS</b>
Propiciar assistência à saúde necessária para os usuários de álcool, fumo e outras drogas e seus familiares.	Equipe técnica interdisciplinar	Desenvolvimento de Projeto Terapêutico Singular dos usuários	Todos os usuários com Projeto Terapêutico Singular	Promoção de espaços de acolhimento e reflexão sobre a relação com a droga, avaliando estratégias para redução de danos para usuários e familiares.
		Desenvolvimento de grupos terapêuticos de variadas abordagens com os usuários diariamente.	Grupos terapêuticos realizados diariamente	
	Profissionais de apoio	Atendimentos individuais ao usuário de acordo com seu projeto terapêutico singular.	Usuários atendidos individualmente	
		Estrutura física do serviço	Atendimentos individuais e/ou em grupos aos familiares	
	Recursos Materiais diversos		Preparação dos laudos e das autorizações de Procedimento de Alta Complexidade (APAC)	
		Transporte	Encaminhamento dos usuários de álcool, fumo e outras drogas para local protegido, de acordo com o seu projeto terapêutico	
	Supervisão clínico/institucional		Visitas Domiciliares aos usuários, caso seja indicado pela equipe, e/ou solicitado pela família e/ou usuário e/ou profissional da rede de saúde.	Aproximação e reconhecimento da realidade social, econômica e familiar do usuário
	Medicamento	Atendimentos médico clínico e psiquiátrico	100% dos usuários atendidos e avaliados pelo clínico e psiquiatra, com prescrição medicamentosa quando necessário.	Acompanhamento da saúde física e mental dos usuários e redução de encaminhamentos aos Hospitais/ Unidades de desintoxicação
		Oferta de desintoxicação leve nos leitos de repouso do CAPSad para usuários vinculados	Desintoxicação leve realizada no CAPS ad	
		Referencia para Desintoxicação ambulatorial domiciliar	Usuários fazendo desintoxicação domiciliar com supervisão do	

			CAPS ad	
		Garantia de medicação a todos os usuários.	100% dos usuários com medicação garantida.	Cobertura as receitas prescritas pelos médicos da equipe.
		Programação e controle da demanda mensal de medicamento.	Mapa mensal de controle de medicamentos elaborado e enviado à Farmácia Central do Município.	Medicamentos fornecidos de acordo com a demanda do CAPS ad
		Dispensação de medicamentos aos usuários.	Usuários recebendo medicamentos de acordo com a prescrição médica	Usuários sendo tratados de forma adequada
		Estimulação e apoio de processos de reinserção social para usuários dependentes de drogas, por meio de encaminhamentos para programas de apoio social,	Usuários estimulados e encaminhados para as ações de apoio social	Usuários reinseridos em atividades produtivas, culturais e de lazer diversas.
		Estimulação e apoio de processos de reinserção social para usuários dependentes de drogas, por meio de encaminhamentos para capacitação profissional e geração de renda	Usuários estimulados e encaminhados para os programas de capacitação profissional e geração de renda.	
		Estimulação e apoio de processos de reinserção social para usuários dependentes de drogas, por meio de encaminhamentos à rede escolar.	Usuários estimulados e encaminhados para os programas de alfabetização e/ou retorno a escolarização.	
		Estimular e apoiar processos de reinserção social para usuários dependentes de drogas, por meio de encaminhamentos para ações de cultura e lazer	Usuários estimulados e encaminhados para ações de cultura e lazer	
		Articulação com projetos intersetoriais e não governamentais para inserção social dos usuários	Usuários participando de projetos para reinserção social.	
		Fornecimento de refeições adequadas aos usuários de acordo com a a modalidade em que está vinculado.	Usuários recebendo refeições adequadas de acordo com o que está estabelecido na portaria.	

**Componente: Assistência à Saúde. Sub-componente: MATRICIAMENTO**

<b>OBJETIVO</b>	<b>INSUMOS</b>	<b>ATIVIDADES</b>	<b>PRODUTOS</b>	<b>RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS</b>
Propiciar apoio matricial, oferecendo tanto retaguarda assistencial, quanto suporte técnico pedagógico às equipes de referência na atenção primária	Equipe técnica interdisciplinar	Criação em conjunto com as ESF de estratégias para abordar problemas vinculados ao abuso de álcool, tabaco e outras drogas.	Equipe técnica do CAPS ad articuladas e integrada as equipes de atenção básica.	Construção de linha de cuidado voltada para a integralidade, redução de danos e à melhoria da qualidade da atenção aos grupos de maior vulnerabilidade.
	Profissionais de apoio			
	Estrutura física do serviço	Levantamento de dados sobre os problemas e necessidades no território com relação ao uso abusivo de álcool e drogas.	Levantamento de dados sobre os problemas do uso abusivo de álcool/ drogas no território realizado.	Problemas com relação ao uso abusivo de álcool/drogas levantados e mapeados.
	Recursos Materiais diversos	Elaboração de projetos terapêuticos singulares, por meio de discussões periódicas.	Equipes recebendo apoio matricial do CAPS ad.	
	Transporte			
Supervisão clínico/institucional	Atendimentos realizados em conjunto com as ESF para casos complexos.	Casos complexos recebendo atendimento em conjunto pelo CAPS ad e ESF.	Apropriação coletiva pelas ESF e o CAPS ad do acompanhamento dos usuários, conduzindo para a realização de ações multiprofissionais e transdisciplinares, com a responsabilidade compartilhada.	
Medicamento	Realização de visitas domiciliares conjuntas com ESF.	Casos complexos recebendo visitas domiciliares em conjunto pelo CAPS ad e ESF.		
	Realização de atividades de educação permanente sobre as questões do uso abusivo de álcool/drogas.	Atividades de educação permanente realizadas.		

**Componente: Educação em Saúde**

<b>OBJETIVO</b>	<b>INSUMOS</b>	<b>ATIVIDADES</b>	<b>PRODUTOS</b>	<b>RESULTADOS IMEDIATOS /INTERMEDIÁRIOS</b>
Promover atividades educação em saúde visando a promoção e prevenção aos agravos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipe técnica interdisciplinar</li> <li>- Estrutura física do serviço</li> <li>- Recursos Materiais diversos</li> <li>- Transporte</li> <li>- Supervisão clínico/institucional</li> <li>- Materiais educativos sobre prevenção do uso de drogas.</li> </ul>	Realização de palestras informativas às instituições públicas ou privadas.	Número de palestras realizadas.	Reorientação das práticas de saúde para a população sobre as questões que envolvem o uso de droga, visando informar sobre os riscos e danos que envolvem o uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas
		Participação em eventos de promoção de saúde e/ou lazer ocorridos no território.	Número de participações em eventos de promoção de saúde e/ou lazer ocorridos no território.	População informada e orientada nos níveis de prevenção e assistência.
		Orientações à população sobre o acesso a serviços de suporte para problemas de saúde e Redução de Danos	População informada sobre como ter acesso a rede de atendimento.	População orientada.

**Componente: Articulação da Rede**

<b>OBJETIVO</b>	<b>INSUMOS</b>	<b>ATIVIDADES</b>	<b>PRODUTOS</b>	<b>RESULTADOS IMEDIATOS /INTERMEDIÁRIOS</b>
Cumprir o papel de organizador da demanda e da rede de saúde mental para a questão de álcool e drogas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipe técnica interdisciplinar</li> <li>- Estrutura física do serviço</li> <li>- Recursos Materiais diversos</li> <li>- Transporte</li> <li>- Supervisão clínico/institucional</li> </ul>	Articulação com outros serviços de rede social, tais como: políticas de assistência social, desenvolvimento econômico, ONGs, associação de comunidades.e de saúde .	Total de serviços sociais e de saúde articulados para desenvolver as ações do CAPS ad	Rede articulada e população atendida de forma adequada
		Participação nos Fóruns de saúde mental nos distritos.	Número de participação no Fórum distrital de saúde mental	Serviços de Saúde Mental discutindo processos e fluxos para melhoria no atendimento à população no Distrito.
		Articulação das ações dos Agentes Redutores de Danos com as equipes dos PSF/PACS	Agentes redutores de danos articulados com equipes de PSF/PACS.	Promoção de ações de Redução de Danos pela atenção básica

**Componente: Controle social e Espaços de co gestão**

<b>OBJETIVO</b>	<b>INSUMOS</b>	<b>ATIVIDADES</b>	<b>PRODUTOS</b>	<b>RESULTADOS IMEDIATOS /INTERMEDIÁRIOS</b>
Promover e apoiar o controle social e os espaços e co-gestão no CAPS ad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipe técnica interdisciplinar</li> <li>- Estrutura física do serviço</li> <li>- Recursos Materiais diversos</li> <li>- Transporte</li> <li>- Supervisão clínico/institucional</li> </ul>	Apoio e fortalecimento das associações de usuários.	Associações de usuários apoiadas.	Controle social recebendo estratégias visando o seu fortalecimento.
		Apoio e fortalecimento do Conselho gestor do CAPSad.	Conselho gestor do CAPSad apoiado.	
		Apoio e estímulo a participação em conferências para trabalhadores e para usuários.	Participação do segmento trabalhador, e do segmento usuário, em conferência estimulada e apoiada.	
		Realização de assembleias com usuários para garantir a sua participação no funcionamento do CAPSad.	Assembleias realizadas.	Espaços de cogestão garantidos.
		Reuniões com os trabalhadores para discutir planejamento e algumas questões administrativas do CAPSad	Reuniões realizadas.	

**Componente: Educação Permanente, Ensino e Pesquisa**

<b>OBJETIVO</b>	<b>INSUMOS</b>	<b>ATIVIDADES</b>	<b>PRODUTOS</b>	<b>RESULTADOS IMEDIATOS /INTERMEDIÁRIOS</b>
<p>Promover a ampliação e a produção de conhecimento, bem como, a incorporação no processo de trabalho e promover e apoiar espaços para formação de conhecimento e integração ensino-serviço</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipe técnica interdisciplinar</li> <li>- Estrutura física do serviço</li> <li>- Recursos Materiais diversos</li> <li>- Transporte</li> <li>- Supervisão clínico/institucional</li> </ul>	<p>Reunião de equipe técnica semanal para discutir a rotina de atendimento e encaminhamento de casos</p>	<p>Reuniões de equipe acontecendo semanalmente</p>	<p>Dinamização e fluidez da prática da equipe.</p>
		<p>Realização de Grupo de estudo nas áreas de redução de danos e substâncias psicoativas</p>	<p>Profissionais participando de estudos mensais</p>	<p>Discussão e reflexão sobre os casos clínicos e dinâmicas de trabalho.</p>
		<p>Realização da Supervisão clínico-institucional quinzenalmente.</p>	<p>Casos clínicos e dinâmicas de trabalho refletidos e discutidos quinzenalmente</p>	<p>Aprimoramento do processo coletivo de trabalho</p>
		<p>Revisão e atualização do Projeto terapêutico do serviço</p>	<p>Projeto Terapêutico revisado e atualizado</p>	
		<p>Participação em eventos científicos diversos, tais como seminários, congressos, encontros e cursos</p>	<p>Equipe de profissionais participando de eventos científicos visando capacitação.</p>	<p>Qualificação profissional dos profissionais do CAPS ad</p>
		<p>Disponibilização de preceptoria para estágios curriculares</p>	<p>Programa de estágio curricular para graduações diversas: Psicologia, Terapia Ocupacional, Enfermagem, Serviço</p>	<p>Formação profissional em equipe interdisciplinar integrada, na área de dependência química estruturada.</p>

			Social, e outros, no CAPS ad	Espaço de formação para alunos em diferentes cursos de nível médio e superior.
		Realização de aulas práticas e visitas no CAPSad por alunos de graduação das universidades e nível técnico	Aulas práticas sendo realizadas no CAPSad de acordo com a disponibilidade.	Favorecer a aproximação e integração ensino-serviço
		Campo de prática de disciplina de medicina preventiva do curso de Medicina e Residência Multiprofissional	Estudantes do internato de Medicina e da Residência multiprofissional acompanhando as ações do CAPS ad	Estudantes da Graduação de Medicina e da Residência multiprofissional conhecendo a assistência no CAPS ad.
		Campo para realização de pesquisas científicas.	Oferecer o espaço do CAPS ad para realização de pesquisas científicas e produção de conhecimento.	Pesquisas científicas sendo realizadas nos CAPS ad

## APENDICE 2.

### MATRIZ DE AVALIAÇÃO DO ARRANJO APOIO MATRICIAL DIMENSÃO ESTRUTURA-CAPSAD

<b>Critérios /indicadores - estrutura</b>	<b>Padrão</b>	<b>Valor máximo esperado =50 pontos</b>	<b>Descrição do valor ou ponto de corte</b>	<b>Observado</b>		<b>Valor alcançado ou atribuído a partir do observado</b>	<b>Julgamento de valor</b>
<b>Formação específica</b>	100%	20	20 pontos se 100% com formação 10 pontos se >50 e <99 05 pontos se <50	I	0%	05	Não implantado
				II	25%	05	Incipiente
				III	0%	05	Não implantado
				IV	25%	05	Incipiente
				V	50%	10	Parcialmente implantado
				VI	20%	05	Não implantado
<b>Equipe interdisciplinar</b>	100%	10	10 pontos se 100% com equipe interdisciplinar 05 pontos se >50 e <99 03 ponto se <50	I	75%	05	Implantado
				II	100%	10	Implantado
				III	75%	05	Implantado
				IV	100%	10	Implantado
				V	100%	10	Implantado
				VI	100%	10	Implantado
<b>Transporte regular</b>	100%	20	20 pontos se 100% com transporte 10 pontos se >50 e <99 05 pontos se <50	I	30%	05	Incipiente
				II	100%	20	Implantado
				III	75%	10	Implantado
				IV	100%	20	Implantado
				V	75%	10	Implantado
				VI	65%	10	Parcialmente implantado

### APÊNDICE 3

#### MATRIZ DE AVALIAÇÃO DO ARRANJO APOIO MATRICIAL DIMENSÃO PROCESSO -CAPSAD

<b>Crítérios/ Indicadores - Processo</b>	<b>Padrão</b>	<b>Valor máximo esperado =50 pontos</b>	<b>Descrição do valor ou ponto de corte</b>	<b>Observado</b>	<b>Valor alcançado ou atribuído a partir do observado</b>	<b>Julgamento de valor</b>	
<b>Discussões sobre matriciament o</b>	100%	04	04 pontos se 100% com discussões sobre o tema 02 pontos se >50 e <99 01 pontos se<50	I	0%	01	Não implantado
				II	100%	04	Implantado
				III	75%	02	Implantado
				IV	75%	02	Implantado
				V	100%	04	Implantado
				VI	100%	04	Implantado
<b>Identificação das necessidades e problemas</b>	100%	03	03 pontos se 100% com necessidades identificadas 02 pontos se >50 e <99 01 ponto se<50	I	75%	02	Implantado
				II	75%	02	Implantado
				III	25%	01	Incipiente
				IV	00	01	Não implantado
				V	100%	03	Implantado
				VI	100%	03	Implantado
<b>Registro do mapeamento</b>	100%	03	03 pontos se 100% com registro 02 pontos se >50 e <99 01 ponto se<50	I	00	01	Não implantado
				II	25%	01	Incipiente
				III	00	01	Não implantado
				IV	00	01	Não implantado
				V	25%	01	Incipiente
				VI	30%	01	Incipiente
<b>Discussão de casos junto com a ESF</b>	100%	05	05 pontos se 100% com discussão de casos 03 pontos se >50 e <99 02 pontos se<50	I	80%	03	Implantado
				II	100%	05	Implantado
				III	00	02	Incipiente
				IV	00	02	Não implantado
				V	25%	02	Incipiente
				VI	30%	02	Incipiente
<b>Elaboração de projetos terapêuticos</b>	100%	05	05 pontos se 100% com elaboração de PTS 03 pontos se >50 e <99 02 pontos	I	70%	03	Parcialmente implantado
				II	100%	05	Implantado
				III	25%	02	Incipiente
				IV	00	02	Não implantado

			se<50	V	25%	02	Incipiente
				VI	100%	05	Implantado
<b>Atendimentos em conjunto com ESF</b>	20%	05	05 pontos se 100% com atendimento	I	70%	02	Parcialmente implantado
				II	100%	05	Implantado
				III	25%	01	Baixo
				IV	00	01	Não implantado
				V	25%	01	Incipiente
				VI	100%	05	Implantado
<b>Visitas domiciliares em conjunto</b>	20%	05	05 pontos se 100% com visitas	I	70%	02	Parcialmente implantado
				II	75%	02	Implantado
				III	25%	01	Incipiente
				IV	25%	01	Incipiente
				V	100%	05	Implantado
				VI	30%	01	Incipiente
<b>Ações educativas</b>	50%	05	05 pontos se 100% com ações educativas	I	70%	02	Parcialmente implantado
				II	50%	02	Parcialmente implantado
				III	00	01	Não implantado
				IV	50%	02	Parcialmente implantado
				V	75%	02	Parcialmente implantado
				VI	00	01	Não implantado
<b>Atividades de educação permanente</b>	100%	05	05 pontos se 100% com atividade de educação permanente	I	70%	03	Parcialmente implantado
				II	100%	05	Implantado
				III	00	01	Não implantado
				IV	00	01	Não implantado
				V	50%	03	Parcialmente implantado
				VI	70%	03	Parcialmente implantado
<b>Articulação para acolhimento e vinculação do usuário no CAPS ad</b>	Está presente	04	05 pontos se 100% com vinculação	I	100%	05	Implantado
				II	100%	05	Implantado
				III	00	01	Não implantado
				IV	00	01	Não implantado
				V	50%	02	Parcialmente implantado
				VI	70%	02	Parcialmente implantado

<b>Encaminhamentos para outros equipamentos</b>	Está presente	02	05 pontos se 100% com encaminhamentos	I	70%	02	Parcialmente implantado
			02 pontos se >50 e <99	II	100%	05	Implantado
			01 ponto se <50	III	75%	02	Implantado
				IV	25%	01	Incipiente
				V	75%	02	Implantado
				VI	100%	05	Implantado
<b>Agendamento dos encontros</b>	100%	02	02 pontos se 100% com agendamento	I	100%	02	Implantado
			01 ponto se >50 e <99	II	100%	02	Implantado
			00 ponto se <50	III	100%	02	Implantado
				IV	75%	01	Implantado
				V	100%	02	Implantado
				VI	100%	02	Implantado
<b>Mudança nas iniciativas para abordar a questão</b>	Está presente	02	02 pontos se 100% com presença de iniciativas	I	70%	01	Parcialmente implantado
			01 ponto se >50 e <99	II	75%	01	Implantado
			00 ponto se <50	III	25%	00	Não implantado
				IV	50%	01	Parcialmente implantado
				V	50%	01	Parcialmente implantado
				VI	100%	02	Implantado

## APÊNDICE 4

### MATRIZ DE JULGAMENTO - EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Critérios /indicadores - estrutura	Padrão	Valor máximo esperado =50 pontos	Descrição do valor ou ponto de corte	Observado		Valor alcançado ou atribuído a partir do observado	Julgamento de valor
				DS			
<b>Formação específica</b>	100%	30	30 pontos se 100% com formação 20 pontos se >50 e <99 10 ponto se <50	I	00	10	Não implantado
				II	50%	20	Parcialmente Implantado
				III	50%	20	Parcialmente Implantado
				IV	00	10	Não implantado
				V	30%	10	Incipiente
				VI	35%	10	Incipiente
<b>Equipe completa</b>	100%	20	20 pontos se 100% com equipe completa 10 pontos se >50 e <99 05 pontos se <50	I	50%	10	Parcialmente Implantado
				II	75%	10	Implantado
				III	75%	10	Implantado
				IV	50%	10	Parcialmente Implantado
				V	30%	05	Incipiente
				VI	50%	10	Parcialmente Implantado

## APÊNDICE 5

### MATRIZ DE AVALIAÇÃO DO ARRANJO APOIO MATRICIAL DIMENSÃO PROCESSO -ESF'S

<b>Critérios/ Indicadores - Processo</b>	<b>Padrão</b>	<b>Valor máximo esperado =50 pontos</b>	<b>Descrição do valor ou ponto de corte</b>	<b>Observado DS</b>	<b>Valor alcançado ou atribuído a partir do observado</b>	<b>Julgamento de valor</b>
<b>Discussões sobre matriciamento</b>	100%	03	03 pontos se 100%	I 50%	02	Parcialmente Implantado
			com discussões sobre o tema	II 100%	03	Implantado
			02 pontos se >50 e <99	III 100%	03	Implantado
			01 pontos se <50	IV 75%	02	Implantado
				V 77%	02	Implantado
				VI 100%	03	Implantado
<b>Identificação das necessidades e problemas</b>	100%	05	05 pontos se 100%	I 100%	05	Implantado
			com necessidades identificadas 03 pontos se >50 e <99	II 100%	05	Implantado
			01 ponto se <50	III 100%	05	Implantado
				IV 75%	03	Implantado
				V 75%	03	Implantado
				VI 80%	03	Implantado
<b>Registro do mapeamento</b>	100%	02	02 pontos se 100%	I 50%	01	Parcialmente Implantado
			com registro	II 25%	00	Incipiente
			01 ponto se >50 e <99	III 50%	01	Parcialmente Implantado
			00 ponto se <50	IV 75%	01	Implantado
				V 30%	00	Incipiente
				VI 50%	01	Parcialmente Implantado
<b>Discussão de casos junto com o CAPS ad</b>	100%	05	05 pontos se 100%	I 50%	02	Parcialmente Implantado
			com discussão de casos	II 100%	05	Implantado
			02 pontos se >50 e <99	III 75%	02	Implantado
			01 pontos	IV 0%	01	Não implantado
				V 0%	01	Não implantado

			se<50	VI	50%	02	Parcialmente Implantado
<b>Elaboração de projetos terapêuticos</b>	100%	05	05 pontos se 100%	I	0%	01	Não implantado
			com elaboração de PTS	II	100%	05	Implantado
			02 pontos se >50 e <99	III	75%	02	Implantado
			01 pontos se <50	IV	0%	01	Não implantado
				V	0%	01	Não implantado
				VI	40%	01	Incipiente
<b>Atendimentos em conjunto com ESF</b>	20%	05	05 pontos se 20%	I	50%	05	Parcialmente Implantado
			com atendimento	II	75%	05	Implantado
			02 pontos se >20 e <10	III	25%	05	Incipiente
			01 ponto se <10	IV	25%	05	Incipiente
				V	33%	05	Incipiente
				VI	17%	02	Não implantado
<b>Visitas domiciliares em conjunto</b>	20%	05	05 pontos se 20%	I	50%	05	Parcialmente Implantado
			com visitas	II	75%	05	Implantado
			02 pontos se >10 e <19	III	100%	05	Implantado
			01 ponto se <05	IV	0%	01	Incipiente
				V	33%	05	Incipiente
				VI	0%	01	Não implantado
<b>Ações educativas</b>	50%	05	05 pontos se 50%	I	50%	05	Parcialmente Implantado
			com ações educativas	II	75%	05	Implantado
			02 pontos se >30 e <20	III	75%	05	Implantado
			01 ponto se <10	IV	00	01	Não implantado
				V	25%	02	Incipiente
				VI	20%	02	Não implantado
<b>Atividades de educação permanente</b>	100%	05	05 pontos se 100%	I	50%	02	Parcialmente Implantado
			com atividade de educação permanente	II	100%	05	Implantado
			02 pontos se >50 e <99	III	75%	02	Implantado
			01 ponto	IV	0%	01	Não implantado
				V	30%	01	Incipiente

			se<50	VI	35%	01	Incipiente
<b>Articulação para acolhimento e Vinculação do usuário no CAPS ad</b>	Está presente	02	02 pontos se 100% com vinculação	I	50%	01	Parcialmente Implantado
			01 pontos se >50 e <99	II	100%	02	Implantado
			00 ponto se <50	III	50%	01	Parcialmente Implantado
				IV	25%	00	Incipiente
				V	60%	01	Parcialmente Implantado
				VI	35%	00	Incipiente
<b>Encaminhamentos para outros equipamentos</b>	Está presente	03	03 pontos se 100% com encaminhamentos	I	50%	02	Parcialmente Implantado
			02 pontos se >50 e <99	II	0%	01	Não implantado
			01 ponto se <50	III	100%	03	Implantado
				IV	25%	01	Incipiente
				V	70%	02	Parcialmente Implantado
				VI	35%	01	Incipiente
<b>Agendamento dos encontros</b>	100%	02	02 pontos se 100% com agendamento	I	100%	02	Implantado
			01 pontos se >50 e <99	II	100%	02	Implantado
			00 ponto se <50	III	50%	01	Parcialmente Implantado
				IV	50%	01	Parcialmente Implantado
				V	35%	00	Não implantado
				VI	80%	01	Implantado
<b>Abordar a questão de álcool/drogas na rotina de trabalho</b>	Está presente	03	03 pontos se 100% com presença de iniciativas	I	100%	03	Implantado
			02 pontos se >50 e <99	II	100%	03	Implantado
			01 ponto se <50	III	100%	03	Implantado
				IV	100%	03	Implantado
				V	100%	03	Implantado
				VI	80%	02	Implantado

## APENDICE 6



### INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO MATRICIAMENTO DO CAPS AD NA CIDADE DO MUNICÍPIO DE RECIFE-PE.

#### PARTE 1 – IDENTIFICAÇÃO E CONTEXTO

##### DADOS GERAIS

1. Número do Questionário: \_\_\_\_\_
2. Data da Entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
3. Entrevistado: \_\_\_\_\_
4. Há quanto tempo trabalha neste serviço \_\_\_\_\_

##### CARACTERIZAÇÃO DA USF/

- 1.Nome da Unidade: \_\_\_\_\_
2. Número de Equipe: \_\_\_\_\_
- 3.Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_

#### PARTE 2 - ESTRUTURA

1. Quanto tempo trabalha na atenção básica-\_\_\_\_\_
2. Possui equipe completa?  
Sim( ) Não( )
- 3.Capacitação específica com relação ao matriciamento?  
Sim( ) Não( )
- 4.Considera suficiente?  
Sim( ) Não( )
- 5 Sente necessidade de capacitação neste tema?  
Sim( ) Não( )
- 6.O tema matriciamento é alvo de discussão nas reuniões ?  
Sim( ) Não( )
- 7.Considera a equipe disponível para a ação do matriciamento?  
Sim( ) Não( )

#### PARTE 2.1 - ATIVIDADE

**1. Desenvolve ações educativas para abordar problemas vinculados ao abuso de álcool, tabaco e outras drogas em conjunto com as Equipes do CAPS ad**

Sim( ) Não( ) Quantas por mês? \_\_\_\_\_

**2. Qual a abordagem utilizada?**

Campanhas educativas com a comunidade? Sim( ) Não( ) Onde? \_\_\_\_\_

Palestras para os usuários do posto? Sim Não Quantas por mês? \_\_\_\_\_

Participação nos grupos já existentes na unidade? Sim( ) Não( ) Quantos grupos? \_\_\_\_\_

**3. Quais os profissionais envolvidos nas ações preventivas?**

Médico( ) Enfermeiro ( ) Auxiliar de enfermagem ( ) ACS ( ) Todos ( )

**3. Consegue identificar/ apontar quais as necessidades e problemas com relação ao uso abusivo de álcool e drogas no território da ESF**

Sim( ) Não( )

**4. Utiliza algum instrumento/registro do mapeamento do território**

Sim( ) Não( )

**5. Discussões periódicas de casos junto com o apoio matricial do CAPS ad**

Sim( ) Não( ) Quantas por mês \_\_\_\_\_

**6. Elaboração de projetos terapêuticos singulares junto com o apoio matricial do CAPS ad**

Sim( ) Não( ) Quantos por mês \_\_\_\_\_

**7. Acompanhamento de projetos terapêuticos singulares junto com o apoio matricial do CAPS ad**

Sim( ) Não( )

**8. atendimentos realizados em conjunto com o apoio matricial do CAPS ad**

Sim( ) Não( ) Quantos por mês \_\_\_\_\_

Quais os profissionais envolvidos nos atendimentos?

Médico( ) Enfermeiro ( ) Auxiliar de enfermagem ( ) ACS ( ) Todos ( )

**9. Visitas domiciliares realizadas em conjunto com o apoio matricial do CAPS ad**

Sim( ) Não( ) Quantas por mês \_\_\_\_\_

Quais os profissionais envolvidos nas visitas?

Médico( ) Enfermeiro ( ) Auxiliar de enfermagem ( ) ACS ( ) Todos ( )

**10. Atividades de educação permanente do matriciamento**

Sim( ) Não( ) Quantas por mês \_\_\_\_\_

Quais estratégias usadas

Discussão de casos ( ) Sensibilização sobre o tema da dependência química ( ) Discussão de textos ( ) Rodas de conversa ( ) Palestras ( ) Outras ( )

Quais os profissionais envolvidos nas ações?

Médico( ) Enfermeiro ( ) Auxiliar de enfermagem ( ) ACS ( ) Todos ( )

**11. Os casos discutidos com as equipes se vinculam ou já foram vinculados ao CAPS ad**

Sim( ) Não( ) Todos ( ) Quantos \_\_\_\_\_

**12. Articulação para o acolhimento no CAPS Ad destes casos discutidos com as equipes**

Sim( ) Não( )

**13. Além do CAPS ad, ocorre outros encaminhamentos definidos nos projetos terapêuticos discutidos junto com o apoio matricial do CAPS ad**

Sim( ) Não( ) Quais

AA/NA ( ) Assistência social ( ) Unidades de desintoxicação ( ) Policlínicas ( ) Outras Unidades de Saúde ( ) Outros ( )

**14. Os encontros com o apoio matricial do CAPS ad são agendados**

Sim( ) Não( )

Semanais ( ) Quinzenais ( ) Mensais ( )

**15. A Equipe reagem positivamente ao matriciamento**

Sim( ) Não( )

**16. A equipe manifestam iniciativas para abordar a questão na sua rotina**

Sim( ) Não( ) Quais

A ESF realiza o diagnóstico clínico ( ) Desintoxicação domiciliar ( ) abordagem nos atendimentos( ) abordagem nas visitas ( ) Inclusão do tema nos grupos existentes na Unidade ( hipertensão/diabetes, gestantes, adolescentes,idosos,etc) ( ) Acolhimento e acompanhamento dos usuários egressos do CAPS Ad( ) Criação de grupos de discussão sobre drogas na Unidade ( ) palestras ou atividades educativas sobre drogas/ Redução de danos na comunidade ( ) Mantém o acompanhamento de casos resistentes/complexos ( )

### **PARTE 3- CONTEXTO**

**Considera que o matriciamento possa contribuir para sua atuação profissional?**

**SIM** ( ) **Não** ( )

**Como?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Considera que houve mudança nas relações entre ESF's e CAPS ad após o início do apoio matricial no território? SIM ( ) Não ( )**

**Quais?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Considera que o matriciamento recebe apoio para sua realização?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Em sua opinião, quais as dificuldades da implantação do matriciamento do CAPS ad no território?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Em sua opinião, quais as potencialidades para a implantação do matriciamento do CAPS ad no território?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**APENDICE 7****INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO  
MATRICIAMENTO DO CAPS AD NA CIDADE DO MUNICÍPIO  
DE RECIFE-PE.****PARTE 1 – IDENTIFICAÇÃO E CONTEXTO****DADOS GERAIS**

1. Número do Questionário: \_\_\_\_\_
2. Data da Entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
3. Entrevistado: CAPS ad \_\_\_\_\_
4. Há quanto tempo trabalha neste serviço \_\_\_\_\_

**CARACTERIZAÇÃO DO CAPS ad/**

- 1.Nome da Unidade: \_\_\_\_\_
- 2.Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_

**PARTE 2 - ESTRUTURA**

1. Possui transporte com regularidade?  
Sim( ) Não( )
2. Possui equipe técnica interdisciplinar?  
Sim( ) Não( )
- 3.Capacitação específica com relação ao matriciamento?  
Sim( ) Não( )
- 4.Considera suficiente?  
Sim( ) Não( )
- 5 Sente necessidade de capacitação neste tema?  
Sim( ) Não( )
- 6.O tema matriciamento é alvo de discussão nas reuniões clínicas/técnicas e/ou supervisão clínico institucional?  
Sim( ) Não( )

7. Considera a equipe disponível para a ação do matriciamento?

Sim( ) Não( )

## **PARTE 2.1 - ATIVIDADE**

**1. Desenvolve ações educativas para abordar problemas vinculados ao abuso de álcool, tabaco e outras drogas em conjunto com as Equipes do Saúde da Família**

Sim( ) Não( ) Quantas por mês? \_\_\_\_\_

**2. Qual a abordagem utilizada?**

Campanhas educativas com a comunidade? Sim( ) Não( ) Onde? \_\_\_\_\_

Palestras para os usuários do posto? Sim Não Quantas por mês? \_\_\_\_\_

Participação nos grupos já existentes na unidade? Sim( ) Não( ) Quantos grupos? \_\_\_\_\_

**3. Quais os profissionais envolvidos nas ações preventivas?**

Médico( ) Enfermeiro ( ) Auxiliar de enfermagem ( ) ACS ( ) Todos ( )

**3. Consegue identificar/ apontar quais as necessidades e problemas com relação ao uso abusivo de álcool e drogas no território das ESF**

Sim( ) Não( )

**4. Utiliza algum instrumento/registro do mapeamento do território**

Sim( ) Não( )

**5. Discussões periódicas de casos junto com as ESF**

Sim( ) Não( ) Quantas por mês \_\_\_\_\_

**6. Elaboração de projetos terapêuticos singulares junto com as ESF**

Sim( ) Não( ) Quantos por mês \_\_\_\_\_

**7. Acompanhamento de projetos terapêuticos singulares**

Sim( ) Não( )

**8. Atendimentos realizados em conjunto com as ESF**

Sim( ) Não( ) Quantos por mês \_\_\_\_\_

Quais os profissionais envolvidos nos atendimentos?

Médico( ) Enfermeiro ( ) Auxiliar de enfermagem ( ) ACS ( ) Todos ( )

**9. Visitas domiciliares em conjunto com as ESF**

Sim( ) Não( ) Quantas por mês \_\_\_\_\_

Quais os profissionais envolvidos nas visitas?

Médico( ) Enfermeiro ( ) Auxiliar de enfermagem ( ) ACS ( ) Todos ( )

**10. Atividades de educação permanente**

Sim( ) Não( ) Quantas por mês \_\_\_\_\_

Quais estratégias usadas

Discussão de casos ( ) Sensibilização sobre o tema da dependência química( ) Discussão de textos ( ) Rodas de conversa ( ) Palestras ( ) Outras ( )

Quais os profissionais envolvidos nas ações?

Médico( ) Enfermeiro ( ) Auxiliar de enfermagem ( ) ACS ( ) Todos ( )

**11. Os casos discutidos com as equipes se vinculam ou já foram vinculados ao CAPS ad**

Sim( ) Não( ) Todos ( ) Quantos \_\_\_\_\_

**12. Articulação para o acolhimento no CAPS Ad destes casos discutidos com as equipes**

Sim( ) Não( )

**13. Além do CAPS ad, ocorre outros encaminhamentos definidos nos projetos terapêuticos discutidos com as ESF's**

Sim( ) Não( ) Quais

AA/NA ( ) Assistência social ( ) Unidades de desintoxicação ( ) Policlínicas ( ) Outras Unidades de Saúde ( ) Outros ( )

**14. Os encontros com as ESF's são agendados**

Sim( ) Não( )

Semanais ( ) Quinzenais ( ) Mensais ( )

**15. As Equipes se reagem positivamente ao matriciamento**

Sim( ) Não( )

**16. As equipes manifestam iniciativas para abordar a questão na sua rotina**

Sim( ) Não( ) Quais

A ESF realiza o diagnóstico clínico ( ) Desintoxicação domiciliar ( ) abordagem nos atendimentos( ) abordagem nas visitas ( ) Inclusão do tema nos grupos existentes na Unidade ( hipertensão/diabetes, gestantes, adolescentes,idosos,etc) ( ) Acolhimento e acompanhamento dos usuários egressos do CAPS Ad( ) Criação de grupos de discussão sobre drogas na Unidade ( ) palestras ou atividades educativas sobre drogas/ Redução de danos na comunidade ( ) Mantém o acompanhamento de casos resistentes/complexos ( )



**Em sua opinião, quais as potencialidades para a implantação do matriciamento do CAPS ad no território?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## APÊNDICE 8

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. está sendo convidado (a) a participar da pesquisa ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DO MATRICIAMENTO DO CAPS AD NA CIDADE DO RECIFE. Para tanto, é necessário que leia este documento com atenção. Caso haja alguma dúvida, peça ao responsável pelo estudo para explicar qualquer palavra ou procedimento que não esteja devidamente esclarecido para você.

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar o grau de implantação do matriciamento nos CAPS ad da Cidade do Recife. A metodologia do estudo compreenderá uma avaliação abrangendo os componentes de estrutura e processo onde serão entrevistados os profissionais diretamente envolvidos no Matriciamento, utilizando-se um questionário semi estruturado construído a partir das normas preconizadas por instrumentos oficiais. Sua participação não é obrigatória e sua recusa não lhe trará nenhum constrangimento ou prejuízo em relação aos pesquisadores e com as instituições participantes. A qualquer momento da pesquisa você pode desistir de participar e retirar o seu consentimento.

Os procedimentos que serão realizados durante o trabalho serão: explicação aos entrevistados sobre os objetivos da pesquisa, coleta da assinatura do entrevistado no termo de consentimento livre e esclarecido, aplicação da entrevista.

Até então não foram encontrados, na literatura, riscos neste tipo de pesquisa. No entanto, vale enfatizar que pode haver riscos de constrangimento para os participantes. A pesquisa pretende gerar conhecimento que sirva de subsídio aos gestores da política municipal de álcool, fumo e outras drogas de forma a obter impacto sobre a qualidade de vida da população.

A pesquisadora responsável, Magda da Silva Figueiroa, psicóloga, estudante de pós-graduação stricto sensu do Programa Pós-Graduação do Instituto Materno Infantil - IMIP, residente a Rua Luiz Avelino de Andrade, 193 - Campo Grande Recife, telefone – 86517148, estará a disposição para responder e esclarecer qualquer dúvida que eu tenha em relação aos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados à pesquisa.

A minha participação é voluntária e estou ciente que poderei desistir de participar a qualquer momento, sem que isso traga qualquer tipo de prejuízo à minha pessoa.

Os dados obtidos poderão ser divulgados em eventos científicos, porém a minha identidade será mantida em sigilo.

Os gastos com a realização da pesquisa serão custeados pela pesquisadora responsável. Será entregue uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a minha pessoa.

\_\_\_\_\_

nome do voluntário

\_\_\_\_\_

RG.

\_\_\_\_\_

assinatura do voluntário

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido

COMITÊ DE ÉTICA DE PESQUISA DO IMIP

FONE: 21224756



**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE**

**MAGDA DA SILVA FIGUEIROA**

**APOIO MATRICIAL DO CAPS AD NA CIDADE DO  
RECIFE: ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO**

RECIFE  
2012

Orientador: JOSÉ EULÁLIO CABRAL FILHO

Coorientador: YLUSKA ALMEIDA COELHO DOS REIS

**RESUMO**

**OBJETIVOS-** Analisar a implantação da intervenção apoio matricial dos Centros de Atenção Psicossocial ad da Cidade do Recife.

**METODO-** Foi realizada uma avaliação normativa com a identificação de fatores de contexto que interferem nas ações da intervenção. A partir da construção do modelo lógico da intervenção, foi elaborada uma matriz de julgamento. Então, buscou-se entender a implantação da intervenção através das percepções dos profissionais das equipes da saúde da familiar e dos CAPS ad. Além de classificar do grau de identificação, foram identificados fatores do contexto que podem interferir na implantação da intervenção.

**RESULTADOS-** Observou-se que a intervenção matriciamento encontra-se parcialmente implantada. Na dimensão estrutura, o indicador mais crítico consiste na formação específica. Na dimensão processo, as maiores dificuldades foram o registro do mapeamento do território, a discussão de casos e elaboração de projetos terapêuticos singulares. Com relação aos elementos contextuais, percebeu-se que a intervenção recebe o apoio da gestão. Porém, as dificuldades em lidar com o tema no território, a

sobrecarga de trabalho e a necessidade de reorganização do processo de trabalho representam os maiores obstáculos para a implantação.

**CONCLUSÃO-** Recomenda-se, assim, o apoio na formação dos profissionais para que as atividades indispensáveis a uma adequada implantação desta intervenção sejam realizadas em sua plenitude.

**Palavras-chave:** Apoio Matricial; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Serviços de Saúde mental: Avaliação em Saúde.

### **ABSTRACT**

**OBJECTIVES** - To analyze the matrix support implantation intervention from the Psychosocial Care Centers ad of Recife City.

**METHOD** – A normative evaluation was performed with the context factors identification that interferes in the actions of the intervention. From the construction of the logical model of the intervention was elaborated a trial pattern. So, we tried to understand the intervention implantation by the professionals perceptions from the family health teams and CAPS ad. Beyond to classifying the degree of implantation, context factors were identified that may interfere with the intervention implantation.

**RESULTS** – We noticed that the matricial intervention is partially implanted. In the structure dimension, the most critical indicator consists in specific training. In the process dimension, the main difficulties were the territory mapping record, the discussion of cases and development of singular therapeutic projects. With regard to contextual elements, it was noted that the intervention receives the management support. However, the difficulties in dealing with the theme in the territory, the work overload and the need to reorganize the work process represent major obstacles to the implantation.

**CONCLUSION** - It is clear the need to support the professionals training so that the essential activities for a proper implementation of this intervention are carried out in its fullness.

**Keywords:** Matrix Support; Disorders Related to the Substance Usage, Mental Health Services: Assessment in Health

## INTRODUÇÃO

O consumo crescente de drogas psicoativas constitui no mundo um grave problema que atinge vários segmentos da sociedade, com impacto sobre os índices de violência e acidentes, consequências clínicas e psiquiátricas, comprometimento da vida escolar e profissional e outros riscos psicossociais. Outro aspecto relevante é que existe uma tendência mundial de para o uso cada vez mais precoce e intenso destas substâncias psicoativas<sup>01</sup>.

Nessa perspectiva, foi implantada a Política de Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas<sup>02</sup>. Com relação às intervenções, propõe o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, com o foco no indivíduo e seu contexto sociocultural, buscando desestimular o uso das drogas, incentivar a diminuição do consumo, diminuir os riscos e danos, através da ampliação, articulação e fortalecimento das redes sociais<sup>03</sup>. Prevê espaços de tratamento especializados onde estão contemplados os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), os paradigmas da reforma psiquiátrica e os conceitos norteadores da redução de danos, como Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), regulamentados pela Portaria nº 336/GM/2002<sup>04</sup>. Os CAPS para Usuários de Álcool e Drogas (CAPS ad) são responsáveis pelas ações de tratamento e prevenção voltadas para o uso abusivo/dependência de álcool e outras drogas<sup>5</sup>.

Diante deste contexto, a Secretaria de Saúde de Recife implementou a Política de Atenção ao Usuário de Álcool, Fumo e outras drogas, denominada de Programa + Vida - Redução de Danos no consumo de álcool, fumo e outras drogas. Esta tem como objetivo oferecer uma rede descentralizada e hierarquizada, de serviços e cuidados em saúde que visem à promoção, proteção específica, tratamento e reabilitação para usuários e/ou para familiares<sup>05</sup>.

Em 2009, Recife adota nas ações de saúde a política intitulada *Recife em Defesa da Vida*, reforçando as diretrizes do HumanizaSUS, tais como acolhimento, clínica ampliada e projeto terapêutico singular no processo de trabalho a ser desenvolvido nas unidades de saúde. Neste sentido, arranjos institucionais foram definidos para o estreitamento da relação entre a rede de atenção primária e os serviços especializados, dentre os quais destaca-se o Apoio matricial, cujo objetivo é aumentar as possibilidades de realização de uma clínica ampliada e de uma integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. Essa metodologia pretende assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, mas também investir na construção de autonomia dos usuários<sup>06</sup>. Este arranjo viabiliza o suporte técnico e pedagógico em áreas específicas para as equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde, assegurando uma retaguarda especializada para o enfrentamento dos problemas de saúde.

Como todo processo de mudança, alguns desafios já se apresentam. Pois, compartilhar responsabilidades envolve a construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, com a articulação de diferentes saberes em torno do comum. Propõe a ampliação do objeto de trabalho, da concepção do processo saúde-doença-intervenção e a afirmação da saúde como direito. Além disso, a questão do consumo de drogas costuma suscitar os preconceitos, medos e sentimentos, e que, muitas vezes, influenciam o atendimento.

Neste sentido, este trabalho, pretende oferecer informações que sirvam de subsídios para a formulação e avaliação de políticas públicas de saúde, evidenciar as fragilidades e potencialidades deste arranjo institucional pelos CAPS ad, a fim de corrigir e/ou redirecionar ações e recursos para aumentar o impacto da intervenção na comunidade. Este trabalho visa avaliar o grau de implantação do componente

matriciamento, considerando a interface entre atenção primária e os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas- CAPS ad, na cidade do Recife e identificar os entraves e dificuldades na implementação do matriciamento junto à atenção primária, bem como os fatores de contexto que facilitam ou dificulta a implantação do matriciamento.

## **MÉTODOS**

Foi realizada uma avaliação normativa, comparando os recursos empregados e sua organização e os serviços, com critérios e normas<sup>07</sup>, no período de dezembro de 2010 a abril de 2012. A área de estudo foi o município do Recife, capital do estado de Pernambuco, a qual é dividida em seis Distritos Sanitários, cada um possui um CAPS ad<sup>08</sup>. O número de equipes que compõem os CAPS ad varia de acordo com os turnos de atendimento, sendo uma equipe para cada turno. Com também varia o número Equipes de Saúde da Família (ESF) por território.

Este estudo foi composto das seguintes etapas: (1) elaboração da matriz de avaliação do componente matriciamento do CAPS ad; (2) avaliação do grau de implantação do componente matriciamento do CAPS ad e (3) identificação de fatores que podem interferir na implantação da intervenção.

Foram elaboradas duas matrizes de avaliação do componente matriciamento, uma para o CAPS ad, e outra para as ESF, contendo as dimensões, os critérios, os indicadores e os padrões de avaliação do matriciamento, com referência no modelo lógico desta intervenção (Fig. 01). Este modelo foi elaborado a partir da revisão da literatura especializada e da normatização que regula a Política de Saúde Mental e o SUS, consistindo no desenho da intervenção (matriciamento CAPS ad) com seus componentes e de sua forma de operacionalização<sup>09</sup>. Posteriormente foram consolidadas em uma matriz de avaliação da intervenção matriciamento.

A matriz de análise embasou o questionário, que permitiu verificar o grau de implantação das ações do matriciamento do CAPS ad, a partir de entrevistas com informantes-chaves. Assim como as principais dificuldades e potencialidades deste arranjo no território. Foi também avaliado como os profissionais percebem o apoio da gestão para a intervenção a ser executada e como o apoio matricial pode contribuir na prática da assistência ao usuário e seus familiares no território.

Foram realizadas entrevistas com 04 profissionais de nível superior de cada equipe dos CAPS ad que trabalham no período diurno, e 10% das ESF cada Distrito Sanitário. Nestas foram realizadas entrevistas com 01 profissional de nível superior.

Para o julgamento do grau de implantação foram atribuídos valores a cada um dos indicadores da matriz de avaliação, sendo conferida a pontuação quando da sua realização, apontada por meio das entrevistas com os profissionais.

A classificação do grau de implantação foi dada de acordo com os seguintes pontos de corte, utilizados por Viera da Silva<sup>10</sup>: I) Implantado (de 75 a 100%); II) Parcialmente implantado (de 50 a 74%); III) Baixo (de 25 a 49%); e IV) Incipiente (abaixo de 24%).

Além das entrevistas, foi realizada a análise dos documentos de gestão municipal para identificar que dificuldades podem interferir no processo de implantação. Estas questões foram colocadas tanto para os profissionais dos CAPS ad quanto para os das ESF para compreender os dois pontos de vista sobre a mesma intervenção.

A pesquisa teve a anuência da Secretaria de Saúde do Recife e submetida à avaliação do Comitê de Ética do IMIP, e aprovada em reunião de 13 de abril de 2011. Como também, os profissionais que participaram do estudo foram convidados a preencher um termo de consentimento livre e esclarecido após serem devidamente esclarecidos sobre o mesmo.

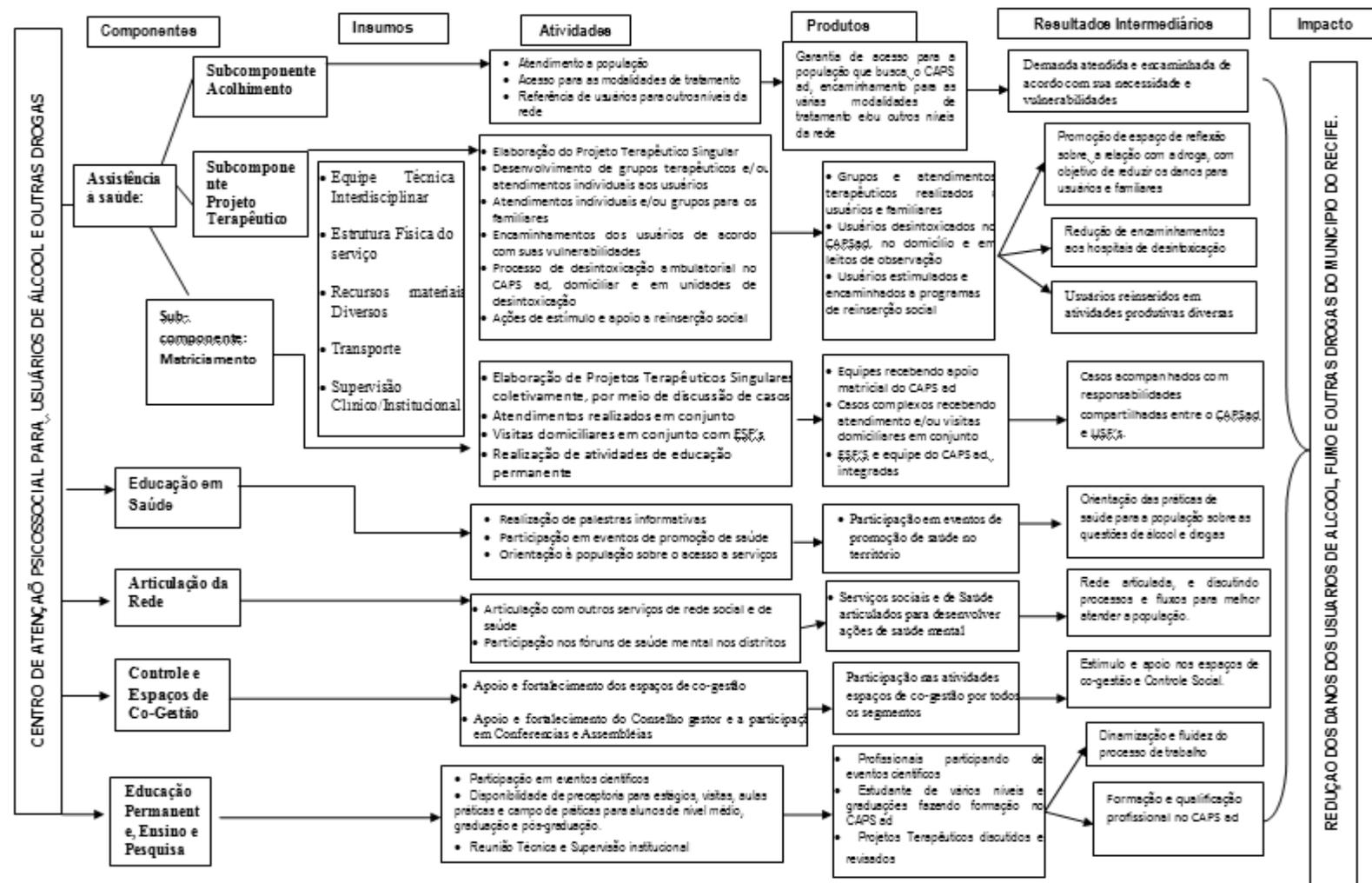


Figura 1 – Modelo lógico do Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas.

## RESULTADOS

Considerando a complexidade da intervenção estudada, que envolve a modificação do processo de trabalho e a prática técnico-profissional em dois serviços, os resultados apresentados na matriz de julgamento (Quadro 1), permitem identificar os aspectos da implantação do matriciamento que necessitam de maior atenção, bem como aqueles onde esta intervenção está mais fortalecida.

Com relação à dimensão **estrutura**, o arranjo apoio matricial encontra-se, de forma geral, implantado na cidade do Recife. Contudo, chama a atenção o fato de a formação específica apresentar-se incipiente em todos os Distritos Sanitários.

Na dimensão **processo**, as diferenças entre os Distritos Sanitários aparecem de forma mais exacerbada, sugerindo que a intervenção foi introduzida de forma heterogênea no município. Atividades que se propõem a uma maior aproximação entre as instâncias como discussões em conjunto de casos, ações de educação permanente e promoção de ações educativas apresentam-se parcialmente implantados. Salienta-se que há dificuldades da equipe em registrar e mapear o território, que se encontram incipientes. Os indicadores de identificação das necessidades e problemas e a abordagem da questão de álcool e drogas na rotina de trabalho foram apresentados como implantados.

.

CRITÉRIOS/ INDICADORES		ESTRUTURA Valor máximo esperado =50 pontos						
		DS I	DS II	DSIII	DSIV	DS V	DSVI	RECIFE
Formação específica	VO	0%	40%	25%	15%	40%	30%	25%
	VA	05	05	05	05	05	05	05
Equipe completa	VO	50%	75%	75%	50%	30%	50%	60%
	VA	00	05	05	00	00	00	05
Equipe interdisciplinar	VO	75%	100%	75%	100%	100%	100%	92%
	VA	05	10	05	10	10	10	05
Transporte regular	VO	30%	100%	75%	100%	75%	65%	75%
	VA	05	15	10	15	10	10	10
CRITÉRIOS/ INDICADORES		PROCESSO Valor máximo esperado =50 pontos						
		DS I	DS II	DSIII	DSIV	DS V	DSVI	RECIFE
Discussão sobre matriciamento	VO	25%	100%	90%	75%	90%	100%	80%
	VA	01	05	03	03	03	05	03
Identificação das necessidades e problemas	VO	85%	85%	65%	35%	85%	90%	75%
	VA	02	02	02	01	02	02	02
Registro do mapeamento	VO	25%	30%	25%	35%	30%	40%	30%
	VA	00	00	00	00	00	00	00
Discussão de casos	VO	60%	100%	50%	40%	15%	75%	60%
	VA	03	05	03	01	01	03	03
Elaboração de projetos terapêuticos	VO	35%	100%	40%	0%	15%	70%	45%
	VA	00	03	00	00	00	01	00
Atendimento em conjunto	VO	60%	75%	25%	15%	45%	25%	40%
	VA	03	03	01	01	01	01	01
Visitas domiciliares em conjunto	VO	60%	75%	65%	10%	65%	15%	50%
	VA	02	02	02	01	02	01	02
Ações educativas	VO	60%	65%	85%	25%	50%	10%	50%
	VA	02	02	02	01	02	01	02
Atividades de educação permanente	VO	60%	100%	40%	0%	50%	55%	50%
	VA	02	05	01	01	02	02	02
Articulação p/ acolhimento e vinculação do usuário no CAPS ad	VO	75%	90%	70%	25%	80%	65%	70%
	VA	01	01	01	00	01	01	01
Encaminhamento para outros equipamentos	VO	60%	50%	90%	25%	75%	70%	60%
	VA	02	02	02	00	02	02	02
Agendamento dos encontros	VO	100%	100%	75%	65%	65%	90%	85%
	VA	02	02	01	01	01	01	01
Abordar a questão de álcool/drogas na rotina de trabalho	VO	100%	100%	100%	100%	100%	80%	95%
	VA	05	05	05	05	05	02	0201
Mudança nas iniciativas p/ abordar a questão	VO	75%	100%	25%	25%	75%	100%	65%
	VA	01	02	00	00	01	02	01

Quadro 1 - Matriz de julgamento do arranjo apoio matricial na cidade do Recife.

VO= Valor observado

VA= Valor atribuído

\_ Implantado – 75 a 100%

\_ Parcialmente Implantado– 50 a 74 %

\_ Baixo – 25 a 49%

\_ Incipiente &lt; 24%

Os elementos do contexto identificados demonstram que a intervenção recebe o apoio da gestão e é percebida como uma contribuição importante para a clínica ampliada. Contudo, as dificuldades relacionadas a lidar com o tema no território, a sobrecarga de trabalho e a necessidade de organização dos processos de trabalho nos serviços são colocadas como principais obstáculos para a implantação. Recomenda-se, portanto, o apoio na formação dos profissionais para que as atividades indispensáveis a uma adequada implantação desta intervenção sejam realizadas em sua plenitude.

## **CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES**

Percebe-se que a intervenção apoio matricial do CAPS ad encontra-se em fase de implantação, visto que se trata de uma iniciativa relativamente recente da gestão. Por representar uma mudança na ampliação da clínica, no paradigma do cuidado e da articulação interinstitucional, exige de ambas as instituições (CAPS e ESF) aproximação, articulação, construção conjunta e negociada dos projetos terapêuticos e intervenções educativas. Esse diálogo deve estar presente de forma contínua e constante, para haver consistência na intervenção.

Por isso, o grande desafio para a avaliação é conseguir incorporar nas suas estratégias os pontos de vista de atores em diferentes posições, a fim de fornecer às instâncias de decisão as informações de que precisam para fazer um julgamento o mais amplo possível<sup>11</sup>.

Diante deste cenário, o presente trabalho se propõe a realizar uma avaliação normativa do arranjo institucional apoio matricial realizado pelos CAPS ad da cidade do

Recife levando em consideração fatores contextuais, que serão discutidos no próximo capítulo.

Para os profissionais do CAPS ad, ir ao território e interagir com ele através das equipes do PSF, representa a ação extramuros, preconizada pela reforma psiquiátrica. Para as equipes da atenção básica, a proposta revela o alargamento do olhar para o usuário com dependência química de maneira mais integral. Ainda assim, como em todo processo de mudança, encontram-se presentes as resistências, o desconhecimento frente às novas práticas e a reorganização dos processos de trabalho, além do investimento estrutural e técnico obrigatório para a execução da intervenção.

Este estudo aponta que a intervenção apoio matricial é percebida pelos trabalhadores de ambas as instituições como uma estratégia de articulação e suporte para a consolidação da rede de assistência, com resultados visíveis para o usuário. Entretanto, se faz necessária atenção para alguns aspectos que se apresentam como dificultadores da intervenção.

Em Recife, pesquisas avaliativas dos serviços e programas de saúde já se fazem presentes. Em 2005, Bezerra<sup>12</sup>, no estudo sobre a análise de implantação das ações de vigilância epidemiológica na perspectiva de Programa Saúde da Família, identificou as dificuldades em relação à dimensão estrutura, principalmente com relação à equipe e equipamentos. Também nos estudos de Pereira<sup>13</sup>, sobre o grau de implantação da atenção ao diabetes na Estratégia Saúde da Família, a dimensão estrutura foi identificada como crítica. Salienta que somente a visão da ESF e seu caráter de integralidade da atenção ao indivíduo e a coletividade é capaz de romper com a lógica do programa verticalizado e centrado na doença. E conclui que a inexistência de capacitação específica é uma questão que tem um impacto direto na dimensão processo da intervenção. Silva<sup>14</sup>, em 2008, apontou que as ESF de Recife têm dificuldades de

utilizar os métodos de planejamento para a programação de ações devido a carência na formação profissional.

No estudo sobre a avaliabilidade do Programa + Vida, Medeiros<sup>15</sup> percebeu-se que a meta estabelecida é de difícil mensuração, pois há insuficiência dos dados ou indicadores para o monitoramento. No modelo lógico construído neste estudo, foi apontado como atividade do componente assistência à saúde do programa, o apoio matricial pelos CAPS ad às equipes do PSF. A autora chama a atenção para a necessidade de refletir sobre a prática cotidiana do serviço através da avaliação, também sugere o investimento no fortalecimento do sistema de informação, bem como aperfeiçoar o processo de informação sobre redução de danos, álcool, fumo e outras drogas com os municípios de Recife.

Nesse sentido, apontam-se algumas recomendações de forma a contribuir com a implantação do arranjo matricial: Garantir a estrutura necessária básica para o deslocamento do profissional para o território, que envolve transporte e profissionais; Investir na formação profissional, de forma a fortalecer a discussão sobre matriciamento no território dos CAPS ad; Reforçar junto às gerências locais dos serviços a prioridade do planejamento de ações no território, apoiando e qualificando as ações de matriciamento no território; Elaborar instrumentos para mapeamento do território e monitoramento das atividades do matriciamento, de forma a garantir informações para avaliações da intervenção; atualizar periodicamente o modelo lógico e a matriz de julgamento sistematizados neste estudo, considerando as alterações em portarias e a inclusão de atividades na intervenção apoio matricial.

Os resultados e recomendações aqui apresentados visam contribuir para a tomada de decisões, como também fomentar a geração de novos estudos sobre o tema

em questão, ampliando as contribuições para a prática cotidiana dos profissionais e a obtenção de resultados positivos para a população.

## REFERÊNCIAS

1. CARLINI, EA. **Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas:** Estudo envolvendo 107 maiores cidades do país, São Paulo: CEBRID- Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP- Universidade Federal de São Paulo,2006
2. BRASIL, Secretária Nacional Antidrogas, **Legislação e Políticas Públicas Sobre Drogas.** Brasília, DF: 2008
3. ARONA, E. C.- **Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari.** Saúde e sociedade, vol.18 supl.1 São Paulo Jan./Mar. 2009.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS:** os centros de atenção psicossocial. Brasília, DF: MS, 2004[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_caps.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_caps.pdf).
5. RECIFE, Secretaria de Saúde. **Política de Redução de Danos do Município.** Recife, PE: Prefeitura da Cidade do Recife, 2007.
6. CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência:** uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, v.23, n.2, fev., p. 399-407, 2007.
7. CONTANDRIOPOULOS, A.P Avaliação na área de saúde: conceito e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (org.) **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, ABRASCO, 1997.
8. RECIFE, Secretaria de saúde. **Plano Municipal de Saúde,** Recife, PE Prefeitura da Cidade do Recife, 2005.
9. DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise de implantação. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde:** dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997.
10. SILVA, L.M.V.; HARTZ, Z.M.;CHAVES,S.C.;SILVA,G.A.In . HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M. V. **Avaliação em Saúde:** Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde2. ed. Rio de Janeiro,RJ: Fiocruz,2006.

11. FIGUERÓ, A.P.; FRIAS P.G; NAVARRO, L.M-Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO, I. (org.) **AVALIAÇÃO EM SAÚDE: Bases conceituais e operacionais** Rio de Janeiro: MedBook.2010.
12. BEZERRA, L.C.A. **A Vigilância Epidemiológica na Perspectiva do Programa de Saúde de Família - PSF: Avaliando o processo de implantação das ações.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. 2006
13. PEREIRA, P.M.H. - **Avaliação da Atenção Básica para o Diabetes mellitus na Estratégia Saúde da Família.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. 2007.
14. SILVA, P.R.A.- **Avaliação da Atenção á Saúde Bucal no Programa Saúde da Família do Recife: Níveis de qualidade e aspectos contextuais.** D Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.
15. MEDEIROS, P.F.P.; BEZERRA, L.C.A.; SANTOS, N.T.V.; MELO, E. O.- **Um Estudo Sobre Avaliabilidade do programa + VIDA: Política de Redução de Danos em Álcool, Fumo e Outras Drogas no Município do Recife, Brasil.** Revista Brasileira de Saúde materno Infantil . Vol10,supl.1, Recife, Nov, 2010.

**ANEXO**

|