



**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
(MESTRADO PROFISSIONAL) - PPGSCol**

FELIPE PEDROSO

**ANÁLISE DO TERRITÓRIO E ESTRATÉGIAS DE FORTALECIMENTO DO APOIO
MATRICIAL NO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA/SC**

CRICIÚMA

2023

FELIPE PEDROSO

**ANÁLISE DO TERRITÓRIO E ESTRATÉGIAS DE FORTALECIMENTO DO APOIO
MATRICIAL NO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA/SC**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional), da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Cristiane Damiani Tomasi

Coorientadora: Prof^a Dr^a Fabiane Ferraz

**CRICIÚMA
2023**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

P372a Pedroso, Felipe.

Análise do território e estratégias de fortalecimento do apoio matricial no município de Criciúma/SC / Felipe Pedroso. - 2023.
213 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2023.
Orientação: Cristiane Damiani Tomasi.
Coorientação: Fabiane Ferraz.

1. Centro de Atenção Psicossocial. 2. Estratégia de Saúde da Família. 3. Apoio matricial. 4 Gestão de recursos da equipe de assistência à saúde. 5. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

CDD 23. ed. 362.22

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

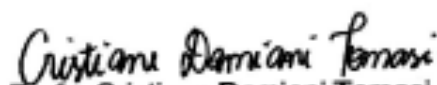
FELIPE PEDROSO

**ANÁLISE DO TERRITÓRIO E ESTRATÉGIAS DE FORTALECIMENTO DO
APOIO MATRICIAL NO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA/SC**

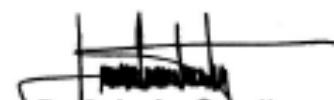
Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 05 de dezembro de 2023.

BANCA EXAMINADORA


Profa. Cristiane Damiani Tomasi
Doutora – Orientadora
Presidente


Prof. Carlos Alberto Severo Garcia Júnior
Doutor – UFSC
Membro externo


Prof. Jacks Soratto
Doutor – UNESC/PPGSCol
Membro interno

RESUMO

Introdução: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são dispositivos voltados ao cuidado de pessoas com transtornos mentais severos ou persistentes, assim como para o fortalecimento e articulação da rede de atenção às pessoas em sofrimento mental. O apoio matricial é uma concepção sobre organização do trabalho em saúde baseado em equipe de referência, responsável pelo cuidado de uma população, com equipe de apoio, sua retaguarda especializada. Os CAPS contribuíram para muitos avanços ao cuidado em liberdade, todavia ainda há obstáculos para a efetivação do seu trabalho de apoio matricial à Atenção Primária a Saúde (APS). **Objetivo:** desenvolver um plano com estratégias de fortalecimento do apoio matricial entre a rede de saúde mental e a APS, a partir das características do território no município. **Método:** pesquisa qualitativa, do tipo exploratório-descritiva, com abordagem de pesquisa-ação, com 12 trabalhadores da APS, CAPS e Gestão do município de Criciúma/SC. A coleta de dados ocorreu após aprovação do Comitê de Ética, por meio de entrevistas grupais gravadas em áudio e vídeo, mediadas por dinâmicas de grupo, em 13 encontros, entre jul-nov./2021. Após realizada análise de conteúdo temática, os resultados foram organizados em duas categorias e um produto. **Resultados:** 1) Caracterização do processo de trabalho da APS, CAPS e gestão na atenção psicossocial: sinaliza que o processo de trabalho da APS relativo à atenção psicossocial divergia do preconizado pelas diretrizes nacionais, havendo concentração de tarefas no enfermeiro; processo de trabalho do médico desconectado da equipe; concepção de atenção em saúde mental limitada; e dificuldade no manejo de pessoas com transtornos mentais severos. Já a articulação entre as equipes era incipiente, por mais que houvesse movimentos de articulação, esses foram avaliados como pontuais. A relação com a gestão foi marcada por elevada autonomia e restrito suporte, decorrência da sobrecarga dos coordenadores por demandas envolvendo problemas individuais. 2) Estratégias para o fortalecimento do apoio matricial, apresenta: Identificação de etapas para o fortalecimento apoio matricial; Estratégias para o fortalecimento do apoio matricial por meio de reuniões: reuniões distritais entre CAPS e APS, reuniões estratégicas, reuniões especiais com as ESFs prioritárias, reuniões de integração e ações de educação permanente e/ou continuada; e Outras estratégias de matriciamento: pactuação de mecanismos emergenciais de contato, interconsultas entre APS e CAPS, monitoramento de indicadores de saúde e desenvolvimento de vídeos institucionais e material informativo. 3) Plano de ação para organização da Rede de Atenção Psicossocial no município a partir da concepção de apoio matricial: este produto estruturado a partir da pesquisa trata-se de um plano com oito estratégias de gestão e educação permanente e/ou continuada para efetivação do apoio matricial como uma ferramenta estratégica junto aos CAPS e APS. **Conclusão:** foi possível compreender criticamente a insuficiente integração do processo de trabalho entre CAPS e APS, o cuidado em saúde mental na APS e a relação dessas equipes com seus gestores, assim como organizar plano de ações baseado na concepção de apoio matricial, com potencial para aumentar a integração entre diferentes serviços, transformar o arranjo organizacional e o processo de gestão do trabalho na saúde.

Palavras-chave: Centro de Atenção Psicossocial; Estratégia de Saúde da Família; Apoio Matricial; Gestão de Recursos da Equipe de Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The Psychosocial Care Centers (CAPS) are devices aimed at caring for people with severe or persistent mental disorders, as well as strengthening and articulating the care network for people in mental distress. Matrix support is a conception of the organization of health work based on a reference team, responsible for the care of a population, with a support team, its specialized back-up. CAPS contributed to many advances in free care, however there are still obstacles to carrying out their work of matrix support for Primary Health Care (PHC). **Objective:** to develop a plan with strategies to strengthen matrix support between the mental health network and PHC, based on the characteristics of the territory in the municipality. **Method:** qualitative, exploratory-descriptive research, with an action research approach, with 12 workers from PHC, CAPS and Management in the municipality of Criciúma/SC/Brazil. Data collection took place after approval by the Ethics Committee, through group interviews recorded in audio and video, mediated by group dynamics, in 13 meetings, between Jul-Nov/2021. After carrying out thematic content analysis, the results were organized into two categories and one product. **Results:** 1) Characterization of the work process of PHC, CAPS and management in psychosocial care: indicates that the PHC work process related to psychosocial care differed from that recommended by national guidelines, with a concentration of tasks on nurses; doctor's work process disconnected from the team; limited mental health care design; and difficulty in managing people with severe mental disorders. The articulation between the teams was incipient, although there were articulation movements, these were evaluated as punctual. The relationship with management was marked by high autonomy and restricted support, due to the coordinators being overloaded by demands involving individual problems. 2) Strategies for strengthening matrix support, presents: Identification of steps to strengthen matrix support; Strategies for strengthening matrix support through meetings: district meetings between CAPS and PHC, strategic meetings, special meetings with priority ESFs, integration meetings and permanent and/or continuing education actions; and Other matrix strategies: agreement on emergency contact mechanisms, interconsultations between PHC and CAPS, monitoring of health indicators and development of institutional videos and informative material. 3) Action plan for organizing the Psychosocial Care Network in the municipality based on the concept of matrix support: this product structured based on research is a plan with eight management strategies and permanent and/or continuing education to implement the matrix support as a strategic tool with CAPS and PHC. **Conclusion:** it was possible to critically understand the insufficient integration of the work process between CAPS and PHC, mental health care in PHC and the relationship between these teams and their managers, as well as organizing an action plan based on the concept of matrix support, with the potential for increase integration between different services, transform the organizational arrangement and the health work management process.

Keywords: Psychosocial Care Center; Family Health Strategy; Matrix Support; Health Care Team Resource Management

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

eCR - Equipe de Consultório na Rua

eMulti - Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde

EPS - Educação Permanente em Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.2 OBJETIVOS	13
1.3 PRESSUPOSTOS.....	13
2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA E REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	15
2.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E INTEGRALIDADE.....	17
2.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA E SERVIÇOS DE REFERÊNCIA: ESPAÇOS DE APLICAÇÃO DA CLÍNICA AMPLIADA.....	24
2.3.1 Influências de Aristóteles sobre a clínica tradicional	24
2.3.2 Influências da ciência clássica sobre a clínica tradicional	27
2.3.3 Clínica ampliada: condição para o cuidado integral	28
2.3.4 Clínica ampliada e Cogestão.....	32
2.4 APOIO MATRICIAL: TRANSFORMANDO A RELAÇÃO ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA	34
2.5 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: UMA ESTRATÉGIA DE CUIDADO NO TERRITÓRIO	42
2.6 DESAFIOS E POTENCIALIDADES NO APOIO MATRICIAL ENTRE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	45
2.8 RELAÇÃO DIALÓGICA DE FREIRE E A CONSTRUÇÃO DE PROCESSOS DE MUDANÇA NAS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL	59
3. MÉTODO.....	61
3.1 ABORDAGEM E TIPO DE PESQUISA	61
3.2 LOCAL DE ESTUDO E PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	62
3.3 PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DOS DADOS.....	63
3.4 DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO DE CAMPO	63
3.4.1 Primeiro Encontro.....	64
3.4.2 Segundo e Terceiro Encontros.....	65
3.4.3 Quarto e Quinto Encontros.....	66
3.4.4 Sexto Encontro	66
3.4.5 Sétimo Encontro	66

3.4.5 Oitavo, Nono e Décimo Encontros	67
3.4.6 Décimo primeiro Encontro	68
3.4.7 Décimo segundo e Décimo terceiro Encontros	68
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	69
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	71
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	73
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM REDE DA APS, CAPS E GESTÃO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	73
4.1.1 Processo de trabalho na APS divergente dos princípios e diretrizes estabelecidos	74
4.1.2 Articulação incipiente entre CAPS e APS.....	91
4.1.3 Fragilidade na execução consistente de planos e ações de matriciamento	98
4.1.4 Sobrecarga de demandas e o impacto no processo de gestão.....	102
4.2 ESTRATÉGIAS PARA O FORTALECIMENTO DO APOIO MATRICIAL	109
4.2.1 Identificação de etapas para o fortalecimento do apoio matricial	112
4.2.2 Estratégias de fortalecimento do matriciamento por meio de reuniões	116
4.2.3 Outras estratégias de matriciamento.....	128
4.3 PLANO DE AÇÃO PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO A PARTIR DA CONCEPÇÃO DE APOIO MATRICIAL	133
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	169
REFERÊNCIAS.....	175
APÊNDICE	189
ANEXOS	212

1 INTRODUÇÃO

As três últimas décadas do século XX foram marcadas por mudanças estruturais no modelo de atenção à saúde no Brasil. Em um contexto de lutas e conquistas em direção a redemocratização, movimentos de transformação do cuidado às pessoas com transtornos mentais se desenvolveram sob o arcabouço do movimento italiano de Franco Basaglia. Tais transformações visaram o fim do cuidado centrado no manicômio, na exclusão e na ênfase na doença, em detrimento à pessoa. Iniciou-se a construção de um cuidado no território, valorizando a cidadania e a autonomia (Amarante, 2016; Almeida, 2015). Em um contexto mais amplo, o período marcou a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), pautado nos princípios da integralidade, universalidade e da equidade. O Estado assume a saúde como um dever seu e um direito de todos, que o seu foco é função das necessidades particulares de cada indivíduo e território e que essas necessidades precisam ser atendidas na sua totalidade, exigindo articulação entre movimentos de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação (Brasil, 1990; 1988).

Orientado pelos princípios do SUS e objetivos da reforma psiquiátrica de transformação radical no cuidado às pessoas em sofrimento mental, foi criado, em 2002, o CAPS, Centro de Atenção Psicossocial. O CAPS tem como público alvo as pessoas com transtornos mentais severos e persistentes de um território específico e, além do cuidado direto à essa população, deve organizar a demanda e a rede de cuidados em saúde mental, desempenhar a regulação da porta de entrada da rede assistencial, coordenar a supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas, supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde no território (Brasil, 2002). É, assim, estabelecido que compete ao CAPS um cuidado que vai além do atendimento aos usuários dentro de seus muros, recebendo um importante papel de articulador e fortalecedor de toda a rede de cuidado.

A Reforma Psiquiátrica defende que o cuidado às pessoas com transtornos mentais severos ocorra essencialmente no próprio território, com ênfase na integração desses indivíduos com a comunidade (Amarante, 2016). O CAPS, ao representar uma forma de atenção em que o usuário passa o dia no serviço, mas continua residindo em sua casa, representa um avanço para esse cuidado no território. Todavia, parece uma armadilha perigosa e efetiva a organização desses serviços orientada apenas

para o cuidado daquelas pessoas que frequentam suas estruturas físicas, mantendo, assim, características do manicômio ainda presentes: o cuidado entre paredes, mais do que no território. É ao assumir funções outras além do cuidado direto aos usuários com transtornos severos e persistentes que o CAPS contribui efetivamente para a Reforma Psiquiátrica (Gonçalves; Peres, 2018; Hirdes, 2009). Para que haja essa efetivação o conceito de apoio matricial parece ser um importante orientador.

A concepção de apoio matricial indica outra forma de arranjo organizacional e gestão do trabalho em saúde, com o intuito de superar características tradicionalmente encontradas: relações hierárquicas entre serviços, supervalorização do cuidado especializado, responsabilização limitada por parte dos profissionais sobre os usuários e mecanismos de regulação insuficientes. No apoio matricial há equipes de referência, que são responsáveis pelo cuidado contínuo das pessoas, e equipes de apoio, que detêm um conhecimento especializado e são a retaguarda dessas equipes de referência. Quando há a necessidade para o cuidado daquilo que é nuclear no conhecimento especializado, o apoio ocorre por meio de intervenções diretas com o usuário. Além disso, a partir do que constitui o campo de saberes e práticas ao redor desse núcleo especializado, a equipe especializada deve apoiar o processo de trabalho da equipe de referência, de forma a fortalecer a capacidade desta em lidar diretamente com as demandas e desenvolver sua capacidade de articuladora da rede de atenção (Campos, 2011; Campos; Domitti, 2007).

Fortalecer o trabalho do CAPS na lógica do apoio matricial é central para que esse serviço seja um articulador da Reforma Psiquiátrica (Gonçalves; Peres, 2018). Por isso, torna-se socialmente relevante produzir conhecimento relativo ao apoio matricial entre CAPS e Atenção Primária à Saúde (APS) de forma a subsidiar a possibilidade de superação de obstáculos que comprometem a articulação desejada entre as equipes. Por mais que os movimentos vivenciados desde a década de 1970 representem importantes avanços, ainda há desafios a serem superados (Amarante, 2016).

Pesquisas relativas ao matriciamento entre CAPS e equipes de referência apresentam um panorama de diversidade de arranjos e processos. Como aspectos ainda a serem aprimorados é possível citar: relações conflituosas ou verticais entre equipes de referência e apoio; participação de apenas alguns profissionais nos contatos entre as equipes; limitação na concepção de apoio matricial, assim como na identificação das diferentes possibilidades de realizar o matriciamento; ações isoladas

por parte dos CAPS, sem integração com as equipes apoiadas; dificuldades em planejar e executar movimentos fora dos muros da instituição; dificuldade em mobilizar o interesse das equipes de referência para a troca de saberes; escassos exemplos de parcerias inter-setoriais envolvendo os CAPS; falta de qualificação de recursos humanos e apoio institucional; excesso de encaminhamento a serviços especializados e dificuldades em desenvolver ações coletivas por parte das equipes apoiadas; entre outros (Sampaio; Bispo Junior, 2021; Lima; Gonçalves, 2020; Gonçalves; Peres, 2018; Ferreira et al., 2017; Gurgel et al., 2017; Almeida, 2015; Jorge et al., 2015).

O grupo de dificuldades encontradas não parece indicar uma falha essencial no processo de apoio matricial, mas obstáculos encontrados na sua implantação e manutenção em diferentes situações concretas. Tais limitações observadas constituem uma situação problema, que exigem a produção de conhecimento sobre como superar as dificuldades que prejudicam a qualidade do cuidado em rede e desenvolver um cuidado em rede pautado no apoio matricial.

Especificamente no ano de 2020 um novo impedimento surgiu com a pandemia de COVID-19. Exigindo distanciamento social, as possibilidades de encontros físicos entre profissionais de diferentes equipes tornaram-se um problema, o que exigiu diversas transformações no processo de trabalho das equipes de saúde (Kavoor; Chakravarthy; John, 2020; Galea; Merchant; Lurie, 2020; Yao; Chen; Xu, 2020). Além disso, os diversos impactos da COVID-19 contribuíram para o aumento da quantidade de pessoas com diagnóstico de transtorno mental (Schafer et al. 2022; Galea; Merchant; Lurie, 2020; Torales et al., 2020). O fortalecimento do apoio matricial é uma potente estratégia para o enfrentamento dos novos desafios e a identificação de estratégias para organização do processo de trabalho que contribuam para sua efetivação como referência na organização da Rede de Atenção Psicossocial nos municípios se tornou ainda mais urgente.

1.1 QUESTÃO NORTEADORA DA PESQUISA

Como desenvolver propostas e propor implantação de estratégias de fortalecimento do apoio matricial?

1.2 OBJETIVOS

Objetivo geral:

Desenvolver um plano com estratégias de fortalecimento do apoio matricial entre a rede de saúde mental e atenção primária, a partir das características do território no município.

Objetivos específicos:

- a) Caracterizar a integração entre CAPS e APS no município de estudo;
- b) Identificar o papel da APS na atenção psicossocial no município de estudo;
- c) Caracterizar a relação entre os profissionais da APS e CAPS com a gestão municipal;
- d) Identificar dificuldades e potencialidades para o fortalecimento do apoio matricial;
- e) Identificar e organizar estratégias de matriciamento entre APS e CAPS
- f) Propor adaptação das estratégias para situações onde haja impossibilidade de contato presencial entre as equipes.

1.3 PRESSUPOSTOS

O pesquisador, como servidor público da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de um município da mesma Região, possuía algum conhecimento sobre a Rede do município de Criciúma. Assim, expressou-se como pressuposto que há pouca integração entre CAPS e APS. As rotinas das equipes na atenção primária são definidas sem contato com os CAPS, da mesma forma com que a rotina dos CAPS não sofre influência de contribuições oriundas da APS. Dado esse distanciamento, muitos profissionais desconhecem informações básicas dos outros serviços da rede, enquanto outros adquiriram algum conhecimento no dia a dia do trabalho, sem algum dispositivo de estruturação de informações.

Na atenção primária, o cuidado psicossocial envolve responsabilização clínica limitada àqueles que espontaneamente buscam o serviço com tal queixa e restrição a atividades de encaminhamento tradicional, prescrição de medicação e, quando

disponível profissional da psicologia, psicoterapia individual. Já no âmbito de gestão, há limitações na autonomia das coordenadoras, que nem sempre são percebidas pelos trabalhadores das equipes da APS e CAPS.

Em um espaço de reflexão com diferentes trabalhadores, de diferentes profissões, identifica-se múltiplos processos que poderiam ser apoiados pelo CAPS, assim como diversas atividades para a efetivação desse suporte, sendo necessário identificar prioridades de execução entre os movimentos possíveis. Todavia a aplicabilidade das propostas construídas produzirá posicionamentos ambíguos entre os participantes, havendo otimismo quanto a viabilidade e relevância das propostas, assim como insegurança e medo de que as dificuldades para a efetivação não sejam superados.

2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA E REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A partir da Segunda Guerra Mundial fortaleceram-se movimentos de crítica aos modelos de cuidado às pessoas com transtornos mentais em diversos países, resultando na formulação de propostas para a sua reestruturação. Uma dessas propostas ocorreu na década de 1960, nos Estados Unidos, com a noção de desinstitucionalização. Buscava-se prevenir internações inadequadas em instituições psiquiátricas, possibilitar o retorno para a sociedade de pacientes institucionalizados que tivessem condições e fortalecer um sistema comunitário de cuidado em saúde mental (Amarante, 2016).

No Brasil, os primeiros movimentos reformistas surgiram na segunda metade da década de 70, inspirados em Franco Basaglia e as reformas italianas. Destaca-se a criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde e o Movimento de Renovação Médica, que originaram o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) (Amarante, 2016; Lüchmann; Rodrigues, 2007). Tais propostas buscavam ir além da desinstitucionalização norte americana, não se limitando a um caráter puramente técnico ou administrativo. A reforma psiquiátrica implicava em uma mudança radical de cultura, na forma como se entende a loucura e o cuidado, consistindo na demolição de estruturas antigas para a construção de novas. Não se tratou de criar novos serviços ambulatoriais para expansão da lógica psiquiátrica, mas de permitir novas formas de viver a vida (Amarante, 2016).

Questionando a hegemonia do saber psiquiátrico, a transformação se baseou no conceito de “cidadania”, em como garantir o cuidado e a inserção do “louco” no mundo da cidadania. Buscava-se o fim do ato terapêutico como um ato de violência (Amarante, 2016). É denunciado que o manicômio serviu e serve como a melhor ilustração de uma sociedade onde a exclusão e o controle contra o diferente são aspectos marcantes. Contra ou louco, todo aquele com uma forma de estar no mundo diferente de um padrão culturalmente aprovado, sob uma roupagem de cuidado, praticou-se muita violência legitimada por um “saber médico”, resultando em uma anulação de laços humanos e uma consequente morte social (Lüchmann; Rodrigues, 2007).

Basaglia, importante inspiração do movimento no Brasil, critica o saber psiquiátrico como ideologia no sentido de denunciar seu uso como base teórica e científica para tais práticas de exclusão e violência no tratamento do louco. O autor afirmou “O psiquiatra parece, de fato, e apenas hoje, descobrir que o primeiro passo em busca da cura do doente é o retorno à liberdade da qual ele mesmo havia privado” (Basaglia, 1981, p.249 *apud* Amarante, 2016, p. 69). Nesse sentido, critica-se a legitimação conceitual de um sistema que retira a cidadania do indivíduo com o anúncio de um tratamento e a execução direta de práticas violentas nos seus espaços (Amarante, 2016). Em contrapartida, busca-se criar um cuidado “na cidade”, onde ocorra a ocupação de espaços pelo “louco” e a vivência efetiva da sua cidadania (Lüchmann; Rodrigues, 2007).

Cabe destacar dois marcos na caminhada pela reforma psiquiátrica no Brasil: em 1987 aconteceu o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), constituído principalmente por profissionais não médicos, momento quando outras organizações se uniram, como a associação de usuários e familiares “Loucos pela vida”, ampliando o movimento para além dos trabalhadores. Foi nesse contexto que surgiu o lema “por uma sociedade sem manicômios” (Neto, 2010; Lüchmann; Rodrigues, 2007). Outro importante marco foi o projeto de Lei nº 3.657/89, que previa a extinção gradual dos manicômios e a criação de serviços substitutivos. Tal projeto provocou diferentes efeitos na sociedade: ao mesmo tempo que pode ser considerado uma vitória do movimento reformista, fortaleceu também as oposições à reforma, conquistando a atenção da mídia (Amarante, 2016). Em 2001 o referido projeto transformou-se em Lei Ordinária, que garantiu direitos às pessoas com transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial (Brasil, 2001).

Destaca-se também que a reforma psiquiátrica não é uma reforma do “hospital psiquiátrico”, mas uma profunda transformação na forma de conceber a “loucura” e de organizar o cuidado ao “louco”. Tradicionalmente, no manicômio colocava-se entre parênteses o “louco” para tratar a doença. O “louco” ficava, literalmente, isolado e os estudos focavam prioritariamente na sua doença. A reforma psiquiátrica propôs uma inversão, dedicando energia ao indivíduo, ao seu reconhecimento integral. Para além da atenção a sinais e sintomas e suas classificações, passou-se a também a valorizar as potencialidades do sujeito e seus direitos como cidadão. Buscou-se, mais do que sair do manicômio, afastar-se também dessa lógica psiquiátrica, despertando a consciência coletiva ao desrespeito e as injustiças sobre as pessoas em sofrimento

psíquico, seja nas suas vidas, na sociedade, seja nos tratamentos, retiradas nos manicômios. Não é mais aceito como legítimo o controle total sobre vida do “louco” em uma relação permanente de tutela. O tratamento passa a ser compreendido como aquilo que contribui para a vida em sociedade dos sujeitos (Amarante, 2016; Barbosa; Costa; Moreno, 2012).

Barbosa, Costa e Moreno (2012) lembram que a reforma psiquiátrica não estava institucionalizada, mesmo com a sanção da Lei federal, identificando desafios para a sua afirmação: formar profissionais que conheçam a trajetória da reforma psiquiátrica, das conquistas e oposições enfrentadas, para que sejam agentes de uma contínua transformação na forma de cuidar. O usuário, por sua vez, necessita ter seu local também de protagonista no processo. O local do cuidado passa ser o próprio território onde o indivíduo vive e o desafio é a efetivação de uma rede de atenção que dialogue com tais exigências. A luta contra o “desejo de manicômio”, que leva a um cuidado tutelar mesmo quando se afasta fisicamente do manicômio (Alverga; Dimestein, 2006), parece ser uma desafio constante e necessário para a efetivação da reforma psiquiátrica.

2.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E INTEGRALIDADE

Os movimentos da reforma psiquiátrica, que culminaram na Lei n. 10.216/2001, ocorreram em um contexto de diversas outras transformações no país, marcado pela redemocratização política (Almeida, 2015), que levou a criação de uma nova Constituição (Brasil, 1988) e, dois anos depois, do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1990). A Constituição Federal, ao descrever as bases das ações e serviços de saúde, aponta como diretriz o atendimento integral, com foco na prevenção, mas sem abdicar das práticas assistenciais (Brasil, 1988). Para compreender as novas propostas de cuidado em saúde mental, em especial a concepção de apoio matricial, é relevante aprofundar reflexões sobre esta diretriz: a integralidade.

Integralidade não deve ser compreendida exatamente como um conceito, já que não se apresenta com uma definição consensual, mas como uma rubrica que agrupa um conjunto de tendências cognitivas e políticas, um conjunto de tradições argumentativas (Camargo Júnior, 2009). Mattos (2009) destaca que integralidade é, a princípio, uma diretriz do SUS instituída pelo artigo 198 da Constituição, porém mais do que um fragmento do texto constitucional, trata-se de uma “imagem-objetivo”, ou

seja, um enunciado de características do SUS que são consideradas desejáveis e que se relacionam com um ideal de uma sociedade mais justa e solidária. Diferentemente de uma utopia, uma “imagem-objetivo” refere algo possível de ser atingido em um horizonte temporal definido.

Ao se optar em trazer a concepção de integralidade como uma “imagem-objetivo”, não como um conceito específico fechado, é visado facilitar a aglutinação de atores com motivações semelhantes, mas projetos específicos diferentes (Mattos, 2009). Ganha-se ao favorecer uma união de diferentes em uma direção desejada em comum. Todavia uma “imagem-objetivo” vale-se de enunciados genéricos e, dessa forma, surge o risco de “esvaziamento” do termo. Nesse sentido, o termo pode passar a ser utilizado e defendido por muitos, porém esses muitos podem não ter claro o que estão defendendo. Quando o termo perde sua capacidade de identificar os aspectos desejados em um movimento, perde também a sua utilidade para esse movimento (Mattos, 2009).

Com isso, por mais que não se busque uma definição específica e fechada para integralidade, já que tais características poderiam afastar parcerias em função de pequenas divergências, é essencial que sejam identificadas as características que unem os diferentes sentidos de integralidade em uma “imagem-objetivo”, compostas por concepções que entre si apresentam semelhanças, mas também algumas diferenças (Mattos, 2009).

Um dos sentidos da integralidade relaciona-se com o movimento da medicina integral, que criticava características dominantes da medicina, como a fragmentação do cuidado em diversas especialidades (onde cada uma delas dedicava-se a queixas relativas ao aparelho que constituía seu objeto) e uma concepção de saúde reduzida aos fenômenos biológicos, que desconsiderava aspectos como o psicológico e o social (Mattos, 2009).

No Brasil o caminho da medicina integral desenvolveu-se vinculada a medicina preventiva, berço do movimento sanitário. A saúde coletiva, nascendo como crítica a saúde pública tradicional, questionou a racionalidade médica, entendendo que sem a sua transformação não seria possível a integralidade. Distanciou-se da medicina tradicional e da busca pela boa prática médica, finalidade do movimento da medicina integral. Assim, desenvolveu-se um sentido de integralidade sutilmente distinto (Mattos, 2009).

Outro sentido de integralidade está no âmbito do cuidado individual. É necessário que o profissional, ao ser demandado atendimento por um usuário com determinado sofrimento, vá além do cuidado específico a essa queixa. É imprescindível que atente também para outras condições indesejáveis que ainda não produzem sofrimento. Nesse sentido, a busca por diagnóstico precoce e por intervenções voltadas para fatores de riscos de doenças que ainda não trazem sofrimento é nuclear para uma prática possa ser considerada integral (Mattos, 2009).

Integralidade indica também que uma ação ou serviço, independente do seu nível de atenção, articule prevenção e assistência para atender de forma ampla as necessidades em saúde que o usuário apresenta. É importante atentar não apenas para um fragmento da necessidade que se apresenta como demanda da pessoa. É preciso articular ações orientadas pela queixa, que muitas vezes envolve condições produtoras de sofrimento imediato, com ações que visem evitar que potenciais situações indesejadas se efetivem. Ou seja, é necessário que se faça prevenção (Mattos, 2004).

É pertinente destacar que integralidade não é sinônimo de prevenção, já que envolve um diálogo entre usuário e profissional para que se desenvolva, além das ações preventivas, intervenções orientadas para aquilo que no momento é urgente para o usuário. Integralidade implica também na necessidade que o profissional consiga adequar suas ações ao contexto específico em que ocorre, que consiga agir da forma que mais se convém em cada situação (Mattos, 2004).

As intervenções voltadas ao diagnóstico precoce e, principalmente, a prevenção são consideradas “medicalizadoras”, ou seja, como normalmente não são demandados pelo usuário, a medicina (assim como outras profissões da saúde) toma para si a responsabilidade sobre aspectos sociais da vida do sujeito, ditando a ele hábitos e comportamento. Assim, surge a necessidade que o diagnóstico precoce e a prevenção sejam realizados com muita prudência, respeitando os direitos e autonomia do usuário. Além disso, algumas necessidades não estão diretamente relacionadas a uma doença ou a fatores de risco, como por exemplo a necessidade que um usuário apresenta de ser ouvido. Dessa forma, o desafio da integralidade indica o compromisso com a compreensão do conjunto de necessidades que o sujeito apresenta (Mattos, 2009).

Ao analisar a integralidade na dinâmica entre ofertas e demandas, Pinheiro (2009) aponta que houve uma reorientação da atenção básica para a lógica da Saúde

da Família, o que implica, entre outras mudanças, no deslocamento do foco do cuidado individual para o cuidado da família. Para além da atenção primária, é possível identificar que também é característica do cuidado integral a ampliação das ações voltadas exclusivamente ao indivíduo para ações que alcancem também as pessoas ao seu redor. Como o processo saúde/doença não pode ser considerado um fenômeno individual ou isolado, o cuidado precisa romper a barreira do individualismo.

Se a integralidade foi tratada como uma dimensão das práticas dos profissionais de saúde, é necessário reconhecer que tal dimensão tenderá a fortalecer-se em condições de trabalho específicas. Assim, outro sentido de integralidade refere-se a organização de serviços e práticas condizentes com as concepções apontadas (Mattos, 2009). Um “contraexemplo” de organização pode ser identificado na criação do Sistema Nacional de Saúde, na década de 70. Vinculado ao Ministério da Saúde, organizava ações de saúde pública prioritariamente preventivas. Já a assistência médica curativa ficava sob responsabilidade do Ministério da Previdência Social. Dessa forma, um conjunto de profissionais trabalhava apenas com a prevenção, enquanto outro conjunto dedicava-se a ações curativas (Mattos, 2009).

O SUS, ao estruturar-se com a integralidade como diretriz, supera as divisões existentes. Ações curativas e de prevenção passam a ser responsabilidades do mesmo serviço. Unidades de saúde passam a organizar suas práticas a partir das pessoas do território e suas necessidades de saúde, não mais a partir de tipos de problemas focados por programas específicos. Tais transformações criam o desafio de harmonizar a atenção às pessoas em sofrimento que buscam o serviço com o atendimento a necessidades de saúde que não são claramente sentidas pela população (Mattos, 2009).

Assim, a integralidade adquire mais um sentido no âmbito da organização de um serviço: é necessário atender necessidades de saúde de indivíduos concretos e também necessidades de saúde da população, necessidades estas caracterizadas epidemiologicamente. O serviço necessita utilizar-se da epidemiologia para planejar ações, assim como atender a demandas espontâneas e outras necessidades de saúde que escaparam ao planejamento epidemiológico (Mattos, 2009).

Políticas e programas também podem se estruturar tendo como “imagem-objetivo” a integralidade. No âmbito de políticas ou programas voltados para populações específicas, busca-se a integralidade ao tentar ampliar a diversidade de

problemas priorizados e de determinantes de saúde considerados. Dessa forma, deve-se ir além da intervenção sobre um tipo de problema muito específico e do reconhecimento apenas dos seus determinantes biológicos (Mattos, 2009).

Um segundo sentido de integralidade no âmbito de políticas e programas refere-se a necessidade das ações que os compões tenham finalidade de prevenção e assistência. Dessa forma, caso uma política organize ações somente assistenciais, ou somente preventivas, não estará sendo orientada para a integralidade (Mattos, 2009). Por fim, um terceiro sentido pode ser considerado. Tendo delimitado um determinado problema de saúde como foco, é necessário alcançar os diferentes grupos atingidos pelo problema, respeitando suas peculiaridades (Mattos, 2009).

Já Cecílio (2009) discute a integralidade em dois âmbitos: “focalizada” e “ampliada”. Por “integralidade focalizada” entende o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender da melhor forma possível as necessidades de saúde apresentadas de forma individual. Tais necessidades são muitas e vão além daquela que o usuário traz à unidade como demanda. É relevante classificá-las em quatro grupos: “boas condições de vida”, acesso a toda tecnologia de saúde capaz de melhorar ou prolongar a vida, vínculos afetivos entre usuário e equipe e, por fim, a necessidade de cada pessoa de ter um grau crescente de autonomia (Cecílio, 2009).

Nessa concepção, a integralidade novamente exige de uma equipe a capacidade de compreender as necessidades de saúde singulares do indivíduo de forma abrangente. Muitas vezes a forma como esse conjunto de necessidades se condensa naquilo que é demandado sofre influência das ofertas feitas pelo serviço (Cecílio, 2009). A forma específica de uma queixa, que as diversas e singulares necessidades tomaram, depende daquilo que o usuário compreende como oferta do serviço. Essa constatação cria uma “armadilha” para a efetivação da integralidade em uma equipe, já que caso os profissionais identifiquem e atendam mais intensamente um determinado tipo de necessidade, a população poderá compreender como papel do serviço atender apenas essas necessidades específicas, levando-as a trazer como demanda justamente esse aspecto já focado em demasia pelo serviço, o que, por sua vez, pressionará a equipe a focar ainda mais nesse tipo de necessidade, criando um ciclo que aprofunda a fragmentação.

Em termos concretos, o destaque feito por Cecílio (2009) indica, por exemplo, que caso um serviço de saúde foque excessivamente nas necessidades de saúde que possam ser atendidas por meio da prescrição e uso adequado de medicamentos, as

demandas trazidas pela população tenderão a indicar a necessidade de medicação, dificultando a compreensão de que, além das queixas, existem outras necessidades de saúde que, ao menos em parte, poderiam ser atendidas pelo serviço. Nesse sentido, haverá por parte da população demandas para que o serviço foque ainda mais em consultas médicas e prescrição medicamentosa. Entrando na “armadilha”, é possível que a equipe culpe a população sem identificar sua parcela de responsabilidade no problema de excesso de busca por medicação.

Por mais que uma equipe se dedique a identificar e intervir sobre uma ampla diversidade de necessidades de saúde, jamais poderá atendê-las em toda a sua diversidade (Cecílio, 2009). Diferentes serviços possuem diferentes potencialidades e limites, por isso é necessária a concepção da integralidade no âmbito “ampliado”, que é produto da articulação entre cada serviço de saúde e desses com outros serviços intersetoriais. A integralidade não pode ser compreendida como um esforço individual ou de um pequeno grupo, mas sim como um resultado de toda a rede, onde cada ponto de atenção, com os recursos que dispuser, contribuirá para que o indivíduo seja focado em sua totalidade (Cecílio, 2009).

Quando a rede de saúde se consolida respeitando as exigências necessárias para um cuidado integral, incluindo, em um âmbito “focado”, a forma como cada equipe lida com o seu público, não somente a diretriz integralidade é atendida. Um sistema integral será também equânime. Cecílio (2009) compreende por equidade a superação de desigualdades socialmente avaliadas como evitáveis e injustas, o que leva a existência de necessidades diferenciadas entre as pessoas que precisam ser atendidas por meio de ações também diferenciadas. Assim, é demonstrado que a busca por integralidade leva o sistema a identificar as diferentes iniquidades de cada usuário (Cecílio, 2009). Atendendo as pessoas conforme suas necessidades singulares, priorizando em cada momento os tipos de movimentos adequados para a ocasião e tendo como objetivo tanto o tratamento como a prevenção, o serviço estará atendendo também o princípio da equidade.

Organizar-se orientado pela “imagem-objetivo” da integralidade envolve o desenvolvimento de competências complexas dos profissionais da saúde, sejam eles pertencentes a equipes especializadas ou a outros serviços que precisam lidar com questões no âmbito psicossocial. Buscar a integralidade exige identificar as múltiplas necessidades de saúde do usuário que vem até o serviço (incluindo aquelas que ainda não produzem sofrimento), identificar fatores de risco para futuros problemas de

saúde (indo além dos fatores biológicos), articular a atenção ao que é demandado espontaneamente com intervenções sobre outras necessidades de saúde e sobre fatores de risco, identificar em cada situação concreta qual tipo de intervenção priorizar, atender necessidades de saúde que não estão diretamente relacionadas à doença ou fator de risco e intervir, quando necessário, sobre famílias ou grupos específicos (mesmo quando a demanda refere-se a uma única pessoa).

As intervenções necessitam visar mais do que a melhoria de um órgão ou combate a uma doença específica. É necessário orientar-se pelas necessidades do usuário, contribuindo para a melhora das condições de vida da pessoa, para a criação de vínculos afetivos entre usuário e equipe, estimular o desenvolvimento do grau de autonomia e garantir o acesso às diferentes tecnologias relevantes para a melhora ou prolongação da vida. Naturalmente, todos esses resultados não poderão ser promovidos por um único profissional ou equipe, o que cria a necessidade que a concepção de integralidade seja a “imagem-objetivo” de toda a rede de saúde. Dessa forma surge mais uma exigência para a efetivação da integralidade: garantir a articulação com outros pontos da rede na medida em que forem necessários para atender os diferentes tipos de necessidades do usuário.

No que tange à organização do processo de trabalho e planejamento de ações, além das exigências apontadas, a equipe necessitará utilizar-se de dados epidemiológicos para planejar ações voltadas à saúde da população adscrita. Todavia será igualmente relevante organizar a rotina de forma que permita atender às demandas espontâneas de pessoas em sofrimento e lidar com problemas de saúde originalmente não previstos, de forma que o uso de do conhecimento epidemiológico não “engesse” o processo de trabalho da equipe.

Naturalmente, as exigências descritas não esgotam o que é a concepção de integralidade, entretanto podem ser relevantes para delimitar o complexo caminho em direção a essa “imagem-objetivo”. A articulação de diferentes saberes parece essencial nessa busca, assim movimentos interdisciplinares e multiprofissionais terão um maior potencial de aproximar-se da integralidade. O CAPS, como equipe multiprofissional de importância estratégica para o cuidado no âmbito psicossocial, pode ser um potente recurso para a formação de uma rede de atenção pautada pela integralidade, a depender de como se insira na rede de atenção do território.

2.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA E SERVIÇOS DE REFERÊNCIA: ESPAÇOS DE APLICAÇÃO DA CLÍNICA AMPLIADA

Ao se reconhecer a importância da imagem-objeto da integralidade, identifica-se, necessariamente, problemas no modelo clínico tradicional, já que esse não parece ser orientado pela concepção de integralidade. Assim, torna-se relevante refletir sobre as limitações da clínica tradicional para alcançar o cuidado integral e como a ideia de clínica ampliada descreve um caminho pertinente.

2.3.1 Influências de Aristóteles sobre a clínica tradicional

O método clínico tradicional, sob influência da ciência clássica, baseia-se na observação e na classificação da natureza (Bedrikow, 2013). Martins (1999) reconhece em Aristóteles influências nessa concepção, identificando uma busca da ciência em compreender verdades universais. Verdades essas que equivalem à concepção aristotélica de “essência”. Aristóteles buscava demonstrar verdades universais, compreendendo por “essência” aquilo que define a universalidade de um fenômeno e que tem sua existência incorporada na matéria. Nesse sentido, a observação da natureza permitiria a compreensão da essência universal do observado, comum a todas as ocorrências singulares do fenômeno em questão (Martins, 1999). A crítica feita à ciência moderna parece se estender a, pelo menos, alguns aspectos do método clínico tradicional, em função dos impactos daquela sobre esse.

Ainda na década de 1930, Lewin (1975) identificou a necessidade de superação de algumas concepções aristotélicas para o desenvolvimento da psicologia contemporânea. Tais reflexões também parecem pertinentes para identificar a necessidade de ampliação da clínica. Entendendo os conceitos como instrumentos para compreender o mundo, Lewin (1975) denuncia o caráter avaliativo nas classificações aristotélicas, influenciadas pela ética, que levam a distinções de fenômenos com muitas similaridades e a união na mesma categoria de fenômenos distintos. Como exemplo de tal influência identifica a distinção entre normal e patológico. Cabe destacar que um mesmo processo, alterando-se apenas sua intensidade, pode transitar do “normal” para o “patológico”, todavia as influências de

Aristóteles levam a classificação do normal e do patológico como fenômenos fundamentalmente distintos.

A própria concepção de “classificação” precisou ser transformada, segundo Lewin (1975). Em geral, as classes em Aristóteles assumiam a forma de pares opostos (como “quente” e “frio”), havendo fronteiras rígidas e definidas entre eles. Tal forma de classificar precisou ser reformulada para a compreensão das gradações contínuas nas quais os fenômenos podem variar (Lewin, 1975). No âmbito da psicologia, por exemplo, classes rígidas como “prazer” e “desprazer” precisam ser abandonadas para que seja possível compreender a singularidade do sentimento de cada pessoa em cada situação. Os sentimentos podem variar em diferentes intensidades de prazer e desprazer, inclusive podem ser ambíguos, sentindo-se prazer e desprazer simultaneamente. Nessa mesma direção, Campos, Cunha e Figueiredo (2013), ao analisar a concepção de Paideia, problematizam que a contradição é inerente ao ser humano e, nesse sentido, afirmam: “somos ao mesmo tempo bons e maus, amáveis e invejosos, sábios e ignorantes” (Campos; Cunha; Figueiredo, 2013, p. 20).

Por fim, cabe refletir sobre o conceito de lei em Aristóteles. As classes eram abstratamente definidas como a soma total das características que um grupo de objetos têm em comum. Seriam legítimas e inteligíveis apenas as coisas que ocorressem sem exceção e de forma frequente, dentro de uma classe. Excluía-se da classe as exceções e os eventos singulares, considerando-os inteligíveis, mero acaso (Lewin, 1975). Como a causa das coisas era atribuída a sua essência, e a essência era inferida pelas características comuns de grupos de fenômenos, os eventos singulares que apresentavam características distintas do padrão observado eram considerados indeterminados, inteligíveis ou caóticos.

Destaca-se que para Aristóteles nem toda a natureza tinha caráter legítimo. Tal legitimidade pertencia apenas ao que ocorria de forma frequente, regular e sem exceções. Todo o restante não seguia nenhuma lei e, portanto, não era passível de compreensão (Lewin, 1975). Assim, é possível identificar que, em Aristóteles, o singular é deslegitimado. Dessa forma, a influência do pensamento aristotélico sobre a clínica tradicional pode ter contribuído para uma atividade voltada para a classificação (diagnóstica), para a crença de que todos os sujeitos dentro da mesma classe (do mesmo diagnóstico) são iguais e para a negação da singularidade de cada caso concreto.

A partir de outro viés de exame, ainda refletindo os impactos da ciência moderna sobre o método clínico tradicional, Campos e Amaral (2007), ao analisar os limites do conhecimento biomédico, denunciam a tendência de todo saber a produzir certa padronização do seu objeto, supondo uma regularidade da sua ocorrência no mundo. No caso do fenômeno “saúde”, tal tendência resulta na crença de que cada caso concreto de uma determinada doença apresentaria grande semelhança. Todavia, dada a elevada imprevisibilidade e diversidade que constitui a vida cotidiana, é essencial superar essa ilusão de certeza, reconhecendo os limites de qualquer conhecimento já estruturado e refletir sobre o seu próprio saber frente aos casos concretos vivenciados. É essencial, apontam Campos e Amaral (2007), o desenvolvimento de um modelo de clínica que lide com a singularidade.

Canguilhem (2009) *apud* Neves, Porcaro, Curvo (2017) também apresentou reflexões sobre singularidade e normalização relevantes para compreender a clínica tradicional. O autor denuncia que o modelo biomédico busca determinar formas específicas de se viver a vida, classificando-as como normal e identificando os indivíduos que não seguem tal parâmetro como doentes ou anormais. Nesse sentido, a normalidade definida passa a ser o modelo de referência e a produção de saúde consistiria em restaurar os padrões normais daqueles que são afetados por uma patologia, ou seja, que diferem da forma de viver prescrita (Neves; Porcaro; Curvo, 2017).

Não existem padrões “em si” do que seja normal e patológico. Tal distinção só pode ser feita no interior de uma relação entre organismo e ambiente (Safatle, 2011, citado por Neves; Porcaro; Curvo, 2017, 2017). A patologia não é o rompimento com a norma estabelecida pelo modelo biomédico, mas sim a necessidade de se viver “uma outra vida, uma condição nova que exige do indivíduo a capacidade de produzir novas formas de ajustamento com o meio, isto é, novas formas de vida” (Neves; Porcaro; Curvo, 2017, 2017, p. 631). Assim, em Canguilhem, “mutações”, variações ou “anomalias” não são desvios patológicos a serem corrigidos, mas sim a manifestação da característica inerente à vida de sempre criar novas normas. Busca-se, então, ao invés de corrigir desvios em direção a uma norma ditada, desenvolver a potência de criar continuamente normas que permitam o ajustamento a crises decorrentes do contato com o meio em constante transformação. A vida, para Canguilhem, não cabe em normas pré-estabelecidas e a saúde é justamente a

capacidade de colocar-se em risco, de transformar e criar as normas para si (Neves; Porcaro; Curvo, 2017).

2.3.2 Influências da ciência clássica sobre a clínica tradicional

A ciência clássica, além de almejar a compreensão daquilo que tem validade universal e a decorrente prescrição de normas, sob influência do mecanicismo, também buscava identificar relações de determinação absoluta entre os eventos. Acreditava-se que a compreensão total das forças da natureza permitiria a sua total previsibilidade. Nesse sentido, a incerteza seria fruto tão somente da limitação do homem em compreender o mundo (Martins, 1999). Assim, compreende-se que há leis ocultas da natureza que podem ser identificadas por meio do seu estudo. Havendo tal compreensão, o passado e o futuro dos fenômenos poderiam ser completamente conhecidos, aproximando a inteligência humana a um patamar divino (Martins, 1999).

A terceira característica da ciência tradicional que influenciou a clínica é a simplificação deliberada feita pelos cientistas nos experimentos laboratoriais, onde o fenômeno é reduzido para ser compreendido, o que leva a uma negligência da compreensão desse fenômeno em sua complexidade no real. Tais simplificações não seriam um problema se fossem apenas recursos metodológicos para compreender partes do fenômeno reconhecidamente complexo. O problema ocorre quando a ciência torna-se sinônimo de um reducionismo ideológico, entendendo a simplificação como a verdadeira compreensão da essência da realidade (Martins, 1999). É possível supor que tal “postura” contribua para uma clínica que compreenda seu objeto de forma reduzida, onde o processo de saúde-doença-cuidado tenha um único determinante já “perfeitamente” compreendido, sendo esse determinante a única preocupação nas intervenções.

As influências identificadas por Martins (1999) contribuíram para a construção de uma “clínica da doença”, com métodos baseados na anamnese, exame físico e exames complementares, e com o objetivo de identificar e classificar patologias ou alterações relacionadas aos órgãos. Nessa lógica a singularidade é negada e o indivíduo é reduzido a sua doença (Bedrikow; Campos, 2017). Acrescenta-se ainda como limitações que possivelmente foram influenciadas por uma concepção clássica de ciência: a dificuldade para lidar com a singularidade e com as incertezas do cuidado

(Cunha; Campos, 2011), assim como em lidar com as múltiplas determinações do processo saúde-doença-cuidado.

A ciência não é necessariamente mecanicista, positivista e simplista. Martins (1999) identifica outros paradigmas que superam os problemas descritos, apresentando Espinoza e a física quântica como exemplos. É possível supor que tais paradigmas formam uma base condizente com uma nova clínica, ampliada e voltada ao sujeito. Destacando-se as contribuições da física quântica, Martins (1999), aponta que esse paradigma reconhece que o conhecimento e o controle absoluto da natureza é intrinsecamente impossível, e não mais uma decorrência das limitações do intelecto humano. Nesse sentido, a ciência não fornece mais a ilusão da possibilidade de uma previsibilidade perfeita. Algum grau de incerteza passa a ser admitido como inevitável.

O paradigma quântico também coloca o homem e a natureza como um contínuo no mesmo campo, ou seja, o sujeito não é mais entendido como algo de outra ordem, diferente da natureza. Há a negação radical da possibilidade de distanciamento e neutralidade absoluta entre o observador e o observado (Martins, 1999). Em outras palavras, se o esforço da ciência clássica resumia-se no controle das variáveis que interferem no fenômeno de interesse, os novos paradigmas da ciência demonstram que as próprias características do pesquisador e dos seus métodos são também variáveis que interferem no processo de conhecer (Botomé, 2011), o que torna impossível o ideal de uma neutralidade total.

Outras transformações também ocorrem em relação aos critérios de cientificidade. Passa-se a reconhecer que a certeza inquestionável sobre a natureza é apenas uma “aparência apaziguadora” (Martins, 1999). Admite-se que sobre os fenômenos, em sua complexidade, não é possível que a ciência formule verdades absolutas. O conhecimento absoluto por parte do cientista, assim como dos profissionais que atuam orientados por esse conhecimento, deixa de ser um objetivo da ciência.

2.3.3 Clínica ampliada: condição para o cuidado integral

Dada aos problemas e limitações da clínica tradicional expostos, reformulações foram necessárias para possibilitar um cuidado integral. A clínica ampliada, como proposta de transformação no processo de cuidar, merece destaque. A concepção de

clínica ampliada propõe, fundamentalmente, a ampliação do “objeto de trabalho” e do objetivo do cuidado clínico, visando a sua reconstrução na lógica de um “neo-artesanato” (Campos; Amaral, 2007). Por “neo-artesanato” entende-se o reconhecimento de que na clínica, no contato entre profissionais e usuários concretos, cada caso possui a sua singularidade, tornando imprescindível que o contato estabelecido também seja singular (Campos; Amaral, 2007). Nesse sentido há uma superação da influência aristotélica de compreender as classes de fenômeno como universais e depreciar as diferenças existentes entre cada evento concreto dentro de uma classe.

Manuais, linhas de cuidado e protocolos são relevantes para organização de um serviço por identificar semelhanças e regularidades existentes no trabalho clínico, entretanto tais tecnologias precisam considerar também a referida singularidade do cuidado, devendo, assim, serem estruturados de forma que não comprometam a autonomia do profissional quando deparado com situações concretas onde as medidas julgadas como necessárias não são aquelas previstas nesses instrumentos. Tal como um artesanato, cada situação concreta necessitará de um cuidado que, em algum grau, é único. Nessa concepção, padronizações típicas de uma concepção aristotélica ou de uma lógica industrial presente na organização de alguns serviços são impedimentos para que se desenvolva um cuidado que considere as especificidades de cada caso (Campos; Amaral, 2007; Martins, 1999).

A necessidade de ampliação do “objeto de trabalho” surge da constatação de que a clínica tradicional dedica-se exclusivamente a doenças. Reconhecendo-se que o ser humano não se resume a sua doença, torna-se fundamental que a clínica volte-se também para as situações que ampliam riscos e vulnerabilidades das pessoas, assim como aquelas outras características do indivíduo que não estão diretamente relacionadas com a doença. Para além da clínica da doença, a clínica ampliada é fundamentalmente a clínica do sujeito (Campos; Amaral, 2007).

A ampliação dos objetivos indica que a clínica passa a ter como finalidade, além da produção da saúde (cura, prevenção, reabilitação, cuidados paliativos), contribuir para o aumento da capacidade de pensar e agir sobre o mundo, do autocuidado e da autonomia dos usuários. Autonomia não compreendida como a total ausência de qualquer tipo de dependência, mas como a ampliação da capacidade do indivíduo de lidar com seu “sistema de dependências”, da capacidade de compreender e atuar

sobre si mesmo e sobre o seu mundo, do desenvolvimento do seu autocuidado (Campos; Cunha; Figueiredo, 2013; Campos; Amaral, 2007).

As transformações no “objeto” e no objetivo da clínica leva a necessidade de que o profissional lide com pessoas, incluindo suas dimensões social e subjetiva. Todas essas transformações levam necessariamente a mudanças também nas ações que são realizadas na clínica. Além da prescrição de fármacos e realização de cirurgias, a escuta, a educação em saúde e o apoio psicossocial passam a ser recursos terapêuticos valorizados. Uma postura de diálogo, negociação e compartilhamento de saberes torna-se essencial (Campos et al., 2014; Campos; Amaral, 2007). Todas as “ampliações” descritas apontam um aumento da complexidade do processo de cuidado, o que fortalece a necessidade de se repensar, além da própria relação clínica profissional-usuário, a forma como as diferentes equipes de saúde se relacionam.

Uma estratégia do Ministério da Saúde para efetivar essas transformações foi, segundo Campos e Amaral (2007), o programa “HumanizaSUS”. Neste foi desenvolvida a cartilha “Clínica Ampliada e Compartilhada”, visando estimular inovações nas práticas gerenciais e de produção de saúde (Brasil, 2009). Na mesma linha apontada por Campos e Amaral (2007), apresenta como proposta da clínica ampliada superar a limitação ao diagnóstico de um problema e prescrição de um determinado medicamento. Indica que o diagnóstico tradicionalmente consiste em identificar uma generalização, ou seja, características comuns a diversos casos, todavia cada caso também possui singularidades que precisam ser compreendidas. O processo de diagnóstico na clínica ampliada exige o reconhecimento tanto das características típicas que compõem um determinado diagnóstico como as características singulares de cada caso (Brasil, 2009).

Há singularidades que vão além daquelas que são estritamente relacionadas à doença (Campos; Amaral, 2007). Por vezes, profissionais clínicos tradicionais interpretam tais singularidades como demandas “em excesso”, como se só coubesse a ele as características estritamente ligadas à doença diagnosticada em questão. Essa recusa em lidar com as diferentes demandas pode adquirir uma (falsa) função protetora para o profissional ao impedir que estabeleça um genuíno contato com o sofrimento do outro (Brasil, 2009).

O desenvolvimento de tais defesas pode ocorrer em função da complexidade das situações concretas com as quais os profissionais de saúde se deparam. Essa

complexidade faz com que muitas vezes o trabalhador se sinta impotente para “resolver” os problemas dos sujeitos que cuidam. Por isso, a clínica ampliada precisa ser um espaço multiprofissional (e também intersetorial) para que os profissionais consigam lidar com os sujeitos em suas complexidades (Brasil, 2009). É igualmente indispensável que os trabalhadores da saúde também se distanciem dos ideais de neutralidade e não envolvimento (Brasil, 2009; Martins, 1999), assim como do desejo por certezas, previsibilidade e controle absoluto (Cunha; Campos, 2011; Martins, 1999).

Além das defesas, a compreensão ampla da realidade da pessoa que necessita de cuidado também pode ser dificultada por limitações das abordagens que orientam o profissional. Diferentes abordagens, como a social, psicológica ou biomédica, tendem a fazer um recorte parcial da realidade, privilegiando fenômenos específicos. A clínica ampliada busca a realização de uma síntese tensionando os limites das matrizes disciplinares (Brasil, 2009).

A busca por serviços de saúde frequentemente vem acompanhada de uma crença de que os tratamentos e intervenções trazem apenas benefícios. Todavia o uso excessivo ou inadequado de medicações, assim como a indicação indiscriminada de exames ou procedimentos, pode produzir mais prejuízos do que benefício (Campos et al., 2014; Brasil, 2009). A clínica ampliada, ao defender a relevância do aumento de estratégias utilizadas no cuidado (Campos; Amaral, 2007), indica a necessidade de que os profissionais não se limitem ao uso de exames e medicações para cuidar da doença e trabalhem com a capacidade das pessoas de se transformem, de inventarem saídas frente a condições indesejadas que se impuseram nas suas vidas (Brasil, 2009). A partir de uma escuta qualificada e de uma postura não impositiva, o profissional pode contribuir para que a pessoa em sofrimento compreenda que sua doença é produto de um “quadro geral”, ou seja, das suas condições de vida e de como lida com elas. Além disso, o profissional poderá também favorecer o potencial da pessoa em transformar a si e a essas condições das quais depende, gerando autonomia (Brasil, 2007; Cunha; Campos, 2011; Martins, 1999). Talvez seja esse o mais precioso resultado que pode ser alcançado com a ampliação da clínica.

Superar uma compreensão do mundo a partir de classificações rígidas entre categorias opostas e essencialmente distintas; abandonar a busca por padrões universais e sem exceções; valorizar as diferentes formas de viver a vida de cada indivíduo em sua singularidade, reconhecer a impossibilidade de um conhecimento ou

controle absoluto da natureza; preparar-se para lidar com o singular e o imprevisto; reconhecer a impossibilidade da neutralidade absoluta; identificar as múltiplas determinações do processo saúde-doença-cuidado; entrar em contato com pessoas, não somente com suas doenças; ampliar os recursos e estratégias para o cuidado; buscar criar condições para o desenvolvimento de autonomia (Neves; Porcaro; Curvo, 2017; Campos; Cunha; Figueiredo, 2013; Brasil, 2009; Campos; Amaral, 2007; Martins, 1999; Lewin, 1975). Todas essas são exigências para a efetiva ampliação da clínica, sendo requisitos para que os profissionais da saúde coletiva realizem o seu papel. A simples listagem dessas exigências evidenciam a complexidade e dificuldade da tarefa.

2.3.4 Clínica ampliada e Cogestão

A clínica ampliada decorre da aplicação da concepção de cogestão no âmbito do cuidado, da relação profissionais-usuários. Por cogestão entende-se “o exercício compartilhado do governo de um programa, serviço, sistema ou política” (Campos et al. 2014. p. 986). Campos et al. (2014) apontam a concepção teórica e metodológica “Paidéia” (ou “método da roda”) como uma forma de dar suporte à cogestão. Essa concepção tem como finalidade ampliar a capacidade das pessoas de compreender e intervir sobre o mundo, levando ao aumento da autonomia, da democracia e do bem-estar social. Busca-se desenvolver de forma integrada os âmbitos afetivo, intelectual e a forma como cada indivíduo lida com o poder. Além da clínica ampliada, é possível observar sua aplicação no âmbito gerencial, resultando no “apoio institucional”, e na organização do trabalho em rede, baseando o “apoio matricial” (Campos et al. 2014; Campos; Cunha; Figueiredo, 2013).

Na lógica da “Paideia”, todo encontro entre profissional e usuário é um “espaço coletivo”, ou seja, um local onde diferentes indivíduos, com interesses, saberes e papéis também distintos, buscam articuladamente refletir e decidir sobre alguma tarefa ou objetivo. No caso da clínica ampliada, trata-se do encontro entre aquele que reconhecidamente detém um conhecimento técnico clínico e sanitário, o profissional da saúde, com o usuário, que conhece de forma privilegiada seu sofrimento e sua vida como um todo. Assim como os diferentes conhecimentos, essa interação também é marcada por diferenças de desejos e de poder. A relação entre usuário e profissional

nunca será perfeitamente horizontal, todavia a clínica ampliada, ao fundamentar-se na cogestão, buscará o equilíbrio possível (Campos et al. 2014). Reforça-se, assim, a relevância de que o profissional da saúde domine as técnicas baseadas nas melhores evidências científicas e, da mesma forma, tenha uma escuta qualificada capaz de reconhecer os saberes e interesses daqueles com quem entra em contato no seu trabalho (Campos et al. 2014; Brasil, 2009; Campos; Amaral, 2007).

O apoio institucional é o resultado da cogestão nas relações gerenciais, seja entre gestor e trabalhadores ou entre diferentes serviços. Nessa lógica, as deliberações de um serviço se dão em espaços coletivos, onde o poder decisório está dividido. Essa postura democrática decorre da constatação de que em qualquer organização há pessoas exercendo “contrapoderes” ao poder do gestor, já que nas relações humanas a existência de consensos de interesses é uma exceção. Com isso, torna-se vital o desenvolvimento de negociação entre os diferentes personagens a fim de construir compromissos e contratos pactuados que possam superar os conflitos e lidar com as divergências de modo a que o serviço realize seus objetivos (Campos et al. 2014).

O apoio institucional é uma função que pode ser executada pelo gestor, mas também por outros profissionais que exerçam cargos específicos de apoiadores. Busca-se ampliar as competências de gestão e aproximar esses profissionais daqueles que são responsáveis pelas atividades fins do serviço. O apoiador institucional é aquele que deverá mediar conflitos e formular pactos levando em consideração as múltiplas dimensões das interações humanas, como a cognição, o afeto, a política, as resistências inconscientes, entre outras (Campos et al. 2014).

Seja na clínica ampliada, no apoio institucional ou no apoio matricial, a Paideia buscará “ampliar a capacidade das pessoas para lidar com informações, interpretá-las, compreender a si mesmas, aos outros e ao contexto” (Campos et al. 2014, p. 985). Dessa forma se constitui como um importante arcabouço para o estímulo da autonomia, da capacidade de compreender as redes de leis, valores e desejos, permitindo assim um maior manejo de conflitos e poder de tomada de decisões (Almeida, 2015; Campos et al. 2014; Campos; Cunha; Figueiredo, 2013). Quando se toma consciência dos inevitáveis conflitos de desejos que envolvem qualquer relação humana, a crença de que uma organização verticalizada, autoritária e prescritiva poderá alcançar seus objetivos se enfraquece. Torna-se nítida a necessidade de relações horizontais e dialogadas, sendo que, para tal, alguns pré-requisitos precisam

ser construídos, como os espaços coletivos e o estímulo à autonomia de todas as pessoas envolvidas no processo saúde-doença-cuidado. Apenas no caminho orientado pela “clínica ampliada” é possível almejar a efetiva atenção às amplas necessidades de saúde de uma população.

2.4 APOIO MATRICIAL: TRANSFORMANDO A RELAÇÃO ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA

A Reforma Psiquiátrica explicitou a importância e o desafio do cuidado psicossocial em liberdade e no território (Amarante, 2016); a criação de uma nova Constituição afirmou a saúde como um direito de todos e a integralidade como um norteador do cuidado (Brasil, 1988); as limitações da clínica tradicional no cuidado à saúde impõe a sua ampliação (Campos; Amaral, 2007). Características do processo de formação acadêmica parecem ser importantes determinantes do processo de trabalho das equipes de saúde, e, conseqüentemente, do quanto esses serviços se aproximam das transformações supracitadas. Ceccim e Feuerwerker (2004) denunciaram que as instituições formadoras se focam em aspectos orgânicos e tecnologias altamente especializadas, formando profissionais dependentes de procedimentos e equipamentos diagnósticos e terapêuticos.

Bispo Júnior e Moreira (2017) e Silva et. al. (2012) também reconhecem na formação determinantes para a dificuldade dos profissionais desenvolverem suas atividades de acordo com o preconizado. Nenhuma formação acadêmica parece ser suficiente para formar profissionais para cumprir com seu "novo" papel, sendo a educação em serviço cada vez mais essencial. Se os processos de trabalho das equipes não ocorrem de acordo com o preconizado, a Educação Permanente em Saúde (EPS) pode ser uma concepção de elevada relevância para efetivas transformações na forma como equipes se organizam e trabalham (Bispo Júnior; Moreira, 2017; Ceccim; Ferla, 2009).

A EPS é também uma prática de ensino-aprendizagem. Nesse sentido, propõe a produção do conhecimento no cotidiano do trabalho, tendo como base as necessidades de saúde da população, os problemas enfrentados no trabalho, as experiências vivenciadas pelos profissionais e as reflexões críticas sobre suas práticas. Essa produção de conhecimento tem a sua relevância no sentido que consegue contribuir para respostas às dificuldades vivenciadas no ambiente de

trabalho e produzir novas perguntas para orientar contínuas reflexões (Brasil, 2018; Ceccim; Ferla, 2009).

Busca-se ir além de atualizações técnico-científicas, envolvendo também as dimensões éticas da vida, do trabalho, da saúde e da educação. Tem como objetivo último a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho em direção a um maior potencial para lidar com as necessidades de saúde da população (Ceccim; Ferla, 2009; Ceccim; Feuerwerker, 2004).

A educação permanente em saúde, para além de um movimento de capacitação de trabalhadores, busca criar um contato entre ensino, gestão, serviço e controle social (Ceccim; Feuerwerker, 2004). O serviço deixa de ser um espaço apenas de aplicação de teorias desenvolvidas nas instituições de ensino para ser um local também de reflexão e recriação de teorias e práticas. Busca-se também nesse contato entre os quatro pontos o desenvolvimento de um processo de gestão colegiada “não verticalizada” e o fortalecimento do controle social. Por fim, tal contato tem potencial para promover transformações nas instituições formadoras na direção política do SUS, qualificando a formação de profissionais para lidar com as reais necessidades de saúde das populações (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

Todas as transformações no processo saúde-doença-cuidado também exigem mudanças estruturais na organização das relações entre usuários, equipes e serviços. O apoio matricial é uma concepção que fortalece o ensino em serviço e a reorganização do trabalho em direção a uma clínica ampliada para o cuidado integral, no território e em liberdade.

Este conceito foi desenvolvido por Campos (2011) dentro de uma linha de pesquisa voltada justamente para a reforma estrutural das organizações e do trabalho em saúde. Tais mudanças visaram resolver alguns problemas identificados na saúde coletiva brasileira, como a fragmentação da atenção, a responsabilização dos profissionais apenas com as pessoas que vinham até o serviço (e somente enquanto ali permaneciam), a valorização excessiva dos serviços hospitalares e especializados e, por fim, a utilização de mecanismos de contrato e regulação inadequados e insuficientes (Campos, 2011, 1999).

O apoio matricial se organiza a partir de equipes de referência e equipe de apoio especializada matricial. Estas têm a função de ser a retaguarda especializada das primeiras. Na lógica do apoio matricial, um profissional que detém um determinado núcleo de saber apoia outros profissionais detentores de outros núcleos

de saberes para que, articuladamente, consigam maior eficácia na atuação. É uma forma de interação interdisciplinar e horizontal, que rompe com a lógica de encaminhamentos para um setor especializado detentor de todo saber, hierarquicamente superior ao apoiado. Busca-se estimular o contato direto entre equipes de referência e equipes de apoio visando a integração de esforços para a resolução de um problema de saúde (Campos et al., 2014; Campos, 2011, 1999; Campos; Domitti, 2007).

Para melhor compreender esse processo, parece relevante aprofundar o entendimento sobre núcleos de saberes. Campos (2000) apresenta a distinção entre núcleo e campo de saberes e práticas. O núcleo representa uma aglutinação do conhecimento, marcando a identidade de uma área de saberes e práticas. Já o campo indica um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina ou profissão se apóia em outras para cumprir sua função. Destaca-se que tais conceitos não são compreendidos como diferenciados por fronteiras rígidas. “Núcleo” e “campo” são mutantes e se inter-influenciam (Campos, 2000).

Para ir além daquilo que é nuclear em cada profissão e efetivamente trabalhar no “campo”, que não é espaço exclusivo de nenhuma categoria, é necessário que todos os profissionais trabalhem em conjunto, apoiando-se cada um em outras áreas, para que consigam cumprir suas funções. Trata-se de compreender que não há uma “propriedade intelectual privada” de uma especialidade, mas sim núcleos de saberes diferentes que serão ativados para atender cada caso concreto, de quais conhecimentos do especialista o profissional de referência precisa se apropriar. Trabalhar na lógica do apoio matricial é fornecer núcleos especializados para fortalecer o campo interdisciplinar da equipe de referência (Bertussi et al., 2022; Campos et al., 2014).

Uma ideia que embasa o apoio é a de unidade de produção. A organização dos serviços a partir de unidades de produção visa superar a estruturação baseada em categorias profissionais. Ao invés de se construir “serviços de psicologia” ou “equipe de enfermagem”, cada unidade é composta por múltiplos trabalhadores, de diferentes profissões, agrupados para atender um público delimitado ou uma função específica. As equipes de referência, formadas por um conjunto de profissionais considerados essenciais para lidar com determinado problema de saúde, têm a responsabilidade do cuidado frente a um território definido. Busca-se superar o trabalho orientado por procedimentos típicos de cada profissão ou por doenças específicas, em direção a

responsabilização pela produção de saúde para um determinado grupo. Com apoio, é possível desenvolver a potência do raciocínio clínico e ampliar as possibilidades de ferramentas e estratégias para o cuidado (Bertussi et al., 2022; Campos, 2000; 1999).

Frente aos casos que demandam um saber específico especializado, a equipe de referência não transfere a responsabilidade, mas a compartilha com os apoiadores, mantendo a função de desenvolver o projeto terapêutico daquele indivíduo, assim como executar diretamente o referido projeto e articular os movimentos envolvendo as equipes de apoio. Nesse compartilhamento de casos, há também o compartilhamento de informações, já que o serviço de referência tende a ter informações sobre o usuário e sua forma de viver a vida que são de difícil acesso no cuidado especializado. Busca-se com a lógica da corresponsabilização contínua por um determinado grupo de pessoas a criação de vínculos com potencial terapêutico entre usuários e profissionais, vínculos esses que permitam o reconhecimento da subjetividade do usuário no desenvolvimento do cuidado (Bertussi et al., 2022; Campos; Domitti, 2007; Campos, 1999).

Campos (1999) aponta como um problema da clínica tradicional a valorização restrita do saber biológico dominado pelo médico. Este profissional, como único detentor do conhecimento relevante, acaba desempenhando uma conduta prescritiva e deslocada das características individuais e sociais do usuário. Com a estruturação de equipes interprofissionais com o papel de desenvolver os projetos terapêuticos, é estimulado o diálogo entre o saber médico e outros saberes profissionais. Enfatizando o cuidado à população de um território e na formação de vínculo, a subjetividade do usuário passa a ser um importante norteador do cuidado (Campos, 1999).

Campos propõe com a ideia de apoio matricial uma forma de diminuir a fragmentação no cuidado em saúde, consolidar a responsabilização clínica, fortalecer o cuidado interdisciplinar e contribuir para a regulação da rede assistencial. Trata-se, assim, de mais do que um conjunto de atividades. Busca-se transformações em funções específicas, ou seja, produzir impacto (transformação) sobre aspectos do cuidado em saúde (Cunha; Campos, 2011).

Um desses aspectos, a fragmentação no cuidado, pode ser impactada por mudanças organizacionais. A defesa da organização da rede assistencial em “unidades de produção”, em contraposição a formação de equipes por categoria, é uma forma de lidar com tal dificuldade, já que equipes multiprofissionais tendem a ter mais recursos para lidar efetivamente com sujeitos, mais do que com doenças ou

problemas específicos. Distancia-se de uma organização onde cada “tipo de problema” necessite de um tipo de equipe específico, formada por determinada classe profissional (por exemplo, um serviço de psicologia) (Cunha; Campos, 2011; Campos, 2000). Cabe destacar que ESF e CAPS, assim como diversos tipos de serviço que constituem nossos Sistema de Saúde, são formados por equipes multiprofissionais e, nesse aspecto específico, estão alinhados com a proposta de equipe de referência e apoio matricial.

A ordenação do cuidado é uma das funções atribuídas à atenção primária (Brasil, 2017a). Para tanto, é necessário assumir uma responsabilidade contínua pelo usuário (mesmo quando compartilhada com outros pontos da rede) e funcionar como um “filtro” para os serviços especializados, identificando quando o usuário necessita de uma equipe de âmbito secundário ou terciário. Mais do que isso, defende-se a participação ativa da atenção primária na definição das diretrizes de acesso aos demais serviços. Manter a responsabilidade permanente e participar do processo de compartilhamento desta responsabilidade é uma forma de evitar a fragmentação do cuidado, além de implicar em uma transformação dos mecanismos de regulação (Cunha; Campos, 2011).

Quanto ao processo de regulação, o objetivo da proposta de equipe de referência e apoio matricial é criar espaços menos burocráticos e com contato direto entre profissionais, favorecendo, entre outros aspectos, o compartilhamento de informações e aproximação entre as equipes. Não é proposto o fim de serviços como centrais de regulação, mas sim o fortalecimento do papel de coordenador do cuidado por parte das equipes de referência, no caso, as equipes da atenção primária. É importante lembrar que o conceito de equipe de referência caminha junto com o de apoio matricial. Para que uma ESF exerça a função de coordenadora do cuidado e que consiga lidar com as necessidades de saúde do indivíduo e do território, é necessário que receba o apoio técnico-pedagógico da equipe de apoio. Assim, a equipe especializada, no caso, o CAPS, necessita assumir a dupla função: o cuidado direto dos usuários que necessitam de atenção especializada e o suporte para as equipes de atenção primária (Cunha; Campos, 2011; Campos, 2000).

No que tange a responsabilização clínica, há a crítica a postura de se envolver com o usuário somente enquanto este está dentro do serviço, negando se responsabilizar por aqueles que necessitam de cuidado, mas não buscam a unidade de saúde, assim como por aqueles que foram encaminhados para o cuidado em

serviço especializado. Objetiva-se, assim, fortalecer a responsabilização dos profissionais frente à população do seu território (Cunha; Campos, 2011).

A horizontalidade nas relações e a gestão democrática também são transformações defendidas com o apoio matricial. Se, tradicionalmente, os serviços especializados gozam de maior prestígio, sendo seus profissionais vistos como os detentores de todo o saber, no apoio matricial se reconhece a importância do núcleo de saber do especialista, mas igualmente se valoriza o conhecimento dos profissionais de referência decorrentes, entre outros fatores, da capilaridade do serviço ao qual pertencem e do vínculo estabelecido com os usuários (Cunha; Campos, 2011).

O processo de gestão se torna mais democrático quando se cria espaços para que os diferentes atores participem da tomada de decisão. Os trabalhadores, organizam-se em equipes multiprofissionais, que possuem um coordenador específico, mas que compartilha o poder de planejar e decidir (unidades de produção). Dessa forma, não há espaço para as figuras de coordenações específicas de cada classes profissionais. Estas antigas coordenações, tendo elevado grau de conhecimento quanto ao núcleo de sua profissão, podem passar a exercer função de apoio institucional para os demais. Defende-se a diluição do poder também do gestor maior da organização, que também criaria espaços deliberativos coletivos onde haveria participação de representantes das diferentes unidades de produção (Campos, 1998).

A proposta de apoio matricial leva a uma ampliação do cenário de atuação do serviço especializado em direção ao suporte às equipes de referência. Para alcançar as funções descritas, a equipe de apoio pode fazer uso de diferentes tipos de atividade, como por exemplo:

[...] discussão de projetos terapêuticos, discussão de temas prevalentes, análise de estratégias para lidar com demanda reprimida, análise de encaminhamentos até a simples disponibilidade para contato telefônico para discutir urgências (Cunha; Campos, 2011, p. 964).

Bispo Júnior e Moreira (2017), ao analisarem exemplo indesejado de apoio matricial, defendem que tal lógica implica numa mudança no processo de trabalho tanto de quem apoia quanto de quem é apoiado. Há uma necessidade das equipes apoiadas de assumirem a responsabilidade contínua em relação à saúde de pessoas e comunidades, sem se desvincularem quando há a necessidade de intervenção de um profissional ou serviço especializado. Uma equipe de referência, nesse sentido,

tem sua responsabilidade vinculada a um determinado grupo de pessoas, não a um determinado conjunto de atividades que cada profissional precisa realizar. É justamente essa responsabilidade que permite uma relação terapêutica longitudinal e o conhecimento da singularidade de pessoas de um determinado território (Campos et al., 2014), sendo essas características de elevada importância para a qualidade do cuidado.

Atendimento compartilhado entre profissionais de diferentes serviços, planejamento em conjunto de ações, participação na elaboração de projetos terapêuticos singulares (PTS), consultas compartilhadas entre profissionais das duas equipes, discussões sobre temas prevalentes, análise de estratégias para lidar com demanda reprimida, análise de encaminhamento e contato telefônico para discutir emergências são algumas das atividades que constituem o apoio matricial (Brasil, 2017a; Brasil, 2011; Campos, 2011). Destaca-se que todas essas atividades devem visar, além da atenção à saúde do usuário ou da população, a transformações no processo de trabalho e na qualidade do cuidado dos profissionais apoiados, de forma que estes consigam lidar com demandas da mesma ordem com maior grau de autonomia. Assim, é fundamental que se compreenda quais conhecimentos são nucleares de uma especialidade e quais devem ser comuns a integrantes das equipes de referência e que, no contato contínuo entre as equipes, o compartilhamento dos saberes e práticas dos campos profissionais se efetive (Brasil, 2010; Figueiredo; Campos, 2008; Campos; Domitti, 2007).

As equipes que trabalham na lógica do apoio matricial não podem entender o seu papel como um “simples apoio”, que se engaja apenas em uma função incentivadora, sem responsabilidade pelo cuidado. Também não podem ser compreendidas como um aglomerado de especialistas que vão se responsabilizar por alguns atendimentos no lugar da equipe apoiada. As equipes de apoio matricial precisam efetivar-se como uma estratégia para promover o cuidado integral, a gestão do cuidado, a corresponsabilização, a horizontalidade nas relações e as práticas multiprofissionais. Para isso, torna-se também essencial a compreensão dos papéis na referida lógica tanto pelos profissionais de apoio quanto das equipes apoiadas. É necessário que, em conjunto, equipes de referência e de apoio definam os critérios relativos a quanto acionar o serviço especializado e quais as responsabilidades da equipe de referência nos casos (Campos; Domitti, 2007).

Para pensar o apoio matricial entre serviços de saúde mental e atenção primária, é necessário caracterizar também a função da segunda. As principais características da atenção primária são a continuidade e a integralidade da atenção, assim como a coordenação da assistência à saúde dentro do sistema (Brasil, 2010). As equipes de apoio devem ter seu processo de trabalho orientado a fortalecer, no contato com a ESF, a integralidade, a continuidade e a coordenação do cuidado. Ao invés de se responsabilizar pela execução de determinadas atividades ou procedimentos, cabe aos apoiadores fortalecer a atenção primária na sua responsabilização pela saúde de uma população definida (Brasil, 2010).

"Apoiar a atenção primária" pode ser uma expressão excessivamente genérica com potencial limitado para permitir a visualização concreta dos processos que constituem o apoio matricial. Assim, é relevante listar alguns exemplos dos principais processos que podem ser incentivados nas equipes apoiadas. Fortalecer a atenção primária implica dar suporte para: o processo de diagnóstico, seja de casos clínicos ou a caracterização do território; o acolhimento e a formação de vínculo (incluindo com usuários que não necessitam de intervenção específica no âmbito psicossocial); desenvolvimento de projetos terapêuticos; planejamento atividades coletivas; execução de ações psicossociais pelas próprias equipes de atenção primária, nos casos em que for pertinente, acionamento adequado dos demais pontos da rede; repasse de informações sobre os casos compartilhados; cuidado continuado desses casos; desenvolvimento teórico/conceitual sobre questões psicossociais; e, até mesmo, ser o "olhar externo" para a análise das rotinas e conflitos internos das equipes apoiadas (Brasil, 2011).

Para efetivar o trabalho em rede orientado pela concepção de "apoio matricial" o Ministério da Saúde instituiu a "Rede de Atenção Psicossocial", assim como o "Centro de Atenção Psicossocial" (CAPS), principal ponto especializado desta rede (Brasil, 2017b). Dada a orientação tradicional nas graduações e a qualificação insuficiente dos profissionais de forma paralela a institucionalização do apoio matricial, muitos trabalhadores apresentam pouca clareza sobre essa forma de organização e se relacionam com o conceito de apoio matricial de forma genérica, determinando um fazer nem sempre consonante com as proposições (Chazan; Fortes; Camargo Júnior, 2020). Mesmo assim, as experiências recentes vêm demonstrando que tal estratégia foi amplamente aceita no âmbito conceitual, não recebendo críticas aos seus aspectos centrais. No âmbito concreto foi capaz de produzir resultados de elevada importância

para o cuidado psicossocial e para a efetivação da reforma psiquiátrica, todavia tem-se observado também diversos obstáculos que ainda necessitam serem superados para que haja um cuidado adequado às necessidades singulares das pessoas em sofrimento psíquico (Gonçalves; Peres, 2018, Castro; Campos, 2016).

2.5 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: UMA ESTRATÉGIA DE CUIDADO NO TERRITÓRIO

O desafio da "integralidade" cria exigências que não podem ser atendidas por um profissional ou equipe trabalhando de forma isolada. O cuidado integral necessita do trabalho organizado de uma rede de serviços orientada para esse fim (Cecílio, 2009). Nesse sentido, o cuidado em saúde mental está estruturado como Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), atualmente descrita no Anexo V da Portaria de Consolidação nº 6, teve como base da sua redação atual a Portaria nº 3088/2011 (Brasil, 2017b). Nessa rede, o CAPS apresenta-se como o principal ponto instituído para o apoio especializado.

A RAPS se estrutura orientada pelo respeito aos direitos humanos, promoção de equidade, reconhecimentos dos determinantes sociais da saúde, combate aos estigmas e preconceitos, diversificação das ações de cuidado no território, desenvolvimento de estratégias de redução de dano, promoção de estratégias de educação permanente, entre outras diretrizes (Brasil, 2017b).

É composta pela atenção básica (ESF, consultórios de rua, entre outros), pela Atenção a Urgência e Emergência (as próprias unidades básicas de saúde, UPA, SAMU, entre outros), Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidades de Acolhimento e Serviço de Atenção em Regime Residencial/Comunidade Terapêutica), Atenção Hospitalar (Unidades de Referência Especializada em Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico e Hospital Dia), Estratégias de Desinstitucionalização (Serviço Residencial Terapêutico), Estratégias de Reabilitação Psicossocial e Atenção Psicossocial (Brasil, 2017b).

A Atenção Psicossocial é composta pelos CAPS, em suas diferentes modalidades. Dedicando-se prioritariamente aos pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, os CAPS I, II e III atendem a pessoas de todas as idades, incluindo crianças, adolescentes e pessoas em sofrimento decorrente do uso de drogas. Todavia, cidades de médio e grande porte podem contar com CAPS I e CAPS

i II, voltados exclusivamente para o atendimento de crianças e adolescentes, assim como podem possuir CAPS voltados exclusivamente para pessoas em sofrimento decorrente do uso de álcool, crack e outras drogas: CAPS AD, CAPS AD III e CAPS AD IIII. Destaca-se que os CAPS III e CAPS AD III funcionam 24 horas, todos os dias da semana (Brasil, 2017b).

Os CAPS foram criados pela Portaria 336/2002, atualmente constituindo também o Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3, e são serviços ambulatoriais de atenção diária que funcionam na lógica do território. Além do cuidado aos pacientes, compete ao CAPS organizar a demanda da rede de cuidado em saúde mental no seu território, desempenhar papel regulador da porta de entrada da rede assistencial, supervisionar unidades hospitalares psiquiátricas, supervisionar e capacitar equipes de atenção básica, entre outras. Como atividades previstas, cabe ao CAPS realizar atendimentos individuais, atendimentos em grupo, oficinas terapêuticas, atendimentos domiciliares, atividades comunitárias e ações inter-setoriais (Brasil, 2017b).

É possível observar na referida Portaria que cabe ao CAPS, além do atendimento direto à população, a organização das demandas da rede em saúde mental e capacitar equipes de atenção básica. A efetiva organização com base do apoio matricial permite que essas funções sejam realizadas. O CAPS, além de atender a pessoas com características específicas, torna-se importante agente de articulação entre os serviços e de educação permanente em saúde para profissionais de diferentes equipes, necessitando, nesse sentido, trabalhar de forma próxima e dialogada com a atenção primária para garantir o cuidado à saúde mental de uma população, para além daqueles que frequentam o espaço físico do serviço. É justamente nesse aspecto, sendo mais do que um serviço de atendimento em saúde mental, que o CAPS se configura como um agente da reforma psiquiátrica, um agente de transformação da forma como se realiza o cuidado em saúde mental. A essência desta transformação está na realização das ações de cuidado no próprio território, deslocando-se de uma instituição pautada no isolamento para o contexto comunitário (Gonçalves; Peres, 2018; Hirdes, 2006).

Mudanças importantes na RAPS ocorreram por meio da Portaria nº 3.588/2017 e da Lei nº 13.840/2019. Esta dispõe especificamente sobre drogas, afirmando que o tratamento deverá ser prioritariamente ambulatorial, que as internações de dependentes químicos deverão ocorrer em unidades de saúde ou hospitais gerais com equipes multiprofissionais. Estabelece também que as comunidades terapêuticas

não realizam internações, mas acolhimento voluntário mediante avaliação médica prévia. É vedado a essas instituições o isolamento físico dos usuários. A referida lei cria a possibilidade de internação involuntária solicitada por servidor público na absoluta falta de familiar ou representante legal, o que até então necessitava de decisão judicial para internação compulsória, estabelecendo tempo máximo de 90 dias para essa modalidade de internação (Brasil, 2019).

Já a Portaria nº 3.588/2017 criou novos pontos na RAPS: o CAPS AD IV, as equipes multiprofissionais em saúde mental, trouxe as comunidades terapêuticas para o âmbito dos serviços de saúde e retornou para a rede o hospital psiquiátrico (Brasil, 2017c). Esta Lei foi alvo de diversas críticas, como a apresentada pelo Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, que aponta problemas na sua construção, que envolveu a participação exclusiva da classe médica, em detrimento das demais classes de profissionais da saúde, das organizações de usuários e familiares e do Conselho Nacional de Saúde, assim como problemas em seu conteúdo. Criticaram todos os pontos da rede criados por demonstrarem uma lógica contrária ao cuidado multiprofissional e no território. Destaca-se o caráter retrógrado da inclusão dos hospitais psiquiátricos, que, por mais que ainda existissem, eram considerados um serviço em processo de substituição, não um ponto da rede de atenção. No que tange o CAPS AD IV, denunciaram que compartilhavam dos mesmos objetivos do CAPS AD III, todavia possuíam uma estrutura que demonstra uma lógica médico-centrada e perdiam o caráter itinerante, em comparação aos consultórios de rua, necessário para o cuidado àquelas pessoas que não buscam espontaneamente o serviço (CES-MG, 2017). Em 2023, a retrógrada Portaria em questão foi revogada por meio da Portaria nº 757, de 21 de junho (Brasil, 2023a).

Por fim, também em 2023 foram criadas as eMulti - Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde, voltando a haver financiamento federal para a composição de equipes com diferentes categorias profissionais para atuar no âmbito primário de forma complementar e integrada às demais equipes da APS. Psicólogo, assistente social, farmacêutico, nutricionista e médico ginecologista/obstetra são alguns exemplos de profissionais que podem compor esta equipe. Destaca-se entre seus objetivos facilitar o acesso da população aos cuidados em saúde por meio de trabalho colaborativo na APS, pautado no princípio da integralidade. Já em relação às ações a serem executadas, prioriza-se, além de atendimentos individuais e coletivos, a realização de apoio matricial (Brasil, 2023b).

2.6 DESAFIOS E POTENCIALIDADES NO APOIO MATRICIAL ENTRE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Para compreender os desafios e potencialidades do apoio matricial entre CAPS e APS, é pertinente identificar tais desafios e potencialidades já identificados no trabalho de apoio matricial. Gonçalves e Peres (2018) realizaram uma revisão integrativa da literatura referente ao apoio matricial entre CAPS e atenção primária, identificando potencialidades e limitações no processo. Identificaram no apoio matricial o potencial para contribuir para o cuidado em saúde mental na comunidade, sendo uma importante estratégia efetivamente substitutiva ao manicômio. Como fator para superar as dificuldades, os autores destacam a relevância da construção de parcerias intersetoriais no território (Gonçalves; Peres, 2018).

Sampaio e Bispo Junior (2021), por meio da entrevista de 33 sujeitos (entre trabalhadores, gestores e usuários) e da observação participante nos serviços da RAPS de um município, constataram uma rede fragmentada, centrada nos serviços especializados, sem fluxos instituídos e com pouca articulação intersetorial. Esses fatores levaram os CAPS a se tornarem reclusos em si mesmo, focando-se no cuidado isolado e longo dos seus usuários (Sampaio; Bispo Junior, 2021). Parecem comuns os exemplos de articulação insuficiente na RAPS, levando a um cuidado fragmentado. Tais problemas evidenciam a necessidade do fortalecimento do apoio matricial.

Almeida (2015) observou o apoio matricial entre equipes de atenção primária e CAPS no município de Campinas/SP. Foi identificado que as relações entre cada CAPS e cada equipe apoiada apresentaram diferenças entre si. Por exemplo, em alguns casos havia resistência e conflitos não declarados entre os participantes, enquanto em outros foi relatado sincronia e cumplicidade no processo. Em geral, nas ESF, todos os integrantes da equipe apoiada participavam dos encontros entre serviços, mas houve também equipes onde apenas profissões específicas participavam das reuniões de matriciamento (Almeida, 2015).

Como fatores indesejáveis encontrados, foram relatadas por profissionais dos CAPS situações em que a relação se resumia ou a demandas específicas por capacitações, ou a encaminhamento de casos com pouco compartilhamento de informações. Em algumas ocasiões esses momentos de capacitações ocorriam de forma hierarquizada, sendo atribuído ao CAPS o papel do detentor do saber que traria

as respostas. Houve casos também de ações de cuidado do CAPS executadas de forma independente da atenção primária, sem estimular implicação por parte destas. Foi constatado também a compreensão restrita sobre apoio matricial, ao referirem-se ao apoio apenas como a reunião mensal fixa entre as equipes, apesar da ocorrência constante de outros encontros e compartilhamentos quando se fazia necessário (Almeida, 2015).

Apesar dos aspectos desfavoráveis, observou-se que os pontos positivos prevaleceram: em geral os encontros de matriciamento eram horizontais e baseados na troca de saberes, ocorrendo avaliação e aprimoramento do processo. Rotineiramente estratégias de cuidado eram construídas em conjunto e, além de apoiar, os CAPS se beneficiaram do processo, recebendo, por exemplo, informações privilegiadas sobre casos complexos. Passou a ocorrer com maior qualidade o acionamento do CAPS para casos complexos, assim como devolutivas mais desenvolvidas que permitiam o cuidado continuado dos usuários que deixavam de ser acompanhados pelo CAPS. Os encontros ocorriam de forma regular e havia importante dedicação dos profissionais na sua realização. Com o apoio matricial, as ESF qualificavam-se para assumir a função de coordenadores do cuidado, incluindo dos casos graves (Almeida, 2015).

Almeida (2015) também identificou as principais ferramentas utilizadas para o apoio matricial, destacando-se a discussão de caso o atendimento domiciliar compartilhado e o contato telefônico, além de atualizações temáticas, contatos por e-mail e elaboração de relatórios e documentos.

Cabe destacar que foi apontado pelos trabalhadores dos CAPS que havia uma falta de suporte para realização do apoio, de uma figura que vivenciasse em conjunto as dificuldades, auxiliando na identificação das necessidades de formação dos apoiadores e no fortalecimento da entrada do apoio na atenção primária (Almeida, 2015). Esforços para produzir conhecimento que permitam qualificar o trabalho das equipes de apoio matricial se mostram relevantes, pois

As ambiguidades sobre o conceito e a proposição prática do Apoio Matricial presente nos discursos dos profissionais dos CAPS nos indica a deficiência na formação dos profissionais na saúde pública, em específico no município de São Paulo, e os resultados reforçam a não existência de um projeto de formação permanente que possa alicerçar essas mudanças nos modelos de atenção, e apontam que os espaços de encontro, reflexão e de troca não têm sido suficientes para subsidiar tal necessidade de conhecimento.[...] Há um investimento (discurso dos gestores) em fortalecer o apoiador, no entanto, é

também evidente a necessidade de melhor cuidar dos “apoiadores”, já que a relação de Apoio fica comprometida se o profissional não compreende o processo de trabalho dos CAPS, da AB e a proposta de apoio (Almeida, 2015, p. 83-84).

O papel de apoiador em saúde mental, na lógica do apoio matricial, não compete exclusivamente ao CAPS, todavia há cidades onde optou-se por realizar tal restrição e inserir psicólogos em todas as unidades de saúde para fazer atendimentos diretos aos usuários, sem exercer qualquer função de matriciamento. Nesse caso, um estudo qualitativo observou importante diversidade de concepções e práticas por parte dos psicólogos da atenção primária. Essas concepções foram agrupadas em quatro categorias: o apoio matricial compreendido como o compartilhamento de saberes e práticas no cuidado, concepção essa coerente com os referenciais teóricos; como relações hierárquicas e conflitantes entre CAPS e atenção primária; como aproximação entre atenção primária e especialidade médica para facilitar encaminhamentos; e, por fim, matriciamento como processo de supervisão e discussão de caso, onde o psicólogo teria a função de capacitar os demais profissionais (Iglesias; Avellar, 2016).

A mesma heterogeneidade foi observada também quanto às práticas. Alguns psicólogos tinham seu trabalho restrito a atendimentos individuais, todavia também foram observados esforços para a realização de parcerias intersetoriais e interdisciplinares, contribuindo para a quebra de mitos referentes às pessoas com transtornos mentais severos e outras transformações pertinentes para o desenvolvimento de como a rede de atenção, como um todo, estrutura a atenção psicossocial (Iglesias; Avellar, 2016).

Dois aspectos identificados merecem destaques: (1) os indivíduos objeto da pesquisa que apresentaram uma concepção de matriciamento relacionada a cobranças e hierarquias relataram práticas focadas no atendimento individual, já quem o compreendeu como compartilhamento de saberes e responsabilidades demonstrou um cuidado orientado pela integralidade; (2) ocorreram demandas para que houvesse um "matriciamento para médicos" com a participação de um psiquiatra, com o foco no uso de psicotrópicos, todavia parece mais pertinentes a inserção das questões de interesse dos médicos no processo geral de matriciamento, de forma a combater a cisão existente entre estes e o demais membros da equipe (Iglesias; Avellar, 2016).

Ferreira et al. (2017) observaram um caso de processo de trabalho de um CAPS III restrito aos seus muros. Como meio para superar essa concepção, o apoio matricial foi considerado uma estratégia pertinente na organização do trabalho em rede. Todavia os profissionais queixaram-se de falta de interesse por parte da atenção primária em participar das discussões de caso e atribuíam a um único profissional realizar a função de apoio. Os profissionais do CAPS apresentavam posições heterogêneas quando a disposição em qualificar o apoio, predominando a concepção de que trata-se de um "trabalho de formiguinha" que vem apresentando poucos resultados sobre a capacidade da atenção primária em coordenar PTS e até mesmo a realizarem encaminhamentos qualificados (Ferreira et al., 2017).

É possível supor que a atenção à crise seja um dos tipos de demandas que mais provocam medo e insegurança em profissionais da atenção primária, levando a acionamento automático a serviços especializados, como o CAPS, ou de emergência. Todavia, Lima e Dimenstein (2016) apontam a possibilidade conceitual e um exemplo concreto do apoio matricial contribuindo para a qualificação do cuidado na atenção básica até mesmo em situações de crise. No referido estudo é relatado que o sucesso do matriciamento com a atenção primária possibilitou que casos de menor complexidade fossem atendidos neste âmbito de cuidado; que os casos que necessitassem da intervenção especializada fossem compartilhados com qualidade e sem violência ou imposições; e, no dia a dia do trabalho no território, o matriciamento fortaleceu também a prevenção às crises.

Tatmatsu e Araújo (2016) também estudaram o apoio matricial envolvendo profissionais da atenção primária e da saúde mental, incluindo trabalhadores do CAPS. A ocorrência do apoio matricial foi apontada como centrada em reuniões de equipes, havendo diversidade na participação profissional entre as equipes estudadas, destacando-se a ausência de dentistas e médicos, tanto da atenção primária, quanto dos serviços de saúde mental. Foram apontadas diferentes metodologias e atividades priorizadas pelas diferentes equipes, como a discussão de casos, o atendimento compartilhado, a participação em atividades coletivas e momentos de avaliação do próprio processo de matriciamento.

Foi reconhecido como impacto do apoio matricial o fortalecimento do trabalho em rede, incluindo o aumento na diversidade de pontos, inclusive intersetoriais, que passaram a ser acionados para o cuidado compartilhado, um cuidado mais resolutivo pela APS e consequente redução no número de encaminhamentos, agora restrito aos

casos graves, o que tornou mais ágil o atendimento daqueles que mais necessitavam do serviço especializado. Apesar dos pontos positivos do matriciamento, alguns obstáculos também foram observados: adesão insuficiente de alguns profissionais, falta de conhecimento específico em saúde mental, alta rotatividade de profissionais e falta de envolvimento da gestão (Tatmatsu; Araújo, 2016).

Já Lima e Gonçalves (2020) identificaram as concepções de profissionais de CAPS de um município sobre o apoio matricial como ordenador do cuidado psicossocial. Relacionaram o apoio matricial com atenção em rede, trabalho em equipe, cuidado integral e centrado no usuário. Foram observadas diferenças nas compreensões dos entrevistados. Alguns entendiam o matriciamento como uma estratégia de organização do cuidado, outros o identificavam como ações ou tarefas (de matriciamento) a serem executadas.

No que tange a gestão municipal, reconheceram-na como um fator determinante do processo de matriciamento, tendo ocorrido mudanças de gestores que fragilizaram o apoio matricial por deixarem de executar a função de ativador do cuidado em rede. Os entrevistados apontaram incapacidade na equipe para o pleno cuidado psicossocial, identificando no trabalho interprofissional uma estratégia de fortalecimento dos trabalhadores e o apoio matricial como uma organização que desenvolve a educação permanente. Reconheceram que o apoio matricial desenvolve a qualidade do cuidado e, por fortalecer o cuidado no território, é uma estratégia de combate às práticas asilares e contribui para a efetivação da reforma psiquiátrica (Lima; Gonçalves, 2020).

Barreiras e insuficiências também foram identificadas. Resistência de outros pontos da rede em acolher e atender pessoas com demandas psicossociais, problemas de estrutura, falta de qualificação de recursos humanos e ocorrência escassa de atividades educativas e visitas domiciliares por parte de alguns profissionais são exemplos de aspectos negativos. Cabe destacar que 3 dos 10 entrevistados não tinham nenhuma experiência direta em matriciamento e raramente realizavam atividades fora do espaço físico do serviço, o que ilustra a heterogeneidade do matriciamento no processo de trabalho dos profissionais. Dentre os três citados, dois eram médicos, o que sinaliza a especial dificuldade de penetração da lógica do matriciamento nessa categoria profissional (Lima; Gonçalves, 2020).

Também foi possível identificar experiência positiva de apoio matricial em estudo sobre o cuidado em saúde mental na atenção primária, realizado em

municípios do estado do Ceará. Os trabalhadores de ESF perceberam aumento da capacidade de lidar com o aspecto psicossocial no cuidado e demonstraram compreensão de que esse cuidado não compete exclusivamente a especialistas em saúde mental. Já os familiares valorizaram as transformações possibilitadas pelo apoio matricial por criar um ponto de atenção no território que pode dar suporte em situações que necessitem (Gurgel et al., 2017).

Como aspecto negativo, os trabalhadores demonstram dificuldade em lidar com excesso de demandas e, por consequência, rotineiramente limitam as ações a prescrição de psicotrópicos (Gurgel et al., 2017), o que indica o potencial ainda não explorado de atividades coletivas. É reconhecido como dificuldade a ampliação do cuidado na atenção básica para além da prescrição de medicações, o que é demandado pelos usuários (Gurgel et al., 2017), todavia os próprios potenciais identificados parecem limitados a qualidade do acolhimento e da construção de vínculo, o que sinaliza a importância do aprimoramento do papel de apoio executado pela equipe de referência. Nesse sentido, fortalecer estratégias de apoio matricial pode ser útil em contribuir com esta limitação.

Em outro estudo realizado no estado do Ceará envolvendo profissionais da atenção primária, também foi observado o apoio matricial contribuindo para o processo de acolhimento, formação de vínculo e corresponsabilização. Mais uma vez, muitas limitações foram encontradas, como dependência do serviço especializado e excesso de encaminhamentos, atendimento médico centrado e despreparo dos profissionais para o efetivo cuidado no âmbito psicossocial (Jorge et al., 2015).

Amaral et al. (2018) investigaram os efeitos do apoio matricial no trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS). A prática iniciou com a inserção de profissionais de uma residência multiprofissional e posteriormente o CAPS da região assumiu a função de apoio especializado. Nos relatos dos profissionais apoiados foram percebidas potentes transformações. Antes da implementação do apoio matricial, sentiam-se despreparados para lidar com questões psicossociais, sentiam medo do "louco" e, em geral, ignoravam necessidades nesse âmbito. Conseguiram, recebendo apoio, transformar a relação com esses usuários, favorecendo o vínculo e a articulação de cuidados entre pontos da rede, resultando em uma redução da "invisibilidade" dessas pessoas. Tratou-se de aprendizagens voltadas ao caráter relacional e inventivo do cuidado, não relacionadas a saberes técnicos, como

diagnóstico ou explicações biológicas ou psicológicas para o problema (Amaral et al., 2018).

Movimentos de educação permanente em saúde (EPS) podem ser potentes para transformar o processo de trabalho. A vivência de condições que produzem desconforto em função da percepção de condições insatisfatórias para lidar com determinado problema de saúde pode ser um catalisador para a EPS (Ceccim; Feuerwerker, 2004). A partir da constatação da insuficiência do trabalho em rede para atenção a situações de crise, foi desenvolvido um projeto no município de Goiânia que envolveu o intercâmbio para compreender a rede de atenção psicossocial em outro município, oficinas de atualização para esses profissionais, desenvolvimento de um plano de educação permanente municipal e contratação de um profissional com a função de ser o “ativador da RAPS”. No desenvolvimento do referido plano de educação permanente foi identificado que havia pouca articulação entre atenção primária e CAPS, ausência de articulação entre pontos da rede de urgência e emergência e CAPS e profissionais pouco qualificados para atenção a crises em toda a rede (Manca; Nunes, 2020).

Para resolver esses pontos foram realizados intercâmbios entre profissionais de diferentes serviços da rede. Os profissionais da ESF participaram no CAPS de acolhimentos, visitas domiciliares, discussão de casos, participação em grupos e oficinas, visitas a outras unidades de saúde mental, atividades de educação permanente e reuniões em geral. Já os trabalhadores do CAPS que se deslocaram às ESFs realizaram visitas domiciliares, atividades em grupos, discussão de casos de saúde mental e também visitaram o território e seus equipamentos. Em avaliação ao término do processo, surgiram opiniões fortemente positivas quanto à pertinência dos intercâmbios realizados, afirmando maior segurança para acionar o serviço, discutir casos ou solicitar atendimentos compartilhados. Apontaram também redução do medo frente a pessoas com transtornos mentais severos e maior competência para colher e lidar com o referido perfil de usuários. Já os profissionais do CAPS reconheceram a importância de melhor conhecer o território e os serviços da atenção primária. Assim, desnecessárias (Manca; Nunes, 2020).

O matriciamento também foi compreendido como estratégia de formação em serviço por profissionais de saúde (atenção primária, CAPS e gestão) de um município da região Sudeste do Brasil, que também o reconheceram como possibilidade de encontro produtivo entre equipes de saúde. Foi apontado que o matriciamento pode

contribuir para o cuidado em saúde mental pautado na integralidade, reabilitação psicossocial, desinstitucionalização e corresponsabilidade, identificando melhora no diálogo entre as equipes, construção conjunta de PTS implicando na melhor circulação no território de pessoas até então excluídas. Por outro lado, foi observado também interações ásperas entre as equipes, foco na culpabilização do outro, pouca participação da gestão e discussões superficiais sobre os casos, assim como falta de reflexão sobre o próprio processo de matriciamento. Os participantes também apontaram que práticas como a discussão de casos complexos também exerciam função de educação em serviço, já que, por exemplo, a equipe de referência passava a se sentir mais apta a lidar com casos similares (Iglesias; Avellar, 2019).

É pertinente destacar que foi apontado em uma entrevista que um profissional do CAPS identificou que no matriciamento não havia uma posição fixa para aqueles que ensinam e os que aprendem, já que ocorria uma inversão desses papéis, todavia nas observações diretas constatou-se o oposto: os matriciadores ocupando a posição de detentores do saber e a equipe de referência assumido o papel de alunos. Houveram sinais de que o discurso dos participantes se aproximava do conhecimento existente sobre apoio matricial, todavia a observação de como de fato ocorria o processo não permitia a mesma constatação. Ocorriam acionamentos orientados para encaminhamento não responsável, falta de incentivo por parte da gestão, conhecimento insuficiente sobre a proposta por parte dos matriciadores, entre outros aspectos (Iglesias; Avellar, 2019).

Retornando às análises sobre a realidade do matriciamento, foram examinadas as características do modo como se consolidou o apoio matricial na prática dos profissionais de saúde do município de Campinas/SP. Foi observado que a categoria profissional que possuía a maior quantidade de servidores que afirmaram realizar o apoio matricial foi a psicologia. De forma talvez surpreendente, a terceira categoria predominante foi a medicina, que rotineiramente encontra-se restrita às elevadas demandas de atendimentos individuais de um sistema ainda médico-centrado. Neste município, diversos tipos de equipes possuem profissionais que afirmaram seguir o apoio matricial, havendo prevalência dos serviços de saúde mental e da atenção primária à saúde, que representam, cada um, 35% dos casos (Castro; Oliveira; Campos, 2016).

Um aspecto positivo identificado na referida pesquisa relaciona-se com as diversas formas de acionar o apoio relatadas pelos profissionais, incluindo

combinações nos encontros periódicos com as equipes de referência e contatos frente a situações imprevistas ou de urgência. No mesmo âmbito, por outro lado, constatou-se que apenas 56% dos profissionais relataram a existência de diretrizes para o acionamento do serviço especializado. Além disso, parte importante dos sujeitos afirmaram que a definição de tais diretrizes não envolve a participação da atenção primária (Castro; Oliveira; Campos, 2016).

Constatou-se também que os apoiadores investigados utilizam diversos tipos de ações para efetivar o matriciamento, correspondendo a maioria dos tipos de estratégias listados em cadernos e guias do governo federal, a saber: discussão de caso e construção de PTS, intervenções conjuntas, assistência direta, atividades de formação para a equipe de referência, tele apoio e projetos intersetoriais. Apenas o desenvolvimento de genograma e ecomapa não foram relatados pelos profissionais. Como aspecto negativo, foi observado a insuficiência de movimentos de avaliação e supervisão. De forma geral, foi possível concluir que o matriciamento determinou de forma significativa o processo de trabalho dos profissionais, mesmo não fazendo parte da política de saúde adotada no referido município, da mesma forma que foi evidenciado a contribuição para a qualidade do cuidado nessa organização. Como pontos frágeis, foram identificadas a reduzida carga horária dedicada a ações de apoio e a elevada quantidade de equipes de referência para cada equipe de apoio (Castro; Oliveira; Campos, 2016).

Em um estudo sobre a perspectiva sobre apoio matricial constatou-se diferenças importantes entre a inserção dos profissionais de apoio nas ESF e nas equipes de atenção primária tradicionais. Nestas últimas o apoio foi restrito a consultas compartilhadas. Já com as ESFs ocorreu também a discussão de casos clínicos e desenvolvimento de PTS envolvendo diversos profissionais da equipe, realização conjuntas de visitas domiciliares, ações articuladas para problemas específicos, como risco elevado de suicídio. Foi apontado que o apoio matricial advém da percepção dos próprios profissionais especialistas sobre a importância dessa forma de trabalho, não tendo se iniciado com exigências ou incentivos da gestão. Foi reconhecida a importância da substituição do “fazer por eles” por “fazer com eles”, com isso o apoio matricial contribuiu para que o próprio processo de trabalho fosse percebido como um movimento de educação permanente, já que desenvolveu o cuidado no âmbito psicossocial por parte dos profissionais da ESF (Hirdes, 2018).

Além do CAPS, outros arranjos podem ser criados para desempenhar a função de retaguarda especializada. Em uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa com profissionais de equipes multiprofissionais de apoio matricial, realizada em João Pessoa/PB, foi verificado que ocorriam movimentos em três ordens: articulação do processo de trabalho frente à gestão, apoio ao processo de gestão da própria equipe e ações assistenciais. Para isso, a equipe realizava tanto ações clínicas de forma articulada com a ESF, como participava das reuniões dessas equipes e de reuniões específicas de matriciamento, que contavam com a participação de todos os matriciadores, assim como representantes das equipes apoiadas, membros da secretaria municipal e pessoas da comunidade. Com a participação nesses dois tipos de reunião, a equipe de apoio matricial efetivamente participava de reflexões e decisões sobre o processo de trabalho das ESF, assim como funcionava como elo entre a secretaria de saúde e as equipes (Barrêto et al., 2012).

Destaca-se que ao contrário do CAPS, tais equipes contavam com membros técnicos da própria secretaria, o que pode ter potencializado o diálogo entre a realidade da ESF no território e as concepções gerais apresentadas pela gestão, contribuindo para um processo de cogestão. Os entrevistados também valorizaram os espaços de troca de experiências e saberes com a ESF, reflexão contínua sobre o processo de trabalho, assim como momentos de atividades educativas (Barrêto et al., 2012).

A partir de uma experiência de apoio matricial envolvendo a formação do Residente Médico em Psiquiatria e o apoio matricial, foi relatado o impacto da relação de matriciamento entre equipes de apoio e equipes de referência da APS. Com foco nas consultas compartilhadas, os profissionais de referência discutiam previamente o caso com a equipe de apoio, para então realizarem o atendimento. Apesar da realização de encontros pontuais, verificou-se maior segurança dos profissionais apoiados para lidar com questões relacionadas ao desenvolvimento infantil; ampliação das estratégias de cuidado utilizadas, indo além da prescrição de medicamentos e exames; acionamento dos serviços especializados apenas para os casos de maior complexidade; e preparação do profissional apoiado para multiplicar o conhecimento relativo a temática para os demais profissionais da equipe, como os ACS (Pamplona et al., 2022).

Seguindo a linha de outras possibilidades de apoio, é relevante apontar os pontos similares entre apoio matricial e cuidados colaborativos (Saraiva, Zepeda, Liria,

2020). O conceito de cuidado colaborativo é amplo e agrupa diversas estratégias para a aproximação entre profissionais, visando o desenvolvimento do cuidado e da sua coordenação. Em comum, ambos defendem o contato direto entre profissionais da atenção primária e do serviço especializado, visando a qualificação daqueles. Também preconizam o uso de estratégias de suporte para APS lide com situações de urgência. No que tange a atenção direta ao usuário por meio do serviço especializado, as duas propostas se preocupam com a definição do papel da APS, com o compartilhamento de informações entre as equipes e com o desenvolvimento de diretrizes que definam o acesso ao serviço especializado, todavia observa-se uma diferença importante: em geral, a defesa dos cuidados colaborativos aponta para o uso de intervenções estruturadas baseada nas melhores evidências, padronização essa que não aparece nas propostas de matriciamento (Saraiva, Zepeda, Liria, 2020).

Evidências produzidas sobre cuidados colaborativos parecem derivar de aspectos também presentes no apoio matricial, possibilitando assim uma generalização cuidadosa. Colaborações diretas e sistemáticas entre profissionais dos diferentes serviços (como a realização de reuniões de equipe, discussão de caso, consultas compartilhadas e desenvolvimento de projeto terapêutico), atenção continuada ao usuário que necessite de cuidado especializado, assim como definição de diretrizes para esse acionamento, e apoio da gestão para as práticas colaborativas são características que demonstradamente produzem benefícios e são aplicáveis no apoio matricial (Saraiva, Zepeda, Liria, 2020). A efetiva incorporação dessas características na rede psicossocial nos municípios parece de elevada importância, todavia convém destacar que a proposta de apoio matricial, segundo Oliveira e Campos (2015), representa um avanço em relação às práticas colaborativas em função da ênfase na democratização da relação entre os envolvidos e no processo de cogestão.

Diferenciando-se dos estudos qualitativos focados nos discursos dos profissionais, foi realizado um ensaio comunitário randomizado para avaliar o efeito do apoio matricial na saúde do idoso na atenção primária. Por meio de instrumento padronizado, foi realizada a estratificação dos idosos da área de abrangência de 6 ESFs a partir de sua vulnerabilidade, verificada a partir de aspectos clínico-funcionais. Inicialmente, não foram identificadas diferenças no grau de vulnerabilidade dos idosos de cada área. De forma randomizada, foram escolhidos 3 ESFs para receberem atividades educativas presenciais por 6 meses. Foi verificado, após intervenção, que

o percentual de fragilidade do grupo de idosos assistidos por profissionais que receberam ações educativas foi menor quando comparado ao grupo controle, o que evidencia a relevância da estratégia para o cuidado ao idoso na APS (Maia et al., 2021).

Destaca-se que o referido estudo, apesar de identificar a intervenção como apoio matricial, avaliou o efeito de uma atividade de capacitação. Sob influência da concepção de matriciamento, tal capacitação envolveu diferentes categorias profissionais, foi pautada nos desafios concretos vivenciados pelos profissionais, foi realizado discussão de caso e desenvolvimento de projetos terapêuticos, buscando atividades dialogadas. Todavia, encontros para capacitação é apenas uma das estratégias possíveis para a organização dos serviços na lógica do apoio matricial, o que permite supor que caso houvesse sido explorada outras possibilidades de suporte, os resultados poderiam ter sido ainda mais relevantes.

A análise da literatura permitiu identificar diversos exemplos onde o apoio matricial contribuiu para o fortalecimento da atenção psicossocial. Por outro lado, também foram identificadas limitações e obstáculos importantes, como desinteresse por parte da gestão nos movimentos; alta rotatividade profissional, fragilizando os laços; concepção de matriciamento restrito a realização de capacitações; postura autoritária ou prescritiva por parte do CAPS; desinteresse de trabalhadores da APS e receber apoio; participação insuficiente de profissionais nos movimentos entre os serviços, em especial dos médicos; resistências e conflitos interpessoais nas interações e sobrecarga de demandas por atendimento direto ao usuário (Ferreira et al., 2017; Gurgel et al., 2017; Tatmatsu; Araújo, 2016; Almeida, 2015).

Todavia, destaca-se os efeitos positivos encontrados, como aumento do acesso a informações importantes dos usuários, por parte do CAPS, compartilhadas pelas APS. Qualificação nas devolutivas para APS daqueles usuários que encerram o acompanhamento direto com o CAPS, favorecendo o cuidado continuado; APS se percebendo mais capacitada para coordenar o cuidado; fortalecimento do trabalho em rede, com ampliação da diversidade de pontos acionados pela APS para o cuidado; maior repertório por parte da APS para o cuidado direto, incluindo de casos graves, reconhecendo-se como parte do seu papel a atenção psicossocial; perda do medo do “louco”; redução dos encaminhamentos “desnecessários”; encaminhamento desnecessário para internação e maior agilidade do CAPS em conseguir atender os

casos de maior gravidade ou complexidade, entre outros (Manca; Nunes, 2020; Gurgel et al., 2017; Lima; Dimenstein, 2016; Tatmatsu; Araújo, 2016; Almeida, 2015).

Além dos obstáculos citados, particularmente no ano de 2020 um novo desafio surgiu com a pandemia de COVID-19 e as consequentes restrições severas aos encontros entre pessoas como forma de mitigar seus efeitos. Atingindo milhões de pessoas ao redor do planeta, exigiu diversas transformações no dia a dia da sociedade. No âmbito dos serviços de saúde, esforços foram concentrados no tratamento das pessoas afetadas pela doença e na adoção e incentivo de medidas para "achatar a curva" de contágio. Todavia, pessoas que necessitam do sistema saúde por motivos outros, como questões de saúde mental, ainda necessitam de cuidados, o que cria um dilema entre garantir a prevenção ao contágio pelo SARS-CoV-2 e prestar a assistência que o usuário necessita. Para alcançar esse equilíbrio foram necessárias transformações nos modos de realizar a assistência à saúde (Galea; Merchant; Lurie, 2020; Kavoor; Chakravarthy; John, 2020).

Exemplos dessas transformações podem ser observados em diversos países. Na Austrália, serviços especializados em saúde mental adotaram a tele-medicina para a realização dos atendimentos (Kavoor; Chakravarthy; John, 2020, 2020); nos EUA, o Medicare, sistema de saúde governamental, expandiu a cobertura de atividades remotas, como serviço aconselhamento e "visitas virtuais" de psicólogos e assistentes sociais (Galea; Merchant; Lurie, 2020); na China, foi criado um serviço de saúde mental on-line, ofertando cuidado ao menos àqueles com acesso a internet, o que ainda não é generalizado no país (Yao; Chen; Xu, 2020).

Os casos apontados referem-se a transformações no atendimento ao usuário por equipes especializadas. Entretanto é pertinente questionar: como o distanciamento resultou em mudanças na organização entre os pontos da rede de atenção? Um exemplo dessas transformações foi observado nas atividades de matriciamento de um programa de Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Havia sido realizado o planejamento e iniciado a execução de movimentos de educação envolvendo residentes, profissionais do CAPS e da APS, todavia as reuniões precisaram ser suspensas e, por meio de um questionário on-line, identificou-se a possibilidade de realização das atividades de forma remota. Foi desenvolvido um fluxo para orientação quanto a discussões de casos e utilizado ligações, mensagens de texto, e-mail e vídeo chamadas para realizá-las. Foram também realizados encontros virtuais para

educação permanente, tendo sido os mesmos gravados e disponibilizados para os profissionais que não puderam participar. Além disso, fruto dessa experiência foi concebido um guia de matriciamento para o município (Silva et al., 2021).

É sabido que ocorre desde as últimas décadas um impactante desenvolvimento das tecnologias de comunicação. Conseguir fazer o melhor uso desses recursos parece essencial para que os serviços de saúde consigam organizar-se a partir da concepção de apoio matricial em condições onde há impedimento para o contato físico, já que, além de condições epidemiológicas como a provocada pelo COVID-19, dificuldades de conseguir transporte, existência de unidades de saúde em localidades isoladas, excesso de demandas e consequente redução do tempo disponível são problemas que por vezes são enfrentados pelas equipes de saúde. Assim, é pertinente desenvolver estratégias que possibilitem, em algum grau, minimizar os prejuízos para o trabalho em rede quanto há fatores impeditivos para o contato físico.

A pandemia de COVID-19, por fim, além de impor isolamento social ao redor do globo, produziu outro efeito que merece destaque: o aumento de pessoas com sintomas de transtornos mentais, como depressão e ansiedade. Destaca-se que esse aumento pode ser observado em diversos países, afetando pessoas de diferentes classes sociais (Schafer et al. 2022; Galea; Merchant; Lurie, 2020; Torales et al., 2020). Os impactos também foram sobre o processo de trabalho dos serviços de saúde, dificultando interlocuções entre serviços e, consequentemente, o apoio matricial. No município do Rio de Janeiro, por exemplo, equipes de apoio (NASF e AB e um ambulatório universitário) tradicionalmente participavam de consultas conjuntas, discussão de casos e atividades em grupo. Todavia, frente a necessidades de distanciamento social, necessitaram adaptar seu processo de trabalho, passando a adotar teleconsultas conjuntas síncronas e organização de lista de usuários de saúde mental, o que contribuiu para manutenção do acesso dos usuários ao cuidado em saúde mental (Miliauskas et al., 2022).

Com o fim do período de pandemia, a necessidade de retomada e desenvolvimento de movimentos de interlocução entre os serviços de atenção primária e CAPS torna-se urgente, buscando a qualificação do cuidado em rede, condição vital para o sucesso dos serviços de saúde em lidar com as maiores demandas que tendem a surgir.

2.8 RELAÇÃO DIALÓGICA DE FREIRE E A CONSTRUÇÃO DE PROCESSOS DE MUDANÇA NAS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL

A proposta de apoio matricial é um chamado para transformações de características tradicionais na organização e gestão da rede de saúde (Campos; Domitti, 2007). Para compreender esse processo de mudança, é relevante recorrer a Paulo Freire. Primeiramente, para tal, é necessário elucidar sua concepção do autor sobre seres humanos. Para Freire (2006), o “ser humano” se faz na relação. Por meio do seu trabalho, transforma a natureza, e o resultado dessa transformação, por sua vez, também o transforma, ao mesmo tempo em que é nesse mundo transformado onde vive, sua cultura. Assim, qualquer ação educativa deve necessariamente envolver a participação de diferentes pessoas no processo de transformação. Ensinar não pode ser compreendido como um ato de transmissão do conhecimento, em que há um professor detentor do saber, que supostamente tudo sabe, e alguns alunos que a tudo ignoram e que serão “iluminados” pelo professor. Tal concepção inspira práticas com potencial limitado em relação a mudar a forma como os indivíduos se relacionam com seu mundo (Freire, 2006, 1987).

As contribuições de Freire permitem identificar armadilhas que podem prejudicar profissionais que pretendem transformar a organização do processo de trabalho em direção à ideia de apoio matricial. A tradição de relações verticais entre profissionais de serviços especializados e profissionais da atenção primária pode levar estes a assumirem o papel de alunos passivos e aqueles a se comportarem como detentores de todo o saber. Defender o apoio matricial é buscar a construção de interações horizontais entre os membros onde todos estão envolvidos no processo de transformação da atenção à saúde.

Entre os construtos teóricos freirianos, convém destacar o conceito de “práxis” para a compreensão do processo de educar. A concepção de “práxis” contém uma crítica tanto aos verbalismos, discursos teóricos descolados das ações sobre a realidade concreta, quanto aos ativismos, ou seja, ações pelas ações, desprovida de reflexões críticas que as deem sentido. Práxis indica justamente a relação dialética entre ação e reflexão a fim de promover uma mudança (Freire, 1987). O ser humano transforma o mundo e se transforma por meio da sua ação, do distanciamento dessa relação para que possa “ad-mira-lá” e das reflexões críticas que realiza sobre o processo. Qualquer ação efetivamente educativa envolve uma relação dialógica entre

“educando” e “educador” onde, juntos, agem e refletem no mundo, transformando-o e sendo transformados. O processo educativo transforma tanto o que pretende ser o “educador”, quanto o que pretende ser “educado” (Freire, 1987).

Cabe reforçar que a aprendizagem não pode ser compreendida como verbalismos, como discursos deslocados da prática (Freire, 1987). Em outras palavras, o papel da educação não é ensinar a discursar sobre o mundo. Independente do “conteúdo” planejado para um movimento educativo, é imprescindível ter ciência que o título de “educativo” só será justo caso contribua para que os envolvidos desenvolvam sua criticidade, que consigam distanciar-se, “admirar” e refletir sobre os fenômenos em questão de forma a transformar suas formas de serem no mundo. Não basta informar sobre técnicas esperando que ouvintes mudem suas condutas. Para Freire (2006, p. 69):

A educação é comunicação, é diálogo, na medida em que não é a transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados. É essencial o desenvolvimento de um processo onde “aluno” e “professor” consigam em união aprofundar a consciência sobre o si, assim como sobre a estrutura social à sua volta.

Nesse sentido, os encontros entre profissionais não podem ser um momento de discursos sobre o trabalho, da mesma forma que pouco produtivo será caso se limite a descrições de procedimentos típicos da profissão do matriciador objetivando que haja a replicação por parte do profissional de referência. O contato entre pessoas, entre profissionais, necessita ser um processo reflexivo sobre a realidade concreta, sobre os modos de viver a vida e de lidar com a saúde de outras pessoas. Um processo reflexivo feito em conjunto caminhando junto com o desenvolvimento de novas formas de agir sobre esse mundo. Uma equipe de apoio somente pode afirmar que realiza apoio matricial quando, em união com as equipes de referência, contribuem para mudanças nas práxis, nas reflexões e nas ações de cuidado, ao menos parte, de uma rede de cuidado.

3. MÉTODO

3.1 ABORDAGEM E TIPO DE PESQUISA

Pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritiva, utilizando a estratégia de pesquisa-ação. A pesquisa-ação se apresenta com duplo objetivo: contribuir para a resolução ou redução de um problema e produzir conhecimento sobre um fenômeno que não poderia ser alcançado se não no processo de intervenção sobre o mesmo (Thiollent, 2009). Para isso é condição essencial que seja dada voz a todos os participantes no processo. Em cada caso específico a pesquisa-ação poderá se dedicar mais a objetivos instrumentais, auxiliando na resolução de problemas específicos, ou dedicar-se, de forma mais ampla, na tomada de consciência de uma coletividade sobre o problema em questão. Em geral, é possível desenvolver ações, em um âmbito microssocial, voltadas para indivíduos ou pequenos grupos, assim como, em um âmbito macrossocial, afetando grande parte da sociedade. Todavia a pesquisa-ação tende a ser pertinente quando foca em um âmbito intermediário a esses dois extremos (Thiollent, 2009).

Nesse sentido, a presente pesquisa focou nos serviços: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Criciúma/SC, em equipes de Estratégia de Saúde da Família e gestores de saúde mental e atenção primária deste município. Teve como temática a caracterização do processo de criação, fortalecimento e utilização de estratégias e ferramentas que promovam o fortalecimento do apoio matricial entre CAPS e Atenção Primária à Saúde no município.

Apesar da intervenção deliberada do pesquisador sobre o fenômeno estudado, algo estranho aos métodos de pesquisa tradicionais, a pesquisa-ação possui critérios científicos para sua confiabilidade. As hipóteses, por exemplo, na pesquisa-ação tornam-se mais flexíveis, mas permanecem seguindo como diretrizes que irão orientar todo o processo, incluindo a coleta de dados. Tal como nas pesquisas tradicionais, as hipóteses (ou, no caso, as diretrizes) são formulações prévias que terão sua pertinência avaliadas com os dados que serão coletados ao longo do processo transformador que constitui a pesquisa-ação (Thiollent, 2009).

Ao contrário das pesquisas tradicionais, onde o pesquisador busca a neutralidade em relação ao objeto de estudo, na pesquisa-ação os pesquisadores e os participantes desenvolvem cooperativamente meios de se tornarem capazes de

responder com maior eficiência a um problema coletivo. Diferentemente de uma observação participante, a participação do pesquisador vai além do segmento de hábitos e normas a fim de conseguir a aceitação por parte dos participantes para observá-los em situação mais próxima ao natural possível. Há, na pesquisa-ação, ações deliberadas por parte do pesquisador a fim de contribuir para a transformação do problema observado, ações essas que necessitam de uma investigação para serem elaboradas e conduzidas (Thiollent, 2009).

3.2 LOCAL DE ESTUDO E PARTICIPANTES DA PESQUISA

O presente estudo foi realizado com 3 profissionais do CAPS III, 1 profissional do CAPS ad, 1 profissional do CAPS i, 3 profissionais de Estratégias de Saúde da Família (sendo 1 enfermeira e 2 agentes comunitárias de saúde), a coordenadora de saúde mental e as 3 coordenadoras distritais da atenção primária, totalizando 12 participantes. Todos os profissionais são de serviços municipais de Criciúma/SC, localizada na região Carbonífera do estado de Santa Catarina. A cidade tem 214.493 habitantes (IBGE, 2022), possui quatro CAPS (CAPSi, CAPSad, CAPS II e CAPS III) e 46 ESF. Os encontros ocorreram na sede do CAPS III, em uma sala reservada com estrutura que permitiu o registro de áudio e vídeo. Inicialmente foi realizado contato com a coordenação de saúde mental para definição de qual CAPS do município possuía equipes com maior potencial em participar desta pesquisa-ação (tipo de vínculos dos profissionais, tempo de serviço, avaliação subjetiva do coordenador quanto ao perfil profissional), tendo sido indicado o CAPS III. Foi definido que três profissionais desse serviço participariam da pesquisa - número máximo que não comprometeria o funcionamento do serviço nos dias de coleta de dados, que foram realizadas no período da tarde. Esses três participantes foram escolhidos pela coordenadora do CAPS em questão. Foi realizado o convite aos coordenadores dos CAPS i e CAPS ad para indicarem um profissional para a mesma finalidade, com o intuito de diversificar os olhares na construção da proposta. Em seguida foi realizado contato com coordenadoras distritais das áreas às quais o CAPS III atua, para que indicassem três nomes também com potencial para contribuir com a proposta. Por fim, também foi realizado convite para participar à coordenadora de saúde mental, que acolheu a proposta; a coordenadora da atenção primária, que indicou a participação

de três gerentes distritais; e o coordenador da educação permanente em saúde, que não participou das atividades.

Critérios de inclusão

1. Trabalhadores de diferentes profissões da saúde que trabalham no CAPS III, CAPS i ou CAPS ad do município de Criciúma, em ESF da área de abrangência do CAPS III e coordenadores de Atenção Primária e Saúde Mental do município.

Critério de exclusão

1. Profissionais que estão há menos de 3 meses nos serviços
2. Profissionais que no período de trabalho de campo estiverem afastados das suas funções

3.3 PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DOS DADOS

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas grupais ao longo de todo o processo de pesquisa-ação. Além disso, foram realizadas dinâmicas de grupo que mediam as entrevistas grupais, visando a coleta de informações e construção de estratégias de transformação do processo de trabalho.

As entrevistas grupais visam conhecer opiniões e comportamentos de um grupo de pessoas relacionadas a uma questão que não é íntima ou pessoal, que possa ser explorada no coletivo. Com uma participação ativa do entrevistador, busca-se identificar as concepções de cada indivíduo participante. A entrevista grupal permite uma compreensão transversal sobre um tema, identificando os argumentos e contra-argumentos de cada envolvido (Fraser; Godin, 2004). As atividades foram registradas em diário de campo, tal como orientado por Gil (2006), como um documento pessoal que acompanha o pesquisador, e foi utilizado pelo mesmo, ao longo de todos os momentos da pesquisa,

3.4 DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO DE CAMPO

A coleta de dados foi realizada em 13 encontros entre os dias 06 de julho e 16 de novembro de 2021, em uma sala de atividades coletivas do CAPS III do município

de Criciúma. Os encontros iniciaram às 14 horas e 30 minutos e encerram entre 16 horas e 30 minutos e 17 horas.

Nos 10 primeiros encontros participaram 8 profissionais do referido município, a saber: três (3) profissionais do CAPS III, um (1) profissional do CAPS-i, um (1) profissional do CAPS ad, três (3) profissionais da APS pertencentes a equipes diferentes no município. Dentre esses profissionais, dois (2) ocupavam cargos de coordenação de CAPS e seis (6) atuavam exclusivamente na assistência. Pertenciam as seguintes profissões da saúde: Farmácia (1), Psicologia (1), Enfermagem (4) e Agente Comunitária de Saúde (2).

O 11º encontro foi realizado com quatro (4) profissionais de gestão, sendo: três (3) coordenadoras distritais da APS e a coordenadora de saúde mental. Também foram convidados, mas não participaram, a coordenação geral da APS e da Educação Permanente em Saúde. Nos últimos 2 encontros foram convidados a participar todos os profissionais e coordenadores já listados.

3.4.1 Primeiro Encontro

O primeiro encontro iniciou com o pesquisador se apresentando, assim como apresentando resumidamente a pesquisa e disponibilizando o “termo de consentimento livre e esclarecido” e o “termo para gravação” (Apêndices 1 e 2). Em seguida foi entregue um questionário para a caracterização dos participantes (Apêndice 3). Após, foi realizada uma dinâmica de grupo de apresentação dos participantes. Um por vez, cada integrante se dispôs a responder perguntas feitas pelos demais. Após todos os envolvidos terem feito suas perguntas ao participante que se apresentava, encerrava-se a apresentação deste membro e um próximo passava a responder novas perguntas feitas por todos. A única exigência em relação a pergunta é que esta deveria ser sobre algo que quem perguntou ainda não sabia de quem estava se apresentando. Como a proximidade entre os membros era muito variada, alguns fizeram perguntas básicas, já que muito pouco sabiam sobre o colega. Outros precisaram formular questões mais complexas, por conhecerem bem quem se apresentava.

No decorrer das apresentações rapidamente os participantes deixaram de fazer perguntas superficiais, por exemplo, - “qual sua cor favorita?”, e passaram a

questionar sobre características do processo de trabalho do colega que desconheciam, por exemplo, - “qual o principal desafio que a pandemia trouxe para você, como agente de saúde?”. Dada a complexidade das perguntas, as respostas tornaram-se mais longas e o próprio momento de apresentação se tornou o primeiro espaço para explanação sobre a realidade do trabalho dos participantes. Dada a riqueza da discussão, o pesquisador optou por permitir discussões mais longas na atividade e restringir o primeiro encontro a esse momento.

3.4.2 Segundo e Terceiro Encontros

No segundo encontro foi realizada uma entrevista grupal com 3 perguntas norteadoras: (1) O que você entende por apoio matricial? (2) Quais os tipos de atividades os CAPS do município realizam? (3) Como ocorre o cuidado em saúde mental na atenção primária?

Após 15 dias foi realizado o encontro seguinte. Observou-se que a última questão não havia sido explorada com a profundidade adequada, assim este ponto foi retomado, buscando-se observar: características intrínsecas ao processo de cuidado; ações de prevenção ou promoção à saúde; ações diretas com o usuário; compartilhamento e gestão do cuidado de casos complexos. Em seguida, os participantes foram convidados a caracterizar a relação dos seus serviços com a gestão, quando se buscou verificar: autonomia dos profissionais para tomar decisões sobre seu processo de trabalho; apoio por parte da gestão frente a situações difíceis ou complexas para a equipe; atenção dada pela gestão aos profissionais para tomadas de decisão sobre outros pontos da rede. Por fim, os participantes foram divididos em dois grupos, onde discutiram e identificaram aspectos da atenção primária passíveis de serem apoiados pelos CAPS, a partir da categorização feita pelo pesquisador de 4 condições onde o CAPS pode contribuir: (1) papel da APS em relação às pessoas com transtorno mental severo ou persistente; (2) aspectos psicossociais presentes em qualquer movimento de cuidado (mesmo quando não relacionado a uma queixa de saúde mental); (3) ações psicossociais realizadas diretamente pelos profissionais da APS; e (4) os processos e fluxos internos de um ESF (Apêndice 4).

3.4.3 Quarto e Quinto Encontros

No quarto encontro os participantes concluíram atividade em grupo realizada no encontro anterior e, em seguida, compartilharam os destaques feitos nos subgrupos e, em conjunto, discutiram e listaram as dificuldades que a atenção primária encontrava relacionada aos aspectos listados. Observou-se que alguns dos itens listados no encontro 3 não indicavam de fato características do processo de trabalho na APS passível de ser apoiada, mas estratégias de apoio. Nestes aspectos, quando pertinente foi feita a conversão dessa estratégia de apoio em aspecto possível de ser apoiado, quando não, o item foi descartado. O 5º encontro continuou as discussões a partir dos aspectos da atenção primária passíveis de serem apoiados pelos CAPS identificados pelos dois grupos.

3.4.4 Sexto Encontro

Um dos tópicos criados pelos participantes na atividade que se iniciou no terceiro encontro apontava para a possibilidade de fortalecimento da clínica ampliada. Foi avaliado como necessário aprofundar uma discussão sobre clínica ampliada, sendo este o foco do sexto encontro, tendo sido disponibilizados para os participantes um texto de Campos e Amaral (2007) e outro, mais curto, produzido pelo pesquisador, adaptado do projeto de qualificação desta pesquisa. O encontro foi focado em uma discussão coletiva sobre o tema.

3.4.5 Sétimo Encontro

A atividade continuou no sétimo encontro com o aprofundamento dos exames. Foi proposto que as dificuldades ou características da APS passíveis de serem apoiadas pelo CAPS listadas pelos participantes fossem analisadas, tendo sido estimulados a apontar estratégias de apoio relacionadas a essa característica ou dificuldade, assim como avaliar questões de governabilidade da equipe, se é algo demandado pela APS, estratégias de sensibilização para o aspecto em questão, o objetivo da estratégia, às condições materiais necessárias para sua execução e quão importante essa estratégia parece aos participantes. Todavia, as discussões

realizadas foram densas e não linear, ou seja, o que se discutia sobre uma dificuldade envolvia várias outras dificuldades ou características do processo de trabalho na APS, assim como pensou-se em diversas estratégias simultaneamente, fazendo com que a análise aprofundada da primeira estratégia tomasse a maior parte do encontro.

3.4.5 Oitavo, Nono e Décimo Encontros

Em função da não linearidade nas discussões, houve a necessidade de mudar a estratégia de condução das entrevistas, não mais focando na análise de uma estratégia por vez, de cada ponto passível de ser apoiado que foi elencado. Assim, o oitavo encontro iniciou com o relato de uma situação problema na relação entre CAPS e APS feita por uma profissional do CAPS e o questionamento sobre o que poderia ter sido feito de diferente pelo CAPS, sob a luz da concepção de matriciamento. Essa foi a questão disparadora de reflexões sobre possibilidades de matriciamento como forma de superar problemas vivenciados, dando origem às estratégias de fortalecimento do apoio matricial propostas. As entrevistas grupais nos encontros 9 e 10 foram conduzidas da mesma forma. Destaca-se que foi previsto que o 10º encontro seria realizado com a participação dos profissionais de gestão, todavia foi necessário realizá-lo ainda sem a participação destes, para que fosse concluída a proposta de estratégias de fortalecimento do apoio matricial.

Inicialmente o pesquisador direcionava as discussões quanto ao levantamento de estratégias para o fortalecimento do apoio matricial que não exigissem o contato físico entre as equipes, tal como previsto no projeto qualificado. Entretanto, ao longo dos encontros foi observado que no momento da coleta de dados o grau de integração entre os serviços era baixo, assim, mais do que identificar possibilidades de efetivar o matriciamento “à distância”, foi necessário identificar e examinar caminhos para o início de uma organização pautada no apoio matricial. Gradativamente as intervenções do pesquisador para enfatizar a restrição quanto ao contato físico foi diminuindo, passando apenas a estimular a identificação das possibilidades manutenção das estratégias propostas caso as condições epidemiológicas relacionadas a pandemia de COVID-19 ou outro fator voltassem a impedir a reunião de pessoas.

3.4.6 Décimo primeiro Encontro

Ao longo dos dez primeiros encontros, realizados com profissionais de CAPS e ESF, foram coletados dados sobre a realidade da atenção psicossocial no município de Criciúma, assim como possibilidades de estratégias para o fortalecimento do apoio matricial. Estas estratégias foram organizadas pelo pesquisador e apresentadas para os participantes, que realizaram as alterações e validações pertinentes. O 11º encontro foi realizado apenas com os profissionais da coordenação: coordenadora da saúde mental e as 3 coordenadoras distritais da APS. Foram apresentadas as estratégias de fortalecimento de apoio matricial para exame e avaliação da proposta, em especial quanto à aplicabilidade dos movimentos planejados. Optou-se por realizar o processo de caracterização do território - mais especificamente, da atenção psicossocial na APS, da relação entre CAPS e APS e da relação destes com a gestão – e, de construção de propostas de estratégias de intervenção sem a participação das profissionais de gestão para que a presença destas não inibissem os demais participantes, o que poderia ocorrer em função da relação hierárquica existente. Assim, optou-se por realizar os encontros iniciais apenas com os trabalhadores do CAPS e ESF e utilizar o 11º encontro para caracterizar a visão das gestoras sobre o trabalho delas, assim como avaliar a viabilidade das propostas construídas coletivamente.

3.4.7 Décimo segundo e Décimo terceiro Encontros

No 12º encontro, com o convite para participação de todos os sujeitos, foi realizada a operacionalização das propostas, descrevendo aspectos necessários para a implementação das mesmas, incluindo estratégias possíveis e recursos necessários caso haja impedimentos para o contato físico entre equipes. Por fim, em março de 2022 todos os participantes da coleta de dados foram convidados para apreciar e validar o documento “Proposta de movimentos para organização da Rede de Atenção Psicossocial no Município a partir da concepção de apoio matricial” (Apêndice 5), apresentado nos resultados, item 4.3, assim como o calendário desenvolvido com as datas sugeridas para a realização das estratégias definidas como prioritárias (Apêndice 6).

Figura 1 – Registro de encontro da coleta de dados (28/09/2021)



Fonte: Banco de dados da pesquisa (2021)

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Foi utilizado para registro um diário de campo e gravações, que foram posteriormente transcritas. O material transcrito foi analisado a partir da abordagem qualitativa com a técnica de Análise de Conteúdo, especificamente a modalidade Análise Temática, conforme descrita por Minayo (2010). O procedimento consiste em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos. Para a qual, a autora, citando Laurence Bardin, explica que a análise de conteúdo é um conjunto sistemático de técnicas de análise das comunicações, visando ir além de uma leitura rasa e intuitiva, compreendendo o que de fato está contido em uma determinada mensagem. Busca-se ir além da compreensão de um significado literal do texto: é objetivo da análise de conteúdo inferir sobre as condições em que a mensagem foi produzida e os efeitos que se pretende produzir com ela sobre os receptores.

A pré-análise é a fase de organização, onde, a partir de uma leitura flutuante, ocorre a escolha dos documentos submetidos à análise, a formulação de hipóteses e objetivos e, por fim, a elaboração de indicadores (Minayo, 2010). Cabe reforçar que há peculiaridades na pesquisa-ação em relação à pesquisa tradicional. As hipóteses, por mais que adquiram maior flexibilidade, permanecem como diretrizes para a pesquisa, nesse sentido, a análise dos dados é orientada por essas, buscando-se confirmar ou descartar sua pertinência sobre o problema de pesquisa em questão. Busca-se compreender tanto o problema coletivo que deu origem a pesquisa, quanto à pertinência dos movimentos desenvolvidos em conjunto pelo pesquisador e pelos participantes no intuito de resolver, amenizar ou aprofundar as reflexões sobre o fenômeno (Thiollent, 2009). A organização do processo de análise dos dados ocorreu com objetivo de encontrar informações para duas questões: (1) caracterização do território, especificamente sobre a atenção psicossocial na APS, a relação da APS com CAPS e a relação da APS e CAPS com os profissionais de gestão, e (2) estratégias para o fortalecimento do apoio matricial, conectando a essa a estruturação do produto no formato de um plano de ação.

Na fase de exploração do material ocorreu a aplicação das decisões tomadas na etapa anterior. Foi realizada a leitura da transcrição dos encontros e selecionados os trechos que dialogavam com os dois objetivos selecionados. Esses trechos foram destacados no arquivo de transcrição e copiados para a primeira coluna de uma tabela com 3 colunas. Na segunda, foi escrito um breve resumo da fala correspondente para auxiliar o autor na organização dos dados. Já na terceira coluna foi formulado uma afirmação genérica sobre o trecho, indicando uma “pré-categoria”

Já a fase de tratamento dos resultados consistiu de tratamentos que transformaram as informações em dados significativos e válidos (Minayo, 2010). Tal como as hipóteses, na pesquisa-ação as generalizações também sofrem alterações em comparação com a pesquisa tradicional. Como toda pesquisa qualitativa, são realizadas inferências que não se restringem a critérios estatísticos formais. Foram tomados os cuidados para que as generalizações feitas não ferissem o “espírito científico”, mantendo a fidelidade aos dados produzidos pelos sujeitos e fortalecendo a confiabilidade do conhecimento produzido (Thiollent, 2009).

Com os trechos de interesse selecionados, resumidos e “pré-categorizados”, foram examinados e construídas as categorias. Em seguida, os trechos foram reorganizados nas categorias. Observou-se então a necessidade de reorganizar as

categorias, fundindo algumas semelhantes e criando sub-categorias, quando necessário, o que resultou na organização final dos dados discutidos.

Muitas vezes os dados analisados em uma pesquisa-ação permitem conclusões que são válidas apenas para situações muito específicas, todavia a discussão entre os dados coletados na pesquisa e outros resultados produzidos por diversos estudos podem permitir algumas generalizações mais amplas. Outras preocupações também foram importantes: a distinção entre as generalizações cuidadosas feitas pelos pesquisadores daquelas feitas pelos participantes; orientar-se pelas informações concretas, mais do que por questões ideológicas (por mais que a pesquisa-ação não busque a ilusória neutralidade); identificar os defeitos e limitações de generalizações amplas a partir de informações de uma situação específica (Thiollent, 2009).

Os resultados foram analisados a partir dos referenciais teóricos do Apoio Matricial, Educação Permanente em Saúde, cogestão de coletivos e integralidade da atenção.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa seguiu as normas propostas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, regularizadora das pesquisas com seres humanos. Foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e, mediante aprovação via parecer 4.682.120 e CAAE: 45904821.5.0000.011, iniciou o período de coleta de dados. Antes do início da coleta dos dados, os pesquisadores apresentaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1) e solicitaram autorização para gravar em áudio as entrevistas e os grupos focais mediante o Termo de Consentimento para Fotografias, Vídeos e Gravações (Apêndice 2), assumindo o compromisso em relação ao anonimato e confidencialidade das informações. As gravações ficarão armazenadas de acordo com a Lei dos Direitos Autorais (Lei 9610/98).

Após finalização do trabalho e a aprovação da dissertação pela banca avaliadora será disponibilizado o trabalho em formato PDF para os participantes, bem como a secretaria de saúde do município participante. Ainda, com a finalidade de divulgação do conhecimento produzido, os resultados serão submetidos a congressos, assim como a periódicos científicos, guardando todos os cuidados com

aspectos éticos, em especial o sigilo do nome dos participantes, para tanto os participantes estão identificados com a letra P (profissional), seguidas das siglas APS (Atenção Primária a Saúde) ou CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e G (gestor), todos seguidos por um numeral cardinal sequencial.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos advêm de reflexões sobre dois processos distintos: (1) as características do processo de trabalho na APS e do CAPS, em especial no que tange a articulação entre ambos, o cuidado em saúde mental no âmbito primário e a relação com a gestão e (2) estratégias e movimentos possíveis para o fortalecimento do apoio matricial. Estes dois processos reflexivos deram origem a duas macro categorias temáticas, que abarcam os resultados aqui expostos: “Caracterização do processo de trabalho em rede da APS, CAPS e gestão na atenção psicossocial” e “Estratégias para o fortalecimento do apoio matricial”. Cada macro categoria apresenta categorias que emergiram da análise dos dados.

A primeira macro categoria é das características do processo de trabalho tal como relatadas pelos participantes, integrantes desses setores, no tempo histórico da coleta de dados. A segunda macro categoria explicita as ideias relativas a estratégias para o fortalecimento do apoio matricial no município construídas coletivamente ao longo dos encontros. Como desdobramento desta, é apresentado o produto “Plano de ação para organização da Rede de Atenção Psicossocial no Município a partir da concepção de apoio matricial” que se caracteriza como objeto central desse estudo.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM REDE DA APS, CAPS E GESTÃO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Os 5 primeiros encontros tiveram como objetivo a caracterização do processo de trabalho na APS, do CAPS, assim como do contexto vivenciado pelos participantes. Por mais que esse tenha sido o foco dos primeiros encontros, as entrevistas grupais são fluidas, por isso discussões relativas à caracterização do processo de trabalho emergiram também nos encontros finais, assim como surgiram reflexões quanto a estratégias para o fortalecimento do apoio matricial já nos primeiros encontros.

Nesse processo de caracterização do processo de trabalho da APS, CAPS e gestão na atenção psicossocial foi observado (1) “Processo de trabalho na APS divergente dos princípios e diretrizes estabelecidos”; (2) “Articulação incipiente entre serviços e equipes”; (3) “Fragilidade na execução consistente de planos e ações de matriciamento” e (4) “Sobrecarga de demandas e o impacto no processo de gestão”.

4.1.1 Processo de trabalho na APS divergente dos princípios e diretrizes estabelecidos

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece que os princípios e diretrizes do SUS deverão ser operacionalizados na atenção básica (Brasil, 2017a). Dentre esses princípios e diretrizes, destaca-se a integralidade; regionalização e hierarquização; cuidado centrado na pessoa; resolutividade; coordenador o cuidado e ordenar a rede (Brasil, 2017a). Nesse sentido, espera-se da APS que lide de forma ampliada com as necessidades de saúde de uma população, co-responsabilizando pela saúde desses, intervindo de forma efetiva, buscando resultados para além da melhoria de doenças ou sintomas, e assumindo a função de articuladora da RAS. Todavia, foram observados problemas no processo de trabalho da APS que são obstáculos para que os seus princípios e diretrizes sejam atendidos.

Buscou-se organizar a presente categoria de análise em quatro tipos de dificuldades apresentadas pela atenção primária: ações concentradas no enfermeiro, gerando sobrecarga; processo de trabalho do médico desconectado da equipe e das diretrizes da rede; concepção de atenção em saúde mental focada na escuta, na renovação de receitas e no encaminhamento, implicando em limitações no cuidado psicossocial no âmbito da APS; e dificuldade no manejo de pessoas com transtornos mentais severos ou persistentes na APS. Como destacado previamente, os diálogos em uma entrevista grupal são fluídos e complexos, não “respeitando” a organização proposta pelos autores. Falas “circularam” entre as diferentes subcategorias e, ao examiná-las na totalidade, demonstraram a importância do fortalecimento do apoio matricial como estratégia de organização dos serviços com potencial para o desenvolvimento da atenção psicossocial na atenção primária.

Foi manifestado, tanto por profissionais da atenção primária, como dos CAPS, que um problema importante é o excesso de trabalho vivenciado pelas ESF. Além do grande volume, parece haver uma elevada concentração de demandas sobre o enfermeiro da equipe. Este profissional foi tratado como grande pilar, o que pode gerar problemas de diferentes ordens: por um lado, esse profissional não consegue dar conta de todas as demandas ou as realiza de forma insatisfatória, por outro, os demais profissionais acabam não explorando suas potencialidades.

O enfermeiro acaba que faz tudo sozinho, né? Gerencia, auxilia, assistência, tudo ao mesmo tempo. Penso que, como nos CAPS a gente tem grupos feitos por outros profissionais que não enfermeiro, também dá para capacitar outras pessoas da equipe para grupos... Técnicos de enfermagem, o agente comunitário de saúde pode fazer uma terapia comunitária, fazer uma roda de conversa. Além de ampliar o número de profissionais, [é importante] disponibilizar para que todos possam entender o fluxo de trabalho, a criação de um grupo, entender o porquê que funciona, qual é a lógica desse funcionamento (P1-CAPS, 4º enc.).

Na minha unidade de saúde tem uma enfermeira e três técnicos de enfermagem. Então, os três técnicos lá, eles têm tempo sobrando? Eles estão lá tricotando? Não, não é isso, mas é ajustar os horários, organizar os seus horários de atendimento, dar a de fazer. A mesma coisa com os médicos, teoricamente, o médico trabalha 40 horas, então também. Mas a gente sabe que, na prática, não é bem isso (P6-APS, 4º enc.).

O processo de gerência de enfermagem na APS é insuficientemente discutido no cenário nacional. Por vezes, esse processo encontra-se concentrado exclusivamente no enfermeiro e soma-se, além da gerência do processo de trabalho da unidade de saúde, às obrigações burocráticas, como o controle de materiais e insumos (Souza et al., 2021). Parece razoável supor que a conciliação entre funções gerenciais e assistenciais possam conduzir a uma sobrecarga emocional, contribuindo para o desenvolvimento de quadros como *burnout*, em especial quando se associa com condições de trabalho inadequadas, equipe insuficiente, elevada pressão e problemas de comunicação. Tal condição, ao comprometer a saúde emocional do profissional, afeta também a qualidade do próprio trabalho realizado (Santos et al., 2022).

Como dito, as falas dos participantes sinalizam algo como uma cultura da atenção primária centrada no enfermeiro, tal como observado por Neto, Patrícia e Silva (2022), o que parece envolver, inclusive, falta de empoderamento e autonomia por parte dos demais profissionais.

Na unidade de saúde, não é que o enfermeiro seja o exclusivo, que só ele possa, só que os outros profissionais, se não está explicitamente mandado e dito que eles têm que fazer, eles vão dizer que é a enfermeira que tem que fazer (P6-APS, 4º enc.).

Por mais que o enfermeiro exerça um papel de gerência do serviço, é necessário que haja um planejamento conjunto do processo de trabalho que envolva todos os profissionais da equipe, em direção a uma gestão participativa (Souza et al., 2021). A sinalização de uma possível falta de apropriação dos outros profissionais quanto às possibilidades de intervenções aponta para possíveis obstáculos para o

desenvolvimento de movimentos que visem a qualificação do processo de trabalho. Campos e Domitti (2007) defendem a construção conjunta, entre equipes de referência e de apoio, de diretrizes sobre o papel das primeiras no cuidado, assim como sobre os critérios para acionamento dos serviços especializados. A pactuação conjunta dos papéis é uma postura oposta à imposição vertical. Toda relação entre indivíduos envolve o contato entre diferentes interesses e diferentes graus de poder de cada parte. Esses interesses, quanto conflitantes, podem ser obstáculos para o serviço e precisam ser gerenciados (Campos et al. 2014).

Assim, é necessário pensar as atribuições de outros profissionais das equipes de APS, como os técnicos em enfermagem e os agentes comunitários de saúde. O compartilhamento de atividades dos profissionais de enfermagem é importante para garantir uma cobertura universal de saúde. Especificamente os técnicos em enfermagem podem contribuir com planejamento e execução de movimentos no território, com ações de educação em saúde, grupos de apoio, prevenção ou promoção da saúde. Todavia, Paudarco et al. (2020) aponta exemplo de como por vezes essas potencialidades não são exploradas, onde ações de educação em saúde eram realizadas exclusivamente pelos enfermeiros.

Já os ACS podem ser centrais na formação de vínculo entre usuário e equipe de saúde, condição essencial para todo o processo de cuidado, na construção do diagnóstico do território, subsidiando adaptações do trabalho do serviço às necessidades do usuário. Podem também contribuir na orientação em saúde, no engajamento ao tratamento, no estímulo à inserção comunitária e na identificação dos casos que mais necessitem do serviço, mesmo quando estes não buscam espontaneamente (Soares, 2021).

A sobrecarga de demandas e funções parece ser um impeditivo para que os profissionais de enfermagem lidem explicitamente com questões de saúde mental. Gusmão et al. (2022) identificou no trabalho de enfermagem que experiências de apoio matricial favoreceram o fortalecimento da atenção psicossocial no âmbito primário, todavia o excesso de demandas de natureza distintas, envolvendo gestão, atenção direta à saúde, existência de metas e indicadores pactuados foram fatores que contribuíram para dificuldades no cuidado integral. Relato similar foi realizado por um dos participantes:

Não tem nem tempo [para fazer ações em saúde mental], o que acontece quando tem alguma urgência é encaminhar para o UPA. A escuta a gente faz, mas não aprofundada porque tem uma fila gigante, e quando não tem a resposta é bem frustrante, os pacientes não entendem (P6-APS, 3º Enc.).

Como decorrência dessas dificuldades, a proposta que constitui este trabalho foi construída tendo como um de seus norteadores a ideia de descentralização das responsabilidades, para além da figura do enfermeiro: “Eu acho que esse é o primeiro ponto, de não centralizar no enfermeiro duas funções que são importantes: a gerência e o cuidado” (P1-CAPS, 4º enc).

Observou-se também que o processo de trabalho do médico ocorre de forma descolada do restante da equipe e das diretrizes da atenção primária à saúde. Os dados sinalizam que não parece ser raro médicos trabalhando na APS mantendo pouco contato com o restante da equipe, tornando o consultório um espaço isolado dentro da unidade de saúde. O cuidado, com isso, pode restringir-se a prescrição de medicamentos e exames a partir apenas de informações colhidas no próprio momento do atendimento. As possibilidades decorrentes de um efetivo trabalho multiprofissional com alguma frequência parecem ser negligenciadas, conforme relatado pelos participantes:

Muitas vezes, na atenção básica, o paciente vai direto para o consultório clínico, a equipe não sabe a situação. E o fato da equipe atender muitas vezes o paciente em casa, ver o contexto familiar, poderia auxiliar de alguma forma a melhorar o processo e entender a vida daquele usuário. Conhecer o histórico. Seria necessário a abertura do profissional médico para procurar os outros componentes (P2-CAPS, 5º enc).

A gente sempre vai buscar quem conhece mais a história do paciente. O enfermeiro, o técnico, ele sempre vai buscar quem conhece mais. A ACS vai perguntar sobre a família, sobre o paciente, como é que é, então a gente tem essa liberdade, agora o médico só dá a medicação e não quer nem saber. Nem da enfermeira, muito menos da ACS, que é quem tá lá na casa do paciente (P6-APS, 5º enc).

A concepção de clínica ampliada sinaliza, entre outros aspectos, a ampliação do “objeto de trabalho” na clínica, destacando a importância de um cuidado para além da doença. Defende a importância de olhar o sujeito como um todo, incluindo suas vulnerabilidades e potencialidade (Campos; Amaral, 2007). Não parece possível que a clínica seja de fato voltada para os sujeitos, mais do que a sua doença, se a prática clínica for focada na observação e ações de um único profissional.

É preciso destacar: a clínica ampliada não pode ser apenas uma diretriz enunciada. A necessidade envolve a efetiva transformação de velhas práticas e procedimentos, uma reforma no pensar dos profissionais (e também da comunidade), fazendo da clínica um espaço de movimentos, aberturas, provocações e incertezas (Sundfeld, 2010).

Ao refletir sobre as ações que constituem tipicamente a clínica, é possível identificar a pertinência da sua ampliação. É necessário ir além da realização de exames (físicos, complementares...) e prescrição de medicação. Educação em saúde e estratégias psicossociais são exemplos importantes dessa ampliação e exigem fortalecimento do trabalho multiprofissional (Campos et al., 2014; Martins, 1999). Buscar a clínica ampliada implica em reconhecer e esforçar-se na transformação de obstáculos como o trabalho médico isolado do restante da equipe.

Quando se propõe como essencial uma efetiva “clínica do sujeito” (Campos; Amaral, 2007), onde se lida com a pessoa em sua totalidade, incluindo suas potencialidades e vulnerabilidades (incluindo sociais) e a adoção de práticas de educação e saúde (por exemplo), não está se discutindo sobre o cuidado específico a pessoas em sofrimento clinicamente significativo ou com transtorno mental. Trata-se de algo mais básico, mas que, de certa forma, também é uma forma de cuidar da saúde mental. Busca-se um cuidado com potencial para contribuir para o bem estar, a qualidade de vida e a autonomia de qualquer usuário.

Houve também exemplos que sinalizaram, além do isolamento do médico, a recusa em atender pacientes “saúde mental”. Amarante (2016) compara características da reforma psiquiátrica brasileira e outros movimentos ao redor do mundo, como o de desinstitucionalização ocorrido nos Estados Unidos. O autor destaca que o movimento nacional visou não apenas o fim do manicômio, mas o questionamento da hegemonia do saber médico e a garantia da inserção da pessoa com transtorno mental no mundo da cidadania. As falas a seguir fortalecem a tese de que a reforma psiquiátrica brasileira é um movimento em desenvolvimento, com obstáculos ainda a serem superados.

Alguns [médicos da APS] não renovam receita de psiquiatra, daí tem que pedir para outra unidade, temos que dar um jeito de conseguir a receita que o paciente necessita. Para quê que ele vai ir toda vida no psiquiatra se ele tem médico na unidade para isso? Aí os médicos não aceitam (P6-APS, 3ºenc).

Por vezes, os médicos generalistas parecem ter dificuldades em lidar com queixas ou necessidades para além do palpável, desconsiderando o sofrimento subjetivo como uma questão legítima (Farias et al., 2021). É possível supor ligação entre a não legitimidade do paciente com queixas psicológicas ou psiquiátricas e o distanciamento médico do restante da equipe. Como apontado, o efetivo cuidado psicossocial exige a ampliação da clínica, envolvendo ampliação da visão sobre o sujeito, não o reduzindo ao aspecto biológico, e das estratégias utilizadas no cuidado (Campos; Amaral, 2007). Quando há uma redução do indivíduo ao âmbito biológico, o foco em intervenções restritas isoladas do restante dos demais profissionais e seus saberes, como a prescrição de medicações e o encaminhamento, ganham força.

A gente tem os pacientes no CAPS que foram medicados e a gente tem problema também em renovar a receita, quando eles são polimedicados. É mais de 3 fármacos psicotrópicos juntos, a gente encontra problema também (P1-CAPS, 3º enc).

Não parece surpreendente que a atuação do médico tenha sido fortemente relacionada à prescrição de medicações. Bezerra et al. (2014), ao entrevistar profissionais e usuários da APS, assim como usuários do CAPS, observaram que estes reduziam todo o cuidado psicossocial à prescrição e garantia de fornecimento regular de psicotrópicos.

Na presente pesquisa, os profissionais entrevistados demonstraram esperar que o médico da ESF forneça a receita de psicotrópicos para aqueles que são periodicamente acompanhados por psiquiatras quando não há intercorrências entre as consultas, mas não raramente encontram resistências, seja por insegurança, por não reconhecer essa atividade como parte do trabalho médico ou, como apontado por Farias et al. (2021), deslegitimar as questões psicológicas ou psiquiátricas.

Está nas apropriações do cargo do médico do ESF manejar o instrumental da atenção básica. Então ele tem que ir atrás, cobrar da gestão a capacitação. Falta? Claro que falta. Falta integração, falta capacitação, mas falta também, sei lá, vontade de ir atrás também. Por que os nossos médicos estão à disposição, nosso psiquiatra sempre deixa o celular para discutir caso pelo telefone. Eles não ligam, é muito mais fácil encaminhar, né? Tu não se compromete encaminhando, aliás, 'fiz a minha parte e estou encaminhando para especialista, né? (P1-CAPS, 3º enc).

Essa ESF tinha uma médica bem bacana, mas também soube que um mês depois que a gente foi lá, saiu, porque troca muito e eles não participam das reuniões, quem dirá do encontro de matriciamento no dia que nós tivermos. E essa troca é muito importante, e eu sei que o nosso psiquiatra ia em

reuniões de médicos, já participou, uma das poucas que teve, porque tem que ter mais, falta na secretaria isso, reuniões e até capacitações para os médicos da atenção básica. Mas ele já se colocou a disposição tanto por e-mail, quanto por telefone, para discutir caso, mas é difícil. O médico prefere encaminhar a ligar e discutir o caso para tentar segurar lá na ponta. Essa questão do médico no apoio matricial pra gente, assim, a gente vai ter que fazer um movimento de sensibilização, é muito importante. Porque os encaminhamentos, a maioria que vem errado da unidade, vem mais do médico do que de qualquer outro profissional, se tu for ver (P2-CAPS, 2º enc.).

O isolamento dos médicos da APS também foi observado na literatura, como em casos onde estes profissionais não participavam das reuniões de equipe para matriciamento (Tatmatsu; Araújo, 2016) ou solicitavam movimentos distintos, focados na interação médico (APS) com médico (psiquiatra) (Iglesias; Avellar, 2016). Todavia também houve registro de caso onde os trabalhadores desta profissão se mostraram engajados. Em Campinas/SP, foram a terceira categoria profissional com maior envolvimento em matriciamento (Castro; Oliveira; Campos, 2016).

Os dados coletados sinalizam que os participantes entendem que o principal impeditivo não é uma simples falta de conhecimento em saúde mental por parte dos médicos da atenção primária, assim, por mais que reconheçam a importância de estratégias de suporte técnico, percebem que se trata de uma tarefa difícil que vai além de ofertar reuniões, capacitações ou interconsultas com psiquiatras do serviço especializado. Alguns sujeitos entendem que o caminho envolve uma postura firme por parte da gestão, outros acreditam na importância de um processo de sensibilização.

Mas só seria possível se a coordenação coordenasse. Porque se a gente pedir, ninguém vai fazer. Tem que vir da gerência, se não, eles não participam, não querem, acham que tem muito trabalho (P6-APS, 7º enc.).

Estudando, dando uma lida em artigos e tal, se fala muito do ensino médico, mas não só... é um modelo muito enviesado para o clínico individual. Nisso não se prende só o médico, outros cursos da saúde também são enviesados nesse sentido. Uma das coisas que a gente sempre se perguntou é qual o papel do psicólogo na atenção básica. E talvez uma das perguntas que tenha que se fazer é qual o papel do médico na atenção básica. Porque talvez ele realmente não saiba qual é esse papel. E não sabem... que tendo um profissional como o agente comunitário ao seu lado, o médico tem uma potência de narrativa de vida de uma pessoa que ele não tem ciência (P3-CAPS, 5º enc.).

As queixas quanto a características do processo de trabalho dos médicos na atenção primária parecem dialogar com dados decorrentes da análise de indicadores

relacionados à saúde mental no município de São Paulo. O município é dividido em seis coordenadorias regionais de saúde. O estudo em questão observou que nas regiões onde registrou-se maior quantidade de atendimentos de psicólogos, houve também maior quantidade de registro de matriciamento. Por outro lado, quanto maior o registro de atendimentos por psiquiatra na APS, menor a quantidade de ações de apoio. Os autores especulam que os psiquiatras que atuam no âmbito primário mantinham conduta típica de atendimento especializado, provocando poucos movimentos multiprofissionais (Godoi et al., 2020).

A relação entre dificuldades no processo de trabalho do médico e características da formação em saúde também parece pertinente. Mattos (2009) destaca que o movimento da medicina integral identificava a origem da fragmentação e do reducionismo da medicina tradicional no âmbito da educação: as escolas médicas apresentavam currículos com orientação flexneriana que privilegiavam o laboratório e o hospital como local de aprendizagem. Nesse âmbito, o movimento integral buscou a transformação dos currículos das graduações em medicina em direção a integrar também, além do estudo do adoecimento, a relação médico e paciente, aspectos sociais e culturais, da mesma forma que buscou enfatizar como locais de ensino também os ambulatórios e a própria comunidade, o que permitia um maior conhecimento do contexto de vida do paciente e uma menor dependência dos recortes das especialidades (Mattos, 2009).

Em um estudo descritivo exploratório com médicos atuantes na APS em um município do Nordeste brasileiro, verificou-se sinais de transformações na característica da formação dos médicos, porém ainda aparentavam forte influência flexneriana. Os profissionais a mais tempo formados (chegando a 40 anos) relataram que em seus cursos, o ensino da saúde mental teve como local dominante o hospital psiquiátrico (Rocha; Calheiros; Wyszomirska, 2023).

Em relação aos médicos com menos tempo de profissão, houve menção a outros locais, como CAPS, como espaço de ensino, todavia os serviços de emergência e hospitais psiquiátricos ainda possuem destaque nos sujeitos estudados. Não foi comum o apontamento de unidade básica de saúde como espaço utilizado nos cursos para a formação médica. Mesmo entre os mais jovens, a visão biomédica foi apontada ainda como dominante na formação, todavia sofrendo algumas críticas deste grupo (Rocha; Calheiros; Wyszomirska, 2023). Parece razoável supor que uma formação que valorizasse os aspectos psicossociais das pessoas, assim como

utilizasse a APS como espaço na construção dos novos profissionais, contribuísse para a superação das dificuldades apresentadas pelos participantes.

Calheiros et al. (2022) apresentou a visão de médicos de um município de Alagoas. Estes percebiam na educação permanente em saúde uma forma de superar justamente as limitações relativas à formação profissional, entre outros fatores. Além disso, a apontaram como uma potente estratégia para a qualificação do cuidado, mas que não era valorizada pela gestão. Todavia, observou-se confusão por parte destes entre educação permanente e continuada, ao apontarem a falta de oferta de cursos e capacitações.

Destaca-se que na presente pesquisa nenhum participante era médico, já no estudo citado todos os sujeitos pertenciam a essa categoria profissional. É possível supor que tais diferenças na composição dos participantes levam a diferentes vieses. Enquanto na primeira há ênfase no comportamento do médico como parte do problema, na segunda aponta-se para o comportamento dos gestores.

Os dados coletados também permitiram constatar que a atenção primária demonstra uma concepção de atenção em saúde mental limitada, focada na escuta, na renovação de receitas e no encaminhamento. Algumas características possíveis em qualquer processo de cuidado (não apenas quando há “problemas de saúde mental”), como estímulo a autonomia, ações psicossociais na própria atenção primária, identificação precoce de casos de maior gravidade e ordenação do cuidado (Brasil, 2017a; 2011) são aspectos do trabalho na APS sobre os quais os profissionais desse nível de cuidado parecem ter pouca clareza.

Lá na nossa unidade geralmente os pacientes que buscam muito a unidade de saúde, a gente já fica meio “opa, acho que ele tá querendo conversar”, daí a gente marca um horário com o psicólogo. Ou os casos que as agentes comunitárias trazem e aí a gente marca psicólogo. É isso que a gente faz. Daí quando tem algum caso específico de crise, a gente liga pro CAPS (P6-APS, 2º enc.).

Às vezes só escutar já ajuda, muitas vezes, já aconteceu muito na nossa unidade de chegar a pessoa lá bem desestabilizada e só uma escuta bem feita já deixou a pessoa bem mais calma, bem mais tranquila. Eu acho que a escuta é um dos principais, eu acredito nisso (P7-APS, 3º enc.).

Se o paciente te ouve, passa com a nossa gerência, que passa pelo médico, o médico vai saber diagnosticar pra onde ele deve ir, porque simplesmente chegar na unidade e falar algo e mandar para o Caps III, mas era lá no Caps ad, então essa pessoa só vai correr para um lado e para o outro sem a orientação, então acho que tem que ter um diálogo, principalmente com pessoas que sejam capacitadas para orientá-los, porque às vezes eu posso estar ouvindo aquela pessoa, mas não to sabendo bem pra onde orientá-la.

[...] A unidade básica também pode ajudar dessa forma, que é um psiquiatra passar uma medicação e ele não precisa tá vindo toda vida no Caps, se ele já estiver se sentindo bem com aquela medicação, ele pode ficar renovando a receita com o nosso clínico geral (P8-APS, 3º enc.).

Por mais que os dados coletados sugiram uma compreensão por parte dos profissionais da APS com limitações quanto às possibilidades do cuidado em saúde mental, as falas previamente analisadas neste capítulo indicam obstáculos para que as ESF lidem com essas questões que os profissionais participantes reconhecem. O isolamento do trabalho do médico e a prática centrada na medicação são dificultadores. Além disso, a sobrecarga de funções nos enfermeiros parece levar esses profissionais a sentirem que não é possível se dedicar como desejado às questões de saúde mental. Tal concentração na figura do enfermeiro também pode contribuir para que os demais profissionais da ESF não se envolvam com ações psicossociais outras.

A atenção primária à saúde tem a responsabilidade contínua pela população de um determinado território e é sabido que seus profissionais precisam lidar com múltiplas demandas, muitas vezes sem as condições de trabalho ideais. Não se trata, então, de apontar defeitos e depreciar o trabalho desses profissionais, mas demonstrar a necessidade do fortalecimento do trabalho em rede pautado pela noção de apoio matricial (Campos et al., 2017; Campos, 1999). Para que seja razoável esperar da APS uma ampliação de estratégias de atenção psicossocial, é necessário que esses profissionais recebam suporte de uma retaguarda especializada. O CAPS, ao assumir uma dupla função, onde além de atender diretamente pessoas com transtornos mentais severo ou persistente, coloca-se como retaguarda especializada que fornece suporte também para o cuidado em saúde mental na atenção básica, contribuindo para que haja a ampliação do cuidado psicossocial tal como desejado.

Na mesma direção, em uma revisão integrativa, Miranda et al. (2021) encontrou uma amostra reduzida de estudos primários acerca de ações realizadas na APS com foco em pessoas com transtornos mentais. Em seus achados, destacou-se a tendência das equipes em incorporar ferramentas digitais no cuidado, com uso de plataforma on-line, aplicativos móveis e softwares. Além disso, os autores apontaram que a redução da medicalização, processo muitas vezes almejado, depende da inserção de novas ações terapêuticas, sendo que estas, no âmbito primário, tendem a ser de baixo custo e fácil reprodução (Miranda et al., 2021).

Por sua vez, Bezerra et al. (2014), ao investigarem a percepção de profissionais da atenção primária quanto à saúde mental, verificaram que tais profissionais associavam o cuidado ao acesso a medicações, desconsiderando as possibilidades de ações psicossociais. Assim, os serviços primários apontavam como intervenções apenas a consulta médica e prescrição medicamentosa. Em Manaus/AM, os profissionais e gestores também perceberam limitação no cuidado em saúde mental no âmbito primário, afirmando que a atenção psicossocial é exclusivamente focada nos CAPS, que funcionam com sobrecarga, segundo seus trabalhadores (Barbosa, 2019).

Em uma revisão de escopo, foi identificado na literatura estudos sobre intervenções de enfermagem em saúde mental na atenção primária. Por mais que, nos 60 estudos selecionados, tenha sido encontrada diversidade importante de ações realizadas, como rastreamento de transtornos mentais comuns, planejamento familiar, grupos de educação em saúde e orientação familiar, foi constatado foco no acolhimento e no encaminhamento para o médico da equipe ou para serviço especializado, com predomínio do cuidado fragmentado e voltado para a doença (Simão; Vargas; Pereira, 2022).

Em um estudo com 134 profissionais da atenção primária em uma macrorregião de saúde de Minas Gerais foi observado que os profissionais não utilizavam instrumentos ou estratégias para organização das demandas em saúde mental. Além disso, havia falta de acesso às ações psicossocial, havendo longas filas para atendimentos individuais e consequente foco em intervenções medicamentosas, intervenções essas por vezes restritas a renovação de receitas, já que médicos generalistas demonstraram dificuldades no manejo de casos passíveis de serem tratados na APS e com isso demandavam por atendimentos com psiquiatra, que também possuía longa fila de espera. Identificou-se também que diversos assuntos permanecem como tabus, afastando a população da APS na questão da saúde mental: suicídio, sexualidade e violência doméstica são exemplos. As atividades coletivas na APS, mesmo com a presença de profissionais de NASF, não eram comuns e quando ocorriam possuíam baixa adesão (Gama et al., 2021).

No estado de São Paulo, foi verificada a alta demanda por atendimentos relacionados à saúde mental na APS, porém com enfoque biomédico, focado na renovação de receitas (em 70% dos casos a identificação de problemas em saúde mental se deu principalmente pela solicitação de renovação de receitas). Constatou-

se também baixa proatividade na busca ativa de casos, subutilização de atividades em grupos, articulação intersetorial insatisfatória e pouco planejamento e gestão de casos (Pupo et al., 2020).

Convém aprofundar o exame sobre as dificuldades em realizar ações de cuidado psicossocial no âmbito da APS, já que esse é um âmbito com potencial importante para um sistema de saúde resolutivo. Ao discutir sobre possibilidades de cuidado, houveram falas que remetem às características dos cursos de graduação:

A gente não aprende isso [realizar atividades em grupo] na faculdade. A gente pensa no enfermeiro fazendo grupo de hiperdia, para hipertenso, mas ninguém fala de um grupo de ansiedade, ninguém fala nisso, nem entra lá no currículo, eu acho. Não me lembro. Se alguém um dia falou para mim sobre um grupo de ansiedade ou alguma coisa na unidade, sabe? Então essas coisas não se fala, é muito uma cartilha padrão, tu não vê a realidade, parece que o que tu está aprendendo é um pouco desproporcional com a realidade que está ali fora, sabe? (P4-CAPS, 4º enc).

Como apresentado por um participante em uma fala já citada (P3-CAPS, 5º enc.), a formação médica, do psicólogo e de muitos profissionais da saúde não parecem ser focadas no trabalho na atenção primária e em uma clínica ampliada, e assim parecem contribuir para a limitação da atenção psicossocial na atenção primária. Nessa mesma direção é possível identificar diversos autores na literatura problematizando a formação dos profissionais de saúde como um problema histórico (Bispo Júnior; Moreira, 2017; Silva et al. 2012; Ceccim; Feuerwerker, 2004).

Além das dificuldades relativas à formação, foi identificado como determinantes para dificuldade em realizar grupos na APS a quantidade de profissionais que compõem a equipe mínima de um ESF ser insuficiente para lidar com todas as demandas e funções da APS, possível falta de compreensão da relevância dos grupos, dificuldades em caracterizar o território e identificar as pessoas que necessitam de grupos, tentativas de realização de grupos em função de determinação da gestão e dificuldades em gerar adesão aos grupos.

Às vezes vem a gestão e diz que a unidade tem que fazer tal ação ou o caps tem que fazer tal ação, mas não necessariamente é uma necessidade daquele território, porque a maioria das coisas vem de cima para baixo. Eu não me lembro de ter passado por um diagnóstico no serviço, para ver se era pertinente realizar aquele grupo. Isso é muito sério, porque se pensar em uma atividade, vamos supor, um grupo de ansiedade, mas daí tu vai num bairro que é harmonioso, que é tranquilo, que as pessoas não tem queixa de ansiedade exagerada. Não faz sentido, mas se tu vai num bairro onde tem um alto índice de criminalidade, onde tem uma alta vulnerabilidade social,

fazer uma atividade que promova potentes ações de conhecer direitos, conhecer poderes sociais ou entidades da comunidade, é mais eficiente. Só que tudo parte do diagnóstico (P3-CAPS, 4º enc.).

Eu trabalhava em uma unidade de saúde. Só conseguíamos fazer grupo se tivesse alguma moeda de troca, então, por exemplo, tu fazia o grupo de gestantes, tu só consegue se tu for ceder alguma coisa para aquela gestante, seja um enxoval, seja qualquer coisa. “O que que eu vou ganhar para passar a minha tarde toda ouvindo a enfermeira falar?” Mais ou menos nesse sentido. Também tem aquela coisa que muitos, e eu estou falando da população em geral, não só a saúde mental, “só vou na unidade de saúde se eu preciso de um remédio, de um atestado ou de uma coisa nesse sentido”. Não tem essa visão de que também é um momento para a gente promover e prevenir doenças (P5-CAPS, 4º enc.).

As contribuições de Cecílio (2009) são relevantes para compreender um fator que contribui para a baixa procura da população por atividades coletivas ou preventivas. O autor aponta que o usuário vai buscar um unidade de saúde frente aquilo que percebe como ofertado pelo serviço. Significa que uma equipe, ao focar-se predominantes em ações curativas em âmbito individual, produz na população a ideia de que esse é o papel daquele serviço. Logo, quando busca-se ampliar a oferta de ações, em direção ao nível preventivo, deve haver certa resistência por parte dos usuários, que não percebem na unidade básica de saúde um espaço para esse tipo de movimento.

Quanto a limitação na quantidade de profissionais e sobrecarga de demandas, foi examinada a ideia de “falta de tempo” para ações psicossociais:

Eu acho que há um número limitado de profissionais e eles têm menos tempo. Se eles tem outras coisas pra fazer que são urgentes... Mas são 40 horas semanais e a unidade funciona das 8 às 17 horas. Ou seja, o tempo é o mesmo, sendo que vai ser o mesmo, falta é profissional, talvez o número de profissionais que tem na equipe (P3-CAPS, 4º enc.).

Cardoso et al. (2022) identificou na percepção de profissionais da APS de que a quantidade de trabalhadores neste âmbito de cuidado, assim como a oferta insuficiente por capacitações, dificultam a ampliação de ações, como a realização atividades de grupos. Zanardo, Bianchessi e Rocha (2018) também identificaram em profissionais a preocupação com a falta de recursos humanos, em especial na atenção primária, assim como críticas a falta de capacitações, de recursos materiais e estruturais, que se somam a elevada demanda por cuidado em saúde mental.

Conforme exposto, as dificuldades no cuidado psicossocial na APS não ocorre apenas no município em questão e decorrem de múltiplos fatores, difíceis de serem

superados. Todavia, é pertinente reafirmar a importância do fortalecimento do apoio matricial como caminho promissor para superação (mesmo que parcial) das dificuldades identificadas. O olhar do serviço especializado pode auxiliar a equipe de referência a identificar problemas de saúde, possibilidades de intervenção, métodos e técnicas para a sua execução e sensibilizar quanto à relevância do processo. Um exemplo desse potencial está na fala de um trabalhador do CAPS sobre um processo que poderia ser melhor desenvolvido na atenção primária:

Se tu for falar de medicação na atenção básica, é muito importante. Porque o rivotril começa lá na atenção básica, né? Sabe, no CAPS aqui, todos chegam com rivotril já. E se lá a gente muda, porque a história do benzodiazepínico, qual que é? Tu entra com uma outra medicação, tu dá o benzodiazepínico nos 15 primeiros dias, que é quando o cara vai ter muito efeito colateral, e depois tu retira o benzo, e ele nunca é retirado, ele só é renovado a receita, renovado, e aí a gente cria a indústria (P1-CAPS, 5º enc.).

O exame de possibilidades concretas de cuidado psicossocial no âmbito primário é relevante para a compreensão da potencialidade do cuidado no âmbito primário. Um exemplo das ricas contribuições que a APS pode fornecer foi apresentado por Alcântara et al. (2020), que, para analisar a situação de saúde mental em um município da Bahia, comparou as informações fornecidas por agentes comunitários de saúde com os dados oriundos do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB. O envolvimento de ACS na identificação e caracterização das pessoas com necessidades de saúde mental levou a um aumento em 6 vezes da quantidade de casos registrados, em uma localidade onde havia nítida subnotificação, assim, a participação dos agentes comunitários contribuiu para melhorar a visibilidade dessa população, assim como a caracterização (e problematização) de como se dava a atenção psicossocial naquele território.

Os grupos de convivência e geração de renda também são possibilidades reconhecidas. No município do Rio de Janeiro, movimentos foram implantados nas unidades de saúde, focando na realização de atividades manuais e interação social para mulheres com sofrimento emocional. Os autores relatam diversos obstáculos e dificuldades, mas perceberam aumento da autonomia, autocuidado e auto imagem, assim como redução nos sintomas de ansiedade e depressão (Alves et al. 2020).

No âmbito da atenção primária, grupos de convivência, grupos terapêuticos, ações de educação em saúde, oficinas de memória e práticas de *mindfulness* são outros exemplos positivos de práticas que podem ser encontrados na literatura e que

apresentam potencial para contribuir, em idosos, para a melhora nos vínculos sociais e sentimento de bem estar, aumento da autonomia, redução da demanda por atendimentos individuais, prevenção do declínio funcional, assim como redução em sintomas de ansiedade e depressão (Souza et al., 2022). Apesar das potencialidades encontradas, os autores reconhecem que os esforços para um efetivo cuidado integral na APS ainda são incipientes.

Por fim, houveram falas que sinalizaram a dificuldade no manejo de pessoas com transtornos mentais severos ou persistentes na APS. Ao analisar críticas realizadas ao trabalho do médico na APS, os participantes apontaram a resistência na prescrição de psicotrópicos. Também houve manifestações similares quando discutido o papel da atenção primária frente aos casos graves:

A dificuldade que esses caras [médicos da APS] têm de manter as prescrições do Caps lá, né? Tem uma dificuldade de manter as prescrições, eles têm uma dificuldade, eles têm um medo, têm um receio. Eu nem vou falar no manejo de caso leve de ansiedade, de quadro depressivo leve e de pensamentos negativos sem ideação, porque eles têm que ficar tudo lá na atenção básica, eu to falando de quem é da alta [complexidade], para continuar na atenção básica, os caras batem lá, e ele já não querem renovar receita: “ah, porque é paciente polimedicado”. Se tá de alta, tem que estar na atenção básica, aí já, levanta a demanda do psiquiatra do ambulatório e aí é o ciclo (P1-CAPS, 5º enc.).

O uso de psicotrópicos é claramente uma questão complexa e as discussões ao longo da coleta de dado reafirmaram a importância da transformação da relação de alguns médicos com toda a rede de saúde:

Eu fiquei pensando no que a gente estava falando, que temos que trabalhar para não dar muita medicação pro paciente, educar. E aí a gente manda o paciente para unidade, muitas vezes, manda com vários diazepam, com amitriptilina, com mais um monte de coisa. Aí chega lá, com o médico que tem a conduta que nós estávamos falando: “tem que reduzir” É só pra ver a falta de comunicação que existe no contexto, eles dizem assim: “os caras tão dando remédio demais, eu vou dar só metade”. E aí a gente critica eles, mas porque eles não fazem parte do sistema, porque ele se nega. Quando a gente monta uma reunião dos médicos, para eles irem, se não for uma coisa via secretário de saúde, eles não vão (P4-CAPS, 5º enc.).

Além da medicação, é preciso refletir sobre outros aspectos relacionados ao cuidado de casos complexos em saúde mental na APS. Foi apresentado pelos participantes a possibilidade de manejo de situações de crise na atenção primária, todavia essa possibilidade exige dos profissionais deste âmbito competências para

identificar os casos que podem ser manejados na APS e para intervir de forma apropriada, assim como o apoio do CAPS como retaguarda especializada.

Às vezes a crise acaba virando a da equipe, a equipe entra junto na crise e não consegue vislumbrar o que fazer. E aí no desespero aciona um serviço que não precisaria, poderia ser controlada naquele espaço. Aí entra a questão de liberdade de diálogo entre as equipes, “estou com uma situação assim, o que eu posso fazer?” Ou manejar e depois repassar. Eu acho que também falta abertura para esse espaço de troca. A equipe entra numa crise junto e quando vê aquilo virou um tumulto do tamanho do mundo aí, a gente só recebe a ligação: “façam!”, e aí a gente nem sabe direito o que está acontecendo e tem que fazer alguma coisa. (P5-CAPS, 4º enc.).

Semana passada tivemos uma crise que era de ansiedade. Eu sou super tranquila em tratar todo mundo, minha cara é a mesma para todos, mas o médico já não tinha segurança, já chamou a SAMU. Ele mandou, estou fazendo. E aí todo mundo foi lá atrás do cara acudir, aí ele chorava, gritava, mas as pessoas não tinham consciência do que fazer, não tinha noção, nem o médico nem ninguém (P6-APS, 4º enc.).

Em um estudo sobre o papel de diferentes pontos da RAPS de um município de São Paulo na atenção à crise, observou-se que os trabalhadores da APS não reconheciam nenhum papel frente a este tipo de situação. Sinalizavam não reconhecer qualquer função importante no cuidado psicossocial. Estes acreditavam compreender o fluxo de atendimento à crise, mas não se referiam a alguma linha de cuidado existente, mas apenas ao acionamento ou encaminhamento a um serviço de urgência (Xavier, 2023). De forma similar, Lima e Gonçalves (2020) também observaram que trabalhadores do CAPS percebiam resistência de outros pontos da rede para o cuidado em saúde mental. Por outro lado, Lima e Dimenstein (2016) apontaram exemplo de como o apoio matricial pode contribuir para que a APS se sentisse apta a lidar com as situações de crise, ajudando (ou ao menos amenizando) essa dificuldade.

A partir de relatos na literatura sobre a atenção a situações de saúde mental mais complexas na atenção primária, é possível supor que o medo do “louco”, das “crises”, seja uma barreira para o cuidado. A tradição dos tratamentos centrados no manicômio, no isolamento, na avaliação da pessoa com transtorno mental como mais perigosa do que de fato são, assim como o pouco espaço para a saúde mental na formação de muitos profissionais da saúde podem ser influências para essa visão inapropriada. A superação de estigmas e preconceitos em direção ao reconhecimento do “louco” como cidadão com direitos, incluindo o acesso e tratamento digno nos serviços de saúde é um compromisso ético. Manca e Nunes (2020) apontaram como

uma das decorrências observadas ao fortalecer movimentos de matriciamento entre foi a diminuição do medo frente a pessoas com transtornos mentais severos e aumento do repertório para manejar casos do gênero.

Situações envolvendo risco de suicídio também parecem ser uma dificuldade para alguns profissionais de saúde. É sabido sobre a importância de se conversar sem tabus sobre o suicídio. Novamente, o “saber como” parece ser um fator decisivo na tomada de decisão do profissional da atenção primária sobre abordar ou não a temática do suicídio com o usuário, evitando abordar a temática quando não se sente preparado:

Eu acho que a gente não tem aquele jeito de chegar e tá perguntando [sobre suicídio] para pessoas (P7-APS, 5º enc.).

A questão não é só do receio, é o que eu vou fazer se ele disser que quer se matar. Eu vou escutar e eu faço o quê? Às vezes eu não vou conseguir ter tempo de dar conta, eu vou ter que te ouvir e ter que manejar de alguma forma aquela situação. Eu acho que é o posterior, não é nem o escutar que pega. Porque a gente tem essa coisa que a gente tem que resolver o que chega pra gente na hora que chega pra gente, e às vezes a gente não consegue fazer isso. Se eu me coloco na posição, e agora? e agora lascou (P5-CAPS, 5º enc.).

O cuidado no âmbito primário de pessoas com transtorno mental severo ainda é um desafio a ser superado. Como exemplo, foi identificado em um estudo com enfermeiros da APS a concepção de que o cuidado de pacientes com esquizofrenia compete exclusivamente a profissionais de serviço especializado, o que implica na qualidade do cuidado realizado. No caso em questão, verificou-se que tal concepção relaciona-se com um processo de acolhimento restrito a uma triagem e encaminhamento para especialista (Rosa; Lima; Perez, 2021), o que naturalmente contradiz as ideias de cuidado integral e responsabilização, limitando o potencial do cuidado no âmbito primário.

De forma similar, Pessoa et al. (2020), ao investigar a atenção a adolescentes com ideação suicida, apontaram que o cuidado a estes, no geral, é pouco planejado e focado em aspectos biológicos, como sexualidade, gravidez e ISTs, limitando-se ao que está posto em programas federais. Os enfermeiros demonstravam dificuldades em identificar e manejar sinais de risco de suicídio, tendo sido recomendado como estratégias para enfrentamento do problema a caracterização do perfil em cada território dos adolescentes em risco, o fortalecimento da educação permanente e mudanças curriculares que valorizem a saúde mental na formação da enfermagem (Pessoa et al., 2020).

4.1.2 Articulação incipiente entre CAPS e APS

Os profissionais do CAPS e da APS apresentaram nas discussões problemas de articulação entre as equipes de atenção primária e CAPS, assim como dificuldades de comunicação interna, em especial na APS. Foi possível identificar sinais de interação e articulação desejada entre APS e CAPS, mas em intensidade que os participantes avaliam como insatisfatório. A falta de articulação implica em um conhecimento insuficiente sobre os pontos da rede por parte de alguns profissionais.

O profissional entra na prefeitura e não sabe nada. Aquela questão toda, não conhece o serviço. É, assim, eu to há muitos anos no município, e muitas vezes a gente liga para os lugares e as pessoas não sabem diferenciar o que é um CAPS I, o que é um CAPS II, o que é um CAPS III, e é gente que está há muito mais tempo que eu dentro da rede (P4-CAPS, 2ª enc.).

Quando tivesse reunião de rede, todos deveriam fazer parte de uma mesma reunião, enfermeiro, psicólogo, médico, que seja. O CAPS não tem reunião com a rede, a rede não tem reunião com o CAPS [...] e quando a gente vai, é porque a gente vai meio de metido, a gente pede um espaço, pede uma pauta da reunião. Muito limitado, para falar sobre a construção do conjunto, mas tu não consegue ter esse espaço todo mês [...] tu não consegue ter essa interação com os outros serviços, acho que isso é uma das falhas maiores que tem dentro do serviço (P4-CAPS, 8ª enc.).

A falta de conhecimento sobre os pontos da rede leva, naturalmente, usuários a caminharem percursos desnecessários, comprometendo o acesso ao serviço de saúde, como se exemplifica a seguir:

O que me incomoda é ver minhas colegas tentando resolver, não tendo chance, sabe? Porque liga pra algum lugar, não sabe, liga pro outro, não sabe onde é que é. Pior mesmo é quando precisa de carro, assim: “ah, preciso de um carro pra levar um fulano em tal lugar”, “ah, não é aqui, liga pra tal lugar”, aí liga para o tal lugar: “não, também não é aqui, é para outro lugar”. Gente, como ninguém sabe, ninguém se comunica, não tem uma comunicação, então aí tu fica no meio, o paciente ali aguardando uma resposta, e tu nunca tem aquela resposta concreta (P8-APS, 2ª enc.).

A APS tem o papel de coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede (Brasil, 2017a). Campos (2000), atribui a responsabilidade na condução do cuidado ao longo do tempo para a equipe de referência, no caso, as ESF. Os serviços especializados são apoios acionados pela referência, que continua com sua função mesmo quando compartilha o cuidado com os matriciadores. Não parece possível ser coordenador do cuidado sem sequer

conhecer os pontos que constituem a rede. É essencial que se consiga superar os obstáculos identificados para que se estabeleça maior proximidade entre os serviços e consequente aumento no conhecimento sobre as atividades, o contexto e a finalidade do trabalho de cada ponto da RAPS.

O diálogo precário e assistemático parece ser a regra no que tange a relação entre APS e serviços de saúde mental. Sampaio e Bispo Junior (2021) identificaram em Vitória da Conquista/BA uma RAPS fragmentada, com importante distanciamento de serviços de outros setores e ênfase nos serviços de alta complexidade. Outro exemplo foi apontado por Manca e Nunes (2020) no município de Goiânia/GO.

Já Barbosa (2019) identificou, a partir do relato de trabalhadores e gestores no município de Manaus, a ausência de mecanismos formais de contato entre serviços, assim, o compartilhamento de informações e casos ocorria de forma pessoal, conforme a afinidade específica entre dois profissionais de diferentes equipes. Para que um usuário pudesse transitar entre diferentes serviços, era necessário um contato informal, já que pelos meios institucionalizados era comum que a pessoa não acessasse os dispositivos que necessitava.

Em Porto Alegre, observou-se disposição das equipes em aderirem a mudanças na lógica da assistência e da relação entre serviços, em especial a partir de movimentos de apoio matricial envolvendo as equipes da atenção primárias apoiadas por NASF, todavia a fragilidade nas aproximações se tornavam evidentes ao se observar a relação com os serviços hospitalares (Zanardo; Bianchessi; Rocha, 2018).

As limitações na articulação entre os pontos da RAPS podem ser observadas em diversas regiões brasileiras, em municípios de diferentes portes. Em Corumbá/MS, a partir da entrevista de profissionais da APS, NASF e CAPS observou-se que apenas 24,9% dos entrevistados avaliaram que a articulação e a integração entre ESF e CAPS ocorriam ao menos de forma frequente. Destaca-se que tal limitação foi verificada também entre ESF e NASF. Por mais que nesse caso as avaliações positivas representam 47,9% do total, este tipo de equipe foi especialmente planejada para trabalhar de forma integrada com a primeira. Além disso, foi observado que o CAPS possui melhor articulação com outros pontos da rede em comparação com ESF, o que sinaliza obstáculos deste na efetivação da sua função de articulação do cuidado (Vieira et al., 2020).

É interessante pensar sobre a imagem que os profissionais podem ter sobre os trabalhadores de outros serviços, já que muitas vezes há pouco contato entre esses serviços. Essa falta de contato pode levar a construção de imagens negativas referente ao outro e consequente resistência a interações quando casos concretos exigem. Esta é uma hipótese a ser considerada, sendo o motivo para que os profissionais percebam a interação interprofissional e interserviço como um benefício da prática de reuniões de matriciamento, mesmo ocorrendo de forma muito esporádica, já que permite ao menos conhecer colegas de outras equipes e formar uma imagem mais apropriada dos mesmos, conhecendo seus anseios, angústias e preocupações em relação aos temas comuns aos dois serviços.

Eu sempre digo que a gente tem um lado de dizer assim: 'Ah, lá no serviço não funciona, o serviço de ninguém funciona'. Mas tu conhece o serviço lá? A gente nem conhece, mas fala que não funciona? (P4-CAPS, 4º enc.).

Em um diálogo sobre os impactos da falta de contato entre os profissionais de diferentes equipes, falas evidenciaram como essa distância pode levar a fantasias quanto ao trabalho do outro e o receio por parte dos trabalhadores do CAPS de que movimentos de apoio possam ser entendidas como uma intromissão:

Às vezes o CAPS não fica confortável em orientar a atenção básica no que fazer com a questão, eu estou querendo ensinar para eles como se tem que lidar com os usuários que são deles. Como se fosse intromissão numa situação que não é nossa [...] Como eu conheço a "P6-APS", eu entro em contato com ela e falo. Porque eu a conheço, mas se é uma profissional que eu nunca vi já acontece diferente. Isso depende muito do profissional que está na ponta, questão de proximidade (P5-CAPS, 4º enc.).

A possibilidade do "apoiar", ou do "solicitar apoio", ser interpretado como algo invasivo denuncia a não internalização da lógica do apoio matricial na rede de saúde. Os trechos apresentados, por outro lado, mostram um aspecto positivo: o simples conhecer os profissionais de outra equipe parece ser suficiente para reduzir o receio em acionar quando casos concretos exigem.

Os casos examinados nos municípios de Manaus e Porto Alegre (Barbosa, 2019; Zanardo; Bianchessi; Rocha, 2018) sugerem que os contatos diretos decorrente dos vínculos entre profissionais de equipe aproxima a Rede, mesmo que de forma precária, dos princípios do apoio matricial, mesmo quando não há mecanismos institucionalizados para o seu fortalecimento. Por isso, mesmo que pontuais, esforços

de aproximação entre serviços precisam ser valorizados, mesmo que se limitem “apenas” a construir vínculos entre esses trabalhadores de diferentes serviços.

Na mesma discussão entre os sujeitos previamente examinada, um contraponto foi apresentado por um participante indicando outro aspecto do problema: será que não acontece de profissionais do CAPS se portarem como os únicos detentores do saber e com isso afugentar profissionais da APS?

Acontece, infelizmente muitas vezes, do profissional do CAPS assumir a posição de que ele sabe e o profissional da atenção básica não sabe. Isso acontece, a gente não pode ser hipócrita. Então às vezes a unidade já tem medo de ligar pro CAPS, porque eu tenho que saber que eu vou ligar e não vão me xingar porque eu sou burra. Infelizmente a gente tem isso, como em qualquer lugar, a gente tem essa questão de ver essa posição, de que eu sei e tu não sabe. Temos que entender que a gente não é melhor que ninguém e que estamos todos no mesmo barco, a diferença é que um atende uma coisa e outro atende outra, mas tá todo mundo no mesmo barco, todo mundo atende o usuário, eu acho que essa é postura. Já participei de algumas reuniões em que senti isso, que eu entrei muda e sai calada. E era uma reunião de matriciamento (P5-CAPS, 4º enc.).

Em exame sobre o apoio matricial na rede de saúde de um município, Almeida (2015) observou justamente esta postura vertical estabelecida por alguns profissionais do CAPS, portando-se como os detentores do saber que iriam transmitir para os profissionais da equipe de referência. A atitude denunciada se opõe a proposta de apoio matricial, já que esta defende justamente a transformação das relações entre atenção primária e serviços especializados (Campos, 1999).

Se, tradicionalmente, entende-se que há uma posição de superioridade dos especialistas, compreendendo-os como os detentores do saber e que ditaram para atenção primária como contribuir com o tratamento prescrito, o apoio matricial se estrutura a partir do princípio de que ambas as equipes estão em posição horizontal e que possuem saberes diferente. Se o especialista detém mais conhecimento acerca da sua área do conhecimento, a atenção primária dispõe de conhecimentos mais íntimo sobre o usuário e seu território, assim como apresenta características que favorecem que seja a articuladora de um cuidado em rede que não fragmenta o usuário (Campos, 1999). A própria ideia de especialista precisa ser problematizada. O trabalho no âmbito da saúde da família exige conhecimento especializado, sendo o ACS um exemplo, já que dispõe de um conhecimento específico e profundo do seu território, o que é vital para a organização do cuidado a partir do território.

A lógica tradicional de organização do trabalho em rede pode ser assimilada pelos trabalhadores da atenção primária, levando-os adotar uma postura passiva, o

que também pode contribuir para a manutenção de relações verticais entre os serviços. Garcia Júnior e Nascimento (2012) ilustram essa possibilidade ao relatar episódio, em reunião entre equipe de referência e profissionais de apoio, em que percebendo a centralidade atribuída a estes, tentaram incentivar o protagonismo dos trabalhadores da APS em discussões sobre o processo de acolhimento na sua unidade de saúde. Todavia, ao invés de produzir reflexão, a atitude levou ao silêncio, exemplificando como a superação de formas tradicionais de relações no trabalho produzem obstáculos para sua superação.

Souza et al. (2022), em uma revisão integrativa sobre cuidados com pessoas idosas na APS, identificaram que o apoio matricial é a principal estratégia de fortalecimento de ações psicossociais nesse âmbito. Reconhecem no apoio matricial uma proposta de mudanças gerenciais visando eliminar a hierarquização nas relações. Juntamente com a ideia de cogestão (Campos et al., 2014), a concepção de matriciamento direciona para relações horizontais, seja entre serviços, ou mesmo dentro das equipes. Dessa forma, é preciso problematizar como as reuniões de algumas equipes no âmbito da atenção primária estão sendo realizadas. Estas precisam ser espaços de reflexão sobre o processo de trabalho, de reconhecimento dos diferentes saberes que cada profissional possui e articulação desses saberes em direção ao desenvolvimento do cuidado com a uma população. As reuniões de equipe necessitam ir muito além de recados e informes.

O processo de coleta de dados realizado por si só tem potencial para estimular reflexões críticas sobre o processo de trabalho (e nesse sentido contribuir para a sua transformação) (Thiollent, 2009). Foi relatado com autocrítica pelos profissionais do CAPS que no passado já compartilharam mais informações sobre usuários com a atenção primária, mas isso mudou com o tempo.

Um tempo atrás a gente mandava um relatório de cada paciente que atendíamos para que a unidade soubesse que estávamos atendendo. Hoje, isso não acontece. Mudou o sistema de informação e a gente relaxou. E agora deduzimos que automaticamente a enfermeira lá vai saber. Então acho que faltou comunicação, porque eu atendo um paciente de uma ESF, quero discutir o caso, mas a equipe nem sabe que ele está sendo atendido (P4-CAPS, 5º enc.).

A articulação restrita, percebida entre CAPS e APS, empurra os primeiros para um trabalho mais “limitado aos seus muros”. Em um estudo realizado com um CAPS III do município de João Pessoa foram observadas dificuldades no processo de

trabalho das equipes para um cuidado além dos muros da instituição. Destacando a preocupação com um cuidado de fato no território e, assim, efetivamente desinstitucionalizante, identificaram que o processo de trabalho ocorria de forma alheia às características do território, sendo este compreendido apenas como o critério de definição de quais pessoas eram atendidas pelo serviço (Ferreira et al., 2017). Esta articulação restrita, como alerta Sampaio e Bispo Júnior (2021), tendem a empurrar o CAPS a se tornarem reclusos em si mesmo, aproximando do flerte com o “desejo de manicômio” (Alverga; Dimenstein, 2006), e distanciando do cuidado no território.

Houveram relatos de problemas de comunicação interna nas equipes. No exemplo apontado a seguir, dois profissionais sinalizam que em suas reuniões de equipe da APS ocorre apenas a comunicação de recados, não sendo utilizado o espaço para discutir casos, processo de trabalho ou relação interna da equipe, tendo um destes relatado:

Quando vocês [CAPS] tem reunião de equipe, vocês colocam as pautas também? Interessante!. Tem uns lugares que não fazem. A reunião é só para passar recado. É um telefone só de uma via. Vocês podem colocar lá: discutir o caso da família do seu José? (P8-APS, 6º enc.).

A profissional demonstrou surpresa com as respostas positivas por parte do CAPS. O profissional de outra ESF afirmou vivenciar o mesmo problema que a colega:

Lá na minha unidade não acontece isso de pedirmos para discutir casos, não (P7-APS, 6º enc.).

A comunicação é um obstáculo importante para o trabalho nos serviços de saúde, seja pela falta de informações sobre outros pontos da rede de atenção, como pelos problemas de comunicação interna. Por mais que a política nacional da atenção básica valorize os espaços de diálogo (Brasil, 2017a), estes por vezes parecem se materializar de forma divergente. As reuniões de equipe podem aparentarem ser um sinal de transformação na lógica do cuidado, mas, no fundo, serem a manutenção de costumes antigos.

A literatura também mostra exemplos onde reuniões de equipe ocorrem com foco nos “comunicados” do poder gerencial, onde os apoiadores são colocados como protagonistas e os apoiados se resignam a passividade (Garcia Júnior; Nascimento, 2012), assim como situações onde os trabalhadores da APS são postos em relação

vertical, como receptores de saberes e informações (Iglesias; Avellar, 2019; Almeida, 2015).

Apesar dos diversos problemas apontados pelos participantes, também foram identificados exemplos de interações positivas. Psicólogos que anteriormente faziam parte das equipes NASF do município passaram a realizar atendimentos individuais em diferentes unidades de saúde. Foi possível observar uma relação desejável entre a psicóloga e profissionais da ESF, assim como contato entre APS e CAPS:

A psicóloga disse “eu to com uma pilha aqui de pessoas em fila de espera, eu vou perguntar pra vocês sobre cada pessoa, se mora aqui ainda, a situação de vida dessa pessoa, para ver se ela realmente precisa de um psicólogo, o que vocês acham? Vocês querem pegar o nome dela e falar com aquela pessoa, pra ver se ela ainda tá precisando?” [...] daquela lista a gente diminuiu metade. Depois ficamos com uns casos que a gente sabia que realmente eram gravíssimos, que a gente nem sabia que ainda estavam naquela lista, achou que a pessoa já tinha sido atendida. E depois com os que a gente não tinha noção, fomos atrás para perguntar (P8-APS, 6º enc.).

Essa semana a gente recebeu uma ligação da médica do serviço de urgência, que estava atendendo há 3 dias o mesmo paciente, um sujeito com as mesmas queixas, era um usuário de cocaína e estava abstinente, tava lá sendo medicado com diazepam por 3 dias seguidos. Ela me ligou, [...] me perguntou o que a gente pode fazer juntas. “Tu pode encaminhar para fazer acolhimento”. A médica falou que ia medicar ele e pediu para ele vir no dia seguinte, porque ele vai estar mais orientado para conversar. No dia seguinte ele estava lá no CAPS (P5-CAPS, 7º enc.).

O grau de articulação entre os serviços pode afetar e ser afetado pelo novo modelo de equipe componente da APS, as eMulti (Brasil, 2023b). Os gestores municipais terão o desafio de implantar tais equipes e, com isso, decisões importantes precisarão ser tomadas. Por mais que não seja uma proposta estruturada a partir do conceito de apoio matricial, como o NASF - antigo modelo de equipe multiprofissional na APS financiado pelo Governo Federal (Brasil, 2010), também apresenta o matriciamento como tipo de atividade a ser realizada. O distanciamento entre os pontos da Rede pode induzir este novo serviço a trabalhar de forma fragmentada. Por outro lado, a organização da sua estrutura e processo de trabalho de forma a estimular movimentos de matriciamento pode fazer dessa equipe uma potente agente na superação das fragilidades examinadas.

4.1.3 Fragilidade na execução consistente de planos e ações de matriciamento

O relato dos participantes permitiu identificar que ao longo dos últimos anos houve tentativas de estabelecer reuniões regulares entre CAPS e APS. Por mais que as experiências tenham sido avaliadas de forma positiva, não foram sustentadas por muito tempo.

O matriciamento, o primeiro contato que eu tive foi em 2012, a gente começou esse movimento também, era uma coisa mais organizada que veio da coordenação de saúde mental da época. Teve um cronograma, então ia representante do CAPS AD, do CAPS II, do CAPS III, naquela, do CAPS I, e aí, os psicólogos da regional e a gente ia nas unidades também, nas reuniões, mas isso a gente conseguiu fazer por, sei lá, 3, 4 meses. Aí depois sai um profissional do CAPS, sai profissional do posto, não tem transporte no dia, e aí era sempre: ah, quem que vai do CAPS? Aí é um fogo pra apagar no CAPS, e não podiam sair do CAPS. Manter a regularidade é complicado (P1-CAPS, 2º enc.).

O movimento citado ocorreu em um momento histórico de estímulo ao apoio matricial no país. Quatro anos antes, por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, havia sido criado o NASF, institucionalizando o apoio matricial como orientador do processo de trabalho deste novo tipo de equipe (Brasil, 2008). Nos anos seguintes o Ministério da Saúde lançou o “Caderno de Atenção Básica nº 27 - Diretrizes do NASF” (Brasil, 2010) e o “Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental” (Brasil, 2011), fornecendo importante subsídio para a qualificação do trabalho sob a ótica do apoio matricial

A fala citada indica intenções de gestores e dos profissionais do CAPS em estreitar relações com a APS, todavia esses movimentos não parecem indicar uma estruturação dos serviços na lógica do apoio matricial, mas sim movimentos pontuais que não eram tidos como prioridade. É sabido que o excesso de demandas por atendimentos direto a população é um obstáculo para a consolidação de movimentos de matriciamento (Gurgel et al., 2017). As reuniões entre equipes, por não serem um aspecto estrutural do processo de trabalho, tiveram sua utilidade limitada, já que, como apontado na fala em questão, as trocas de profissionais, dificuldades no transporte e situações emergenciais eram frequentes impeditivos para a realização regular desses movimentos. Tais movimentos, por não serem entendidos como prioritários ou estruturantes na organização do processo de trabalho, perdiam espaço dada as elevadas demandas que os profissionais e gestores enfrentam.

Pode haver, nesses casos, um paradoxo. O excesso de demandas sobre o CAPS pode fragilizar os movimentos de apoio aos demais serviços da rede (em especial, a APS) e essa fragilidade, por sua vez, tende a levar a mais demandas para o CAPS. Tal paradoxo não é uma constatação surpreendente. Esta é uma relação já conhecida na literatura e utilizada como fator de motivação para os profissionais se engajarem na proposição do apoio matricial (Brasil, 2011). É sabido que a elevada demanda por atendimentos contribui para problemas como o foco em respostas simplistas, como a medicalização, como apontado por Gurgel et al. (2017), por exemplo, e, além de ser um obstáculo para a efetivação do apoio matricial, é ao mesmo tempo uma das razões que o tornam importante o matriciamento.

A perspectiva sobre apoio matricial de profissionais de apoio foi caracterizada em estudo envolvendo quatro psiquiatras e dois psicólogos de um município. Nesse exemplo, houve uma descentralização do cuidado psicossocial então exclusivo ao CAPS, resultando em uma organização orientada pela lógica do apoio matricial (Hirdes, 2018).

Inicialmente essa descentralização ocorreu por meio de atendimentos em grupos realizados nos territórios das equipes de atenção básica. Gradativamente os “malotes” de contra-referência de usuários para participar das atividades coletivas transformou-se em encontros para a articulação de informações e práticas entre equipes de referência e de apoio especializado, sinalizando a penetração do matriciamento no processo de trabalho (Hirdes, 2018). O fortalecimento de tais movimentos tem potencial de ampliar o repertório de atividades realizadas na própria APS, tornando-a mais resolutiva e demandando menos dos serviços especializados (Tatmatsu; Araújo, 2016).

É importante refletir sobre quais aspectos orientam trabalhadores e gestores no processo de escolha do que priorizar. Botomé (2006) aprofunda exame dos conceitos de “campo de atuação profissional” e “mercado de trabalho”, utilizados no contexto de análise de diretrizes curriculares dos cursos de psicologia (Bastos, 2002, apud Botomé, 2006). Defendem que é necessário que se vá além da formação do profissional para realizar as funções típicas e consolidadas da profissão de forma a atender as demandas já existentes na sociedade (no caso, o mercado de trabalho), em direção ao desenvolvimento de competências para a exploração mais amplas das possibilidades de intervenção, visando atender necessidades da sociedade (campo de atuação), mesmo que ainda não explicitamente demandadas.

Transpor esta reflexão para a análise do processo de trabalho dos serviços que constituem a RAPS é destacar a urgência de superar atuações limitadas àquilo que é considerado típico de uma profissão e ao que é demandado (seja pela população ou gestores), passando a organizar o trabalho de forma a fazer o que é mais importante no atendimento às necessidades sociais (no caso, de saúde, no seu sentido ampliado), explorando de forma criativa a ampla possibilidade de atuações que equipes multiprofissionais possuem, o que implica em ir para além do que é nuclear em uma profissão e explorar as possibilidades que constituem os campos de saberes e práticas (Campos, 2000). Ou seja, é necessário ir além de atender demandas para organizar o trabalho de forma a melhor contribuir com as necessidades de saúde de uma população.

A tentativa mais recente de estabelecer reuniões entre CAPS e APS no município foi realizada no ano de 2019, quando vários sujeitos desta pesquisa puderam participar:

A gente fez em 2019, a gente conseguiu ir em 5 unidades. Foi bem no final do ano. Depois teve férias para o povo do CAPS, férias para o povo da unidade. Organizamos para março, mas veio a pandemia, aí.... Mas é bem rico, é bem rico só por conhecer e conversar pessoalmente com a pessoa, que quando tu pega o telefone para conversar com ela, a gente percebe a diferença de saber que eu to falando com a Maria, que eu já vi aquele dia e conversei. É completamente diferente a troca (P1-CAPS, 2º Enc.).

Eu acho isso interessante, já participei das reuniões com eles e era muito bom, porque a gente discutia os casos, bem bom, coisa que hoje, na verdade, nas nossas reuniões de equipe nem tem, discussão de casos, nada, não tem tempo, é uma horinha, está bem complicado (P7-APS, 8º enc.).

Como esperado, mesmo contatos pontuais foram tidos como positivos, já que ao estabelecerem vínculos, novos contatos entre os profissionais que se conheceram nesses movimentos tornavam-se mais fáceis. É justamente esse contato pessoal e direto com o serviço especializado trazido pelo apoio matricial, problematizando os limites da lógica de centrais de regulação, que se busca com o apoio matricial (Campos, 2011; Campos; Domitti, 2007). As falas apresentadas evidenciam o potencial que os encontros entre serviços possuem em qualificar a articulação frágil existente entre os pontos da rede.

Efeito similar pode ser encontrado em outros relatos na literatura, como apontado por Almeida (2015), que observou com o fortalecimento do matriciamento o aumento da qualidade do acionamento do CAPS, por parte da APS, frente a casos

complexos e devolutivas mais elaboradas por parte do CAPS, o que permitia o cuidado continuado dos usuários que deixavam o serviço especializado. Todavia, conforme apontado por Silva et al. (2021), a literatura indica que o apoio matricial envolvendo atenção primária ainda ocorre de forma embrionária, necessitando ser fortalecido.

Na RAPS do município de Porto Alegre, foi observado que os movimentos que visavam a integração entre os pontos da rede eram incipientes, porém mesmo assim se mostravam relevantes para a melhoria da rede de cuidado em direção do apoio matricial como norte, havendo participação de profissionais das equipes de apoio em reuniões de algumas equipes da APS e realização de interconsulta com os profissionais das demais equipes (Zanardo; Bianchessi; Rocha, 2018)

Um exemplo positivo, e muito importante, do CAPS trabalhando como retaguarda de apoio foi trazido por uma participante ao descrever o processo de implantação da equipe de Consultório na Rua (eCR) do município:

O consultório na rua, quando surgiu, antes das gurias irem pra rua atender os usuários, elas fizeram curso intensivo, estudaram a história dos manicômios, luta antimanicomial, entenderam o que era o serviço, pra ter noção do espaço, elas ficaram quase 3 meses dentro do CAPS ad. Elas foram para os seus serviços, foram conhecer o serviço, descobrir como a rede funcionava, para onde eu mando tal coisa, o que eu faço com tal coisa. Quase 3 meses, de junho a setembro, com informação, e foi muito mais fácil pra essa equipe chegar em uma situação de rua e atender esses usuários porque elas tinham noção do que teriam que fazer, estavam informadas. Como essa formação facilitou o acesso dessa primeira equipe à população de rua! Nossa, facilitou muito (P5-CAPS, 2º enc.).

As eCR integram componente da atenção primária da RAPS e desenvolver ações com pessoas em situação de rua, como o nome sugere, a partir das diretrizes definidas na PNAB (Brasil, 2017). Cabe destacar mais uma vez que a importância do CAPS fornecer o apoio técnico-pedagógico para a APS é reconhecida por seus profissionais (o que torna importante identificar quais os obstáculos para sua efetivação de forma consistente e formas de superação desses impeditivos). É possível realizar essa afirmação com segurança, já que, além da avaliação das experiências prévias já apresentadas, observa-se também planos de ações de matriciamento anterior a qualquer intervenção desta pesquisa-ação:

Na semana passada eu tive conversando com uma das gerentes distritais e eu fiz uma proposta pra ela, [...] a gente começar a juntar por distritos, os agentes de saúde, do CAPS ir pelo menos, em se aproximar mais dos agentes de saúde. Porque, na realidade, e aí quero abrir esse elo, esse espaço de ligação, sabe, o ACS ligar direto para CAPS e comentar sobre

aquele paciente, que é nosso atualmente, que tá lá dentro: 'olha, hoje ele é um guri que não tá indo a aula, é um guri que vive em cárcere privado em casa, a mãe não dá remédio'. Mas ela disse que dá. Sabe? Porque essa vivência os ACS acabam tendo muito mais do que nós, e aí a gente vai tentar construir esse elo, essa é a proposta (P4-CAPS, 2º enc.).

Ainda que frágeis, as iniciativas de movimentos de matriciamento anteriores produziram alguns efeitos positivos, pois percebe-se o desejo em fortalecer o contato entre os profissionais de diferentes pontos da rede de atenção. Todavia a fala apresentada também ilustra o caminho ainda a percorrer: expressões como “paciente que é nosso” (do CAPS) mostram a fragmentação do cuidado e não internalização do apoio matricial.

4.1.4 Sobrecarga de demandas e o impacto no processo de gestão

Há, no senso comum, a ideia de que no serviço público há muitos profissionais para “pouco trabalho”, em especial no que tange a cargos de chefia e coordenação, que podem ser vistos, destaca-se, no senso comum, como cargos meramente burocráticos. Todavia, os relatos indicam o contrário. Parece haver falta de profissionais para as funções gerenciais, fazendo com que esses tenham que lidar com elevada quantidade de demandas, dificultando a efetiva realização da sua função com a qualidade desejada. Os profissionais de gestão reconhecem limitações em seu trabalho e se mostram desejosos de transformações, porém os obstáculos existentes muitas vezes provocam receio.

A grande verdade é que a gente apaga fogo aqui e a gestão apaga fogo lá, então bate o negócio lá, vem pra gente, a gente tenta apagar o fogo de lá, entendeu? (P1-CAPS, 3º enc.).

Nós fizemos isso, de ficar [resolvendo reclamações de problemas pontuais feita por pacientes] todos os dias. É o que mais nós fizemos. Para resolver isso foi instituída uma ouvidoria, mas o que a ouvidoria faz? Ouve e passa tudo para a gente. 75% do tempo eu acho que passamos em função da ouvidoria e do ministério público, na resolução de demandas de pacientes que vem até aqui. A gente não consegue fazer gestão (G3, 11º enc.).

A dificuldade em conseguir criar condições para o fortalecimento de interlocuções entre serviços e discussões sobre políticas de saúde vivenciadas pela gestão produz sofrimento nas mesmas, avaliando de forma positiva propostas que estimulem o fortalecimento do apoio matricial. Todavia, as dificuldades enfrentadas

despertam insegurança, inclusive pela experiência de tentativas de realização de movimentos de matriciamento que não perduraram.

Eu acho que é necessário [institucionalizar o apoio matricial]. Precisamos pensar uma forma de estruturar e ter uma continuidade. Porque a gente começa e para, começa e para. A gente está para organizar o nosso cronograma. A gente iniciou há alguns meses e não organizamos ainda. Cada um faz do jeito que dá. Os quatro serviços não conseguem sentar e conversar com tempo (G2, 11º enc.).

Nossa, isso [reuniões regulares entre representantes de diferentes coordenações e serviços] é tudo que eu sempre quis. Não existe assistência integral se a gente não conversar com todas as partes interessadas. E isso não conseguimos fazer. Eu não consigo sentar com a atenção primária para a gente discutir alguma coisa. É sempre muito pontual, quando tem algum problema, mas de a gente sentar e pensar políticas públicas de saúde mental com a atenção básica, a gente não consegue. Tu senta e estão te chamando o tempo todo. Estamos com dificuldades para fazer o plano municipal de saúde, de sentar e discutir (G1, 11º enc.).

Do ponto de vista dos profissionais, foi identificada a percepção de que as equipes possuem, em relação à gestão, importante autonomia e suporte moderado. A autonomia se observa na liberdade que as equipes ESF e CAPS têm para gerir suas rotinas e normas internas. Naturalmente, essa liberdade não é absoluta. Por exemplo, algumas ESF desejavam realizar reuniões de equipe, todavia as mesmas foram suspensas no início de 2020, tendo sido retornadas com duração inferior à desejada (uma hora por semana) durante a coleta de dados. Quanto ao suporte da gestão, houve a avaliação como moderado em função da ausência de uma rotina regular de movimentos de apoio, mas com a disponibilidade de auxílio para as situações específicas onde os profissionais acionam gestores em função de dúvidas ou problemas

O nosso processo de trabalho é definido de forma isolada, nos comunicamos com a equipe, o que a gente acha que vai servir, a gente vai tentando e vai impondo pra eles do nosso jeito, pra funcionar, o que a gente sabe o que tem que funcionar (P6-APS, 3º enc.).

Em relação à questão da gestão, a gente tem autonomia em muitas coisas, acho que todos dos CAPS têm. Tem coisas que a gente não tem, isso é em tudo quanto é lugar. Então não tem como a gente querer uma coisa que nem a coordenadora da saúde mental consegue. Sempre que a gente precisa ter esse acesso a coordenadora da saúde mental, sentar e conversar, tentar argumentar, para discutir junto, assim, esse acesso, a gente também tem, geralmente a gente tem esse acesso (P5-CAPS, 3º enc.).

As falas apresentadas apontam abertura para a escuta por parte das coordenações, todavia identificam que há limitações decorrentes de outras esferas de gestão, dificultando ou impedindo a realização de mudanças desejadas. É necessário ter clareza que diferentes atores tendem a ter visões e desejos distintos, muitas vezes conflitantes, e que a gestão do processo de trabalho implica em lidar com divergências (Campos et al. 2014) e, nesse sentido, é necessário refletir sobre as transformações que cada ator, dentro da sua governabilidade, pode produzir ou estimular no processo de trabalho em rede.

A principal dificuldade relatada pelos profissionais, em diversos encontros ao longo da coleta de dados, tenha sido em função da falta de suporte quando um novo profissional entra no serviço:

Você entra em um serviço em que você não é apresentado àquele serviço, sob nenhuma circunstância, sobre o que você vai fazer, e nem lhe dão possibilidade de aprendizado. Não precisa alguém te dar curso, ele precisa dizer 'tem um caderno de atenção básica aqui, tem um caderno sobre o CAPS aqui, sobre urgência e emergência. Isso aqui é o que se entende sobre psicologia da saúde, que é a psicologia que se faz no CAPS, enfermagem assistencial, medicina comunitária' o papel da gestão é oferecer esse tipo de ferramenta. Quantos entraram em 2014, numa paulada só? Eles deram um caderno com 3 folhas dizendo o que era obrigação do profissional em termos legais, que é vir e sair no horário, e não teve mais nada (P3-CAPS, 3º enc.).

O que falta, no meu ponto de vista, se eu fosse gestor, era a questão da integração, né? A gente juntar a cada grupo que chegou na prefeitura, se não consegue todo mês, a cada 2 ou 3 meses, junta o grupo, todo mundo tem que participar da integração, e nessa integração tu vai conhecer o que que é o serviço público, que ele faz, qual o objetivo e aonde ele quer chegar. (P4-CAPS, 2º enc.).

A necessidade de movimentos de orientação aos novos profissionais se torna mais importante em função do vínculo temporário de contratação de muitos trabalhadores, evidenciando a precariedade desse regime de trabalho, que leva a uma maior rotatividade profissional e necessidade de regularidade na realização desses movimentos.

Um problema nisso é a questão dos contratos. É o que nos quebra a perna hoje. Por exemplo, a gente está com 8 pessoas no CAPS que são contratadas, e vamos perder esses profissionais. Seria muito melhor, muito mais viável se todo mundo fosse concursado, se pelo menos a maioria daqui fosse concursado, porque tu tens a galera que tá ali comprometido, que trabalha naquele lugar, conhece aquela população, está ali há anos (P5-CAPS, 4º enc.).

A fala apresentada permite identificar um problema importante decorrente da falta do processo formal de orientação aos novos trabalhadores, aqui chamado de integração. A dificuldade de um profissional ou serviço em identificar as possibilidades de intervenção orientada por necessidades de saúde das pessoas por levá-los a repetir aquilo que tradicionalmente é feito por suas profissões, independente de quão apropriado, atualizado em relação ao conhecimento existe e relevante para as necessidades de saúde da população (Botomé; Stédile, 2015).

Da mesma forma, a repetição de práticas “tradicionais” em uma determinada equipe, onde novos profissionais vão sendo recebidos pelos antigos e tem o processo de trabalho ditado pelos hábitos destes, pode também levar a perpetuação de práticas desvinculadas das características, necessidades e potencialidades da população daquele território. A fala apresentada é um alerta, sinalizando a importância da gestão, ativamente, determinar características essenciais no processo de trabalho dos novos profissionais e executar estratégias que contribuam para efetivação de um trabalho centrado na atenção às pessoas do seu território, mais do que na repetição daquilo já consolidado no serviço.

No início, assim que eu entrei [há 15 anos] a gente teve uma capacitação. Depois a gente teve, assim, lá uma vez ou outra, algumas capacitações. Assim, não eram nem capacitações, eram reuniões. Depois a gente iria ter uma por agora, parecia que ia ser um bem top, foi bem justo quando estourou a pandemia, e aí parou. Eu acho que as meninas que entraram novas, elas não tiveram. As que estão novas lá comigo lá, ninguém teve capacitação. [...] Lá no posto, todos os novos que entraram sempre fui eu que ensinei (P7-APS, 1º enc.).

Foi tudo ensinado pela agente que tinha ali, foi uma ajudando a outra. Tipo, um ensina o outro (P8-APS, 1º enc.).

Cabe retomar os destaques feitos por Cecílio (2009), apontando como os serviços ofertados por uma equipe podem influenciar aquilo que a população demanda. Toda pessoa que busca um ESF com uma queixa traz consigo um conjunto de necessidades de saúde não necessariamente expressas. A forma como esse conjunto de necessidades irá se condensar em uma queixa depende daquilo que a pessoa entende como papel do serviço, entendimento esse que é influenciado pela percepção daquilo que tradicionalmente a equipe oferta. Esta reflexão destaca o perigo do aprendizado dos novos profissionais a partir das rotinas consolidadas pelos mais antigos. Da mesma forma, evidencia a necessidade do desenvolvimento de movimentos de acolhimento e treinamento dos novos profissionais baseado nas

diretrizes do SUS. Se existe uma tradição biomédica que necessita ser superada para ampliação da clínica e que dá sentido para propostas como a do apoio matricial (Campos; Amaral, 2007), é necessário um planejamento sobre como orientar o trabalho daqueles que ingressam na rede.

Esses objetivos que vocês [participantes da pesquisa] colocaram seria interessante até para reestruturar os serviços, eu creio que eles não sejam efetivos pelas mudanças tanto de governo e tanto de equipes, o que acaba dificultando e não deixando efetivo, tipo a questão da integração, porque se eu entrei nesse serviço, tudo que eu recebi de orientação foi da equipe, mas eu sou bem sincera, eu não sei onde fica o Saúde da Mulher, eu conheci assim, através da minha equipe, o consultório de rua, tipo, eu deveria ter recebido tudo isso na integração. Eu senti essa falta, mas, com o tempo eu fui conhecendo (P7-APS, 2º enc.)

Quantos anos já existe a agente comunitária? Porque nesses anos todos ninguém fez uma capacitação. Assim, eu sei que entra e sai, mas nesse entra e sai, sempre fica uma agente comunitária, e nisso esta [ACS] vai passando pra outra. Então são informações que são passadas, igual uma enfermeira que entra agora, se a técnica e as agentes comunitárias têm essas informações, mesmo que ela não seja capacitada no momento, a gente vai conseguir ajudar ela, mas é difícil na equipe ter um que sabe tudo, que já foi capacitado para aquilo" (P8-APS, 1º Enc.).

Campos e Amaral (2007), tecendo reflexões sobre a clínica ampliada, identifica a importância da utilização de manuais, linhas de cuidado e protocolos, assim como a necessidade de lidar com a singularidade de cada caso concreto, fazendo do cuidado uma espécie de "neoartesanato". Nessa linha, para fornecer suporte para os novos profissionais que ingressam na rede de saúde é importante que os CAPS tenham definido, em linhas gerais, como ocorre seu processo de trabalho interno, assim como suas relações com os demais pontos da RAS. Como destacado, não se trata da elaboração de regras rígidas, mas a organização do conhecimento sobre o processo de trabalho a fim de dar suporte para aqueles que ingressam no serviço compreendam, ao menos genericamente, seu papel no cuidado psicossocial na atenção primária, o processo de trabalho dos CAPS e os fluxos entre os serviços.

Por fim, também houveram falas indicando interesse em uma postura mais firme e punitiva por parte da gestão para resolver problemas no processo de trabalho:

Só seria possível se a coordenação coordenasse a atividade, né? Porque se a gente pedir, ninguém vai fazer. Tem que vir da gerência, se não, eles não participam, não querem, acham que tem muito trabalho, todos os funcionários de todos os setores (P6-APS, 7º enc.).

Esta última fala indica uma direção contraditória ou complementar ao que

surgiu ao longo da coleta de dados. A falta de interesse de profissionais no desenvolvimento do seu trabalho surgiu em algumas oportunidades e, em geral, foi associada à importância de sensibilizações. Todavia também houveram momentos em que se demonstrou entender que a solução de certos problemas no processo de trabalho depende de uma postura punitiva da gestão. Se o gerir for compreendido a partir da concepção de cogestão (Campos et al. 2014), espera-se que os coordenadores dos diferentes âmbitos tenham um papel de apoiador, mais do que agente coercitivo.

Cabe recordar que a ideia de cogestão, no âmbito da organização do trabalho em rede, orienta a concepção de apoio matricial. Já em relação aos processos gerenciais, ao propor o apoio institucional, espera dos gestores uma postura horizontal com os demais trabalhadores, criando espaços de reflexão e tomadas de decisão compartilhados. Nesses espaços espera-se que tenha pessoas com concepções contraditórias, sendo que alguns podem funcionar como “contrapoder” em relação ao poder da maioria. Divergências e conflitos são inerentes ao convívio humano, ao se criar espaços horizontais de tomada de decisão, espera-se que tais conflitos surjam e que se desenvolva meios democráticos de lidar com os mesmos (ao invés de desejar que simplesmente não haja pessoas com poder e interesse contrários ao da maioria) (Campos et al. 2014).

Dessa forma, é contraditório que se defenda o apoio matricial e ao mesmo tempo defender uma postura punitiva por parte da gestão como forma de resolver conflitos. Todavia, é importante destacar, que falas dessa ordem foram pontuais, predominando o interesse em se pensar a sensibilização e o apoio técnico como forma de superação das dificuldades. Parece haver um real apreço pela cogestão, seja no âmbito gerencial ou na organização em rede entre os serviços, ao mesmo tempo que se entendeu.

Casanova, Teixeira e Montenegro (2014) apresentaram a implementação de transformações no modo de organização da gestão da APS em uma localidade do município de Rio de Janeiro. Por meio do apoio institucional, visando a articulação de interesses de profissionais, gestores e usuários, integrou-se o processo de trabalho de ESF, NASF e colegiado de gestão na construção coletiva de estratégias de intervenção.

O conceito de cogestão está relacionado ao apoio institucional. (Campos et al., 2014). Ao longo dos encontros observou-se também que havia a disponibilidade de um profissional específico designado para o suporte aos CAPS:

Ele [apoiador] está trabalhando ainda, ele cumpre dez horas semanais, ele participa das reuniões dos CAPS, educação permanente, o apoio institucional mesmo (P1-CAPS, 6º enc.).

A existência de um profissional experiente com função de apoiador é um ponto positivo que merece destaque, já que não parece ser uma realidade frequente. É natural que os profissionais de apoio tenham limitações e inseguranças. A ausência de suporte para os serviços que necessitam executar tal função, como o CAPS, são obstáculos para o fortalecimento do matriciamento (Iglesias; Avellar, 2019; Almeida, 2015).

Em Campinas/SP, foram observadas divergências entre a efetivação do apoio institucional e as diretrizes existentes. Os apoiadores, em sua maioria, haviam sido indicados pela gestão municipal, o que fragiliza a possibilidade de análise crítica frente às decisões tomadas pelo poder central, o que é necessário para o estabelecimento de relações horizontais típicas da cogestão. Além disso, o maior grupo de apoiadores (42%) indicaram que os principais apoiados eram profissionais de gestão, reforçando o distanciamento dos trabalhadores dos profissionais envolvidos na assistência. Reuniões semanais de câmaras técnicas, de colegiadas ou para o desenvolvimento de projetos específicos. Na mesma linha, 29% dos entrevistados indicaram que o apoio se dava prioritariamente por meio de telefone ou internet, ou ao menos apontaram que tais meios eram tão prevalentes quanto os encontros presenciais. Os dados sugeriram que o apoio institucional, diferente do preconizado, não era pautado em encontros regulares entre apoiadores e equipes, visando a construção de políticas locais, dialogando com as diretrizes nacionais, mas orientadas pelas necessidades e potencialidades do território (Fernandes; Figueiredo, 2014)

É essencial que haja uma reorganização do processo de gestão no município em direção à cogestão e apoio institucional. As falas destacadas demonstram a frustração das profissionais de gestão em dedicar parte importante do seu tempo ao manejo de problemas pontuais, deixando de colocarem-se como apoiadores do processo de construção coletiva de diretrizes para o processo de trabalho e organização entre serviços, a partir das concepções, desejos e necessidades de

usuários, trabalhadores e gestores. É nítido que as dificuldades já apresentadas não possuem solução simples e não estão presentes apenas no município em questão. Além dos desafios apontados por Fernandes e Figueiredo (2015), Casanova, Teixeira e Montenegro (2014) apontaram dificuldades dos apoiadores institucionais em desenvolver junto com as equipes da atenção primária a diversidade de ações desejadas. É relevante reafirmar: por mais que os desafios sejam importantes, o fortalecimento do apoio matricial e do apoio institucional é um caminho promissor para a qualificação da atenção psicossocial.

4.2 ESTRATÉGIAS PARA O FORTALECIMENTO DO APOIO MATRICIAL

A segunda etapa da coleta de dados foi focada no desenvolvimento de estratégias para o fortalecimento do apoio matricial, sendo os resultados agrupados em 3 categorias: “Identificação de etapas para o enfrentamento dos problemas”, “Estratégias de fortalecimento do matriciamento por meio de reuniões”, “Outras estratégias de matriciamento”.

O estudo da literatura indica que o conceito de apoio matricial pode ser utilizado com diferentes sentidos. É apropriado iniciar este exame explicitando essas diferenças e a consequente influência na construção de estratégias de fortalecimento do apoio matricial. Campos apresentou uma proposta de arranjo organizacional e metodologia de gestão do trabalho na saúde (Campos; Domitti, 2007). Todavia, frequentemente o conceito de matriciamento parece ser utilizado como um conjunto de atividades que podem ser executadas pelos serviços especializados a fim de qualificar o trabalho de outros serviços (principalmente aqueles pertencentes à APS). Há convergências entre as duas concepções, porém não são equivalentes.

É preciso diferenciar tipos de atividade ou estratégias para alcançar determinados resultados dos próprios resultados. O apoio matricial é uma proposta criada para lidar com determinadas dificuldades na atenção à saúde (como responsabilização clínica limitada, pouca interdisciplinaridade, fragmentação do cuidado, redução do sujeito à doença, supervalorização dos serviços especializados, processos gerenciais verticais e limitações no processo de regulação de uma “rede” assistencial com seus pontos isolados) (Cunha; Campos, 2011; Campos, 2000; Campos, 1999). Nesse sentido, não são as atividades realizadas por um serviço

especializado que definem o matriciamento, mas características da organização entre os serviços e a lógica de gestão do trabalho.

Para melhor elucidar essa importante questão pode ser útil analisar algumas situações hipotéticas. Discussão entre CAPS e ESF sobre temas de saúde prevalentes em um território indica que há apoio matricial? Não necessariamente. Caso, nessas discussões, os trabalhadores do CAPS adotem a postura de detentores de todo o saber, comportando-se como professores que ditam regras de condutas aos alunos, desconsiderando o conhecimento destes; delimitem isoladamente a temática que julgam pertinente; e organizem os encontros de forma pontual e descontinuada, não há porque falar em apoio matricial.

Se em um atendimento compartilhado no domicílio do usuário, ação tipicamente considerada como exemplo de matriciamento, o profissional da atenção primária participe apenas para mostrar para o especialista o local da residência em questão, sem haver qualquer integração outra no cuidado, novamente, parece inadequado falar em apoio matricial. Por outro lado, o atendimento individual do especialista, quando ocorre de forma conectada com a equipe de referência (com compartilhamento de informações, pactuações conjuntas de diretrizes e tomadas de decisões também conjuntas sobre a utilização desse tipo de intervenção frente a cada caso concreto) pode indicar a vivência do apoio matricial. Como a já citada fala de Cunha e Campos (2011) esclarece, até a disponibilidade para contato telefônico frente a urgências pode demonstrar a relação de apoio.

Por vezes o matriciamento parece ser utilizado como sinônimo de participação do serviço especializado nas reuniões das equipes de referências ou fornecimento de capacitações (Maia et al. 2021; Almeida 2015). Com essa confusão, pode parecer que o processo de trabalho esteja de acordo com o conceito de apoio matricial, mesmo que os profissionais não tenham qualquer clareza do propósito da reunião. Uma reunião envolvendo profissionais de diferentes equipes e gestores, onde não há qualquer movimento de planejamento ou deliberação conjunta, apenas informes sobre rotinas ou decisões tomadas pela chefia também não representam um exemplo de apoio matricial. Além disso, essa confusão entre tipos de atividades e a função ou lógicas onde tais atividades se inserem pode fazer com que interações próximas, horizontais e potentes na ampliação da clínica e na fomentação da interdisciplinaridade não sejam valorizadas.

No exame da literatura que avalia o apoio matricial em situações concretas também se encontra uso do conceito nesse sentido: tipos de ações a serem realizadas. Mais do que examinar características do processo de gestão do trabalho e organização da rede, os casos identificados focam na ocorrência de movimentos como participação em reunião de equipe, discussão de caso, realização de consultas compartilhadas, entre outras. O próprio Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental, do Ministério da Saúde, apresenta em seu primeiro capítulo um quadro chamado “Quando solicitar um matriciamento” (Brasil, 2011, p. 15), onde trata o apoio matricial como um conjunto de ações.

É essencial destacar que não se está, aqui, acusando os autores examinados de estarem equivocados, mas sim identificando dois sentidos que o conceito de apoio matricial assume - (1) uma forma de organização da rede e gestão do trabalho em saúde e (2) um tipo de ação a ser executada pelo serviço especializado visando transformações no processo de trabalho da equipe de referência - e o risco de, ao utilizar apoio matricial no segundo sentido, avaliar ações pedagógicas sem atentar para sua função e para os princípios que as orientam.

Falar de matriciamento sem circular entre esses dois sentidos talvez seja impossível. É essencial que se compreenda o apoio matricial como uma forma de organização da rede (seja da organização interna de uma equipe ou da integração entre diferentes serviços) e gestão do trabalho. Entretanto, a operacionalização de estratégias para a efetivação dessas transformações necessita que se identifique meios, ações ou atividades a serem realizadas pelas equipes de referência e de apoio. É relevante enfatizar mais uma vez, o valor dessas ações ou atividades de matriciamento está no potencial estabelecer essa forma de trabalho anunciada.

O exame dos dados coletados ao longo dos encontros dialogam com esses dois amplos sentidos. Buscou-se estabelecer os princípios essenciais do apoio matricial como norteador da proposta, todavia, ao propor a operacionalização de estratégias de fortalecimento do apoio matricial no município, inevitavelmente ocorre uma “conversão” dessa essência em tipos de atividades que, se implementadas, fortalecerão o que o coletivo entende como matriciamento. É vital ter claro, ao analisar as discussões sobre os resultados produzidos que, mais do que tipos de atividades a serem propostas, trata-se de estimular uma lógica de articulação entre equipes, e que as estratégias apresentadas são meios para que se alcance uma função. Esses meios não podem ser entendidos como tendo finalidade em si, ou seja, a simples execução

não garante o fortalecimento do apoio matricial. Seu valor está em ser meio para o fortalecimento e transformação da articulação entre os serviços.

4.2.1 Identificação de etapas para o fortalecimento do apoio matricial

Na primeira etapa foram apresentados os principais aspectos caracterizados da realidade do processo de trabalho no município relevante para atenção psicossocial. Nesse processo, apresentou-se dificuldades vivenciadas pela atenção primária, sendo que muitas dessas podem ser em algum grau superadas ou amenizadas com a transformação na organização da rede de atenção, em direção ao fortalecimento do apoio matricial. Foram então identificadas as etapas necessárias para o enfrentamento dessas fragilidades, para em seguida organizar movimentos e estratégias que efetivem o apoio matricial. O primeiro exercício de análise dos caminhos para o enfrentamento das dificuldades identificadas foi em relação a realização de grupos na atenção primária.

Lembrar que não é só psicólogo para fazer grupos. A gente tem que discutir uma questão de capacitar os profissionais, no sentido de que as pessoas poderiam fazer grupos, eu acho que uma possibilidade seria auxiliar esses profissionais nessa formação dos grupos, mas eu acho que além disso, é que essas pessoas possam entender o que que é o grupo. Todo mundo sabe qual é a importância de um grupo na unidade de saúde? Às vezes o profissional não entende se é importante ele ter um grupo assim, né? (P5-CAPS, 7º enc.).

Alguns aspectos foram traçados como pré-requisitos para o desenvolvimento de grupos na APS, entre eles a compreensão de que os diferentes profissionais da equipe podem conduzir grupos relacionados à saúde mental, que é necessário dividir responsabilidades dentro das equipes e ter compreensão sobre qual a finalidade das atividades coletivas nesse contexto.

Todo mundo diz estar sobrecarregado, já está cheio de coisa e não dá para fazer mais nada, então eles [profissionais da APS] não vêem necessidade de fazer o grupo" (P5-CAPS, 7º enc.).

Eu acho que o primeiro passo é a questão da importância de cada um dentro daquela equipe. Vamos comparar, ser um agente de saúde, ele não precisa ter uma formação, mas ele é um técnico quando está ali dentro. Muitas vezes ele tem um grupo na igreja, tem grupo com a presidência do bairro, ele tem um potencial muito grande e não é aproveitado naquele espaço, sabe? Então quando eles se acharem importante dentro daquele grupo, eles também vão se doar mais. Tu tem um representante que é da comunidade e tem um

potencial enorme para está ali, e a gente tem que usar e poder identificar esse tipo de coisa, sabe? (P4-CAPS, 7º enc.).

As relações horizontais até o momento foram defendidas na relação entre serviços, todavia é importante destacá-las na organização interna das equipes. Da mesma forma que seguir o matriciamento implica em tirar da posição de superior e detentor do saber os serviços especializados, é importante reconhecer que dentro das equipes também há profissionais com diferentes saberes (CAMPOS, 2000). Nesse sentido, como bem destacado no trecho apresentado, é necessário superar a ênfase no saber dos “profissionais de nível superior” e reconhecer o saber daqueles profissionais que conhecem o íntimo da sociedade e possuem potencialidades decorrentes de suas histórias de vida. Reconhecer esses saberes e potencialidades pode ser, de fato, ser um importante fator motivacional para o engajamento de todos os membros da equipe na transformação do serviço, superando o cuidado exclusivamente biomédico.

As falas apresentadas sobre a realização de grupos na APS indicam uma possibilidade de ampliação de uma atenção psicossocial no território. Garantir o cuidado em liberdade e a inserção no mundo da cidadania inclui abrir espaço para o cuidado da pessoa com transtorno mental nas unidades de saúde. Cuidado esse que precisa romper com a lógica centrada no psiquiatra, que pode ocorrer mesmo quando o médico especialista não está presente, sempre que se enfatiza exclusivamente o uso de medicações e aspectos biológicos (Lüchmann; Rodrigues, 2007).

É importante ter claro que um cuidado integral, que vá além do atendimento médico focado em queixas e aspectos biológicos, não pode ser realizado por um profissional bem intencionado, mas sozinho. Nem por uma equipe isolada. O cuidado integral exige arranjos específicos entre serviços (Cecílio, 2009). É preciso um apoio ativo que vá além do auxílio a execução de atividades coletivas. Como reconhecido pelos participantes, é necessário estimular transformações dentro das equipes e na relação destas com o seu território.

A ideia de equipes de referências multiprofissionais visa justamente garantir a presença de uma diversidade de profissões necessária para atender uma população ou realizar determinada função. A equipe de apoio também possui seu arranjo multiprofissional para dar o suporte (Campos, 2000). Para que a APS atue de acordo com sua potencialidade, explorando possibilidades como a realização de atividades

em grupos para pessoas em sofrimento é necessário saber fazer uso da multiplicidade de saberes estimuladas pelas propostas de equipes multiprofissionais.

Cangussu e Guedes (2022) descrevem exemplo de atividade em grupo destinada a pessoas em sofrimento mental que pode ser realizada com sucesso na atenção primária. Com o apoio de psicólogas de uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família, um grupo foi criado com a participação de médico, ACS, entre outros profissionais. Inicialmente, tal grupo era conduzido pelas psicólogas apoiadoras. Ao término dos encontros havia um momento de discussão e avaliação sobre a atividade. Tais reflexões, assim como a realização conjunta do grupo, caracterizam o movimento como apoio matricial, no sentido de que, além de proporcionar a atenção àquelas pessoas em sofrimento, utilizava-se dos saberes decorrentes da capilaridade do serviço de referência, mantinha a responsabilização dos profissionais da APS pelo cuidado e forneciam suporte para o desenvolvimento destes trabalhadores, que gradativamente foram compartilhando a condução dos encontros.

Qualquer atividade coletiva ocorre em um território, assim necessita dialogar com este. A afirmação pode parecer óbvia, mas identificar as características do território e planejar ações orientadas por essas características é um processo que exige interlocução entre equipe de referência e serviço especializado. Dois recursos importantes que podem ser aproveitados nesse processo foram apontados por profissionais do CAPS: cartografia e monitoramento de indicadores de saúde.

Então tu vai fazer um grupo de saúde mental em que sentido? Para atender qual demanda? Quais as pessoas que precisam de um grupo? A gente estava discutindo isso antes aqui, se é necessário abrir aquele espaço. Às vezes não é aquele grupo que precisa mesmo, às vezes é outra coisa (P5-CAPS, 4º enc.).

Digo de conhecer o que tem de ponto de apoio que não só a unidade de saúde, a cartografia vai pensar formas de saúde inseridas em outros espaços que não só unidade de saúde, um clube de mães, um grupo de idosos, um CRAS que tenha na região, essas entidades que atendem crianças em contra turno, isso é cartografia. Cartografar o espaço, eu acho que é uma possibilidade que a gente tem também, uma pergunta ou não, no tete a tete, agente comunitária trabalha na casa, não conhece onde ela tá indo, ela sabe tipo “ah na rua tal a demanda que eu tenho é vários pacientes que são ansiosos”, “ah, eu tenho vários usuários de drogas” eu tenho vários usuários que são... não sei, estou chutando aqui, então a agente comunitária é o carro chefe da unidade de saúde, porque ela conhece a comunidade, pelo menos a área que ela monitora, que ela cuida, de abrangência dela, teoricamente ela pode, domina, ela sabe o que tem naquela hora (P5-CAPS, 7º enc.).

Apoiar ESFs no processo de diagnóstico no território pode ser um desafio para os CAPS. Se entendermos a necessidade destes ultrapassarem os limites dos seus muros para se efetivarem como um pilar da reforma psiquiátrica, estimular a integração de ações na atenção primária às necessidades e potencialidades das pessoas da sua área de abrangência talvez seja uma das principais formas do CAPS contribuir com o cuidado no território (Amarante, 2016; Alverga; Dimenstein, 2006).

Identificar a função da atividade, sensibilizar toda a equipe quanto a essa função, reconhecer os saberes e potencialidades de todos os integrantes e articular os movimentos com as características do território são questões relevantes para qualquer ação de cuidado, não apenas na condução de atividades coletivas. Esses aspectos analisados também se relacionam com outros tipos de dificuldades no processo de trabalho elencadas. Naturalmente, outros tipos de atividades implicam em outros obstáculos adicionais, mas a explicitação desses aspectos sinalizam cuidados importantes no desenvolvimento de estratégias para o fortalecimento do apoio matricial.

Em relação a realização de atendimentos domiciliares e atenção psicossocial, foram encontradas barreiras que estão fora da governabilidade da equipe, como a quantidade de profissionais pequena para a elevada demanda e a falta de transporte. Outras dificuldades podem ser consideradas mais técnicas, o que nem sempre é percebido pelos profissionais do CAPS.

Eu acho que [é necessária] uma capacitação deles [médicos da ESF], pelo médico do Psiquiatra, médico do Caps, ou até das enfermeiras do CAPS. Uma capacitação para abrir o olhar, entender o paciente, ver o paciente como um problema mental, situações que necessitam de algum tratamento em relação a saúde mental. Porque às vezes elas vão, só que elas não têm essa visão. Elas são novas, recém formadas. Elas só vão ali e encaminham. Talvez se mostrarem como elas poderiam agir e identificar. Como é o meu caso também, eu vou nas consultas que eu tenho, mas nas visitas eu raramente vou ter a visão da saúde mental, só se for algo muito gritante, porque não tenho esse *feeling*. Eu não tenho esse conhecimento apurado. Eu vou pro curativo, pro ponto, para dor. Então acho que a capacitação já auxiliaria bastante (P6-APS, 7º enc.).

As discussões sobre possibilidades de transformações no processo de trabalho na direção de aproximar equipes de atenção primária e CAPS em alguns momentos levou a queixas relativas a condições concretas necessárias para o trabalho. Essas limitações incluíam serviço de transporte municipal insatisfatório, gerando cobranças e limitações na realização de atendimentos domiciliares por parte de profissionais da

APS; falta de telefone celular institucional, levando profissionais a utilizarem aparelho próprio como institucional e limitações no acesso a internet, dificultando estratégias que proporcionem interações à distância. Essas últimas implicações se tornaram mais grave com as decorrências da pandemia de COVID-19, que levou a limitações e necessidades de adaptações nos serviços de saúde ao redor do globo (Miliauskas et al., 2022; Galea; Merchant; Lurie, 2020; Kavour; Chakravarthy; John, 2020).

Um diálogo ilustrou as dificuldades mencionadas:

Vocês têm celular para usar whatsapp? De onde é que saiu? A prefeitura que forneceu? (P3-CAPS)

Não, a gente... Eu dei o celular...e a gente comprou um cartão e então criamos um WhatsApp (P4-CAPS).

A maior necessidade do uso de recursos tecnológicos evidenciou a fragilidade das condições materiais de trabalho dos profissionais da saúde:

O que dificulta na nossa unidade, os Caps, por exemplo, não tem webcam. Tu consegue áudio, mas câmera pelos computadores dos Caps, no caso, não tem câmera. Tu consegue falar, ser ouvido, não visto". [...] A internet é muito lenta, então tu imagina, no meu CAPS tem umas 6 salas com internet e computador, todo mundo usando ao mesmo tempo, mal e mal tu consegue abrir um e-mail. (P5-CAPS, 7º enc.).

As discussões apresentadas acerca de duas dificuldades, realização de atividades coletivas e atendimentos domiciliares na APS, colocam luz sobre dificuldades na efetivação de uma relação de apoio matricial entre atenção primária e CAPS que permeiam também outras dificuldades no processo de trabalho e obstáculo para o desenvolvimento de estratégias para a sua superação. Aprofundar esses dois aspectos foi fundamental para as discussões sobre estratégias para o fortalecimento do apoio matricial. As reflexões sobre dificuldades dos profissionais da APS foram o ponto de partida para a proposição de movimentos que podem, em algum grau, contribuir para sua superação.

4.2.2 Estratégias de fortalecimento do matriciamento por meio de reuniões

A realização de reuniões conjuntas envolvendo profissionais de equipes de referência e de apoio foi o principal recurso defendido pelos participantes.

Eu acho que é importante essa construção, entendendo o seguinte, o que que é o grupo? Por que é importante? Qual é a lógica de ter um grupo? E talvez a equipe só vai entender a importância de um grupo quando ela tiver uma reunião de equipe estruturada, que ela vai entender que na reunião ela consegue abordar várias coisas, sabe? (P5-CAPS, 7º enc.).

A fala apresentada ocorreu em uma discussão sobre como apoiar a implantação de grupos relacionados à saúde mental na atenção primária. Da mesma forma como ocorreu em diversas discussões sobre caminhos para o CAPS ampliar o apoio fornecido para a APS, concluiu-se que era essencial o restabelecimento das reuniões de equipe nas ESF. É possível concluir que esse momento de reflexão, planejamento e tomadas de decisão dentro das equipes é um pré-requisito para se almejar transformações no processo de trabalho.

Dessa forma, muitas discussões foram realizadas buscando estratégias para o fortalecimento das reuniões de equipe na APS e, especialmente, envolvendo a participação destes e dos CAPS. Ao longo da pandemia de COVID-19 as reuniões de equipe na APS foram suspensas no município, tendo retornado ao longo do período da coleta de dados, mas com menor duração: uma hora, uma vez por semana. Já os CAPS participantes demonstraram ter as reuniões de equipe já fortemente institucionalizadas, já que as mesmas permaneceram ocorrendo constantemente nos últimos anos e em diversos momentos participantes destes serviços a consideraram indispensável para o adequado funcionamento do serviço.

Acho que é o ponto principal, porque atualmente todas as equipes fazem reunião, que a gente tenha espaço pra poder falar, porque tipo, o CAPS tem uma reunião, aí alguém precisa vir dar um recado, tem reunião, todo mundo vai estar ali. A mesma coisa com a atenção básica, pessoal se reúne e quer uma orientação a sós ou em grupo, é o melhor espaço para fazer porque tá todo mundo ali, porque não é só a enfermeira que tem que ouvir. (P5-CAPS, 7º enc.).

Conforme previamente analisado, há sinais de uma preocupação especial com o isolamento do médico em relação ao restante da equipe na APS. Como também apontado por um participante, parte da relevância das reuniões de equipe decorrem da participação de todos os profissionais da equipe. Tatmatsu e Araújo (2016) apontaram exemplo onde nas reuniões de matriciamento não havia participação de médicos e dentistas. É necessário ter clareza sobre a importância da participação de todos os profissionais envolvidos para que o espaço almejado cumpra de fato com a função de fortalecimento da articulação multiprofissional intra e entre equipes.

Ausência de profissionais médicos nas reuniões, que podem decorrer de excesso de demandas em uma rede médico-centrada, poderia contribuir para o agravamento do problema de “separação” entre esses profissionais e o restante da equipe.

Algumas ideias foram inicialmente lançadas ao longo da coleta de dados, mas posteriormente abandonadas ou transformadas. Uma dessas foi sobre a possibilidade de realização de reuniões para enfermeiros ou médicos onde participariam profissionais dos CAPS para discutir questões de saúde mental.

Na sexta agora a gente vai ter reunião das enfermeiras das unidades sobre saúde sexual reprodutiva, já teve sobre o lixo, sobre projeto das escolas, então poderia ter sobre saúde mental e irem todos os CAPS. E também já teve reuniões que foram só os médicos, então eu acho que as especialidades poderiam também ir (P6-APS, 8º enc.).

A partir do conceito de “unidade de produção” (Cunha; Campos, 2011), é importante questionar: a organização das reuniões entre APS e CAPS favorece a lógica do apoio matricial ou a formação de “caixinhas” de cada profissão? Destaca-se que sem a clareza de que o apoio matricial propõe transformações estruturais na organização dos (e entre os) serviços, qualquer ação educativa pode ser indevidamente entendida como apoio matricial. Cabe reafirmar que o compromisso com o apoio matricial envolve, por definição, o compromisso com o cuidado integral, a corresponsabilização pela saúde de um público, a valorização da atenção primária, a relação horizontal entre equipe de referência e serviço especializado e a transformação dos mecanismos de contato e regulação entre os serviços (Cunha; Campos, 2011; Campos, 1999).

Pelas razões expostas, a estruturação da proposta de fortalecimento das reuniões de equipe direcionou-se para outros caminhos. Outra sugestão apresentada foi a participação dos CAPS nas reuniões de equipe das ESF, já que essa estratégia foi utilizada no passado por um dos CAPS, tendo avaliação positiva enquanto durou.

Poderíamos ir na reunião das ESF, da quarta a tarde, que é o dia da reunião das unidades, e a gente ia lá, trocava ideia, conversava, se apresentava, se conhecia, levava alguns casos que era relacionado aquele território, dialogava sobre eles, recebia o feedback das unidades, as queixas, elogios eventualmente (P3-CAPS, 8º enc.).

Reflexões sobre a função das reuniões entre CAPS e ESF precisam ser reforçadas. Sendo o apoio matricial, resumidamente, uma proposta de arranjo

organizacional e metodologia de gestão do trabalho na saúde (Campos; Domitti, 2007), não é qualquer reunião entre equipes de diferentes serviços que faz jus ao título de reunião de matriciamento. Garcia Júnior e Nascimento (2012) citam exemplo de reunião de equipe com elementos contrários à concepção de apoio matricial: os profissionais da equipe de referência organizados ao redor dos apoiadores, centralizados; atenção dispersa por parte dos primeiros, que nada questionam; foco em “comunicados gerais” oriundos dos poder gerenciais; encerramento da reunião com demandas por relatórios de “produção” baseado em indicadores e metas.

O desinteresse por parte da equipe de referência, o foco em comunicados e a falta de questionamentos remete a fala de uma das participantes em relação a quando iniciaram as reuniões de equipe em ESF:

Eu trabalhava na atenção básica quando começaram as reuniões de equipe. Como é que começou? Vocês podem rir, mas ninguém foi orientado sobre como que aconteceria, foi assim: vamos fechar [a unidade de saúde] para se reunir. Mas para falar o quê? Tinha unidade que entendia que era um horário para fechar e ir fazer outras coisas. Não foi orientado, não foi direcionado. Qual é a lógica da reunião de equipe, porque que a gente precisa ter? O que a gente traz para a reunião de equipe? Quem participa? Essa fala nunca existiu. Tem que fazer porque está no HumanizaSUS, mas não tem uma explicação sobre o porquê. (P5-CAPS 4º enc.).

A proposta foi construída de forma a esclarecer objetivos de tais reuniões, estimulando o desenvolvimento de relações direcionadas à concepção de “apoio matricial”. Todavia, em função de Criciúma possuir 46 equipes na atenção primária surgiram preocupações quanto a periodicidade com que cada equipe receberia a participação do CAPS, mesmo que estes participassem de reuniões todas as semanas. Assim, alternativas foram lançadas e bem avaliadas pelos participantes.

Uns meses atrás eu tinha feito uma proposta para as coordenadoras da APS, não de a gente montar um seminário, mas sim fazer uma reunião em massa com a região, sabe? Nós temos 6 distritos. Daí essa semana a gente poderia fazer com o distrito tal. Uma reunião grande, a gente conseguiria levar todos os CAPS, porque em grande parte a dinâmica do atendimento é a mesma, mudam os detalhes. Daí tu conseguiria atender todas as unidades em um curto prazo. Porque se levar 6 meses para retornar àquela unidade... tu já perdeu o interesse. [...] Eu até tinha pensado de 3 em 3 meses. É porque como a gente se vê pouco, a gente não pode deixar aquela sensação de fazer algo melhor pra sociedade, sabe, não pode deixar cair aquele gás (P4-CAPS, 8º enc.).

Teria como ser mais frequente, porque se fizerem em todos os distritos dá certo. Eu lembro que nossas reuniões, quando eram nos distritos, era de fechar metade da equipe. Ia metade um dia e a outra metade da equipe no outro. (P8-APS, 8º enc.)

Assim, o coletivo estruturou a proposta: seriam realizadas reuniões distritais com a participação de 2 profissionais de cada um dos 4 CAPS do município, todos os profissionais da atenção primária do distrito, o gerente do distrito, assim como outros gerentes e coordenadores, conforme o caso. A atividade ocorreria ao longo de todo o dia e os participantes seriam divididos em dois grupos. A primeira turma participaria no período da manhã, já a segunda turma, no período da tarde, de forma que todos pudessem participar sem a necessidade de fechar as unidades de saúde. Nessas reuniões seriam realizados: (1) discussão sobre fluxos e protocolos; (2) ações de educação continuada/capacitação/EPS sobre temáticas pertinentes ao trabalho em saúde mental na atenção primária; (3) discussão de casos estratégicos para a compreensão de fluxos e do processo de trabalho de cada equipe; (4) análise de ações realizadas na atenção primária, como consulta individual, atendimento domiciliar e atividades de orientação; (5) desenvolvimento conjuntos de campanhas e atividades coletivas e (6) suporte para o diagnósticos do território. As reuniões distritais aconteceriam a cada 15 dias, assim, os CAPS I e II participariam de uma reunião a cada 15 dias, os CAPS III participariam de uma reunião por mês (já que cada um desses é responsável por metade do território) e cada equipe de atenção primária participaria uma vez a cada três meses. A organização da atividade estaria sob responsabilidade da coordenação de saúde mental, com o apoio da coordenação de dois dos CAPS.

Também foi proposto a criação de movimentos chamados de “reuniões estratégicas”, que decorreram do reconhecimento de dificuldades de articulação que os coordenadores enfrentam e da importância de um espaço coletivo de tomada de decisão.

Deveríamos tentar fazer alguma coisa periódica com a gerência da atenção básica e da especializada. Porque eu acho que tem que trabalhar junto, sabe? E isso tem que funcionar, com pauta organizada, sei lá, se fosse de 15 em 15 dias, mensal. “Oh, o buraco tá aqui, tá aqui, tá aqui, tá aqui. Tem que arrumar isso e isso”... Aí depois expande um pouco, chama os coordenadores dos CAPS, chama os gerentes de distrito, isso aí, depois abria (P1-CAPS, 10º enc.).

Eu acho que o que resolve sempre é conversar, eu acho que o que resolve é isso, são reuniões sistemáticas, periódicas. Não só aquela reunião porque deu problema em lugar tal. Não, a reunião acontece mesmo que não tenha problema. Tem que ser sistemática, pelo menos uma vez por mês, se reunir e discutir problemas de trabalho em geral (P5-CAPS, 10º enc.).

Busca-se, assim, criar espaços de cogestão (Campos; Cunha; Figueiredo, 2013), proposta que, conforme previamente discutido, busca orientar profundas transformações nos processos gerenciais. Nesta, diferentes atores dialogam visando a organização do processo de trabalho em saúde, onde o espaço coletivo adquire, mais que uma função consultiva, o papel deliberativo sobre questões centrais na rede. As falas apresentadas expressam o desejo da transformações das reuniões com a gestão de um espaço para “resolver problema” ou de encontros esporádicos em direção ao fortalecimento de construções conjuntas dos caminhos a serem trilhados. Defender a cogestão (tal como proposto por Campos, (1999)) implica em que os coordenadores de serviço também compartilhem seu poder decisório com os demais de forma democrática. Assim, para a efetiva cogestão também é necessário o fortalecimento das reuniões de equipe, como uma espécie de “pré-requisito”. Esses coordenadores, representando as ideias, cada um, de um coletivo, podem participar do processo de decisões “estratégicas” da rede, tendo os gestores “superiores” compartilhados o espaço de poder instituído. Fortalecer tais espaços democráticos e horizontalizados é uma forma de redefinir os processos gerenciais com potencial para o enfrentamento de tantos desafios na atenção à saúde.

Foi proposto a realização de uma reunião por mês envolvendo a gerente da atenção primária, as gerências distritais, três profissionais de ESF escolhidos pela gestão, gerente da atenção especializada, gerente de saúde mental e coordenadores dos CAPS. A função da reunião é a realização em conjunto do planejamento estratégico no âmbito da atenção psicossocial, assim como o desenvolvimento de protocolos, fluxos e diretrizes.

Discutir organização das funções gerenciais de forma mais democrática, dando voz aos diferentes atores é uma postura que dialoga com as concepções de apoio matricial, de cogestão, assim como de educação permanente em saúde (EPS). Talvez muitos profissionais da saúde entendam EPS como capacitações, cursos ou educação continuada. Todavia, EPS vai além disso. Busca-se, com a EPS, tornar o ambiente de trabalho a fonte de aprendizagens e transformações do próprio trabalhar, onde, a partir de uma gestão colegiada democrática, haja um constante processo de reflexão e transformação do processo de trabalho (Ceccim; Feuerwerker, 2004), ou seja, a criação de reuniões com diferentes profissionais para repensar o processo de trabalho, baseado tanto no conhecimento produzido como nas experiências

profissionais existentes é também uma forma de se realizar educação permanente no serviço.

Eu acho que é estabelecer como rotina a educação permanente e continuada, porque na verdade a gente não tem isso. A gente se reúne quando dá ruim. Em dois casos. Quando dá uma ruim, a gente se reúne e vai discutir trabalho, vai discutir o que tem que fazer. Então talvez uma educação permanente, que realmente acontecesse, sabe? Que fosse frequente, não uma vez ou outra chamar os enfermeiros para discutir tal tema, ou como acontece em saúde mental, é setembro, chamar o povo para falar sobre suicídio. Eu acho que teria que ser uma coisa continuada, grupos pequenos, comissões de alguns serviços. Tipo, um enfermeiro, um médico, um fisioterapeuta, um psicólogo, um técnico de enfermagem. Pequenas comissões para discutir (P5-CAPS, 10º enc.).

Foi proposto também, além das reuniões distritais, a realização de reuniões mensais de equipe com participação dos CAPS com aqueles ESF que mais necessitem. Nessas reuniões poderiam ser aprofundados os mesmos aspectos possíveis de serem abordados na reunião distrital. Seria possível abordar os assuntos de forma mais específica e direcionada, assim como tratar de aspectos internos da rotina de equipe, discussão dos casos em acompanhamento no CAPS e daqueles que o ESF cogita acionar o CAPS. Por fim, também poderiam ser desenvolvidos projetos terapêuticos dos casos complexos que necessitem de maior atenção por parte da atenção primária. As ESF seriam elencadas com base na quantidade de usuários encaminhados ao CAPS, nos indicadores de saúde e na vulnerabilidade do território em sua abrangência. Objetiva-se, assim, seguir o princípio da equidade (Brasil, 1990) na estruturação das reuniões entre CAPS e APS. Como foi buscada a construção de uma proposta executável, e sabendo-se da dificuldade de implementar muitas mudanças, o coletivo não definiu a quantidade de equipes que cada CAPS deveria escolher para participar das reuniões de equipe.

Eu acho que no caso dos CAPS esses dados do sistema de informação do município servem inclusive para escolher quais unidades são mais urgentes para matricular. Por exemplo, nesta unidade eu tenho tantos casos de usuários de drogas. Nessa outra aqui, ela não tem nenhum. Então ela dá essa noção de que aqui eu tenho 20 usuários de drogas, aqui eu tenho 2. Onde é mais urgente o matriciamento do CAPS-ad? (P5-CAPS, 7º enc.).

Eu acho isso interessante porque já aconteceu, eu já participei das reuniões com eles [CAPS] e era muito bom, porque a gente discutia os casos, bem bom, coisa que hoje, na verdade, nas nossas reuniões de equipe nem tem discussão de casos, nada, não tem tempo, é uma horinha, está bem complicado (P7-APS, 8º ENC.).

Os momentos citados propiciaram que os trabalhadores refletissem sobre o seu fazer e, com isso, transformem sua forma de ser no mundo. Se os encontros citados se restringissem à presença de profissionais dos CAPS para discursar sobre saúde mental, certamente não teriam sido marcantes. A relevância está, como defendido por Freire (1987), em propiciar um espaço de reflexão sobre as ações, sobre o trabalho que realizam, distanciando-se momentaneamente da sua realidade para examinar. Contribui, assim, para a compreensão e transformação do mundo. Todavia é necessário que se vá além de movimentos pontuais em direção a institucionalização do apoio matricial como organizador do trabalho em rede, fortalecendo iniciativas que aproximem os serviços e superem o cuidado fragmentado.

Cardoso et al. (2022) analisaram as percepções de profissionais da atenção primária quanto à assistência em saúde mental e encontrou problemas na articulação entre CAPS e APS. Foi relatado por participantes da referida pesquisa que a APS realiza uma avaliação prévia do usuário antes de encaminhá-lo para uma avaliação psiquiátrica no CAPS, todavia estes desconsideravam tal avaliação para realizar uma nova, a partir do primeiro contato com o usuário e, por vezes, concluíam em realizar a devolutiva para a APS, acusando estes terem errado na avaliação. Evidencia-se, nesse exemplo, o desconhecimento por parte da APS sobre o processo de trabalho interprofissional do CAPS, a falha na comunicação entre os serviços pautada no encaminhamento de documento e a relação vertical e punitiva apresentada pelo serviço especializado. O fortalecimento do apoio matricial é potente para a superação de tais dificuldades e a utilização de estratégias como as “reuniões distritais” e as “reuniões especiais” podem contribuir para melhorar o conhecimento do processo de trabalho dos serviços, o compartilhamento de informações e o fortalecimento da APS como articuladora do cuidado.

Os aspectos positivos das reuniões entre apoiadores e equipe de APS foram apresentadas por Gusmão et al. (2022). Entendido como sinônimo de apoio matricial, os encontros mensais realizados trouxeram maior segurança para os enfermeiros lidarem com questões psicossociais. Com orientações, fornecimento de material de apoio e estabelecimento de fluxos, estes profissionais passaram a lidar com questões de saúde mental por meio do acolhimento, consulta de enfermagem, atendimento em grupo e realização de atividades em grupo, entre outras.

Outro tipo de reunião proposta foi chamada de “integração”. Como esse aspecto já foi previamente analisado na caracterização da realidade do trabalho dos

participantes, não parece pertinente realizar maior detalhamento. Todavia cabe retomar destaques feitos por Barbosa, Costa e Moreno (2012). Os autores lembram que a reforma psiquiátrica não se consolidou e se mantém apenas em função de uma Lei (nº 10.2016/2001) e que é importante que, em sua formação, os profissionais de saúde conheçam a trajetória desta reforma, obstáculos enfrentados (muitos deles ainda presentes) e conquistas na construção de um cuidado digno, visando a mobilização para os enfrentamentos essenciais para a manutenção de conquistas e avanços necessários. Uma proposta de fortalecimento do apoio matricial não terá impacto na formação acadêmica dos trabalhadores, entretanto, havendo clareza de como a construção profissional se dá fortemente no cotidiano do trabalho (Ceccim; Feuerwerker, 2004), é pertinente que se faça desses espaços coletivos, como o aqui chamado de “integração”, um local de conscientização sobre o importante movimento da reforma psiquiátrica. É preciso ter clareza que a simples realização de palestras com informações sobre a rede de saúde aos novos trabalhadores não sinaliza a ocorrência de matriciamento. É essencial que essa estratégia seja uma ferramenta que faça parte de um conjunto de movimentos com referência no apoio matricial.

Como alguns dos problemas no processo de trabalho encontrados decorrem da falta de apresentação de informações organizadas para os profissionais contratados, foi proposto a realização de reuniões regulares para os ingressos. Essas reuniões poderiam ser organizadas pelas gerentes distritais e ocorrer a cada um ou dois meses para apresentar a rede de atenção à saúde do município, ou no mínimo ter um calendário semestral focado nos períodos de maior contratação.

Inicialmente, os médicos têm que ser apresentados aos serviços, entender que a especialidade não é pra resolver, é para atender casos específicos e retornar para a UBS (P6-APS, 8º enc.)

O desejo de uma postura mais firme por parte da gestão, buscando a solução no processo de trabalho por meio de ordens e exigências surgiu de forma secundária nas discussões sobre a realidade que os profissionais vivenciavam, conforme previamente apontado. Esse desejo refletiu também na elaboração de propostas de fortalecimento do apoio matricial, já que algumas dificuldades encontradas relacionam-se, na visão de alguns participantes, em certo comodismo ou recusa por parte de alguns profissionais em realizar ações relevantes, mas que estes profissionais consideram desagradáveis. Em especial, quando se trata dos

profissionais médicos, relatam maior dificuldade no manejo de problemas no processo de trabalho e temor que a gestão não se oponha a determinadas posturas que consideram indesejadas.

Dos médicos, quando aconteceram reuniões, normalmente o secretário teve que convocar, não foi nem uma reunião dos médicos, ele teve que fazer uma convocação para participarem. Qual o ponto que a gente chega. E essa questão que a médica não queria prescrever psicotrópicos, isso não é de agora, isso é há muito tempo dentro do município. Eu me lembro de uma época, 6 ou 7 anos atrás, a gente tinha que fazer a devolutiva do paciente para o retorno ao seu bairro, e tinha que ser 'solicito' ou 'por favor', 'por obséquio' seja lá qual for a palavra que ia usar, 'que o médico responsável da unidade continue renovando as receitas conforme está na alta'. Tinha que fazer toda uma ladainha, aí ele renovava, se tu só mandasse de volta e dizia que estava com esse e esse remédio e não fizesse uma frase direcionada ao médico... (P4-CAPS, 8º enc.).

Frases como a acima indicam também que a preposição de relações horizontais entre equipes e dentro dos serviços, com valorização dos diferentes saberes, nem sempre é a realidade. Talvez parte desse problema tenha origem na supervalorização da clínica tradicional do conhecimento biológico do médico (CAMPOS, 1999). Entendido como o grande conhecimento relevante, essa ideia pode colocar o médico em uma posição de superioridade em relação aos demais. Todavia, os participantes da pesquisa identificaram possível "comodismo" na conduta também de outras profissões.

O que é preferível na reunião, pelo que eu captei, ter essas reuniões com gestor em alguns períodos e ele colocar algumas... algumas coisas ele vai ter que decretar, se não começa com a função 'ah, não, eu não vou fazer isso', 'ah, eu não vou para lá'. Se é só fazer o que quer... porque tem bastante disso no serviço público, claro que a gente faz coisas que a gente não gostaria de fazer, mas tu é técnico, é enfermeiro, tu é psicólogo, quem vai atender a algumas demandas? É a demanda daquele profissional, enquanto tu no privado nem cogita isso, pode até fazer brabo, mas faz, e nem diz que não, e aqui a gente escuta muito essa coisa 'não vou fazer isso, não vou fazer aquilo', não é alguma coisa muito fora do comum. Não é só médico, eu acho (P4-CAPS, 10º enc.).

Por mais que as propostas de reuniões distritais e estratégicas sejam também movimentos de educação permanente, já que buscam fazer da experiência a matéria para a produção de conhecimento, reflexão e aprendizagens significativas para a transformação do processo de trabalho (Ceccim; Feuerwerker, 2004), foi avaliado como necessário, porém não prioritário, o desenvolvimento de movimentos de cursos ou capacitações sobre assuntos específicos.

Eu acho mais viável fazer como a gente fez ontem, prefeito convocou, fomos para lá, porque era dia das agentes comunitárias e ele ia fazer meio que uma celebração. Ele pegou o teatro, abriu o teatro para gente, porque somos 300. Tem que ser um lugar amplo. E daí eles botam alguém pra fazer uma palestra e a gente fica lá, se tiver dúvida pergunta, e ali já esclarece pra todas. Não precisaria ser uma reunião, vamos dizer assim, recorrente, eu acho que para nós, agente comunitária, a gente tem a liberdade de de vez em quando, quando tiver uma dúvida ligar pro Caps. Acho que seria mais um básico, assim, por exemplo 3 em 3 meses, ou o que vocês conseguirem [...] A proposta que eu tenho pra vocês é essa, de vocês ir lá apresentar o serviço de vocês, nem que seja por distrito, até é melhor porque vai ter menos pessoas e a gente acaba conseguindo ouvir mais, e pra levar mesmo, até pra gente passar para as pessoas (P8-APS, 10º enc).

É até uma forma de valorização. Eu acho que é até um respeito nosso a vocês, porque acaba com essa brincadeira com exploração, porque as pessoas que mais tem contato, que mais conhece a comunidade acabam sendo deixados de lado, no meu ponto de vista. A gente tira várias dúvidas com elas, pede ajuda sempre que vai fazer visita no bairro. É difícil tirar uma enfermeira do bairro, não dá, tá sempre cheia de coisa. E acaba não tendo essa valorização, importância (P2-CAPS, 10º enc.).

No caso específico das ações de capacitação, não foi desenvolvido um calendário específico de movimentos por questão de priorização. Entendendo que os demais movimentos anteriormente listados são também formas de efetivar a educação permanente em serviço, o detalhamento desta proposta poderia levar a demandas de transformações no processo de trabalho pesadas e inviáveis de serem aplicadas.

Nas discussões, foi possível observar nessa temática que a categoria dos ACS foi a mais lembrada. É possível supor que tal preocupação advenha de que tal profissão exija ensino de nível médio, mas não possui um curso oficial necessário para o ingresso no trabalho, assim como da carência de outros processos de formação e capacitação. Tais carências podem contribuir para que seja uma categoria profissional onde os trabalhadores vão desenvolvendo estratégias próprias de enfrentamento do seu cotidiano de trabalho, o que pode criar barreiras baseadas em uma visão preconceituosa quanto aos usuários com problemas relacionados à saúde mental (Soares, 2021). Todavia a aproximação com equipes de apoio podem contribuir para o desenvolvimento destes profissionais, superando estigmas e fortalecendo vínculos na relação com as pessoas em sofrimento mental (Amaral et al., 2018).

A falta de conhecimento sobre saúde mental e os mitos relacionados à loucura podem provocar receio no ACS (assim como nos demais profissionais no âmbito primário com pouco contato a questão) e dificuldade no manejo de situações comuns.

Cordeiro, Mendes e Liberman (2020) apresentam um exemplo interessante de estratégia de educação permanente envolvendo especificamente ACS e CAPS. Foram realizadas oficinas com 12 agentes de saúde de duas ESF e profissionais de um CAPS III (além de 5 usuários desse CAPS). A partir dos 11 encontros realizados observaram ampliação do conhecimento dos ACS quanto a RAPS e aumentando a integração entre os serviços, contribuindo para que estes profissionais se tornassem “extensões” do CAPS penetradas no território.

Todos que organizam movimentos que visam contribuir para a transformação no processo de trabalho precisam ter clareza, como destacado por Freire (2006;1987), que o educar não pode se propor a ser uma transmissão de conhecimento. Não há, de fato, conhecimento sendo transmitido. Ao tentar realizar essa transmissão, o que de fato ocorre é que o professor, ou qualquer outro que assuma papel equivalente, vai discursar sobre informações e estimular que os alunos (novamente, ou qualquer outro em função equivalente) memorize e repita tal discurso. É necessário enfatizar a falta de relevância de estimular trabalhadores simplesmente a ouvir e repetir discursos sobre o mundo.

Os encontros necessitam ser espaços onde há o reconhecimento de que os diferentes atores possuem diferentes saberes (seja um conhecimento técnico sobre determinado núcleo de saber específico, seja o conhecimento íntimo de determinada população) que, juntos, buscam compreensão dos fenômenos e a construção de formas de transformá-lo.

Foi possível perceber que a rede de saúde do município reconhece a importância da aproximação entre equipes de ESF e CAPS, em especial no estabelecimento de reuniões entre as equipes, tendo sido realizadas diferentes ações pontuais ou tentativas de estabelecer uma rotina regular de encontros. Todavia, a elevada demanda por atendimentos direto à população, assim como problemas institucionais (como a contratação de profissionais temporários e consequente rotatividade), dificultaram a priorização desse tipo de atividade e, consequentemente, a sua efetivação com regularidade.

Busca-se, com uma pesquisa-ação (Thiollent, 2009), além da produção do conhecimento, a transformação no fenômeno estudado. Nesse caso específico, estabeleceu-se o objetivo de fortalecer a concepção de apoio matricial como estrutural na organização entre os serviços, indo além da realização de encontros e reuniões pontuais, com isso propõe-se a criação prioritariamente de reuniões distritais, entre os

diferentes CAPS e às equipes da APS de cada distrito sanitário; a realização de reuniões estratégicas, compostas por coordenadores e profissionais dos diferentes serviços envolvidos, visando o planejamento estratégico do trabalho; e reuniões de integração, para fornecer suporte aos profissionais que ingressam na rede. Por fim, sugere-se a realização de movimentos de educação continuada e, conforme necessidade, reuniões especiais entre CAPS, coordenações e equipes da APS quando necessário.

4.2.3 Outras estratégias de matriciamento

Dado o grau de articulação entre serviços percebido pelos participantes, foi definido como objetivo prioritário a estruturação de encontros entre profissionais da APS, CAPS e cargos de coordenação relacionados. Todavia, outras estratégias de efetivação do apoio matricial também foram propostas: definição de mecanismos emergenciais de contato, estímulo à realização de interconsultas, estratégias de informação sobre a rede de atenção psicossocial do município e monitoramento de indicadores de saúde.

Em diferentes momentos os participantes relataram algum receio em entrar em contato com profissionais de outras equipes e não serem bem atendidos ou mal interpretados. Acreditam que conforme haja contatos mais regulares por meio das reuniões, os profissionais ficarão mais à vontade para buscar o diálogo quando situações concretas demandarem. Pactuações simples podem ser relevantes para facilitar esse contato, como a definição de regras e estímulo ao uso de aplicativos de mensagem. Frente a casos que levem a atenção primária a necessitar de diálogo com o CAPS e não houver oportunidade para tal em reuniões próximas, aqueles deverão buscar contato emergencial com estes. Nesse caso, deve ser priorizado o contato telefônico. Todavia, caso haja dificuldades para tal, é possível que o contato ocorra por aplicativos de mensagem. É importante que os CAPS se organizem para conseguir responder aos contatos, no máximo, no mesmo turno do contato, ou na primeira hora do turno seguinte, caso o contato for ao final do turno. Para isso, é possível atribuir ao profissional que trabalha na recepção a responsabilidade de monitorar o aplicativo e acionar o profissional disponível necessário para atender atenção primária. Também é possível que o CAPS se organize para ter uma escala de qual profissional ficará responsável pelo monitoramento do aplicativo em cada

período. Cabe destacar que até a disponibilidade para contato telefônico deve ser entendido como uma decorrência da vivência do matriciamento.

A comunicação que eles (outro município do estado) tem, provavelmente pelas dificuldades de fazer o por outros meios, é o WhatsApp. Deixa uma mensagem, se por exemplo, tá no final do expediente coisa e tal, no outro dia já tem o recado, ou durante o expediente. Não sei com quem que fica, se fica com alguém da administração ou com o pessoal da recepção, mas eu sei que alguém recebe essa informação (P3-CAPS, 8º enc.).

Em especial ao discutir dificuldades no processo de trabalho na APS, também foram comuns as falas sobre tentativas frustradas de psiquiatras oferecerem auxílio aos clínicos gerais. Dessa forma, é possível presumir que apenas a disponibilização do psiquiatra para suporte quando necessário não seria o suficiente. Todavia, os diferentes tipos de reuniões listadas são oportunidades para tentar fortalecer esses espaços. No município em questão, o contato entre os demais profissionais para a discussão de casos parece ter menos resistência, em especial quando esses profissionais de diferentes serviços se conheceram previamente, todavia, o contato com a classe médica se mostra como um desafio.

Iglesias e Avellar (2016) também identificaram dificuldades para o envolvimento de médicos nos movimentos visando a aproximação entre serviço de referência e suporte especializado e o desejo de lidar com tal dificuldade por meio da criação de um “matriciamento para médicos” focados na prescrição de psicotrópicos. Os autores fizeram importante ressalva quanto aos problemas da segregação proposta e da pertinência de esforços para a inclusão dos médicos nos encontros multiprofissionais. Todavia, dada a dificuldade percebida pelos participantes em produzir engajamento nesta categoria profissional, dificuldade estas também relatada na literatura (Silva et al., 2021; Lima; Dimenstein, 2016) o foco na relação médico generalista e médico especialista parece relevante, por mais que não seja o ideal.

É essencial para evitar que tais movimentos sejam um estímulo ao cuidado fragmentado, em especial em uma proposta que envolve contatos entre apenas uma profissão (no caso, medicina), que se tenha em mente os princípios da clínica ampliada. Essa ampliação, no caso, diz respeito a compreensão por parte do apoiador de que o cuidado é sempre relativo a um ser humano complexo, mais do que há uma doença, e que a medicina não pode se restringir a prescrição de exames e medicações, necessitando ampliar seus instrumentos (Campos; Amaral, 2007). Com

esse referencial é possível que mesmo em um espaço que falte o caráter multiprofissional possa haver uma integração desejável entre os pontos da rede a fim de garantir um cuidado integral. Por isso, tentar fortalecer interconsultas entre profissionais de referência e profissionais de serviço especializados foi vista como uma estratégia pertinente. Destaca-se que mesmo nos períodos de distanciamento social esta foi uma estratégia que se mostrou com potencial para a consolidação do apoio matricial (Miliauskas et al., 2022). Para tanto, os participantes tem clareza que o sucesso dessa proposta não será alcançado apenas com a oferta da interconsulta por parte do serviço especializado. É necessário que nos diferentes momentos de contato entre os trabalhadores se aborde essa potencialidade.

Todos os psiquiatras estão abertos pra isso, para discutir os casos, no geral, a gente não tem problema com nenhum deles. Mas é aquilo que foi dito antes, quando a gente fala da espécie médicos, se não for uma convocação direta, vindo da gerência, ainda assim, com uma convocação direta, a galera não faz (P5-CAPS, 7º enc.).

Já acontece interconsulta, é bem mais comum inclusive os demais profissionais da equipe trocarem informação do que a figura do médico (P5-CAPS, 10º enc.).

Também foram pensadas estratégias para que os trabalhadores de cada ponto da RAPS do município conheçam melhor o processo de trabalho dos demais pontos. Uma dessas, por exemplo, envolve a retomada de atividades que já aconteceu em um dos CAPS:

Teve uma época, no município, agora não lembro bem o ano, que os usuários autorizaram, e fizemos um jornal, depois acabou que se deu várias coisas por trás disso e o jornal foi extinto, mas o jornal tinha uma versão que ele era impresso, nas impressoras mesmo do serviço, a parte textual, e tinha uma página na internet, do jornal de saúde mental. Ele divulgava as ações de todos os CAPS, as feiras, as coisas assim e tal. Era bem legal. Foi uma ideia que partiu dentro de um grupo de artesanato, mas que quem tocava eram os usuários, tinha um profissional, dois, ajudando, dando suporte, retaguarda, mas quem fazia o movimento eram os usuários. Eles faziam sobre o serviço do CAPS, e não só do CAPS, eles entrevistavam outros serviços, unidades de saúde, outros serviços da rede que também apareciam naquele movimento ali. Talvez seria uma possibilidade de divulgação (P5-CAPS, 7º enc.).

As possibilidades de divulgação de informações sobre o serviço são amplas. Algumas das outras ideias apresentadas pelos participantes foram a ampliação do uso de redes sociais dos serviços para divulgação, a criação de vídeos institucionais

para serem exibidos nas televisões dos estabelecimentos de saúde e ampliação das informações apresentadas no site oficial da prefeitura municipal.

A prefeitura poderia fazer vídeos reais mesmo, filmando os lugares, como chegar nesse lugar, o que se faz nesse lugar, e passar na televisão das unidades de saúde: “Ah, o CAPS i funciona assim, fica aqui, quem é que é atendido aqui, quem que não é atendido aqui”. Em todos os serviços isso deveria ser feito (P6-APS, 7º enc.)

Por fim, a última estratégia apresentada foi o monitoramento e utilização dos indicadores de saúde disponibilizados pelo sistema de saúde do município. Este monitoramento pode ter diversas finalidades: identificar as equipes que necessitam de maior apoio, demonstrar os resultados alcançados e as atividades realizadas pelo CAPS, auxiliar no diagnóstico do território e auxiliar a gestão no desenvolvimento de objetivos e metas.

Eu acho que o planejamento estratégico assim pra Saúde Mental ele deveria ser feito em cima das demandas levantadas pelos indicadores. Tipo indicadores de faixa etária, indicadores de sexo, de bairro, de tudo e a proposta de educação teria que ser feita em cima desses indicadores (P2-CAPS, 10º enc.).

Tem um reforço cultural, infelizmente, de que o serviço público não funciona. Quem de nós aqui nunca ouviu na vida que servidor público é um bando de vadio que não faz nada? Eu escuto isso frequentemente. Então eu acho que culturalmente vai ser uma barreira gigantesca para a gente transpor. Eu acho que a gente tem que fazer esse movimento de provar o que a gente faz (P5-CAPS, 7º enc.).

O uso de indicadores no âmbito da saúde mental parece um desafio pouco enfrentado em todo o país. Salgado e Fortes (2021) constataam essa dificuldade e sugerem a mensuração da quantidade de casos diagnosticados, por categorias de diagnósticos, realizadas por equipe no seu território. Propõe a comparação dos diagnósticos no território com a prevalência de cada grupo de transtornos na população em geral como um indicador da qualidade de acesso.

O uso de indicadores de saúde precisa ser realizado de forma crítica, já que tende a mensurar um aspecto específico e restrito de um processo. Assim, ler um indicador de forma acrítica e desconectada de um contexto pode ser prejudicial. No estudo em questão, por exemplo, não é avaliado se o diagnóstico foi apropriado e também desconsidera que características do território (econômicas, culturais, etc.) podem contribuir para aumento ou redução da prevalência de transtornos. Ou seja,

uma baixa prevalência de determinados transtornos em um território pode não representar um problema de acesso, mas sim características positivas desse espaço. Da mesma forma, um aumento de casos diagnosticados não indica, por si, uma melhoria no trabalho da equipe de saúde. Em tempos de patologização e medicalização da vida e do sofrimento cotidiano, é necessário considerar se os diagnósticos realizados foram apropriados.

Esta reflexão é importante para destacar não só os riscos do uso de indicadores, mas também sua potencialidade, assim como o destaque de como são incomuns os esforços nesse sentido. A relevância, no estudo de Salgado e Fortes (2021) se torna evidente, por exemplo, quando verificam que uma das equipes estudadas não realizou nenhum diagnóstico relacionado a transtornos decorrentes do uso de substâncias. Se o indicador não é uma verdade factual, valores muito fora do esperado, como nesse caso, indicam problemas importantes de acesso, afinal, não é razoável imaginar que em um território não haja sequer uma pessoa com transtorno decorrente do uso de álcool e outras drogas. Seja para mensurar qualidade de acesso, realizar o diagnóstico do território ou demonstrar o trabalho realizado pela equipe, os indicadores de saúde podem ser um recurso útil, se usados de forma crítica.

Outro exemplo do uso de indicadores de saúde foi apresentado por Sanine e Silva (2021), que, ao analisarem dados do 3º ciclo do PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, identificaram fatores associados ao maior desempenho no que tange ao cuidado em saúde mental no âmbito primário: características de infra-estrutura adequada, com ambiente com privacidade para realização de consultas e dispensação de medicamentos, existência de apoio matricial, presença de médicos especialistas, psicólogos e farmacêuticos, assim espaços para a reunião de equipe (Sanine; Silva, 2021).

Talvez o receio no uso de indicadores possa, em parte, decorrer de uma leitura equivocada sobre clínica ampliada e integralidade. A primeira concepção enfatiza a necessidade de um cuidado mais personalizado, uma espécie de “neoartesanato”, em oposição a um cuidado inspirado em linhas de produção. A segunda, é marcada, entre outros sentidos, pela necessidade de atentar ao conjunto de necessidades que surgem em cada caso concreto. Equivocadamente, ambos os conceitos podem ser entendidos como uma crítica a tudo que gera alguma padronização. Todavia, o cuidado necessário é que haja um equilíbrio, por exemplo, entre possuir protocolos e linhas de cuidado estabelecidos e estar sensível a singularidade do sujeito em cada

caso concreto. O uso de indicadores para demonstrar o trabalho realizado e caracterizar as necessidades de uma população deve ser na mesma medida em que se conhece as necessidades singulares em cada momento (Mattos, 2009; Campos; Amaral, 2007).

Com as estratégias apresentadas busca-se enfrentar um desafio. A observação das manifestações dos trabalhadores indica uma rotina “de bombeiro”, onde precisam lidar com diferentes demandas, em elevada quantidade, relacionadas à atenção às pessoas do município. Além desse cuidado direto, propõe-se priorizar movimentos de articulação entre serviços, reflexões e transformações nas dinâmicas internas das equipes, assim como no processo de gestão. A partir do esforço coletivo, baseado na experiência e posições dos profissionais, foi construído o documento intitulado “Plano de ação para organização da Rede de Atenção Psicossocial no Município a partir da concepção de apoio matricial”.

4.3 PLANO DE AÇÃO PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO A PARTIR DA CONCEPÇÃO DE APOIO MATRICIAL

Ao longo da coleta de dados foi construído o plano “Propostas de movimentos para organização da Rede de Atenção Psicossocial no município a partir da concepção de apoio matricial” (Apêndice 5). No documento consta breve caracterização sobre CAPS, RAPS, apoio matricial, EPS, seguindo com a sistematização das estratégias propostas para o fortalecimento do apoio matricial na rede de saúde do município de Criciúma. Sobre cada estratégia foi apresentado um resumo da mesma, contendo descrição das atividades a serem realizadas, função esperada, profissional responsável e proposta de início da atividade. As estratégias foram agrupadas como “Reuniões distritais entre os CAPS e equipes de atenção primária de determinado distrito”, “Reuniões Estratégicas”, “Reuniões especiais com as ESF definidas a partir de protocolo como prioritárias”, “Mecanismos emergenciais de contato”, “Recursos Especiais” (que, por sua vez, foi dividido em “Interconsultas entre profissionais da atenção primária e do CAPS”, “Reuniões de integração para os novos profissionais contratados na rede de saúde do município” e “Reuniões entre CAPS e APS mediadas pela gestão”), “Informações sobre a Rede de Atenção Psicossocial no Município” (divididas em “Desenvolvimento de vídeos institucionais

apresentando os serviços que compõem a RAPS” e “Desenvolvimento de material informativo sobre o trabalho do CAPS”), “Monitoramento dos indicadores de saúde por parte dos CAPS” e “Ações de capacitação/educação continuada/EPS”.

Foi levado em consideração que entre 2020 e 2022 a pandemia de COVID-19 levou ao impedimento (ou ao menos trouxe riscos) para o contato entre as pessoas e aglomerações, assim, a consolidação de uma rotina de contato entre serviços, característica essencial no apoio matricial, enfrentou novos obstáculos. Por isso, em todas as estratégias listadas foi discutido sobre recursos possíveis para que as mesmas não se tornem totalmente inviáveis caso haja impedimentos de qualquer ordem para o contato físico entre as equipes.

Por fim, foi apresentado um resumo das principais dificuldades na atenção psicossocial no âmbito primário que podem ser apoiadas pelo CAPS e que foram identificadas pelos participantes. Essas dificuldades foram a “matéria prima” para a definição das estratégias apresentadas. O documento se encerra com algumas considerações finais, onde se destaca a função do projeto e alguns aspectos essenciais para que tais objetivos sejam alcançados.

Foi elaborado também calendário que consta a data sugestiva de todas as reuniões elencadas como prioritárias, assim como, no verso, informações sobre atenção psicossocial, apoio matricial e resumo das estratégias presentes nesse projeto, o qual pode ser reeditado anualmente. Este calendário de movimentos de matriciamento foi apresentado junto com a versão final do plano, tendo sido examinados e aprovados pelo coletivo dos participantes. Posteriormente, a versão validada foi encaminhada para Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma, quando coordenadores do serviço realizaram as adaptações que julgaram pertinente para torná-lo mais viável e iniciaram a sua execução.

Assim, a seguir encontra-se o **produto** - “Plano de ação para organização da Rede de Atenção Psicossocial municipal a partir da concepção de apoio matricial”. Esse produto tem a intenção de servir como subsídio para estruturação de ações dessa natureza em diferentes realidades junto a municípios de médio porte.



Plano de ação para organização da Rede de Atenção Psicossocial municipal a partir da concepção do apoio matricial



Índice

03	Apresentação
07	Estratégia I
08	Estratégia II
09	Estratégia III
10	Estratégia IV
11	Estratégia V
12	Estratégia VI
13	Estratégia VII
14	Estratégia VIII
15	Principais dificuldades da APS identificadas
17	Algumas considerações
18	Referências



Apresentação

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço constituinte da Rede de Atenção Psicossocial e possui múltiplas funções que consolidam uma proposta de cuidado do sofrimento em liberdade e no território. Talvez o papel mais conhecido do CAPS seja o atendimento às pessoas com transtornos mentais severos ou persistentes, todavia é importante ter claro que, além das ações diretas com determinados usuários de um território, cabe ao CAPS organizar a demanda e a rede de cuidado em saúde mental nesse território e supervisionar e capacitar as equipes de atenção primária à saúde (Brasil, 2002). Tais funções exigem uma complexa organização do serviço e das relações com outros pontos da rede de atenção psicossocial (RAPS).



O apoio matricial é um conceito potente em orientar a organização entre os serviços e o processo de trabalho do CAPS. Proposto por Campos, no âmbito da saúde mental, o apoio matricial busca superar formas tradicionais de organização dos serviços de saúde. Defende-se que os serviços especializados, no caso, o CAPS, funcione como a retaguarda especializada para equipes de referência. As equipes de atenção primária, sendo equipes de referência, têm o papel de realizar o cuidado longitudinal da população de um território adscrito. Nesse sentido, deve ser capaz de lidar com os problemas de saúde sensíveis à atenção primária e articular o cuidado de casos complexos, podendo acionar o serviço especializado para o cuidado direto desses usuários. Nota-se que não ocorre o encaminhamento do usuário, mas sim o compartilhamento do cuidado. A lógica da referência e contra-referência é substituída pelo cuidado longitudinal e compartilhado. Buscam-se também transformações nas relações de poder entre as equipes. O serviço especializado não se coloca como superior hierarquicamente à atenção primária, mas sim como uma equipe de apoio à equipe de referência, sendo que a segunda deve exercer a coordenação do cuidado do caso. Nessa posição, o CAPS, como equipe de apoio matricial, além de atender diretamente casos de maior complexidade, deve atuar de forma integrada com a função articuladora da atenção primária e trabalhar para o contínuo desenvolvimento desta no que tange o cuidado psicossocial (Bedrikow; Campos, 2017; Campos, 2000; 1999).



O arranjo proposto de apoio matricial também é um potente estimulador da educação permanente em saúde (EPS). Por EPS entende-se tanto uma prática de ensino-aprendizagem como uma política de educação em saúde. Como política de educação em saúde, envolve a contribuição do ensino à formação do SUS. Defende, entre outros aspectos, a articulação entre ensino, trabalho e cidadania e a construção da rede de saúde como espaço de educação profissional. A EPS é também uma prática de ensino-aprendizagem, propondo a produção do conhecimento no cotidiano do trabalho, tendo como base as necessidades de saúde da população, os problemas enfrentados no trabalho, as experiências vivenciadas pelos profissionais e as reflexões críticas sobre suas práticas. Essa produção de conhecimento tem a sua relevância no sentido que consegue contribuir para respostas às dificuldades vivenciadas no ambiente de trabalho e produzir novas perguntas para orientar contínuas reflexões. Busca-se ir além de atualizações técnico-científicas, envolvendo também as dimensões éticas da vida, do trabalho, da saúde e da educação. (Ceccim; Ferla, 2009).



Por mais que a proposta de apoio matricial venha ganhando espaço, estando presente inclusive na Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017), observa-se que são comuns dificuldades na sua efetiva implementação como concepção organizadora dos serviços (Lima; Gonçalves, 2020; Iglesias; Avellar, 2019; Gonçalves; Peres, 2018; Ferreira et al., 2017; Gurgelel et al., 2017; Tatmatsu; Araújo, 2016). Nesse contexto, é essencial o desenvolvimento de estratégias para o desenvolvimento do apoio matricial como concepção orientadora da organização dos serviços de saúde.

Apresentamos a seguir um plano para o fortalecimento do apoio matricial entre CAPS e Atenção Primária à Saúde, visando contribuir para o desenvolvimento da atenção psicossocial no território. Este documento decorre da coleta de dados da pesquisa supracitada, realizada pelo mestrando Felipe Pedroso, sob orientação da Prof. Dra. Fabiane Ferraz, com a participação dos servidores da RAPS.



Estratégia I - Reuniões distritais entre os CAPS e equipes de atenção primária de determinado distrito

Propõe-se a realização de reuniões distritais, com frequência quinzenal, com a participação de 2 profissionais de cada CAPS referência daquele território (CAPS II ou III, i e a ad), todos os profissionais da atenção primária do distrito, o gerente do distrito, assim como outros gerentes e coordenadores, conforme necessidade e disponibilidade. A atividade ocorrerá ao longo de todo o dia e os participantes serão divididos em dois grupos. A primeira turma participará no período da manhã, já a segunda turma, no período da tarde, de forma que todos possam participar sem a necessidade de fechar os serviços. Nessas reuniões serão realizados: (1) discussão sobre fluxos e protocolos; (2) ações de educação continuada/capacitação/EPS sobre temáticas pertinentes ao trabalho em saúde mental na atenção primária; (3) discussão de casos estratégicos para a compreensão de fluxos e do processo de trabalho de cada equipe; (4) análise de ações realizadas na atenção primária, como consulta individual, atendimento domiciliar e atividades de orientação; (5) desenvolvimento conjuntos de campanhas e atividades coletivas e (6) suporte para o diagnósticos do território.



Estratégia II - Reuniões Estratégicas

A proposta é que seja realizada uma reunião por mês envolvendo profissionais de gestão, como gerente da atenção primária, gerências distritais, gerente de saúde mental e coordenadores dos CAPS, assim como aproximadamente três trabalhadores de ESF escolhidos. A função da reunião é a realização em conjunto do planejamento estratégico no âmbito da atenção psicossocial, assim como o desenvolvimento de protocolos, fluxos e diretrizes.



Estratégia III - Reuniões especiais com as ESF definidas a partir de protocolo como prioritárias

Além das reuniões distritais, poderão ser realizadas reuniões mensais de equipe com participação dos CAPS com aqueles ESF que mais necessitarem. Nessas reuniões poderão ser aprofundados os mesmos aspectos possíveis de serem abordados na reunião distrital. Será possível abordar os assuntos de forma mais específica e direcionada, assim como tratar de aspectos internos da rotina de equipe, discussão dos casos em acompanhamento no CAPS e daqueles que o ESF cogita acionar o CAPS. Por fim, também poderão ser desenvolvidos projetos terapêuticos dos casos complexos que necessitem de maior atenção por parte da atenção primária. As ESF serão elencadas com base na quantidade de usuários encaminhados ao CAPS, nos indicadores de saúde e na vulnerabilidade do território em sua abrangência.

A coordenação de cada CAPS deve se responsabilizar pela definição da quantidade de equipes a serem apoiadas e pela organização das atividades. A presente proposta implica em um aumento substancial na quantidade de reuniões realizadas envolvendo profissionais do CAPS. Dada a natural dificuldade em efetivas transformações na rotina de trabalho, é possível que seja necessário limitar a quantidade de equipes a serem apoiadas por meio destas reuniões especiais.

Em casos de municípios de pequeno porte pode ser relevante “fundir” as estratégias “I” e “II”, quando a quantidade de equipes na Rede não implicar em um longo intervalo entre cada um dos encontro



Estratégia IV - Mecanismos emergenciais de contato

Frente a casos que levem a atenção primária a necessitar de diálogo com o CAPS e não houver oportunidade para tal em reuniões próximas, aqueles deverão buscar contato emergencial com estes. Nesse caso, deve ser priorizado o contato telefônico. Todavia, caso haja dificuldades para tal, é possível que o contato ocorra por aplicativos de mensagem (como o Whatsapp). É importante que os CAPS se organizem para conseguir responder aos contatos, no máximo, no mesmo turno do contato, ou na primeira hora do turno seguinte, caso o contato for ao final do turno. Para isso é possível atribuir ao profissional que trabalha na recepção a responsabilidade de monitorar o aplicativo e acionar o profissional disponível necessário para atender atenção primária. Também é possível que o CAPS se organize para ter uma escala de qual profissional ficará responsável pelo monitoramento do aplicativo em cada período.

Para garantir a qualidade necessária é importante disponibilizar para as equipes aparelhos smartphone que permitam o fácil uso dos principais aplicativos de mensagem, assim como internet via wi-fi com qualidade satisfatória para esses aparelhos. Destaca-se que tais aparelhos devem ser utilizados para desenvolver o contato entre as equipes, sendo necessário avaliação cautelosa quanto a disponibilização destes números para a população em geral e os impactos sobre o processo de trabalho das equipes que esta disponibilização poderá produzir.



Estratégia V - Recursos Especiais

Alguns outros recursos foram identificados como relevantes para o aprimoramento do apoio matricial. São eles:

1- Interconsultas entre profissionais da atenção primária e do CAPS. Destaca-se a especial importância em estimular as interconsultas entre médicos da ESF e o psiquiatra do CAPS.

2- Reuniões de integração para os novos profissionais contratados na rede de saúde do município, devendo ocorrer a cada um ou dois meses para apresentar a rede de atenção à saúde do município para os novos profissionais, ou no mínimo ter um calendário semestral em casos de municípios de pequeno porte ou em situações onde haja ingresso de poucos novos trabalhadores;

3- Reuniões entre CAPS e APS mediadas pela gestão frente aos casos que se avalie que a participação de gerentes ou gestor seja essencial para a superação de problemas no processo de trabalho. Essas reuniões não possuem periodicidade definida e podem ser solicitadas por gestão ou por coordenações das equipes envolvidas



Estratégia VI - Informações sobre a Rede de Atenção Psicossocial no Município

É possível a utilização de estratégias visando contribuir para que profissionais e usuários conheçam melhor os serviços de saúde do município. Duas estratégias possíveis são:

1- Desenvolvimento de vídeos institucionais apresentando os serviços que compõem a RAPS, incluindo sua localização, equipe, fluxos e processo de trabalho. Tais vídeos podem ser exibidos nas televisões disponíveis nos estabelecimentos de saúde, assim como nas mídias da prefeitura e dos serviços municipais.

2- Desenvolvimento de material informativo sobre o trabalho do CAPS. Tal atividade poderá ser desenvolvida pelos usuários do serviço com apoio dos profissionais e ser divulgado em diferentes canais e redes sociais, como impresso nas unidades de saúde e publicados nas redes sociais. Com isso, espera-se que população e trabalhadores da saúde conheçam melhor as atividades realizadas no CAPS. A coordenação da atividade é de responsabilidade do coordenador de cada CAPS.



Estratégia VII - Monitoramento dos indicadores de saúde por parte dos CAPS

Outro recurso para fortalecer o matriciamento é o monitoramento dos indicadores de saúde por parte dos CAPS. Com isso é possível identificar as equipes que necessitam de maior apoio, demonstrar os resultados alcançados e as atividades realizadas pelo CAPS, auxiliar no diagnóstico do território e auxiliar a gestão no desenvolvimento de objetivos e metas.

O aperfeiçoamento da utilização de indicadores de saúde exige diálogo entre os profissionais e a empresa administradora do serviço de informação do município, de forma a otimizar os dados disponíveis para os servidores.



Estratégia VIII - Ações de capacitação/educação continuada/EPS

As reuniões distritais e de equipe devem ser espaços para ações de educação permanente, ou seja, para além de reuniões burocráticas e de informes e recados, necessitam ser um espaço de reflexões e transformações no processo de trabalho. Além delas, pode ser necessária a consolidação de espaços extras para o desenvolvimento de competências por parte da atenção primária para qualificar a atenção psicossocial, em especial para os agentes comunitários de saúde (ACS), já que esses profissionais não possuem necessariamente uma formação prévia ao ingresso na rede de saúde, dependendo ainda mais da educação permanente em saúde para esse fim. Os encontros podem reunir todos os agentes de saúde do município e ocorrer com frequência bimestral, caso a opção for por ações de educação continuada.

Destaca-se que possivelmente essas ações necessitam serem realizadas exclusivamente de forma presencial, de forma a estimular o engajamento e participação. Dada a elevada demanda que a execução deste projeto produzirá, que se soma a grande quantidade de pessoas habitualmente atendidas pelos CAPS, considera-se que esta estratégia receba menor grau de prioridade em relação às demais, assim, opta-se por não identificar coordenação específica ou calendário, devendo ser implementada conforme a disponibilidade das equipes.



Principais dificuldades da APS identificadas

Ao longo do processo de construção deste plano foram identificadas algumas dificuldades da APS no âmbito da atenção psicossocial. A implementação das estratégias propostas deve atentar para o apoio a estas dificuldades listadas, assim como as demais que venham a ser encontradas no território. Foi identificada a percepção de que há um excesso de demandas concentradas sobre a enfermagem, tanto de natureza administrativa, quanto de atenção à saúde, que se relaciona com a cultura de esperar a proatividade desses profissionais para a proposição e execução de novas atividades. O estímulo à autonomia, iniciativa e participação de todos os profissionais de uma Estratégia de Saúde da Família parece um desafio essencial para a ampliação dos tipos e da qualidade das ações psicossociais na atenção primária. Em outras palavras, não é recomendado que o desenvolvimento dos aspectos aqui discutidos se concentrem na figura dos enfermeiros.



Uma das dificuldades que podem ser apoiadas pelos CAPS envolve a (1) realização de grupos na atenção primária. Desde o diagnóstico do território para a identificação dos tipos de grupos pertinentes, até a própria condução com técnica e qualidade, produzindo adesão por parte da população, são desafios que necessitam do trabalho de retaguarda do CAPS. (2) Como lidar com os aspectos “psi” nos atendimentos, em especial no domicílio do usuário, (3) como identificar tipos de “crises”, as possibilidades de respostas às mesmas e o cuidado continuado a ser articulado e (4) como identificar e manejar o risco de suicídio são processos que precisam ser trabalhados na relação entre ESF e CAPS. Além disso, a própria temática do suicídio ainda é visto por alguns como um tabu que necessita ser quebrado. Por fim, (5) a gestão de psicotrópicos na atenção primária parece um desafio: é necessário conhecer e saber ensinar sobre medicações para os usuários, evitar o uso inadequado ou prolongado daquelas que geram dependência e abstinência, sentir-se seguro para assumir a responsabilidade pela prescrição e conseguir realizar o cuidado continuado de casos complexos que foram previamente acompanhados pelos serviços especializados.

Certamente essa lista não esgota as dificuldades da atenção primária ou os aspectos possíveis de serem apoiados pelo CAPS, mas indica processos que merecem atenção no desenvolvimento das estratégias de fortalecimento do apoio matricial na atenção psicossocial.



Algumas considerações

Em geral, as estratégias propostas buscam desenvolver o contato entre equipes de referência, ESF, e equipes de apoio, CAPS. Espera-se contribuir para o maior conhecimento dos profissionais sobre o funcionamento da RAPS, para além da sua equipe, e para a construção de diálogos entre os serviços que transformem o processo de trabalho em saúde. Trata-se de educação permanente em saúde: um processo contínuo de reflexão e transformação de ações de profissionais visando melhor lidar com as necessidades de saúde de uma população. É necessário que os momentos de contato propostos sejam mais do que espaços para informes ou para se discutir burocracia. Foi possível observar com clareza que os profissionais que constituem essas equipes (ESF e CAPS) e de gestão tem clareza da importância das estratégias propostas, todavia é sabido que mudanças na rotina de trabalho implicam no enfrentamento de obstáculos de diversas ordens. Esperamos que este trabalho estimule e auxilie gestores e trabalhadores na superação destes obstáculos.



REFERÊNCIAS

BEDRIKOW, RUBENS; CAMPOS, GASTÃO WAGNER DE SOUZA CAMPOS. A clínica nos documentos para a Atenção Básica no Brasil. Revista de Saúde Pública do Paraná. v. 18, n. 2, p. 25-35, 2017. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/323190922_A_Clinica_nos_documentos_para_a_Atencao_Basica_no_Brasil. Acesso em: 10 de novembro de 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 de out. 2017a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 12 de junho de 2019

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispões sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 de fev. 2002. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 09 de abril de 2021.

CAMPOS, GASTÃO WAGNER DE SOUZA. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciência & Saúde Coletiva, v. 5, n.2, p. 219-230, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000200002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 de novembro de 2018.



_____. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.4, n. 2, p. 393-403, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>. Acesso em: 22 de outubro de 2020.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHISIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312004000100004&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 12 de setembro de 2018

FERREIRA, Thayane Pereira da Silva; SAMPAIO, Juliana; SOUZA, Adelle Conceição do Nascimento; OLIVEIRA, Dilma Lucena; GOMES, Luciano Bezerra. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, Natal, v.21, n. 61, p. 373-384, 2017. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/icse/v21n61/1807-5762-icse-1807-576220160139.pdf>. Acesso em: 10 de agosto de 2020.

GONÇALVES, Rafael Camilo; PERES, Rodrigo Sanches. Matriciamento em saúde mental: obstáculos, caminhos e resultados. *Revista da SPAGESP*, São Paulo, v. 19, n.2, p. 123-136, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702018000200010. Acesso em: 02 de agosto de 2020.

GURGEL, Anne Larissa Lima Guimarães et al. Cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família: a experiência do apoio matricial. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v.25, p.1-6, 2017. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7101/22013>. Acesso em: 14 de junho de 2020



IGLESIAS, Alexandra; AVELLAR, Luziane Zacché. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n.4, p. 1247-1254, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000401247. Acesso em: 07 de novembro de 2020.

LIMA, Marlene Costa; GONÇALVES, Tonantzin Ribeiro. Apoio matricial como estratégia de ordenação do cuidado em saúde mental. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n.1, p. 1-21, 2020. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/tes/v18n1/0102-6909-tes-18-1-e0023266.pdf>. Acesso em: 26 de outubro de 2020.

TATMATSU, Daniely Brito; ARAÚJO, Ana Carolina da Costa. Atenção primária e saúde mental: contribuições e potencialidades do apoio matricial. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 71-79, 2016. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/MUD/article/view/6720>. Acesso em: 16 de outubro de 2020.

CALENDÁRIO DE MOVIMENTOS DE MATRICIAMENTO



O QUE É O CAPS?



-O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço constituinte da Rede de Atenção Psicossocial e possui múltiplas funções que consolidam uma proposta de cuidado do sofrimento psíquico e de transtornos mentais em liberdade, ou seja, no território;

-O papel mais conhecido do CAPS é o atendimento às pessoas com transtornos mentais severos ou persistentes;

-Além das ações diretas com usuários de um determinado território, cabe ao CAPS organizar a demanda e a rede de cuidado em saúde mental nesse território, bem como supervisionar e capacitar as equipes de atenção primária à saúde para prestarem o cuidado às pessoas que necessitam de acolhimento.

CALENDÁRIO 2022

CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL SE FAZ
EM TODOS OS LUGARES!

PLANTE ESSA IDEIA!





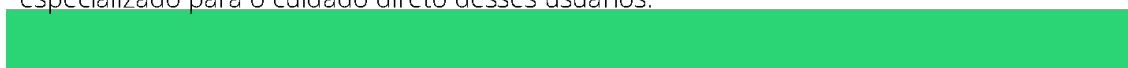
O QUE É O APOIO MATRICIAL?



-O apoio matricial é um conceito potente para organização de serviços na lógica da integralidade. Pois, busca orientar a organização entre os distintos serviços de saúde e o processo de trabalho do CAPS;

-No âmbito da saúde mental, busca superar formas tradicionais de organização dos serviços de saúde. Defende-se que os serviços especializados, no caso, o CAPS, funcionem como a retaguarda especializada para equipes de referência;

-As equipes de atenção primária à saúde (APS), sendo equipes de referência, têm o papel de realizar o cuidado longitudinal da população de um território adscrito. Nesse sentido, devem ser capazes de lidar com os problemas de saúde sensíveis à APS e articular o cuidado de casos complexos, podendo acionar o serviço especializado para o cuidado direto desses usuários.



D	S	T	Q	Q	S	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

1 - Ano Novo



ORGANIZAÇÃO ENTRE AS EQUIPES NO APOIO MATRICIAL



-o CAPS, como equipe de apoio matricial, além de atender diretamente casos de maior complexidade, deve atuar de forma integrada com a função articuladora da APS e trabalhar para o contínuo desenvolvimento desta no que tange ao cuidado psicossocial.

-A lógica da referência e contra-referência é substituída pelo cuidado longitudinal e compartilhado. Busca-se também transformações nas relações de poder entre as equipes. O serviço especializado não se coloca como superior hierarquicamente à atenção primária, mas sim como uma equipe de apoio à equipe de referência, sendo que a segunda deve exercer a coordenação do cuidado do caso, visto que o usuário pertence a um território.



D	S	T	Q	Q	S	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28					



EPS E O APOIO MATRICIAL



-O arranjo proposto de apoio matricial também é um potente estimulador da educação permanente em saúde (EPS). Por EPS entende-se tanto uma prática de ensino-aprendizagem como uma política de educação em saúde;

-A EPS, como política de educação em saúde, envolve a contribuição do ensino à formação do SUS. Defende, entre outros aspectos, a articulação entre ensino, trabalho e cidadania e a construção da rede de saúde como espaço de educação profissional, ou seja, o SUS é compreendido como escola;

-A EPS é a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, com princípios que superam e/ou fortalecem e guiam as outras formas de educação na área da saúde, mas não as excluem. Busca a integração de diferentes atores sociais, num processo de troca de conhecimento.



D	S	T	Q	Q	S	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

01 - Carnaval



EPS E O APOIO MATRICIAL



-A EPS é também uma prática de ensino-aprendizagem, que propõe a produção do conhecimento no cotidiano do trabalho, tendo como base as necessidades de saúde da população, os problemas enfrentados no trabalho, as experiências vivenciadas pelos profissionais e as reflexões críticas sobre suas práticas;

-A produção de conhecimento tem a sua relevância no momento em que se consegue contribuir para dar respostas às dificuldades vivenciadas no ambiente de trabalho e produzir novas perguntas para orientar contínuas reflexões. Busca-se ir além de atualizações técnico-científicas, envolvendo também as dimensões éticas da vida, do trabalho, da saúde e da educação.



D	S	T	Q	Q	S	S
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

15 - Paixão de Cristo 21 - Tiradentes

28- Conferência Municipal de Saúde Mental - 8h às 18h - Auditório Ruy Hulse (UNESC)



REUNIÕES DISTRITAIS



-Serão reuniões envolvendo todos os trabalhadores/as da atenção primária de um determinado distrito (metade deles participando no turno da manhã, outra metade no turno da tarde) e profissionais dos diferentes CAPS.

-Nessas reuniões serão realizadas discussão sobre: fluxos e protocolos, ações de educação continuada/permanente sobre temáticas pertinentes ao trabalho em saúde mental na atenção primária, análise de ações realizadas na atenção primária, como consulta individual, atendimento domiciliar e atividades de orientação, desenvolvimento conjuntos de campanhas e atividades, entre outros.



Maio

2022

D	S	T	Q	Q	S	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	1 - Dia do Trabalho; 18- Dia Internacional da Luta Antimanicomial			

05- Reunião Estratégica - 13 h às 15h;

12- Reunião Distrital Santa Luzia - 8h às 12h e 13h às 17h;

18- Reunião de Integração - 2 horas de duração;

27- Reunião Distrital Próspera - 8h às 12h e 13h às 17h.



REUNIÕES ESTRATÉGICAS



-Será realizada uma reunião por mês envolvendo as/os gerentes da atenção primária, as gerências distritais, três profissionais de ESF definidos pela gestão, gerente da atenção especializada, gerente de saúde mental e coordenadores dos CAPS.



D	S	T	Q	Q	S	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	16 - Corpus Christi	

02- Reunião Estratégica - 13h às 15h;

07- Reunião Distrital Boa Vista e Rio Maina - 8h às 12h e 13h às 17h;

24- Reunião Distrital Centro - 8h às 12h e 13h às 17h.



REUNIÕES ESTRATÉGICAS



-A função da reunião estratégica é a elaboração do planejamento estratégico de forma objetiva no âmbito da atenção psicossocial, assim como o desenvolvimento de protocolos, fluxos e diretrizes.



D	S	T	Q	Q	S	S
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

07- Reunião Estratégica - 13h às 15h;

08- Reunião Distrital 4ª Linha - 8h às 12h e 13h às 17h;

13- Reunião de Integração - 2 horas de duração;

19- Reunião Distrital Santa Luzia - 8h às 12h e 13h às 17h.



REUNIÕES DE INTEGRAÇÃO



-Conforme o fluxo de entrada de novos profissionais, serão realizadas reuniões de integração para estes colaboradores na rede de saúde do município, de forma a garantir que estes conheçam informações básicas sobre a rede de saúde do município e sobre o processo de trabalho.



D	S	T	Q	Q	S	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

02- Reunião Distrital Próspera - 8h às 12h e 13h às 17h;

04- Reunião Estratégica - 13h às 15h;

18- Reunião Distrital Boa Vista e Rio Maina - 8h às 12h e 13h às 17h.

31- Reunião Distrital Centro - 8h às 12h e 13h às 17h.

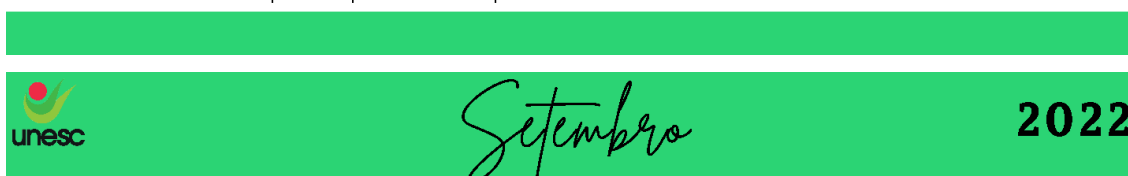


PARTICIPAÇÃO NAS REUNIÕES A FIM DE ORGANIZAR AGENDA DOS PROFISSIONAIS

-**Profissionais da atenção primária:** participarão de uma reunião distrital, de 4 horas a cada 3 meses;

-**Profissionais dos CAPS I e AD:** participarão de uma reunião distrital de 8 horas a cada 20 dias e uma reunião de integração de 2 horas a cada 2 meses. Nas reuniões deverão participar 1 ou 2 profissionais de cada CAPS, assim a participação individual dos profissionais nas reuniões será espessada, não sobrecarregando as agendas de um único profissional;

-**Profissionais dos CAPS II e III:** participarão de uma reunião distrital de 8 horas a cada 40 dias e uma reunião de integração de 2 horas a cada 2 meses. Nas reuniões deverão participar 1 ou 2 profissionais de cada CAPS.



D	S	T	Q	Q	S	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

7 - Independência do Brasil

01- Reunião Estratégica - 13h às 15h;

16- Reunião Distrital 4ª Linha - 8h às 12h e 13h às 17h.

21- Reunião de Integração - 2 horas de duração;

27- Reunião Distrital Santa Luzia - 8h às 12h e 13h às 17h.



PARTICIPAÇÃO NAS REUNIÕES A FIM DE ORGANIZAR AGENDA DOS COORDENADORES

- Coordenação da atenção primária:** deverá participar de uma reunião estratégica de 2 horas uma vez ao mês; uma reunião de integração de 2 horas uma vez ao mês e das reuniões distritais quando for pertinente a sua área de abrangência;
- Coordenações distritais:** deverão participar de uma reunião distrital (preferencialmente em ambos os períodos do dia) a cada 2 meses; uma reunião estratégica de 2 horas uma vez ao mês e uma reunião de integração de 2 horas a cada 2 meses;
- Coordenação de saúde mental:** deverá participar de uma reunião estratégica de duas horas uma vez ao mês, assim como das reuniões distritais, quando for possível e/ou pertinente;
- Coordenação de CAPS II e III:** serão convidados a participar das reuniões distritais e de integração (porém sem obrigatoriedade de presença em todas). Deverão participar de uma reunião estratégica de duas horas uma vez ao mês;
- Coordenação de CAPS i e ad:** são convidados a participar das reuniões distritais, porém sem obrigatoriedade de estar em todas e deverão participar de uma reunião estratégica de duas horas uma vez ao mês e das reuniões de integração.



D	S	T	Q	Q	S	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

12 - Nossa Senhora Aparecida

06- Reunião Estratégica - 13h às 15h;

20- Reunião Distrital Próspera - 8h às 12h e 13h às 17h.

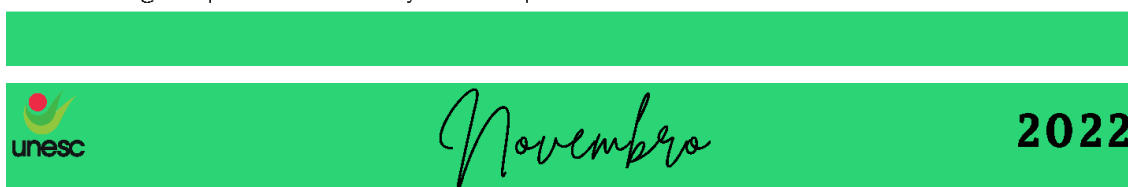


LEMBRE-SE... AS POSSIBILIDADES SÃO DIVERSAS!



-Apoio matricial não se limita a realização de reuniões, já que trata de uma organização do trabalho em rede.

-Além das estratégias citadas, toda aquela que contribua para maior proximidade das equipes, compartilhamento de informações, cuidado continuado e aprendizagem mútua são formas de matricialimento. Participação em reuniões de equipes, produção de material informativo sobre os pontos da RAPS, alimentação e utilização de indicadores de saúde e aperfeiçoamento de mecanismos de contato entre as equipes são alguns exemplos de estratégias para a efetivação do apoio matricial.



D	S	T	Q	Q	S	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	2 - Finados 15 - Proclamação da República		

03- Reunião Estratégica - 13h às 15h;

09- Reunião de Integração - 2 horas de duração;

11- Reunião Distrital Boa Vista e Rio Maina - 8h às 12h e 13h às 17h.

24- Reunião Distrital Centro- 8h às 12h e 13h às 17h.



ONDE BUSCAR MAIS INFORMAÇÕES?

MATERIAIS COMPLEMENTARES

GUIA PRÁTICO DE MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL. LINK:

[HTTPS://BVSMMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/PUBLICACOES/GUIA_PRATICO_MATRICIAMENTO_SAUDEMENTAL.PDF](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saude_mental.pdf)

WEBPALESTRA - MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA. LINK: [HTTPS://WWW.YOUTUBE.COM/WATCH?V=O3NWTDRJOG](https://www.youtube.com/watch?v=O3NWTDRJOG)

MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL: ANÁLISE DO CUIDADO ÀS PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NA ATENÇÃO BÁSICA. LINK:

[HTTPS://WWW.SCIELOSP.ORG/ARTICLE/CSC/2021.V26N6/2311-2322/](https://www.scielo.org/article/CSC/2021.V26N6/2311-2322/)

CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA - SAÚDE MENTAL. LINK:

[HTTPS://BVSMMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/PUBLICACOES/CADERNOS_ATENCAO_BASICA_34_SAUDE_MENTAL.PDF](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf)

REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. PORTARIA N. 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002. DISPÕES SOBRE OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS, PARA ATENDIMENTO PÚBLICO EM SAÚDE MENTAL, ISTO É, PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS SEVEROS E PERSISTENTES EM SUA ÁREA TERRITORIAL, EM REGIME DE TRATAMENTO INTENSIVO, SEMI-INTENSIVO E NÃO-INTENSIVO. DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, BRASÍLIA, DF, 20 DE FEV. 2002. DISPONÍVEL EM [HTTPS://BVSMMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/SAUDELEGIS/GM/2002/PRT0336_19_02_2002.HTML](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/legis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). ACESSO EM: 09 DE ABRIL DE 2021.

CAMPOS, GASTÃO WAGNER DE SOUZA. SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE COLETIVA: CAMPO E NÚCLEO DE SABERES E PRÁTICAS. CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA, V. 5, N.2, P. 219-230, 2000. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.SCIELO.BR/SCIELO.PHP?PID=S1413-81232000000200002&SCRIPT=SCI_ABSTRACT&TLNG=PT](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000200002&script=sci_abstract&tlng=pt). ACESSO EM: 10 DE NOVEMBRO DE 2018.

CECCIM, RICARDO BURGO; FEUERWERKER, LAURA CAMARGO MACRUZ. O QUADRILÁTERO DA FORMAÇÃO PARA A ÁREA DA SAÚDE: ENSINO, GESTÃO, ATENÇÃO E CONTROLE SOCIAL. PHYSIS: REV. SAÚDE COLETIVA, RIO DE JANEIRO, V. 14, N. 1, P. 41-65, 2004. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.SCIELO.BR/SCIELO.PHP?PID=S0103-73312004000100004&SCRIPT=SCI_ABSTRACT&TLNG=PT](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312004000100004&script=sci_abstract&tlng=pt). ACESSO EM 12 DE SETEMBRO DE 2018



Dezembro

2022

D	S	T	Q	Q	S	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

4- Dia de Santa Bárbara 25 - Natal

01- Reunião Estratégica - 13h às 15h;



SOBRE O PROJETO...

-Por acreditarmos que o apoio matricial é uma potente estratégia de organização dos serviços de saúde, ao longo de 2021, por meio de encontros com um grupo de trabalho formado por pesquisadores, profissionais da APS, do CAPS e gestores do município de Criciúma/SC, estruturamos um cronograma de encontros, com visam organizar e desenvolver ações de matriciamento na rede de atenção à saúde mental.

-É sabido que os serviços de saúde necessitam lidar com uma elevada demanda de atendimentos à saúde da população, demandas que muitas vezes dificultam a construção de espaços regulares de planejamento e diálogo entre as equipes.

-O presente produto, derivado da dissertação de mestrado de Felipe Pedrosa, sob orientação da Profa. Dra. Fabiane Ferraz do PPGSCol/UNESC, apresenta diferentes estratégia para o fortalecimento do apoio matricial no município, as quais encontram-se materializadas por meio de um calendário de atividades que foram identificadas, construídas e pactuadas coletivamente. Assim, o que se espera que por meio dessa agenda, seja possível organizar as ações para fortalecimento da RAPS no município

AUTORES: FELIPE PEDROSO, FABIANE FERRAZ DESIGNER: AC. ENF. MARIA EDUARDA OLIVEIRA



CALENDÁRIO 2023

Janeiro	Fevereiro	Março	Abril
Dom Seg Ter Qua Qui Sex Sáb	Dom Seg Ter Qua Qui Sex Sáb	Dom Seg Ter Qua Qui Sex Sáb	Dom Seg Ter Qua Qui Sex Sáb
1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4	1 2 3 4	1
8 9 10 11 12 13 14	5 6 7 8 9 10 11	5 6 7 8 9 10 11	2 3 4 5 6 7 8
15 16 17 18 19 20 21	12 13 14 15 16 17 18	12 13 14 15 16 17 18	9 10 11 12 13 14 15
22 23 24 25 26 27 28	19 20 21 22 23 24 25	19 20 21 22 23 24 25	16 17 18 19 20 21 22
29 30 31	26 27 28	26 27 28 29 30 31	23 24 25 26 27 28 29
			30
Maio	Junho	Julho	Agosto
Dom Seg Ter Qua Qui Sex Sáb	Dom Seg Ter Qua Qui Sex Sáb	Dom Seg Ter Qua Qui Sex Sáb	Dom Seg Ter Qua Qui Sex Sáb
1 2 3 4 5 6	1 2 3	1	1 2 3 4 5
7 8 9 10 11 12 13	4 5 6 7 8 9 10	2 3 4 5 6 7 8	6 7 8 9 10 11 12
14 15 16 17 18 19 20	11 12 13 14 15 16 17	9 10 11 12 13 14 15	13 14 15 16 17 18 19
21 22 23 24 25 26 27	18 19 20 21 22 23 24	16 17 18 19 20 21 22	20 21 22 23 24 25 26
28 29 30 31	25 26 27 28 29 30	23 24 25 26 27 28 29	27 28 29 30 31
		30 31	
Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Dom Seg Ter Qua Qui Sex Sáb	Dom Seg Ter Qua Qui Sex Sáb	Dom Seg Ter Qua Qui Sex Sáb	Dom Seg Ter Qua Qui Sex Sáb
1 2	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4	1 2
3 4 5 6 7 8 9	8 9 10 11 12 13 14	5 6 7 8 9 10 11	3 4 5 6 7 8 9
10 11 12 13 14 15 16	15 16 17 18 19 20 21	12 13 14 15 16 17 18	10 11 12 13 14 15 16
17 18 19 20 21 22 23	22 23 24 25 26 27 28	19 20 21 22 23 24 25	17 18 19 20 21 22 23
24 25 26 27 28 29 30	29 30 31	26 27 28 29 30	24 25 26 27 28 29 30
			31

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa-ação permitiu compreender o grau incipiente de integração entre o processo de trabalho entre CAPS e APS, o cuidado em saúde mental na atenção primária e a relação dessas equipes com seus gestores. Possibilitou também organizar uma proposta de movimentos com potencial para aumentar a integração entre diferentes serviços, transformar o arranjo organizacional e o processo de gestão do trabalho na saúde na rede de atenção psicossocial no município de Criciúma baseado na concepção de apoio matricial.

Foi observado que o grau de interação entre serviços de referência e especializado era muito baixa, de tal forma que não é possível afirmar que havia, de fato, uma organização baseada no referencial teórico do apoio matricial. Este conceito se fazia presente principalmente nas concepções dos trabalhadores do CAPS e da gestão em relação a como a rede de atenção psicossocial poderia e deveria se estruturar. Em geral, esses profissionais reconheciam a importância da ampliação da diversidade de ações a serem realizadas pela APS como meio para qualificação da atenção psicossocial, estavam cientes da necessidade do CAPS fornecer apoio técnico-pedagógico às equipes, desejam maior proximidade entre os trabalhadores dos diferentes serviços, aumentando o conhecimento de todos sobre os diferentes pontos da rede e possibilitando o planejamento e execução conjunta de políticas públicas. Tais concepções motivaram algumas tentativas anteriores de implantar ações na referida lógica e contribuíram para que recebessem esta proposta de pesquisa-ação com interesse e engajamento.

De forma similar ao que foi encontrado na literatura, as equipes de ESF relataram ter dificuldades e inseguranças ao lidar com pessoas que demandam ações consideradas de saúde mental. Observou-se cuidado restrito ao acolhimento, prescrição de medicações pelo médico e encaminhamento para profissionais ou serviços “psi”. Como aspecto positivo, os trabalhadores da APS demonstraram compreender a importância do processo de acolhimento, reconhecendo que a pessoa que procura uma unidade de saúde traz consigo muito mais que uma queixa física (mesmo quando é única demanda explícita da pessoa), que a qualidade do vínculo

influi em todo o cuidado e que o sofrimento emocional é tão relevante quanto o físico. Todavia, a falta de conhecimento e, principalmente, o excesso de demandas fazem com que a atenção psicossocial fique em segundo plano no âmbito da APS. Quanto a sobrecarga, além do foco no aspecto biológico, amplamente relatado na literatura, os dados sugerem um foco demasiado na figura do enfermeiro. Se, por um lado, há uma supervalorização da consulta médica, por outro, há uma compreensão de que a maioria das outras funções, sejam assistenciais ou gerenciais, são de responsabilidade da Enfermagem. Lidar com esses dois “problemas de foco” é necessário para conseguir transformações no processo de cuidado. Destaca-se que tal foco aparece menos no relato dos trabalhadores dos CAPS, sugerindo que seja uma dificuldade mais relacionada com a APS.

Já os CAPS também demonstraram sofrer com o excesso de demandas. Em algumas situações, tal excesso parece estar relacionado com fragilidades de outros pontos da rede. Houve relatos de casos em que a equipe entendia que a pessoa não apresentava os critérios de severidade e persistência que justificassem o acompanhamento no serviço, todavia entendiam que se não inserissem o usuário no serviço o mesmo ficaria sem atendimento algum. De forma similar, ao identificarem melhoras no quadro clínico ou social de um usuário e, conseqüente possibilidade de encerramento do acompanhamento regular, em alguns casos havia hesitação por parte do CAPS por se sentirem inseguros quanto à continuidade do cuidado no âmbito da APS.

É curioso identificar que as principais dificuldades para a efetivação do apoio matricial levam a um paradoxo. O excesso de demandas vem impedindo que os profissionais do CAPS dediquem energia a movimentos com potencial de fortalecer a rede de cuidado, já a rede frágil, por sua vez, leva a uma sobrecarga de demanda sobre o CAPS. Sem dúvidas as transformações de rotinas e estruturas estabelecidas em uma rede de saúde não são tarefas fáceis. Como dito, movimentos anteriores de aproximação e diálogo entre os serviços foram realizados, todavia as tentativas de manter uma rotina de encontros foram frustradas por diversos motivos. Além do excesso de demandas por atividades diretas com o usuário, fatores além da governabilidade da equipe, como problemas de transporte, elevada rotatividade profissional e até mesmo a pandemia de COVID-19 venceram os esforços das equipes até então.

Quanto aos trabalhadores da gestão da saúde mental e da atenção primária à saúde, foi possível observar sentimento de frustração quanto ao êxito em planejar e articular ações entre os serviços. As profissionais têm clareza da relevância, mas tem suas rotinas também sobrecarregadas por demandas, muitas delas relacionadas a problemas pontuais envolvendo usuários ou trabalhadores. Por esses fatores, a proposta apresentada de movimentos para organização da RAPS no município a partir do referencial teórico do apoio matricial foi muito bem recebida. Por mais que tenha produzido também algum receio, dada a ciência dos obstáculos a serem enfrentados, avaliaram a iniciativa como essencial, viável e promissora. Já em relação ao relato dos trabalhadores quanto à gestão, foi observado que os mesmos reconhecem a sobrecarga e limitações na governabilidade destes e avaliam que, em geral, possuem elevada autonomia para definição do processo de trabalho das suas equipes, porém recebendo menos suporte do que o ideal.

Como esperado, o transcorrer do processo de coleta de dados exigiu transformações daquilo que foi originalmente previsto no projeto. Inicialmente foi proposto que o foco desta pesquisa-ação seriam estratégias para o fortalecimento do apoio matricial quanto houvesse impeditivos para o contato físico entre as equipes, todavia no decorrer da coleta de dados foi observado baixo grau de integração entre CAPS e APS, o que exigiu que se desse um “passo atrás” e se planejassem ações mais básicas. O foco em estratégias que não envolvessem o contato físico entre as equipes foi reduzido, passando a ser compreendido como um recurso para a adaptação do movimento caso restrições antes vividas retornassem. Além dessa mudança de foco, algumas etapas do processo de construção de estratégias precisaram ser alteradas devido ao tempo desprendido nelas. Com as alterações foi possível construir uma diversa lista de estratégias para a efetivação do apoio matricial.

Dada a falta de espaços regulares de encontros entre profissionais dos diferentes serviços, os participantes demonstraram elevado interesse no desenvolvimento de diferentes tipos de reuniões. Talvez a que mais tenha sido mencionada em diferentes encontros foi a reunião de integração, focada no compartilhamento de informações para que os novos trabalhadores que ingressem na rede tenham conhecimento básico sobre a RAPS no município. A estruturação de espaços regulares de contato entre CAPS e APS também foi visto como essencial e prioritário. Para tanto, foi estabelecido um modelo de reunião distrital, onde participantes de todas as ESF de um distrito sanitário, representantes de todos os

CAPS e gestores participariam da atividade. Por fim, o terceiro tipo de reunião priorizado foi a “reunião estratégica”, onde diferentes coordenadores se reuniriam mensalmente para planejamento e deliberações. Para esses três tipos de reunião, foi formulado um calendário que, além das datas dos encontros, continha informações sobre apoio matricial e atenção psicossocial básica para o conhecimento dos trabalhadores de saúde.

Os participantes foram potentes em criar uma relação diversa de estratégias com potencial para contribuir com o apoio matricial. Além das reuniões listadas, avaliadas como prioritárias, também foi proposto a realização de reuniões especiais entre CAPS e as ESF que mais necessitassem de apoio, isoladamente; desenvolvimento de mecanismos emergenciais de contato; estímulo a interconsultas entre profissionais da APS e CAPS; desenvolvimento de materiais informativos, como vídeos e textos, visando divulgar a RAPS; monitoramento de indicadores de saúde e ações de educação permanente e/ou continuada. A lista de estratégias sinaliza que, mais do que um conjunto de atividades a serem realizadas, buscou-se estimular uma lógica de trabalho a partir do referencial teórico do apoio matricial, buscando promover transformações no processo de gestão, na rotina interna das equipes e na integração do trabalho das equipes de APS e CAPS, tornando-os, de fato, equipes de referência e de apoio, respectivamente.

Quanto à gestão da RAPS, a proposta estruturada estimula a criação de espaços de cogestão, visando superar as dificuldades em realizar efetivo planejamento e articulação entre serviços em função do excesso de demandas ou problemas individuais a serem resolvidos. As diferentes estratégias, se implementadas, possuem potencial para contribuir na ampliação dos recursos da APS na atenção psicossocial, na insegurança frente às questões “psi”, no foco na atuação de médicos isolados das equipes e na sobrecarga de responsabilidade nos profissionais de enfermagem. Aos CAPS, as propostas construídas podem criar a condição necessária para que o serviço seja de fato um potente agente da reforma psiquiátrica: garantindo um cuidado psicossocial no território e a disponibilidade para o cuidado especializado para as pessoas que efetivamente necessitem.

Como limitações do presente estudo, destaca-se que todos os dados se referem a discursos de trabalhadores e gestores, ou seja, não houve triangulação de informações por meio de técnicas de observação participante. Por mais que o método da entrevista grupal permita ricas interações e com isso avaliar as concepções e

atitudes dos sujeitos ao se relacionarem, não permite a observação de como de fato os participantes se comportam em situações reais de trabalho. Além disso, a pesquisa não contou com a participação de usuários dos serviços, o que poderia ter levado a um diagnóstico da rede municipal e construção de proposta baseado em perspectivas mais diversificadas. Por fim, para que fosse possível uma avaliação profunda dos entendimentos dos envolvidos, assim como fosse viável a construção de uma proposta de transformação da realidade, optou-se por convidar um número restrito de sujeitos. Com isso, as generalizações feitas a partir das falas registradas precisam ser interpretadas com cautela, em especial no que tange os trabalhadores da APS, já que esta constitui o âmbito mais volumoso em quantidade de trabalhadores e com menor representação no grupo de participantes.

Além da produção de conhecimento a respeito da RAPS do município (mais especificamente quanto a integração entre APS e CAPS, cuidado psicossocial na atenção primária e relação destas equipes com a gestão) e construção de um plano para o desenvolvimento de estratégias para o fortalecimento do apoio matricial, foi possível observar também que os próprios encontros de coleta de dados permitiram que os participantes vivenciassem a importância do contato entre trabalhadores de diferentes equipes, do conhecimento sobre o processo de trabalho dos demais, das dificuldades e desejos de cada um. É sabido que tais movimentos contribuíram para alguns desdobramentos no território, como a participação regular dos trabalhadores do CAPS em reuniões de ESF e movimentos de “integração”, onde os novos trabalhadores são recebidos e recebem informações sobre a RAS do município.

Os encontros nitidamente produziram um sentimento ambíguo nos participantes. Se, por um lado, a proposta coletivamente construída implicava em muitos desafios e consequente sentimento de insegurança, por outro, os envolvidos demonstraram viver e sentir a relevância do fortalecimento do apoio matricial. Esforços anteriores produziram avaliação positiva naqueles que participaram, porém tais movimentos não perduraram. Tais experiências, conforme verificado nas próprias falas dos profissionais, apontam o potencial do caminho proposto. Para uma efetiva transformação na articulação entre equipes e no processo de gestão, e consequente fortalecimento do cuidado psicossocial em rede, é essencial que tais propostas sejam implementadas de forma ampla e consistente, não se limitando a atividades pontuais a serem executadas em um intervalo de tempo específico. Naturalmente, qualquer programa, ao ser implementado, exigirá adaptações ao longo do processo, assim, a

proposta apresentada nesta dissertação não deve ser entendida como um “manual rígido”, mas como um conjunto de estratégias construídas coletivamente com potencial para a qualificação do processo de trabalho e gestão, o qual deve ser constantemente revisitado e melhorado.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, Karyna Dutra et al. Contribuições de Agentes Comunitários de Saúde para a construção de perfil de usuários da Atenção Básica com necessidade de saúde mental. **Cad. Saude Colet.** Vol. 28, n. 4, p. 599-608, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/V67RJJJB75RJgSFQqsHkKQ8t/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 de agosto de 2022.

ALMEIDA, Isabella Silva de. **Apoio Matricial dos Centros de Atenção Psicossocial à atenção básica**: investigando a experiência no SUS de São Paulo. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2015. Disponível em http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFSP_9b077adbf26273b5d790be894f229b5b. Acesso em 26 de maio de 2020.

ALVERGA, Alex Reinecke; DIMENSTEIN, Magda. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Natal, v. 10, n. 20, p. 299-316, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v10n20/03.pdf>. Acesso em: 10 de agosto de 2020.

ALVES, Kali Vênus Gracie et al. Grupos de artesanato na atenção primária como apoio em saúde mental de mulheres: estudo de implementação. **Estud. Psicol.** Natal, v. 25, n. 1, p. 102-112, 2020. Acesso em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1180761>. Disponível em: 27 de agosto de 2022.

AMARAL, Carlos Eduardo Menezes et al. Apoio matricial em Saúde Mental na atenção básica: efeitos na compreensão e manejo por parte dos agentes comunitários de saúde. **Interface.** v. 22, n. 66, p. 802-812, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000300801. Acesso em: 14 de junho de 2020.

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. 20ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

BARBOSA, Guilherme Correa; COSTA, Tania Garcia da; MORENO, Vânia. Movimento da luta antimanicomial: trajetória, avanços e desafios. **Cad. Bras. Saúde Mental.** v. 4, n. 8, p. 45-50, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68650/41335>. Acesso em: 22 de julho de 2020.

BARBOSA, Taciana Lemos. **Desafios na construção de uma Rede de Atenção Psicossocial no município de Manaus: discursos e práticas de gestores e profissionais.** 2019. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.bdtd.uerj.br:8443/bitstream/1/4511/1/Tese%20Taciana%20Lemos%20completa.pdf>. Acesso em: 22 de outubro de 2023.

BARRÊTO, Anne Jaquelyne Roque et al. Trabalho do apoiador matricial na Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. v. 13, n. 1, p. 166-177, 2012. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3789/2993>. Acesso em: 18 de novembro de 2018.

BEDRIKOW, Rubens. **A clínica e as políticas públicas de saúde para a atenção básica no Brasil**. 2013. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/309427/1/Bedrikow_Rubens_D.pdf. Acesso em: 18 de novembro de 2018.

BEDRIKOW, Rubens; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. A clínica nos documentos para a Atenção Básica no Brasil. **Revista de Saúde Pública do Paraná**. v. 18, n. 2, p. 25-35, 2017. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/323190922_A_Clinica_nos_documentos_para_a_Atencao_Basica_no_Brasil. Acesso em: 10 de novembro de 2018.

BERTUSSI, Débora Cristina et al. Dimensões do apoio matricial: dispositivo na organização do cuidado e na formação em saúde. Práticas e Cuidado: **Revista de saúde coletiva**. Salvador, v. 3, n. e12854, p. 1-16, 2022. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/saudecoletiva/article/view/12854/9618>. Acesso em: 25 de setembro de 2022.

BEZERRA, Indara Cavalcante et al. “Fui lá no posto e o doutor me mandou para cá”: processo de medicalização e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na atenção primária. **Interface - comunicação, saúde, educação**. Botucatu, v. 18, n. 48, p. 61-74, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/SrLcmzsQHZMBJN6LcjJb6WK/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 06 de outubro de 2023.

BISPO JÚNIOR, José Patrício; MOREIRA, Diane Costa. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 33, n. 9, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000905010. Acesso em 15 de novembro de 2018.

BOTOMÉ, Sílvio Paulo. Avaliação entre “pares” na ciência e na academia: aspectos clandestinos de um julgamento nem sempre científico, acadêmico ou “de avaliação”. **Psicologia USP**. v. 22, n. 2, p. 335-355, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642011000200003. Acesso em 28 de março de 2019.

_____. Comportamentos profissionais do psicólogo em um sistema de contingências para a sua aprendizagem. **Revista Brasileira de Análise do Comportamento**. Brasília, v. 2, n. 2, p. 171-191, 2006. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/811-3362-1-PB.pdf>. Acesso em: 28 de agosto de 2022.

BOTOMÉ, SÍLVIO PAULO; STÉDILE, NILVA LÚCIA RECH. O conceito de “prevenção” e possibilidades de atuação profissional. In: _____. **Múltiplos âmbitos de atuação profissional**: além da prevenção de problemas. 2. ed. São Paulo: Centro Paradigma Ciências do Comportamento, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete da Ministra. Portaria n. 757, de 21 de junho de 2023. Revoga a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e repristina redações. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 de jun. 2023a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-757-de-21-de-junho-de-2023-491629280>. Acesso em: 19 de novembro de 2023.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete da Ministra. Portaria n. 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 de maio 2023a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799>. Acesso em: 19 de novembro de 2023.

_____. Presidência da República. Secretaria Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 13.840, de 05 de junho de 2019. Altera as Leis nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.053, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nº 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção ao usuário ou dependente de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 de jun. 2019. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n-13.840-de-5-de-junho-de-2019-155977997>. Acesso em: 15 de março de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Planejamento de Ações de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde**: orientações. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_planejamento_acoes_educacao_permanente.pdf. Acesso em: 30 de junho de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 de out. 2017a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 12 de junho de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema

Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 de set. 2017b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 09 de abril de 2021.

_____. Gabinete do Ministro. Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 de dez. 2017c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 16 de março de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://redehumanizasus.net/90969-guia-pratico-de-matriciamiento-em-saude-mental/>. Acesso em: 31 de maio de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Caderno de Atenção Básica nº 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf. Acesso em: 13 de junho de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica Ampliada e Compartilhada**. Brasília, Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf. Acesso em: 08 de setembro de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial da União**, Brasília DF, 25 de jan. 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 12 de novembro de 2023.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de fev. 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 09 de abril de 2021.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 de abr. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 10 de junho de 2020.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 de junho de 2020.

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: **Centro Gráfico**, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 de junho de 2020.

CAMARGO JÚNIOR., Kenneth Rochel de. As muitas vozes da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens Araújo. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009. p. 15-20.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n.2, p. 219-230, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-8123200000200002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 de novembro de 2018.

_____. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n. 2, p. 393-403, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>. Acesso em: 22 de outubro de 2020.

_____. O Anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/NFSNGnbbPr3DFy89XCbSZLN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 de outubro de 2022.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; AMARAL, Marcia Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p. 849-859, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400007. Acesso em: 15 de novembro de 2018.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; CUNHA, Gustavo Tenório; FIGUEIREDO, Mariana Dorsa. Metodologia Paideia e o modo de pensar e de fazer baseado na práxis: democracia, cogestão e apoio. In: _____. **Práxis e formação Paideia: apoio e cogestão em saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2013. p. 13-49.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão interdisciplinar do trabalho em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016. Acesso em: 25 de outubro de 2020.

CANGUSSU, Yanna; GUEDES, Lidianne. Alcances terapêuticos e matriciais: uma experiência de grupo de saúde mental na atenção básica. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, v. 11, e. 4046, p. 1-14, 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1377602>. Acesso em: 02 de novembro de 2023.

CARDOSO, Luana Cristini Bellini et al. Assistência em saúde mental na Atenção Primária: perspectivas de profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 75, sup. 3, p. 1-9, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26n5/1739-1748/>. Acesso em: 14 de outubro de 2023.

CASANOVA, Angela Oliveira; TEIXEIRA, Mirna Barros, Montenegro, Elyne. O apoio institucional como pilar na cogestão da atenção primária À saúde: a experiência do programa TEIAS - Escola Manguinhos no Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4417-4426, 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/lil-727226>. Acesso em: 27 de outubro de 2023.

CASTRO, Cristiane Pereira de; OLIVEIRA, Mônica Martins de; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Apoio matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n.5, p. 1625-1636, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1625.pdf>>. Acesso em: 28 de outubro de 2020.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação Permanente em Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>>. Acesso em: 18/06/2018.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHISIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312004000100004&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em 12 de setembro de 2018.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção de integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens AraújoO. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009. p. 117-130.

CHAZAN, Luiz Fernando; FORTES, Sandra Lucia Correia Lima; CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel de. Apoio Matricial em Saúde Mental: revisão narrativa do uso dos conceitos horizontalidade e supervisão e suas implicações na prática.

Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 3251-3260, 2020.
Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n8/1413-8123-csc-25-08-3251.pdf>.
Acesso em: 29 de outubro de 2020.

CORDEIRO, Priscila Regina; MENDES, Rosilda; LIBERMAN, Flavia. Educação Permanente em Saúde: Experiências inovadoras em saúde mental na Atenção Básica à Saúde. **Saúde debate**. Vol. 44, nº especial 3, p. 210-222, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JFmxbNtYhH7fQBzgyDrmFfN/?lang=pt>. Acesso em: 27 de agosto de 2022.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 50, n. 4, p. 961-970, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013. Acesso em: 10 de setembro de 2018.

FARIAS, Isabela Cedro et al. “Médico disse que era só psicológico”: Analisando o lugar da Psicologia no campo da Saúde. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1127-1143, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1359119>. Acesso em: 08 de outubro de 2023.

FERNANDES, Juliana Azevedo; FIGUEIREDO, Mariana Dorsa. Apoio institucional e cogestão: uma reflexão sobre o trabalho dos apoiadores do SUS Campinas. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 287-316, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-745993>. acesso em: 28 de outubro de 2023.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa; CAMPOS, Rosana Onocko. Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 143-149, 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341773014>. Acesso em: 25 de outubro de 2020.

FRASER, Marcia Tourinho Dantas; GONDIM, Sônia Maria Guedes. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 28, p. 139-152, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/paideia/v14n28/04.pdf>. Acesso em: 16 de junho de 2020.

FREIRE, Paulo. **Extensão ou comunicação?**. 13ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

_____. **Pedagogia da autonomia**. 25ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 17ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1987.

GALEA, Sandro; MERCHANT, Raina Martha; LURIE, Nicole. The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing: The Need for Prevention and Early Intervention. **JAMA Internal Medicine**, Chicago, v. 180, n.6, p. 817-818, 2020. Disponível em:

<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2764404>. Acesso em: 12 de junho de 2020.

GAMA, Carlos Alberto Pegolo et al. Os profissionais da Atenção Primária à Saúde diante das demandas de saúde mental: perspectivas e desafios. **Interface** (Botucatu). Vol. 25, p.1-16, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/ngR3KBLS6xBNvHGNGjScJ9S/?lang=pt>. Acesso em: 21 de agosto de 2022.

GARCIA JÚNIOR., Carlos Alberto Severo; NASCIMENTO, Paula Thais Avila do. O dispositivo apoio matricial na atenção primária em saúde: um relato de experiência no município de João Pessoa/PB. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 93-104, 2012. Disponível em: <https://revista.saude.sc.gov.br/index.php/files/article/view/71>. Acesso em: 02 de outubro de 2023.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas em Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 2006.

GODOI, Lidia Pereira da Silva et al. Apoio Matricial como ferramenta da articulação entre atenção básica e CAPS: o que os dados secundários mostram? **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. esp. 3, p. 128-143, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/fdBt9Mt78JVzsB6HfBQR3Mz/?lang=pt>. Acesso em: 18 de setembro de 2022.

GONÇALVES, Rafael Camilo; PERES, Rodrigo Sanches. Matriciamento em saúde mental: obstáculos, caminhos e resultados. **Revista da SPAGESP**, São Paulo, v. 19, n.2, p. 123-136, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702018000200010. Acesso em: 02 de agosto de 2020.

GURGEL, Anne Larissa Lima Guimarães et al. Cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família: a experiência do apoio matricial. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.25, p.1-6, 2017. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7101/22013>. Acesso em: 14 de junho de 2020.

GUSMÃO, Ricardo Otavio Maia et al. Atuação do enfermeiro em saúde mental na estratégia de saúde da família. **J. Health Biol. Sic.**, Fortaleza, v. 10, n. 1, p. 1-6, 2022. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/3721/1562>. Acesso em: 30 de outubro de 2023.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a36v14n1.pdf>. Acesso em: 01 de agosto de 2020.

_____. Apoio Matricial em saúde mental: a perspectiva dos especialistas sobre o processo de trabalho. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 656-668,

2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n118/0103-1104-sdeb-42-118-0656.pdf>. Acesso em: 01 de novembro de 2020.

HOLLIDAY, Oscar Jara. **Para sistematizar experiências**. 2 ed. Brasília: 2006.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/indicadores.html?localidade=BR>. Acesso em: 21 de setembro de 2023.

IGLESIAS, Alexandra; AVELLAR, Luziane Zacché. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n.4, p. 1247-1254, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000401247. Acesso em: 07 de novembro de 2020.

_____. As Contribuições dos Psicólogos para o Matriciamento em Saúde Mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**. São Paulo, v. 36, n.2, p. 364-379, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v36n2/1982-3703-pcp-36-2-0364.pdf>. Acesso em: 09 de agosto de 2020.

JORGE, Maria Salete Bessa et al., Apoio matricial, projeto terapêutico singular e produção do cuidado em saúde mental. **Texto & Contexto Enferm**. v. 24, n. 1, p. 112-121, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/lil-744792>. Acesso em: 14 de junho de 2020.

KAVOOR, Anjana Rao; CHAKRAVARTHY, Kripa; JOHN, Thomas, 2020. Remote consultations in the era of COVID-19 pandemic: Preliminary experience in a regional Australian public acute mental health care setting. **Asian Journal of Psychiatry**, Amsterdã, n. 51, e102074, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7195079/>. Acesso em: 12 de junho de 2020.

LEWIN, K. O Conflito Entre os Modos Aristotélicos e Galiléicos de Pensamento na Psicologia Contemporânea. In: _____. **Teoria Dinâmica da Personalidade**. São Paulo: Cultrix, 1975. p. 13-49.

LIMA, Marlene Costa; GONÇALVES, Tonantzin Ribeiro. Apoio matricial como estratégia de ordenação do cuidado em saúde mental. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n.1, p. 1-21, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v18n1/0102-6909-tes-18-1-e0023266.pdf>. Acesso em: 26 de outubro de 2020.

LIMA, Maura; DIMENSTEIN, Magda. O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Natal, v. 20, n. 58, p. 625-635, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v20n58/1807-5762-icse-1807-576220150389.pdf>. Acesso em: 10 de agosto de 2020.

MAIA, Luciana Corales et al. Impacto do apoio matricial a idosos na atenção primária: ensaio comunitário randomizado. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v. 55, n. 10, p. 1-11, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/vyp7PxMrZdMC4jsJh5VF93f/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 de setembro de 2022.

MANCA, Consuelo Guilardi; NUNES, Fernanda Costa. Percurso formativo regional: relato de uma experiência potente de educação permanente em saúde. **GEPESVIDA**, v. 6, n. 14, p. 85-96, 2020. Disponível em: <http://www.icepsc.com.br/ojs/index.php/gepesvida/article/view/396>. Acesso em: 06 de novembro de 2020.

MARTINS, ANDRÉ. Novos Paradigmas e saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 9, n. 1, p. 83-112, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311999000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 25 de outubro de 2018.

MATTOS, RUVENS ARAÚJO. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, ROSENI; MATTOS, RUBENS ARAÚJO. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009. p. 43-68.

_____. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>. Acesso em: 28 de julho de 2018.

MILIAUSKAS, Claudia Reis et al. Telematriciamento em saúde mental na pandemia de COVID-19: relato de experiência. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 44, p. 1-10, 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1380392>. Acesso em: 02 de novembro de 2023.

MINAYO, M. C. S. Técnicas de análise de material qualitativo. In: _____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 303-360.

MIRANDA, Priscilla Ingird Gomes et al. Ações realizadas na atenção primária à saúde às pessoas com transtorno mental: revisão integrativa. **Rev. Rene.**, Fortaleza v. 22, e.60496, p. 1-10, 2021. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8082189>. Acesso em 28 de setembro de 2023.

NETO, João Leite Ferreira. A Atuação do Psicólogo no SUS: Análise de Alguns Impasses. **Psicologia: Ciência e Profissão**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 390-403, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000200013. Acesso em: 27 de julho de 2020.

NEVES, Tiago Iwasawa; PORCARO, Luiza Almeida; CURVO, Daniel Rangel. Saúde é colocar-se em risco: normatividade vital em Georges Canguilhem. **Saúde e**

Sociedade, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 626-637, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902017000300626&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 23 de setembro de 2018.

PAMPLONA, Reinaldo Fernandes Pains. Matriciamento em saúde mental como método potencializador da avaliação do desenvolvimento infantil: relato de experiência. **Health Residencies Journals - HRJ**, Brasília, v. 3, n. 16, p. 261-272, 2022. Disponível em: <https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/251>. Acesso em: 25 de setembro de 2022.

PATROCÍNIO, SHIRLET SOARES DA SILVA MARINS et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e implementação em municípios do Rio de Janeiro. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 105-119, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000500105&lng=en&nrm=iso&lng=pt. Acesso em: 11 de outubro de 2018.

PINHEIRO, ROSENI. As práticas do cuidado na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, ROSENI; MATTOS, RUBENS ARAÚJO. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009. p. 69-116.

PESSOA, Denise Mayara de Souza et al. Assistência de enfermagem na atenção primária à saúde de adolescentes com ideações suicidas. **Rev Min Enferm**. Belo Horizonte, v. 24, e. 1290, 2020. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1290.pdf>. Acesso em: 17 de setembro de 2022.

PUPPO, Ligia Rivero et al. Saúde Mental na Atenção Básica: identificação e organização do cuidado no estado de São Paulo. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 44, nº especial 3, p. 107-127, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/nYHd8GWRqV94fRCHqz7fNXj/?lang=pt>. Acesso em: 21 de agosto de 2022.

ROCHA, Mayara Nakiria Tavares; CALHEIROS, David dos Santos; WYSZOMIRSKA, Rozangelma Maria de Almeida Fernandes. Formação inicial do médico que atua na atenção primária à saúde mental. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Brasília, v. 41, nº 1, p. 1-8, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/CibjMV77Ykdk4GDNqs6pMBv/>. Acesso em: 29 de setembro de 2023.

ROSA, Débora Cristina Joaquina; LIMA, Daiane Márcia de PERES, Rodrigo Sanches. Saúde mental na Atenção Primária: (des)encontros entre enfermeiros e pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**. [online], vol.17, n.4, p. 83-91, 2021. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762021120000011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 de agosto de 2022.

SALGADO, Manoela Alves; FORTES, Sandra Lucia Correia Lima. Indicadores de saúde mental na Atenção Primária à Saúde: avaliando a qualidade do acesso através da capacidade de detecção de casos. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 9, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00178520>. Acesso em: 20 de agosto de 2022.

SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO JUNIOR, José Patrício. Rede de atenção psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p. 1-16, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/N9DzbdSJMNC4W9B4JsBvFZJ/?lang=pt>. Acesso em: 13 de setembro de 2022.

SANINE, Patrícia Rodrigues; SILVA, Letícia Isabel Ferreira. Saúde mental e qualidade organizacional dos serviços de atenção primária no Brasil. **Cad Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 7, p. 1-13, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/zzd7pcPDrd9VDqNHHDpBwZQ/>. Acesso em: 28 de setembro de 2023.

SANTOS, Andressa da Silva; SOARES, Fernanda de Moura. O papel do agente comunitário de saúde no apoio matricial. **CADESP**, Fortaleza, v. 16, n. 1, p. 107-115, 2022. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/613/331>. Acesso em: 21 de setembro de 2022.

SANTOS, Edilson Lima dos, et al. Síndrome de *burnout* e suas implicações na saúde mental de enfermeiros da rede de atenção primária em saúde. In **Open Science Research IX**. 1ª ed. Editora Científica Digital, 2022. p. 333-339. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/221211351.pdf>. Acesso em: 01 de outubro de 2023.

SARAIVA, Sonia Augusta Leitão; ZAPEDA, Jorge; LIRIA, Alberto Fernandez. Componentes do apoio matricial e cuidados colaborativos em saúde mental: uma revisão narrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 553-565, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JgQqJ9gCWXGRNcyTf3pT7NG/?lang=pt>. Acesso em: 18 de setembro de 2022.

SCHAFER, Katherine Musacchio et al. Prevalence rates of anxiety, depressive, and eating pathology symptoms between the pre- and peri-COVID-19 eras: A meta-analysis. **Jornal of Affective Disorders**, v. 298, n. A, p. 364-372, 2022. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032721011976?dgcid=rss_sd_all. Acesso em: 13 de setembro de 2022.

SILVA, Andréa Tenório Correia da et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da atenção básica do município de São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2076-2084, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n11/07.pdf>. Acesso em 16 de junho de 2019.

SILVA, Helio Alves da et al. Práticas de matriciamento em saúde mental desenvolvidas na atenção primária à saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. v 13., n. 5, p. 1-9, 2023. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/6954>. Acesso em: 02 de outubro de 2023.

SILVA, Maiara Martins et al. O matriciamento em saúde mental e a participação dos trabalhadores: um relato de experiência em meio à pandemia de COVID-19. **Saúde em Redes**. Porto Alegre, v. 7, supl. 1, p 1-10, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/ressource/pt/biblio-1348303> Acesso em: 25 de setembro de 2022.

SIMÃO, Carolina; VARGAS, Divane de; PEREIRA, Caroline Figueira. Intervenções de enfermagem em saúde mental na Atenção Primária à Saúde: revisão de escopo. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 35, eAPE01506, p. 1-11, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/rBWm3qdrclJLBdgD5D3PW7sy/>. Acesso em: 30 de setembro de 2023.

SOARES, Carlos Gabriel de Souza. Saúde mental na atenção primária: um estudo sobre a atuação dos agentes comunitários de saúde. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 3, p. 11755-11781, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/30494/pdf>. Acesso em 01 de outubro de 2023.

SOUZA, Aline Pereira de et al. Ações de promoção e proteção à saúde mental de idoso na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Cien Saude Colet**, v. 27, n 5, p. 1741-1752, 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/ressource/pt/mdl-35544804>. Acesso em: 28 de agosto de 2022.

SOUZA, Debora Patricia Rodrigues de et al. Assistência e gerência no contexto da Estratégia Saúde da Família sob a ótica dos enfermeiros assistenciais. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**. Uberaba, v. 10, n. 2, p. 1-12, 2021. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/4545> Acesso em: 03 de outubro de 2023.

SUNDFELD, ANA CRISTINA. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1079-1097, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a02v20n4.pdf>. Acesso em: 02 de novembro de 2018.

_____. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1079-1097, 2010. p 1081. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 25 de junho de 2019.

TATMATSU, Daniely Brito; ARAÚJO, Ana Carolina da Costa. Atenção primária e saúde mental: contribuições e potencialidades do apoio matricial. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 71-79, 2016. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/MUD/article/view/6720>. Acesso em: 16 de outubro de 2020.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da Pesquisa Ação**. 18 ed, São Paulo: Cortez, 2009.

TORALES, Julio et al. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 66, n. 4, p. 317-320, 2020. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0020764020915212#articleCitationDownloadContainer>. Acesso em: 12 de junho de 2020.

VIEIRA, Silvia de Medeiros et al. Rede de Atenção Psicossocial: Os desafios da articulação e integração. **Psicologia Política**, Florianópolis, v. 20, n. 47, p. 76-86, 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v20n47/v20n47a07.pdf>. Acesso em: 26 de outubro de 2023.

XAVIER, Gabriel Godinho. **Atenção à crise psíquica na rede de atenção psicossocial de Francisco Morato**. 2023. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, São Paulo, 2023. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/03/1419030/tcc-gabriel-gondinho-xavier.pdf>. Acesso em: 30 de outubro de 2023.

YAO, Hao; CHEN, Jian-Hua; XU, Yi-Feng. Rethinking online mental health services in China during the COVID-19 epidemic. **Asian Journal of Psychiatry**, Amsterdã, n. 50, e102015, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7271098/>. Acesso em: 12 de junho de 2020.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho; BIANCHESSI, Desirée Luzardo Cardozo; ROCHA, Kátia Bones. Dispositivos e conexões da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Porto Alegre-RS. **Estudos interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 9, n. 3, p. 80-101, 2018. Acesso em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000300006. Acesso em: 23 de outubro de 2023.

APÊNDICE

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA –

MESTRADO PROFISSIONAL



Título da Pesquisa: Estratégias e ferramentas para realização de apoio matricial entre Centro de Atenção Psicossocial e Equipes de Atenção Primária quando há impedimento para o encontro físico das equipes

Objetivo: Analisar o processo de criação, fortalecimento e utilização de estratégias e ferramentas que promovam a implementação do apoio matricial entre CAPS e Atenção Primária à Saúde quando há impedimentos para o encontro físico entre as equipes.

Período da coleta de dados: 10 de maio a 30 de agosto de 2021.

Tempo estimado para cada coleta: 2 horas e 30 minutos cada encontro

Local da coleta: Cada coleta ocorrerá em espaço apropriado no CAPS, visto ter uma sala ampla para reuniões.

Pesquisador/Orientador: Fabiane Ferraz	Telefone: (48) 9.8833.3243
Pesquisador/Acadêmico: Felipe Pedroso	Telefone: (48) 9.8415.3623

Mestrando do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Mestrado profissional da UNESC

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo pesquisa-ação em saúde. Essa abordagem visa produzir conhecimento e transformar a realidade a partir das construções realizadas pelos participantes do estudo no período de trabalho de campo. A pesquisa será realizada em um município de grande porte do sul catarinense, envolvendo profissionais de um CAPS, uma unidade básica de saúde e gestores de Saúde Mental e Atenção primária. O trabalho de campo ocorrerá no espaço físico do CAPS, serão realizados cerca de 10 encontros, de junho a setembro de 2021, com duração entre 2 a 3 horas. A coleta de dados ocorrerá por meio de entrevistas grupais em um formato de oficinas. As ações do trabalho de campo serão orientadas por uma adaptação do Arco de Maguerez, organizado em cinco etapas: observação da realidade, identificação dos pontos-chaves, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade. Os encontros serão gravados em áudio e vídeo, bem como serão realizados registros em diário de campo. Todo o material será transcrito na íntegra e analisado a partir da técnica de análise temática de conteúdo, sendo que o processo de análise será validado pelos participantes no processo de coleta dos dados. A participação ocorrerá de forma voluntária, respeitando os aspectos éticos previstos nas Resoluções 416/12 e 510/16, do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com seres humanos. Os resultados serão analisados a partir dos referenciais teóricos da Rede de Atenção Psicossocial, Apoio Matricial, Educação Permanente em Saúde, cogestão de coletivos e integralidade da atenção. Importante destacar que para realização do trabalho de campo todas as medidas de biossegurança relacionadas a COVID 19 serão atendidas, em especial: uso de máscara PFF2 por todos os participantes, distanciamento mínimo de 1,5m entre os participantes, higienização das mãos com álcool 70% e organização do encontro em ambiente amplo e arejado.

RISCOS

Os riscos para os participantes da pesquisa serão mínimos, basicamente desconforto momentâneo em função de algum questionamento por parte do pesquisador ou de outros participantes. O sigilo será respeitado em todas as etapas a fim de evitar consequências danosas ou desagradáveis para os participantes. Todo o material coletado será armazenado pelos pesquisadores, garantindo que somente eles o acessem. A fim de que os profissionais tenham liberdade de expressar suas dificuldades, sem nenhum constrangimento, os gestores serão convidados a ingressarem no grupo após o 7º encontro. Como as atividades ocorrerão presencialmente, reiteramos que todas as medidas de biossegurança serão cuidadas.

BENEFÍCIOS

Os benefícios para os participantes serão tanto diretos como indiretos. Indiretos por meio da contribuição para a produção de conhecimento processo de criação, fortalecimento e utilização de estratégias e ferramentas que promovam a implementação do apoio matricial entre CAPS e Atenção Primária à Saúde quando há impedimentos para o encontro físico entre as equipes. Como benefício direto é possível apontar a oportunidade de reflexão sobre o seu processo de trabalho e, consequente, transformação na organização do mesmo, de forma a melhor lidar com os obstáculos para implementação do apoio matricial, em especial o impedimento do contato físico entre equipes.

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o(a) pesquisador(a) Profa. Dra. Fabiane Ferraz, pelo telefone (48) 9.8833.3243 / (48) 3431-2609 e/ou pelo e-mail fabiane.ferraz@unesc.net

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC, fone: (48) 3431-2606, e-mail: etica@unesc.net, ou no endereço expresso no rodapé da página.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS	
Voluntário(a)/Participante	Pesquisador(a) Responsável
Assinatura	Assinatura
Nome: _____	Nome: FABIANE FERRAZ
CPF: _____._____._____ - ____	CPF: 951.924.330-53

Criciúma (SC), ____ de _____ de 20____.

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E GRAVAÇÕES



UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA –
MESTRADO PROFISSIONAL



Permito que sejam realizadas fotografia, filmagem ou gravação de minha pessoa para fins da pesquisa científica intitulada: “Estratégias e ferramentas para realização de apoio matricial entre Centro de Atenção Psicossocial e Equipes de Atenção Primária quando há impedimento para o encontro físico das equipes”, e concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados eventos científicos ou publicações científicas. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada por nome ou rosto em qualquer uma das vias de publicação ou uso.

As fotografias, vídeos e gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e, sob a guarda dos mesmos.

_____, ____ de _____ de _____
Local e Data

Nome do Sujeito Pesquisado

APÊNDICE 3 - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA –
MESTRADO PROFISSIONAL



QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES -
Versão CAPS

PROJETO
ESTRATÉGIAS E FERRAMENTAS PARA REALIZAÇÃO DE APOIO MATRICIAL
ENTRE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E EQUIPES DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA QUANDO HÁ IMPEDIMENTO PARA O ENCONTRO FÍSICO DAS
EQUIPES

Nome: _____

1. Gênero: () Masc. () Fem.

2. Idade (anos): _____ 3. Carga horária de trabalho: _____

4. Graduação: _____

Curso: _____

Ano: _____

Instituição: _____

5. Pós-graduação realizada: _____

Curso: _____

Ano: _____

Instituição: _____

Curso: _____

Ano: _____

Instituição: _____

6. Cursos específicos sobre CAPS realizados: _____

Curso: _____

Ano: _____ Carga horária: _____

Instituição: _____

7. Tempo de atuação como profissional da saúde: _____ anos _____ meses.

8. Tempo de atuação em CAPS: _____ anos _____ meses.

9. Outros empregos em que trabalha: _____

10. Como você avalia o trabalho da sua equipe CAPS?

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA –
MESTRADO PROFISSIONAL



QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES -
Versão APS

PROJETO
ESTRATÉGIAS E FERRAMENTAS PARA REALIZAÇÃO DE APOIO MATRICIAL
ENTRE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E EQUIPES DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA QUANDO HÁ IMPEDIMENTO PARA O ENCONTRO FÍSICO DAS
EQUIPES

Nome: _____

3. Gênero: () Masc. () Fem.

4. Idade (anos): _____ 3. Carga horária de trabalho: _____

4. Graduação:

Curso: _____

Ano: _____

Instituição: _____

5. Pós-graduação realizada:

Curso: _____

Ano: _____

Instituição: _____

Curso: _____

Ano: _____

Instituição: _____

6. Cursos específicos sobre atenção primária e saúde mental/atenção
 psicossocial realizados:

Curso: _____

Ano: _____ Carga horária: _____

Instituição: _____

7. Tempo de atuação como profissional da saúde: _____ anos _____ meses.

8. Tempo de atuação na Atenção Primária: _____ anos _____ meses.

9. Outros empregos em que trabalha:

[illegible]

APÊNDICE 4 - Roteiro para Caracterização do processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde possíveis de serem apoiados pelos CAPS



**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA –
MESTRADO PROFISSIONAL**



Caracterização do processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde possíveis de serem apoiados pelos CAPS

Participantes: _____

No que tange as rotinas e dinâmicas de uma ESF, o que o CAPS pode apoiar?
Quais características processo de cuidado da ESF para além dos usuários que necessitam de intervenções psicossociais podem ser desenvolvidas com o apoio matricial do CAPS

Qual o papel da atenção primária no que diz respeito aos usuários com transtornos mentais severos e persistentes?

APÊNDICE 5 - Proposta de movimentos para organização da Rede de Atenção Psicossocial no Município a partir da concepção de apoio matricial



UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA –
MESTRADO PROFISSIONAL



Proposta de movimentos para organização da Rede de Atenção Psicossocial no Município a partir da concepção de apoio matricial

APRESENTAÇÃO

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço constituinte da Rede de Atenção Psicossocial e possui múltiplas funções que consolidam uma proposta de cuidado do sofrimento em liberdade e no território. Talvez o papel mais conhecido do CAPS seja o atendimento às pessoas com transtornos mentais severos ou persistentes, todavia é importante ter claro que, além das ações diretas com determinados usuários de um território, cabe ao CAPS organizar a demanda e a rede de cuidado em saúde mental nesse território e supervisionar e capacitar as equipes de atenção primária à saúde (BRASIL, 2002). Tais funções exigem uma complexa organização do serviço e das relações com outros pontos da rede de atenção psicossocial (RAPS).

O apoio matricial é um conceito que parece potente em orientar a organização entre os serviços e o processo de trabalho do CAPS. Proposto por Campos, no âmbito da saúde mental, o apoio matricial busca superar formas tradicionais de organização dos serviços de saúde. Defende-se que os serviços especializados, no caso, o CAPS, funcione como a retaguarda especializada para equipes de referência. As equipes de atenção primária, sendo equipes de referência, têm o papel de realizar o cuidado longitudinal da população de um território adscrito. Nesse sentido, deve ser capaz de lidar com os problemas de saúde sensíveis à atenção primária e articular o cuidado de casos complexos, podendo acionar o serviço especializado para o cuidado direto desses usuários. Nota-se que não ocorre o encaminhamento do usuário, mas sim o

compartilhamento do cuidado. A lógica da referência e contra-referência é substituída pelo cuidado longitudinal e compartilhado. Buscam-se também transformações nas relações de poder entre as equipes. O serviço especializado não se coloca como superior hierarquicamente à atenção primária, mas sim como uma equipe de apoio à equipe de referência, sendo que a segunda deve exercer a coordenação do cuidado do caso. Nessa posição, o CAPS, como equipe de apoio matricial, além de atender diretamente casos de maior complexidade, deve atuar de forma integrada com a função articuladora da atenção primária e trabalhar para o contínuo desenvolvimento desta no que tange o cuidado psicossocial (BEDRIKOW; CAMPOS, 2017; CAMPOS, 2000; 1999).

O arranjo proposto de apoio matricial também é um potente estimulador da educação permanente em saúde (EPS). Por EPS entende-se tanto uma prática de ensino-aprendizagem como uma política de educação em saúde. Como política de educação em saúde, envolve a contribuição do ensino à formação do SUS. Defende, entre outros aspectos, a articulação entre ensino, trabalho e cidadania e a construção da rede de saúde como espaço de educação profissional. A EPS é também uma prática de ensino-aprendizagem, propondo a produção do conhecimento no cotidiano do trabalho, tendo como base as necessidades de saúde da população, os problemas enfrentados no trabalho, as experiências vivenciadas pelos profissionais e as reflexões críticas sobre suas práticas. Essa produção de conhecimento tem a sua relevância no sentido que consegue contribuir para respostas às dificuldades vivenciadas no ambiente de trabalho e produzir novas perguntas para orientar contínuas reflexões. Busca-se ir além de atualizações técnico-científicas, envolvendo também as dimensões éticas da vida, do trabalho, da saúde e da educação. (CECCIM; FERLA, 2009).

Por mais que a proposta de apoio matricial venha ganhando espaço, estando presente inclusive na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), observa-se que são comuns dificuldades na sua efetiva implementação como concepção organizadora dos serviços (LIMA; GONÇALVES, 2020; IGLESIAS; AVELLAR, 2019; GONÇALVES; PERES, 2018; FERREIRA et al., 2017; GURGEL et al., 2017; TATMATSU; ARAÚJO, 2016). Os obstáculos se tornaram ainda maiores com a pandemia de COVID-19, que trouxe riscos para o contato pessoal e exigiu transformações no serviço de saúde (GALEA; MERCHANT; LURIE, 2020; KAVOOR; CHAKRAVARTHY; JOHN, 2020), o que naturalmente se tornou mais um desafio para

efetivação do apoio matricial. Nesse contexto, é essencial o desenvolvimento de estratégias para a retomada e desenvolvimento do apoio matricial como concepção orientadora para a organização dos serviços de saúde.

Apresentamos a seguir um plano para o fortalecimento do apoio matricial entre CAPS e Atenção Primária à Saúde, visando contribuir para o desenvolvimento da atenção psicossocial no município de Criciúma, em um contexto onde a situação epidemiológica vem apresentando melhoras gradativas e constantes, mas ainda há incertezas quanto ao futuro da pandemia e da possibilidade da retomada de medidas de distanciamento social. Este documento decorre da coleta de dados da pesquisa supracitada, realizada pelo mestrando Felipe Pedroso, sob orientação da Prof. Dra. Fabiane Ferraz, com a participação dos servidores sujeitos desta. Estão listadas as estratégias, suas descrições, profissionais responsáveis pelas mesmas, sugestão de calendário e observações relativas a cenários onde houver impedimento para o contato físico entre as equipes.

Estratégia I - Reuniões distritais entre os CAPS e equipes de atenção primária de determinado distrito

Serão realizadas reuniões distritais com a participação de 2 profissionais de cada CAPS (CAPS ad, I e II ou III, conforme o distrito em questão), todos os profissionais da atenção primária do distrito, o gerente do distrito, assim como outros gerentes e coordenadores, conforme necessidade e disponibilidade. A atividade ocorrerá ao longo de todo o dia e os participantes serão divididos em dois grupos. A primeira turma participará no período da manhã, já a segunda turma, no período da tarde, de forma que todos possam participar sem a necessidade de fechar os serviços. Nessas reuniões serão realizados: (1) discussão sobre fluxos e protocolos; (2) ações de educação continuada/capacitação/EPS sobre temáticas pertinentes ao trabalho em saúde mental na atenção primária; (3) discussão de casos estratégicos para a compreensão de fluxos e do processo de trabalho de cada equipe; (4) análise de ações realizadas na atenção primária, como consulta individual, atendimento domiciliar e atividades de orientação; (5) desenvolvimento conjuntos de campanhas e atividades coletivas e (6) suporte para o diagnósticos do território.

Acontecerá uma reunião a cada 15 dias, assim, os CAPS I e ad participarão de uma reunião a cada 15 dias, os CAPS II e III participarão de uma reunião por mês e

cada equipe de atenção primária participará uma vez a cada três meses. Serão unidos os distritos do Rio Maina e da Boa Vista para estas reuniões. A atividade está prevista para iniciar em 12 de maio e ocorrerá sob responsabilidade da coordenação de saúde mental, assim como da coordenação do CAPS II e CAPS ad.

Experiências recentes da equipe mostram que a realização de reuniões on-line implicam em algumas dificuldades, destacando-se a baixa qualidade de transmissões e a frequência com que os profissionais são interrompidos durante a atividade em função de demandas da unidade de saúde, de onde estão participando da reunião. Apesar dos problemas apontados, a situação epidemiológica no município, ou fatores de outra ordem, pode impedir a realização das reuniões presencialmente e exigir que ocorra à distância. Baseado nas experiências citadas, é essencial a garantia de equipamentos de qualidade, como computadores, microfone, caixa de som e câmera, assim como internet de qualidade satisfatória. É essencial que a equipe se organize para aqueles que estejam participando da atividade não sejam interrompidos, salvo situações de urgências. Da mesma forma, é necessário que a gestão apoie tais práticas, compreendendo que os benefícios potenciais são muito superiores ao prejuízo ao atendimento que poderá ocorrer naquele dia.

Estratégia II - Reuniões Estratégicas

A proposta é que seja realizada uma reunião por mês envolvendo a gerente da atenção primária, as gerências distritais, três profissionais de ESF escolhidos pela gestão, gerente da atenção especializada, gerente de saúde mental e coordenadores dos CAPS. A função da reunião é a realização em conjunto do planejamento estratégico no âmbito da atenção psicossocial, assim como o desenvolvimento de protocolos, fluxos e diretrizes.

A organização da atividade poderá ser de responsabilidade da coordenação de saúde mental e poderá ser iniciada dia no dia 5 de maio, podendo ocorrer as próximas reuniões nos em toda primeira quinta-feira do mês

Para que seja garantida a realização das reuniões na periodicidade definida é pertinente garantir as mesmas condições tecnológicas que permitam reuniões a distância listadas na Estratégia I.

Estratégia III - Reuniões especiais com as ESF definidas a partir de protocolo como prioritárias

Além das reuniões distritais, poderão ser realizadas reuniões mensais de equipe com participação dos CAPS com aqueles ESF que mais necessitarem. Nessas reuniões poderão ser aprofundados os mesmos aspectos possíveis de serem abordados na reunião distrital. Será possível abordar os assuntos de forma mais específica e direcionada, assim como tratar de aspectos internos da rotina de equipe, discussão dos casos em acompanhamento no CAPS e daqueles que o ESF cogita acionar o CAPS. Por fim, também poderão ser desenvolvidos projetos terapêuticos dos casos complexos que necessitem de maior atenção por parte da atenção primária. As ESF serão elencadas com base na quantidade de usuários encaminhados ao CAPS, nos indicadores de saúde e na vulnerabilidade do território em sua abrangência.

A coordenação de cada CAPS deve se responsabilizar pela definição da quantidade de equipes a serem apoiadas e pela organização das atividades. A presente proposta implica em um aumento substancial na quantidade de reuniões realizadas envolvendo profissionais do CAPS. Dada a natural dificuldade em efetivas transformações na rotina de trabalho, é possível que seja necessário limitar a quantidade de equipes a serem apoiadas por meio destas reuniões especiais, assim, não parece pertinente pré-estabelecer um calendário para as mesmas. Para que seja garantida a realização das reuniões na periodicidade que vier a ser definida é pertinente garantir as mesmas condições tecnológicas que permitam reuniões a distância listadas na Estratégia I.

Estratégia IV - Mecanismos emergenciais de contato

Frente a casos que levem a atenção primária a necessitar de diálogo com o CAPS e não houver oportunidade para tal em reuniões próximas, aqueles deverão buscar contato emergencial com estes. Nesse caso, deve ser priorizado o contato telefônico. Todavia, caso haja dificuldades para tal, é possível que o contato ocorra por aplicativos de mensagem (como o Whatsapp). É importante que os CAPS se organizem para conseguir responder aos contatos, no máximo, no mesmo turno do contato, ou na primeira hora do turno seguinte, caso o contato for ao final do turno.

Para isso é possível atribuir ao profissional que trabalha na recepção a responsabilidade de monitorar o aplicativo e acionar o profissional disponível necessário para atender atenção primária. Também é possível que o CAPS se organize para ter uma escala de qual profissional ficará responsável pelo monitoramento do aplicativo em cada período.

Para garantir a qualidade necessária é importante disponibilizar para as equipes aparelhos *smartphone* que permitam o fácil uso dos principais aplicativos de mensagem, assim como internet via *wi-fi* com qualidade satisfatória para esses aparelhos. Destaca-se que tais aparelhos devem ser utilizados para desenvolver o contato entre as equipes, sendo necessária avaliação cautelosa quanto a disponibilização destes números para a população em geral e os impactos sobre o processo de trabalho das equipes que esta disponibilização poderá produzir.

Estratégia V - Recursos Especiais

Alguns outros recursos foram indicados pelos participantes como relevantes para o aprimoramento do apoio matricial. São eles:

1- Interconsultas entre profissionais da atenção primária e do CAPS. Destaca-se a especial importância em estimular as interconsultas entre médicos da ESF e o psiquiatra do CAPS. A atividade não dispões de uma coordenação específica, por mais que se indique que os profissionais dos CAPS que participarem das reuniões distritais busquem estimular essa prática. Da mesma forma, não parece adequado estipular um calendário para tal tipo de atividade.

2- Reuniões de integração para os novos profissionais contratados na rede de saúde do município. Essas reuniões serão organizadas pela gerentes distritais e poderão ocorrer a cada um ou dois meses para apresentar a rede de atenção à saúde do município para os novos profissionais, ou no mínimo ter um calendário semestral;

3- Reuniões entre CAPS e APS mediadas pela gestão frente aos casos que se avalie que a participação de gerentes ou gestor seja essencial para a superação de problemas no processo de trabalho. Essas reuniões não possuem periodicidade definida e podem ser solicitadas por gestão ou por coordenações das equipes envolvidas

Estratégia VI - Informações sobre a Rede de Atenção Psicossocial no Município

É possível a utilização de estratégias visando contribuir para que profissionais e usuários conheçam melhor os serviços de saúde do município. Duas estratégias possíveis são:

1- Desenvolvimento de vídeos institucionais apresentando os serviços que compõem a RAPS, incluindo sua localização, equipe, fluxos e processo de trabalho. Tais vídeos podem ser exibidos nas televisões disponíveis nos estabelecimentos de saúde, assim como nas mídias da prefeitura e dos serviços municipais. A Residência Multiprofissional da UNESC está desenvolvendo vídeos que podem auxiliar nessa divulgação.

2- Desenvolvimento de material informativo sobre o trabalho do CAPS. Tal atividade poderá ser desenvolvida pelos usuários do serviço com apoio dos profissionais e ser divulgado em diferentes canais e redes sociais, como impresso nas unidades de saúde e publicados nas redes sociais. Com isso, espera-se que população e trabalhadores da saúde conheçam melhor as atividades realizadas no CAPS. A coordenação da atividade é de responsabilidade do coordenador de cada CAPS.

Para que essas estratégias sejam utilizadas com qualidade é necessário garantir serviço de filmagem, próprio ou terceirizado, para a sua produção. Em relação ao segundo aspecto, é necessário, além dos recursos já listados, acesso por parte da equipe às redes sociais que serão utilizadas na divulgação.

Estratégia VII - Monitoramento dos indicadores de saúde por parte dos CAPS

Outro recurso para fortalecer o matriciamento é o monitoramento dos indicadores de saúde por parte dos CAPS. Com isso é possível identificar as equipes que necessitam de maior apoio, demonstrar os resultados alcançados e as atividades realizadas pelo CAPS, auxiliar no diagnóstico do território e auxiliar a gestão no desenvolvimento de objetivos e metas.

O aperfeiçoamento da utilização de indicadores de saúde exige diálogo entre os profissionais e a empresa administradora do serviço de informação do município, de forma a otimizar os dados disponíveis para os servidores.

Estratégia VIII - Ações de capacitação/educação continuada/EPS

As reuniões distritais e de equipe devem ser espaços para ações de educação permanente, ou seja, para além de reuniões burocráticas e de informes e recados, necessitam ser um espaço de reflexões e transformações no processo de trabalho. Além delas, pode ser necessária a consolidação de espaços extras para o desenvolvimento de competências por parte da atenção primária para qualificar a atenção psicossocial, em especial para os agentes comunitários de saúde (ACS), já que esses profissionais não possuem necessariamente uma formação prévia ao ingresso na rede de saúde, dependendo ainda mais da educação permanente em saúde para esse fim. Os encontros podem reunir todos os agentes de saúde do município e ocorrer com frequência bimestral, caso a opção for por ações de educação continuada.

Destaca-se que possivelmente essas ações necessitam serem realizadas exclusivamente de forma presencial, de forma a estimular o engajamento e participação. Dada a elevada demanda que a execução deste projeto produzirá, que se soma a grande quantidade de pessoas habitualmente atendidas pelos CAPS, considera-se que esta estratégia receba menor grau de prioridade em relação às demais, assim, opta-se por não identificar coordenação específica ou calendário, devendo ser implementada conforme a disponibilidade das equipes.

Principais dificuldades da APS identificadas

Ao longo dos encontros foram identificadas algumas dificuldades da APS no âmbito da atenção psicossocial. A implementação das estratégias propostas deve atender para o apoio a estas dificuldades listadas, assim como as demais que venham a ser encontradas no decorrer do caminho. Foi identificada a percepção de que há um excesso de demandas concentradas sobre a enfermagem, tanto de natureza administrativa, quanto de atenção à saúde, que se relaciona com a cultura de esperar a proatividade desses profissionais para a proposição e execução de novas

atividades. O estímulo à autonomia, iniciativa e participação de todos os profissionais de uma Estratégia de Saúde da Família parece um desafio essencial para a ampliação dos tipos e da qualidade das ações psicossociais na atenção primária. Em outras palavras, não é recomendado que o desenvolvimento dos aspectos aqui discutidos se concentrem na figura dos enfermeiros.

Uma das dificuldades que podem ser apoiadas pelos CAPS envolve a (1) realização de grupos na atenção primária. Desde o diagnóstico do território para a identificação dos tipos de grupos pertinentes, até a própria condução com técnica e qualidade, produzindo adesão por parte da população, são desafios que necessitam do trabalho de retaguarda do CAPS. (2) Como lidar com os aspectos “psi” nos atendimentos, em especial no domicílio do usuário, (3) como identificar tipos de “crises”, as possibilidades de respostas às mesmas e o cuidado continuado a ser articulado e (4) como identificar e manejar o risco de suicídio são processos que precisam ser trabalhados na relação entre ESF e CAPS. Além disso, a própria temática do suicídio ainda é visto por alguns como um tabu que necessita ser quebrado. Por fim, (5) a gestão de psicotrópicos na atenção primária parece um desafio: é necessário conhecer e saber ensinar sobre medicações para os usuários, evitar o uso inadequado ou prolongado daquelas que geram dependência e abstinência, sentir-se seguro para assumir a responsabilidade pela prescrição e conseguir realizar o cuidado continuado de casos complexos que foram previamente acompanhados pelos serviços especializados.

Certamente essa lista não esgota as dificuldades da atenção primária ou os aspectos possíveis de serem apoiados pelo CAPS, mas indica processos que merecem atenção no desenvolvimento das estratégias de fortalecimento do apoio matricial na atenção psicossocial.

Algumas considerações

Em geral, as estratégias propostas buscam desenvolver o contato entre equipes de referência, ESF, e equipes de apoio, CAPS. Espera-se contribuir para o maior conhecimento dos profissionais sobre o funcionamento da RAPS, para além da sua equipe, e para a construção de diálogos entre os serviços que transformem o processo de trabalho em saúde. Trata-se de educação permanente em saúde: um processo contínuo de reflexão e transformação de ações de profissionais visando

melhor lidar com as necessidades de saúde de uma população. É necessário que os momentos de contato propostos sejam mais do que espaços para informes ou para se discutir burocracia. Foi possível observar com clareza que os profissionais que constituem essas equipes (ESF e CAPS) e de gestão tem clareza da importância das estratégias propostas, todavia é sabido que mudanças na rotina de trabalho implicam no enfrentamento de obstáculos de diversas ordens. Esperamos que este trabalho estimule e auxilie gestores e trabalhadores na superação destes obstáculos.

REFERÊNCIAS

BEDRIKOW, RUBENS; CAMPOS, GASTÃO WAGNER DE SOUZA CAMPOS. A clínica nos documentos para a Atenção Básica no Brasil. **Revista de Saúde Pública do Paraná**. v. 18, n. 2, p. 25-35, 2017. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/323190922_A_Clinica_nos_documentos_para_a_Atencao_Basica_no_Brasil. Acesso em: 10 de novembro de 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 de out. 2017a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 12 de junho de 2019

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispões sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de fev. 2002. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 09 de abril de 2021.

CAMPOS, GASTÃO WAGNER DE SOUZA. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n.2, p. 219-230, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000200002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 de novembro de 2018.

_____. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n. 2, p. 393-403, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>. Acesso em: 22 de outubro de 2020.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHISIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312004000100004&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em 12 de setembro de 2018

FERREIRA, Thayane Pereira da Silva; SAMPAIO, Juliana; SOUZA, Adelle Conceição do Nascimento; OLIVEIRA, Dilma Lucena; GOMES, Luciano Bezerra. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Natal, v.21, n. 61, p. 373-384, 2017. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/icse/v21n61/1807-5762-icse-1807-576220160139.pdf>. Acesso em: 10 de agosto de 2020.

GALEA, Sandro; MERCHANT, Raina Martha; LURIE, Nicole. The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing: The Need for Prevention and Early Intervention. **JAMA Internal Medicine**, Chicago, v. 180, n.6, p. 817-818, 2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2764404>. Acesso em: 12 de junho de 2020.

GONÇALVES, Rafael Camilo; PERES, Rodrigo Sanches. Matriciamento em saúde mental: obstáculos, caminhos e resultados. **Revista da SPAGESP**, São Paulo, v. 19, n.2, p. 123-136, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702018000200010. Acesso em: 02 de agosto de 2020.

GURGEL, Anne Larissa Lima Guimarães et al. Cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família: a experiência do apoio matricial. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.25, p.1-6, 2017. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7101/22013>. Acesso em: 14 de junho de 2020

IGLESIAS, Alexandra; AVELLAR, Luziane Zacché. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n.4, p. 1247-1254, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000401247. Acesso em: 07 de novembro de 2020.

KAVOOR, Anjana Rao; CHAKRAVARTHY, Kripa; JOHN, Thomas, 2020. Remote consultations in the era of COVID-19 pandemic: Preliminary experience in a regional Australian public acute mental health care setting. *Asian Journal of Psychiatry*, Amsterdã, n. 51, e102074, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7195079/>. Acesso em: 12 de junho de 2020.

LIMA, Marlene Costa; GONÇALVES, Tonantzin Ribeiro. Apoio matricial como estratégia de ordenação do cuidado em saúde mental. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n.1, p. 1-21, 2020. Disponível em

<https://www.scielo.br/pdf/tes/v18n1/0102-6909-tes-18-1-e0023266.pdf>. Acesso em: 26 de outubro de 2020.

TATMATSU, Daniely Brito; ARAÚJO, Ana Carolina da Costa. Atenção primária e saúde mental: contribuições e potencialidades do apoio matricial. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 71-79, 2016. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/MUD/article/view/6720>. Acesso em: 16 de outubro de 2020.

ANEXOS

ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/ Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo:

Parecer n.º: 4.682.120

CAAE: 45904821.5.0000.0119

Pesquisador(a) Responsável: Fabiane Ferraz

Pesquisador(a): FELIPE PEDROSO

Título: ESTRATÉGIAS E FERRAMENTAS PARA REALIZAÇÃO DE APOIO MATRICIAL ENTRE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA QUANDO HÁ IMPEDIMENTO PARA O ENCONTRO FÍSICO DAS EQUIPES

Este projeto foi aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Todas e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 30 de abril de 2021.


Marco Antônio da Silva
 Coordenador do CEP

Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 88.806-000 – Criciúma /SC
 Bloco Administrativo – Sala 37 | Fone (48) 3431.2606 | cetica@unes.net | www.unesc.net/cep
 Horário de funcionamento do CEP: de segunda a sexta-feira, das 08h às 12h e das 13h às 17h.