



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE  
VITÓRIA/ES: OUTRAS POSSIBILIDADES DE PRODUÇÃO DE CUIDADO EM  
SAÚDE MENTAL**

**VITÓRIA  
2022**

**PEDRO HENRIQUE CUNHA DUQUE**

**APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE  
VITÓRIA/ES: OUTRAS POSSIBILIDADES DE PRODUÇÃO DE  
CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo.

Orientadora: Professora Doutora Teresinha Cid Constantinidis

**VITÓRIA  
2022**

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

---

C972a Cunha Duque, Pedro Henrique, 1989-  
APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL NO  
MUNICÍPIO DE VITÓRIA/ES : OUTRAS POSSIBILIDADES  
DE PRODUÇÃO DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL / Pedro  
Henrique Cunha Duque. - 2022.  
100 f.

Orientadora: Teresinha Cid Constantinids.  
Tese (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do  
Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Psicologia. 2. Saúde Mental. 3. Psicologia clínica da  
saúde. 4. Saúde Pública. I. Cid Constantinids, Teresinha. II.  
Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências  
Humanas e Naturais. III. Título.

CDU: 159.9

---



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS  
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - CPGP

**ATA DA SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO  
EM PSICOLOGIA DO ALUNO PEDRO HENRIQUE CUNHA DUQUE**

Aos três dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e vinte e dois, às quatorze horas, com participação remota do mestrando e de todos os membros da Banca por meio de webconferência, nos termos da Portaria Normativa PRPPG/UFES nº 08, de 1º de julho de 2021, reuniu-se a Banca Examinadora composta pelas Professoras Dra. Teresinha Cid Constantinidis (CPGP/UFES), Dra. Alexandra Iglesias (CPGP/UFES) e Dra. Meyrielle Belotti (DTO/CCS) para a sessão pública da defesa de dissertação de Mestrado de **Pedro Henrique Cunha Duque**, intitulada: “**Apoio matricial em saúde mental no município de Vitória/ES: outras possibilidades de produção de cuidado em saúde mental**”, sob a orientação da Profa. Dra. Teresinha Cid Constantinidis, que presidiu a Sessão. Realizada a arguição, a defesa foi dada por encerrada e os membros da Banca, reunidos, decidiram pela aprovação da Dissertação do aluno. Por fim, a presidente da sessão alertou que o aluno somente terá direito ao título de Mestre após entrega da versão final de sua dissertação, em papel e meio digital, à Secretaria da Coordenação de Pós-Graduação em Psicologia. Nada mais havendo a acrescentar, eu, Profa. Dra. Teresinha Cid Constantinidis, lavrei esta ata que vai assinada digitalmente por mim e pelos demais membros da Banca Examinadora, nos termos da Portaria supramencionada. Vitória, ES, 03 de fevereiro de 2022.

Profa. Dra. **Teresinha Cid Constantinidis**  
Orientadora e Presidente da Sessão – CPGP/UFES

Profa. Dra. **Alexandra Iglesias**  
Examinadora Interna - CPGP/UFES

Profa. Dra. **Meyrielle Belotti**  
Examinadora Externa - DTO /UFES

Av. Fernando Ferrari, 514. Vitória/ES –Ed. Prof. Lídio de Souza  
Campus de Goiaberas - CEP: 29075-910 - E-mail: [ppgp.ufes@gmail.com](mailto:ppgp.ufes@gmail.com).



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

**PROTOCOLO DE ASSINATURA**



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por  
ALEXANDRA IGLESIAS - SIAPE 2308615  
Departamento de Psicologia - DP/CCHN  
Em 14/02/2022 às 11:23

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:  
<https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/359341?tipoArquivo=O>



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

**PROTOCOLO DE ASSINATURA**



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por  
MEYRIELLE BELOTTI - SIAPE 2872827  
Departamento de Terapia Ocupacional - DTO/CCS  
Em 14/02/2022 às 14:56

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:  
<https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/359531?tipoArquivo=O>



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

**PROTOCOLO DE ASSINATURA**



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por  
TERESINHA CID CONSTANTINIDIS - SIAPE 1698790  
Departamento de Terapia Ocupacional - DTO/CCS  
Em 14/02/2022 às 16:53

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:  
<https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/360026?tipoArquivo=O>

## **Agradecimentos**

Chegar até este momento não foi nada fácil. Precisamente por isso, tenho muito a agradecer. Não terei, entretanto, memória suficiente neste momento (e quem me conhece sabe que em nenhum outro também) para agradecer a todas as pessoas que participaram deste processo.

Inicio agradecimento à minha família, minha mãe e irmã, que são minha retaguarda e segurança para as mais diversas empreitadas da vida. Agradeço à Jamille, que compartilhou e contribuiu de maneira imensurável de todo meu processo de formação, amadurecimento e contínuo processo de construção e desconstrução de trabalhador e militante da saúde mental.

Agradeço também à Janis e Pitanga, que com todo seu amor, paciência e alegria não me deixaram esmorecer nos momentos mais difíceis, sempre com um rabinho balançando e uma orelha dobrada ou uma bolinha desejante por ser arremessada.

À Teresinha deixo um agradecimento particularmente carinhoso por todas as palavras e atitudes de força e encorajamento. A todas as ações de orientação que levaram à conclusão deste trabalho, passando por diversas intempéries da vida com sua leveza e alegria, me mostrando que de fato era um processo trabalhoso, mas também potente e recompensador. Um afeto que me acompanhará pela vida.

Agradeço à Manoela por toda a companhia e carinho no processo interminável de término (sim, é isso mesmo!) deste trabalho. Os momentos compartilhados de estudo e de descontração foram fundamentais para a chegada até aqui.

A Andrea e Taís agradeço por todas as conversas, acolhimentos, compartilhamentos e ensinamentos na área técnica de saúde mental, mas principalmente por me contagiar com a força e determinação de vocês em construir e fortalecer uma atenção à saúde mental pautada pela lógica da atenção psicossocial e antimanicomial em Vitória. Estendo o agradecimento a



todas as companheiras e companheiros que transitaram pela área técnica durante esse período também. À Renata pelo empenho em tornar possível este processo de mestrado compartilhado com a gestão de um serviço 24 horas e também pelos compartilhamentos sobre gestão e defesa do SUS.

Às trabalhadoras e trabalhadores da saúde de Vitória que trabalham e defendem umas RAPS intrínseca e inequivocamente antimanicomial. Às companheiras e companheiros de trabalho do CAPS São Pedro por me acompanharem durante esses anos e sustentarem a complexidade de um trabalho territorial e em liberdade, mesmo com as dificuldades impostas pela cultura manicomial e potencializada pelos recentes retrocessos nas políticas de saúde e nas políticas públicas de modo geral.

Aos companheiros e companheiras do Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial do Espírito Santo, que defendem e lutam de modo inspirador pelos direitos dos usuários, familiares/cuidadores e trabalhadores da saúde mental.

Agradeço especialmente aos usuários, usuárias, familiares e cuidadores que utilizam o SUS, em especial o CAPS São Pedro, e sabem, mais do que ninguém, o quão importante e potente é o cuidado em liberdade e que considere os sujeitos em todas as suas formas de existência. Agradeço e dedico esse trabalho a vocês!

Nenhum passo atrás: manicômio nunca mais!

Por uma sociedade sem manicômios!

Somos radicalmente contra o genocídio e a criminalização da juventude negra, a redução da maioria penal, a intolerância religiosa e todas as formas de manicômio, que seguem oprimindo e aprisionando sujeitos e subjetividades. Apontamos a necessidade urgente de articulação da Luta Antimanicomial com os movimentos feministas, negro, LGTTQI, movimento da população de rua, por trabalho, moradia, indígena entre outros, a fim de construirmos lutas conjuntas. A conjuntura presente, que intensifica o risco das conquistas duramente obtidas, exige um posicionamento que reafirme e radicalize nossos horizontes. É preciso sustentar que uma sociedade sem manicômios reconhece a legitimidade incondicional do outro como o fundamento da liberdade para todos e cada um; que a vida é o valor fundamental; que a sociedade sem manicômios é uma sociedade democrática, socialista e anticapitalista.

Carta de Bauru – 30 anos  
dezembro de 2017

## **Resumo**

A interseção da saúde mental com a atenção básica mostra-se imprescindível ao cuidado em liberdade e vem sendo construída desde o início do movimento da Reforma Psiquiátrica. O apoio matricial que tem por objetivo assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais responsáveis pela atenção à saúde, torna-se central na discussão do cuidado e é assimilado pelo campo da saúde mental como dispositivo de fortalecimento das equipes da atenção básica no cuidado aos usuários com intenso sofrimento psíquico e/ou transtornos mentais. Desde junho de 2018, outro modelo de organização do apoio matricial foi proposto para o município de Vitória, conjuntamente com os três CAPS de referência da equipe da atenção básica em questão, diferenciando-se da configuração anterior como apoio de um CAPS específico (adulto, infantojuvenil ou álcool e outras drogas). Dessa forma, passa a se configurar como apoio matricial no grande campo saúde mental. Esta pesquisa tem como objetivo compreender, a partir da perspectiva de trabalhadores que participam do matriciamento, as repercussões decorrentes da alteração realizada no apoio matricial em saúde mental no município de Vitória, na organização de trabalho das equipes da atenção básica e dos serviços de saúde mental, assim como as repercussões no cuidado em saúde mental. Trata-se de pesquisa exploratória produzida por meio de quatro grupos focais realizada por videoconferência. Os participantes da pesquisa foram trabalhadores de saúde, tanto das Unidades Básicas de Saúde quanto dos CAPS, que realizam o cuidado em saúde e participam ativamente do dispositivo do apoio matricial em saúde mental há, pelo menos, três anos. A partir da análise temática do conteúdo das transcrições dos grupos focais, foram encontradas regularidades discursivas que delinearam quatro temas: Fundamentos; Potencialidades; Fragilidades; Ajustes necessários. São discutidas práticas realizadas no

cotidiano de trabalho, de modo a construir um cenário atual do apoio matricial no município e são dadas contribuições para o fortalecimento deste arranjo organizacional na potencialização do cuidado em saúde mental.

Palavras-chave: Apoio matricial; Saúde mental; Atenção básica; Atenção psicossocial.

### **Abstract**

The connection concerning mental health and primary care is essential for caring in freedom and has been built since the beginning of the Psychiatric Reform movement. Matrix support, which aims to assure specialized support to health care teams and professionals involved in the care of health problems, becomes a central discussion of care and is assimilated by the mental health field as a means of strengthening basic training teams in Brazil in dealing with high psychological distress patients and/or mental disorders. Since June 2018, a different matrix support organization model has been adopted by the municipality of Vitória, alongside with the three CAPS of reference of the team in question, contrasting the previous structure, which consisted of specific CAPS (adult, youth/juvenile or alcohol and other drugs). Thus, it is built as a matrix support in the great field of mental health. This research aims to understand, from the perspective of matrix support team workers, the repercussions resulting from the changes made in the matrix support in mental health in the city of Vitória, in the work organization of primary care teams and mental health clinics workers, as well as the repercussions on mental health care. This is an exploratory research carried out by five online focus groups. Participants consist of health care workers, either from primary care units or CAPS, who provide health care and actively engage in mental health matrix-based strategies for at least three years. Focus groups were recorded and transcribed. Data were analyzed according to thematic content analysis pointing out four aspects: Fundamentals; Potentialities; weaknesses; Necessary adjustments. Practices carried out in daily work were discussed in order to build a current scenario of matrix support in the municipality and contributions are made to strengthen this organizational arrangement in the enhancement of mental health care.

Keywords: Matrix support; Mental health; Basic care; Psychosocial care.

### **Lista de abreviaturas e siglas**

AM – Apoio matricial

APS – Atenção primária à saúde

ATSM – Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras drogas

CAB – Coordenação da Atenção Básica

CAE – Coordenação da Atenção Especializada

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

eSF – Equipe de saúde da família

ETSUS – Escola Técnica e Formação Profissional em Saúde do SUS/Vitória

GAS – Gerência de Atenção à Saúde

MTSM – Movimento dos trabalhadores em saúde mental

NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família

PNH – Política Nacional de Humanização

PTS – Projeto terapêutico singular

Semus – Secretaria Municipal de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

## Sumário

Resumo.....	1
Abstract.....	3
Itinerários da dissertação.....	10
1. Introdução.....	12
1.1 O apoio matricial.....	18
1.2 Construção do apoio matricial no município de Vitória/ES.....	21
1.3 Apoio matricial no município de Vitória/ES: construindo novas possibilidades.....	26
2. Objetivos.....	29
2.1 Objetivo Geral:.....	29
2.2 Objetivos específicos:.....	29
3. Método.....	30
3.1 Sobre os fundamentos do matriciamento.....	37
3.2 Potencialidades do matriciamento.....	45
3.3 Fragilidades do matriciamento.....	55
3.4 Ajustes necessários.....	69
4. Considerações finais.....	78
Referências.....	83
APÊNDICES.....	91
Apêndice I– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	92
Apêndice II– Roteiro do grupo focal.....	96

## **Apresentação**

Desde a graduação em psicologia os campos da saúde mental e da saúde coletiva perpassam minha trajetória. Já no início da graduação comecei a participar do Projeto de Extensão “Ambulatório de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes” no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes em Vitória/ES. O Ambulatório de Saúde Mental era um serviço de referência em atendimento para crianças e adolescentes com transtornos mentais severos e persistentes, como autismo e psicose. Neste serviço, que contava com equipe multiprofissional, realizávamos o acolhimento às famílias e, em reunião de equipe, construíamos uma proposta de projeto terapêutico que podia ser composto por atendimento individual, oficinas terapêuticas, atendimento familiar, e definíamos os encaminhamentos a serem dados para cada caso.

Nosso trabalho no Ambulatório se dava, também, na nossa inserção na rede de saúde da região, trabalhando junto a escolas, casas lares, unidades de internação e outros serviços do território (como CAPS e CRAS) e, também, recebendo visitas de profissionais destes locais. Vez por outra realizávamos visitas a algum equipamento da saúde, educação ou assistência social, e também recebíamos visitas para discussão de casos e articulações necessárias.

Entre as diversas atividades durante a graduação, vários caminhos foram descobertos. Desenvolvemos trabalhos na atenção básica<sup>1</sup> do município de Cariacica-ES, visitando Unidades Básicas de Saúde (UBS), realizando estudos e diagnósticos sobre aqueles espaços de trabalho e as tentativas de produção de saúde. Presenciando, tanto movimentos de angústia por parte dos trabalhadores por não terem as ferramentas e condições necessárias para o desenvolvimento do trabalho, quanto os movimentos de resistência destes mesmos

---

1 Utilizaremos neste trabalho os termos “atenção básica à saúde” e “atenção primária à saúde” como sinônimos.



trabalhadores em ofertar e produzir as condições inexistentes a eles aos usuários das UBS.

Particpei também do Projeto “Acompanhamento Terapêutico Clínico-Institucional”, onde desenvolvíamos trabalhos junto aos moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos dentro dos preceitos da Reforma Psiquiátrica brasileira, sendo este o contato mais aprofundado e potente com o campo da saúde mental durante a graduação.

Perceber as dificuldades de viver em pessoas que ficaram tantos anos institucionalizadas, seus impasses com o mundo exterior na hora de ir à UBS, ao mercado, à pracinha, ficar conversando na calçada. Suas dificuldades consigo próprios, para redescobrir [ou construir] sua identidade, como se vestir, de que maneira realizar sua higiene pessoal, como se relacionar com um espaço (uma casa) que pode chamar de seu. Tarefas nada simples, após os longos anos internados em instituições totais, onde a despersonalização é a conduta, os cuidados são dispensados de maneira homogênea, os internados são identificados por seus sintomas, seus desejos reprimidos e sua vida anulada.

Ainda assim, nesse contexto, perceber a potência de vida dessas pessoas é algo muito forte. Poder conhecer que para além de sintomas, doenças, sofrimento, abandono, há uma pessoa que vive e que pulsa, que precisa de cuidados e também tem direito à vida. E é nesse contexto que a aproximação com Reforma Psiquiátrica e com o Movimento da Luta Antimanicomial se deu de maneira mais intensa.

Noutro momento da trajetória, já cursando a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (IESC/UFRJ), aprofundei-me no campo da Saúde Coletiva. Nesta Residência, percorri diversos campos de prática como a Coordenação de uma Região de Saúde; Coordenação de Linhas de Cuidado de uma Policlínica; Serviço de Epidemiologia, Gerência de Risco e Comissão de Controle de Infecções Hospitalares do Hospital Federal dos

Servidores do Estado e, por fim, a Superintendência de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde, sendo todos estes campos no município do Rio de Janeiro. E ainda que meus percursos até a chegada à Superintendência de Saúde Mental não fossem necessariamente “áreas da saúde mental”, a loucura, de uma forma ou de outra, se fazia presente.

Foi muito interessante observar os comportamentos dos trabalhadores quando aquele lugar é atravessado pela experiência da loucura e do sofrimento psíquico – isso porque as pessoas têm dificuldade em compreender como acolher, como atender, o que falar, como intervir. Nesses momentos, geralmente, se houver um psicólogo próximo, é ele quem é acionado - como se fosse (ou devesse ser) o único profissional com capacidade para realizar o acolhimento.

O período em que estive na Superintendência de Saúde Mental foi, sem dúvidas, o que mais me mobilizou, tanto pela minha trajetória quanto pelos trabalhos realizados. Acompanhar e realizar a gestão de uma Rede de Atenção Psicossocial do porte do município do Rio de Janeiro me expandiu o olhar sobre a importância das políticas públicas de saúde, assim como a potência do controle social nestes espaços. Esse espaço também me apresentou as dificuldades, possibilidades e a necessidade de formação dos trabalhadores do SUS para o trabalho em saúde mental.

Todos eles, desde os trabalhadores da Atenção Básica, Hospitais, Centros de Especialidades, até os trabalhadores dos CAPS. É uma formação que não passa somente pelo formal com cursos, palestras, atualizações. Passa também pela formação em serviço, pela Educação Permanente em Saúde<sup>2</sup>, pela inserção e reconhecimento dos próprios trabalhadores

---

2 Aqui utilizamos o conceito de Educação Permanente proposto pelo Ministério da Saúde, onde esta “se configura como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A EPS [Educação Permanente em Saúde] se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais e acontece no cotidiano do trabalho”. (Brasil, 2018)

como sujeitos de saber e de reflexão do seu próprio fazer. Transitando pelos variados serviços é possível perceber como os trabalhadores se sentem impotentes para o trabalho em saúde mental, como demonstrado por pesquisas da área (Iglesias & Avellar, 2014; Silva, Iglesias, Dalbello-Araújo, & Badaró-Moreira, 2017; Treichel, Onocko Campos, & Campos, 2019).

Posteriormente, já de volta a minha cidade natal, Vitória, atuei como referência técnica na Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras drogas da Secretaria Municipal de Saúde. Esta posição me deu a possibilidade de estar dentro dos serviços de saúde mental do município, podendo vivenciar suas potências e fragilidades, estar ao mesmo tempo junto à profissionais e usuários, acompanhando as tensões e os processos de trabalho e cuidado.

Atualmente estou na coordenação do Centro de Atenção Psicossocial III São Pedro (CAPS São Pedro), também no município de Vitória, onde realizamos atendimento aos usuários e familiares e trabalho em rede para a construção de um cuidado integral em saúde. O fortalecimento da rede é fundamental para o trabalho de atenção à saúde, pois compreendemos que rede não significa somente o conjunto de serviços distribuídos pelo território. Esta é, também, o modo como esses serviços se comunicam e se articulam, quais modelos de atenção e gestão eles produzem com vistas a ampliar os processos de cogestão, coparticipação e corresponsabilização.

Para o desenvolvimento do presente trabalho é necessário delimitar a saúde não como um conceito estanque, passível de ser moldado/tratado através de intervenções isoladas e pontuais. É imprescindível ampliar o conceito de saúde para uma perspectiva na qual ela seja vista como resultado de interações para além das orgânicas. Ela abarca a relação dos sujeitos com elementos como a família, a comunidade, as condições de saneamento presentes no território, a garantia de acesso a serviços e políticas públicas [educação, saúde, assistência,

moradia, alimentação, trabalho, lazer]. Enfim, toda uma organização social que seja capaz de promover e assegurar aos indivíduos e coletivos a produção de saúde.

No trânsito por diferentes lugares, entre áreas profissionais e acadêmicas, pude me aproximar de um tema específico que considero um dos temas centrais para o trabalho: o apoio matricial em saúde mental. O interesse em realizar uma pesquisa científica advém de necessidade – sentida na prática – de se aprofundar mais esse assunto e produzir conhecimentos e possibilidades no contexto municipal.

Como fortalecer o apoio matricial ofertado pelos CAPS à atenção básica de modo que de fato seja resolutivo e produtor de autonomia tanto para a equipe da atenção primária quanto para as equipes dos CAPS e quais são as possibilidades de se ampliar/potencializar as ações de apoio (qualquer que seja) ofertadas/realizadas por esses CAPS? Como, de fato, implicar toda a rede nessa corresponsabilização do cuidado?

Em 2018, juntamente com a edição das Diretrizes do matriciamento no município de Vitória (Vitória, 2019), o município realizou uma reorganização do apoio matricial em saúde mental e é justamente essa reorganização que foi o objeto do estudo apresentado nesta dissertação.

### **Itinerários da dissertação**

Para atingir os objetivos esta dissertação os tópicos foram organizados com o seguinte itinerário:

- Apresentação: breve memorial acadêmico-profissional e a sua relação com o tema da pesquisa, além da proposta, objetivos e o itinerário resumido da dissertação;

- Introdução: contextualização histórica sobre o cuidado em saúde mental no Brasil; o cuidado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); explanação conceitual do apoio matricial, e a contextualização histórica do apoio matricial na cidade de Vitória;
- Objetivos: apresentação do objetivo geral e dos objetivos específicos;
- Método: desenho metodológico empregado na pesquisa;
- Apresentação e discussão dos resultados: descrição dos dados analisados, discutidos à luz da literatura sobre o tema;
- Considerações finais.

## 1. Introdução

O cuidado em saúde mental está em processo de intensa modificação desde o início da Reforma Psiquiátrica brasileira em meados da década de 1970 (Amarante, 2015), incorporando como princípio o cuidado em liberdade, de base territorial e comunitária. Historicamente centrado na figura do médico psiquiatra e ordenado em torno do hospital psiquiátrico, o modelo clássico de cuidado em saúde mental envolvia práticas como contenção física sem critérios ou como punição, privação de liberdade, práticas excessivamente medicamentosas, cronificação da condição rebaixada dos sujeitos e outras graves violações de direitos humanos.

Com o fortalecimento de coletivos críticos ao modelo hegemônico de cuidado em saúde mental – como o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) –, além de proposições de novas estratégias e da incorporação lenta e gradual das premissas da Reforma Psiquiatria pelo Estado, ocorreram alterações significativas na organização do cuidado (Amarante & Nunes, 2018). Yasui (2012) afirma ser justamente o tensionamento entre as demandas por novas formas de cuidado e as políticas efetivamente adotadas pelo Estado o que define a própria história da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Neste direcionamento, o movimento da Reforma Psiquiátrica discute mudanças paradigmáticas em relação ao cuidado em saúde mental trilhando seu caminho pela perspectiva da atenção psicossocial, pautado pela dimensão ética da vida, em que os usuários não são meros objetos de intervenção e a doença mental a causadora de todas as desordens da vida e do sofrimento psíquico. A atenção psicossocial compartilha, tal qual Franco Basaglia, que a dita “doença” seja colocada entre parênteses para que se dê espaço a existência do sujeito (Yasui, Luzio, & Amarante, 2018), e assim emergem os complexos conflitos que

permeiam a existência subjetiva deste sujeito. Dentre estes conflitos, destacamos: as condições socioeconômicas, dinâmicas familiares, comorbidades clínicas, conflitos territoriais, condições de acesso a bens, políticas públicas, lazer, entre outros.

Yasui (2012) reflete sobre a complexidade de mudança de paradigma, pois tal mudança implica numa construção coletiva de um novo lugar social para a experiência do sofrimento psíquico.

*Trata-se aqui de deslocar-se do Manicômio como o lugar zero de trocas sociais (Rotelli, 2001) e da doença como objeto simples, para o território, plano do cotidiano no qual o sofrimento psíquico tomado como objeto complexo, implica a vida em suas múltiplas dimensões e cuja perspectiva de cuidado, portanto, significa atuar na transformação da subjetividade e dos modos de viver. (p. 10)*

Além disso, o autor destaca os caminhos e apostas da Reforma Psiquiátrica e atenção psicossocial (Brasil, 2013) compartilhados pela Política Nacional de Humanização (PNH) que tem entre suas diretrizes o fomento da autonomia e protagonismo dos usuários, o estabelecimento de vínculos solidários e o aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde (Brasil, 2010).

Ademais, para efetivar o cuidado em liberdade, a atenção e o cuidado realizado no território, junto aos contextos de vida, são centrais na atenção psicossocial. Mais do que o espaço físico habitado pelo sujeito, território refere-se também às dinâmicas envolvidas neste espaço, que se configura como local de moradia, relações comunitárias, religiosas, trabalhistas, familiares, assim também como local de suporte e de conflitos. Para Silva e Pinho (2015), é no território

que se constrói toda a história da sociedade, os processos políticos, econômicos e sociais, as lutas e disputas, os conflitos e as relações. Nesses espaços, as famílias vivem e se organizam e, para eles, é preciso repensar projetos que potencializem o convívio entre os diferentes e o cuidado para aqueles que precisam (...) [É o] espaço em que a vida acontece e se processa, cada uma com suas características e peculiaridades. (p. 421)

Portanto, é preciso se considerar que cada território possui seus próprios aspectos, tornando-se único e, por conseguinte, para a construção de um trabalho territorial, é necessário se conhecer os recursos, andar, mapear, conversar com os sujeitos. Além disso, é necessário um intrínseco trabalho interdisciplinar que disponibilize ferramentas teórico-práticas das possibilidades de construção deste cuidado territorial (Silva & Pinho, 2015).

Assim, é construída a proposta de uma rede de serviços e estratégias que se inscrevem no território ao qual o usuário pertence, trabalhando sua rede familiar e comunitária, buscando abordar a complexidade que o cuidado em saúde mental demanda. Denominada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ela é composta por diversos serviços, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), as equipes de Consultório na Rua, Centros de Convivência, leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais, Salas de Estabilização, Serviços Residenciais Terapêuticos, Unidades Básicas de Saúde, entre outros (Brasil, 2017).

De acordo com a portaria original da RAPS, Portaria GM/MS 3.088, de 23 de dezembro de 2011, constituem-se como suas diretrizes: a) o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; b) promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; c) combate a estigmas e preconceitos; d) garantia do acesso e



da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; e) atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; f) diversificação das estratégias de cuidado; g) desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; h) desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; i) ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; j) organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; k) promoção de estratégias de educação permanente; e l) desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (Brasil, 2011).

Deste modo, com a sistematização trazida pela RAPS, estabelecendo critérios e sua implementação no país e “integrando a saúde mental em todos os níveis e pontos de atenção no SUS, abriu-se uma série de novos debates e desafios para Política Nacional de Saúde Mental” (Macedo, Abreu, Fontenele, & Dimenstein, 2017, p. 157). São pontos de fortalecimento para a integralidade no cuidado à saúde, assim como produtores de questões para avaliação e execução de novas pesquisas na área.

Neste percurso, a integração com a atenção básica apresenta-se como um importante campo de atuação e de cuidado. Essa perspectiva começou a ser construída desde o início do movimento da Reforma Psiquiátrica (Amarante, 2015) e tornou-se objeto de política pública em 1992, com a edição da Portaria SAS/MS nº 224 (Brasil, 1992). Tal Portaria definia os primórdios da atenção em saúde mental na atenção básica definindo, dentre outras resoluções, que as Unidades Básicas e Centros de Saúde eram locais de atenção em saúde mental (Brasil,

1992). Prosseguia, ainda, versando sobre as atividades que estes estabelecimentos deveriam realizar, tais como atendimentos individuais, visitas domiciliares, atendimentos grupais e atividades comunitárias.

A atenção básica, enquanto porta de entrada prioritária para o sistema público de saúde configura-se como estratégica, pois, além das ações de saúde organizadas nos âmbitos individual e coletivo, ela também

abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (Brasil, 2013, p. 19)

Diante do exposto, evidenciamos que a saúde mental também é dimensão constitutiva das ações e do escopo da atenção básica, pois os sujeitos em sofrimento psíquico, antes de tudo, têm direito ao acesso integral à saúde (reforçamos que estes sujeitos também sofrem por questões clínicas, tais quais hipertensão e diabetes, por exemplo) e estão vinculados ao território de abrangência da atenção básica, além do cuidado em saúde mental que pode e deve ser realizado neste nível de atenção.

Esta interseção da saúde mental com a atenção básica mostrou-se não só potente ao cuidado como também imprescindível. Fato este que suscita questões e problematizações nos trabalhadores, seja dos serviços especializados quanto da atenção básica, dentre os quais podemos destacar: i) a insegurança dos profissionais da atenção básica em realizar atendimentos às pessoas em sofrimento psíquico e seus familiares (Azevedo, Guimarães, Dantas, & Rocha, 2014); ii) dificuldade de deslocamento da lógica de especialização e

fragmentação do cuidado para a lógica da integralidade (Garcia et al., 2017); e iii) questão da formação dos trabalhadores de saúde em saúde mental (Iglesias & Avellar, 2014).

Diante da intensificação das ações e cuidados em saúde mental realizadas na atenção básica, iniciados na virada da década de 1980 para 1990, o Ministério da Saúde editou a Circular Conjunta da Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação da Gestão da Atenção Básica nº 01/2003, intitulada “Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários” (Brasil, 2003). Neste documento, construído com base em oficinas e seminários, o Ministério da Saúde descreveu um breve histórico em relação a introdução da saúde mental nas ações da atenção básica e refletiu acerca da indissociabilidade entre produção de saúde e saúde mental:

Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. **Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica.** (Brasil, 2003, p. 3)

Observamos que a importância investida a essa interseção por parte das políticas públicas, pautadas pela lógica da atenção psicossocial, faz emergir questões que precisarão ser trabalhadas para a efetivação do cuidado integral em saúde.

Partirmos do interesse em afirmar práticas potencializadoras do cuidado em saúde mental pautado pela lógica da atenção psicossocial principalmente a partir das intenções e ações de desmonte e enfraquecimento da política de saúde mental nacional, que se intensificaram a partir de 2015.

Fatos como a nomeação de um conhecido diretor de hospital psiquiátrico como Coordenador de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde (Abrasco, 2015); a edição da Portaria nº 3.588/17 pelo Ministério da Saúde, que insere o hospital psiquiátrico como componente da RAPS, entre outras coisas (Brasil, 2017b); aumento de 60% no repasse aos hospitais psiquiátricos para internações de longa duração, por mais de 90 dias (Brasil, 2018); dentre outras ações que surgiram neste período (Coimbra, 2020), explicitam o momento de retrocessos em que a política de saúde mental se encontra atualmente.

### 1.1 O apoio matricial

No bojo da interface entre saúde mental e atenção básica o conceito de apoio matricial proposto por Campos (1999), cujo objetivo é “assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde” (Campos & Domitti, 2007, p. 399), torna-se central a discussão do cuidado.

No arranjo do apoio matricial a equipe que oferta o apoio matricial e a equipe da atenção básica se aproximam com vistas ao compartilhamento do caso, do saber, das experiências, das dificuldades, das estratégias com vistas à criação de uma corresponsabilidade do cuidado. O conceito de *apoio matricial* é descrito como:

um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável, compartilha alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da atenção básica responsáveis pelas

famílias de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos. (Brasil, 2003, p. 4)

O apoio matricial é assimilado pelo campo da saúde mental como dispositivo de fortalecimento das equipes da atenção básica no cuidado aos usuários com sofrimento psíquico e/ou transtornos mentais. Este trabalho integrado entre trabalhadores da saúde mental e da atenção básica tem fortalecido um modelo colaborativo de cuidado que visa à inversão da lógica tradicional de cuidado (encaminhamentos, protocolos, referência e contrarreferência) e o fortalecimento do vínculo entre usuários e equipes de saúde.

Onocko Campos e Gama (2008) realizaram um resgate histórico acerca da apropriação do apoio matricial como política de saúde mental por parte do Estado brasileiro quando da edição da citada Circular Conjunta nº 01/2003 (Brasil, 2003), em que três diretrizes são propostas para a integração saúde mental e atenção básica. São elas: a) apoio matricial da saúde mental às equipes da atenção básica; b) formação como estratégia prioritária para inclusão da saúde mental na atenção básica; e c) inclusão da saúde mental no sistema de informações da atenção básica.

Em 2011, por meio de experiências acumuladas pelos autores e colaboradores e também pelo trabalho destes com os profissionais de saúde, o Ministério da Saúde editou o Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental (Chiaverini, 2011). Este documento pretende ofertar ferramentas concretas para que os profissionais que atuam no cuidado em saúde mental. Traz definições teóricas sobre o apoio matricial, compartilhando instrumentos e intervenções em saúde mental na atenção básica, apresentando situações comuns de saúde

mental na atenção básica, refletindo sobre as dificuldades da realização do apoio matricial e finalizando com as potencialidades sobre a prática do matriciamento e o cuidado em saúde mental na atenção básica (Chiaverini, 2011).

Desde o início das experiências do apoio matricial em saúde mental muito se produziu acerca do tema abordando-se as potencialidades e também seus desafios. No que se refere às potencialidades, podemos citar: i) transformação de saberes e práticas na interlocução entre os serviços de saúde mental e atenção básica (Belotti & Lavrador, 2016; Hirdes, 2015); ii) qualificação da integralidade do cuidado (Gerhardt Neto, Medina, & Hirdes, 2014); iii) possibilidade de diálogo efetivo entre os diferentes serviços que compõem a rede de saúde (Gurgel, Jorge, Caminha, Maia Neto, & Vasconcelos, 2017); iv) diminuição do estigma e discriminação referentes à loucura (Hirdes & Scarparo, 2015); v) possibilidade de novos agenciamentos e trabalho no território em relação à saúde mental (Hirdes, 2015); vi) diminuição de encaminhamentos para os serviços de saúde mental (Belotti & Lavrador, 2016); vii) potencialização do trabalho dos agentes comunitários de saúde (Amaral, Torrenté, Torrenté, & Moreira, 2018), e viii) o desenvolvimento de novas competências para os profissionais da atenção básica (Hirdes & Scarparo, 2015).

Sobre os desafios apontados do modelo citar destacamos: i) despreparo das equipes da atenção básica para o atendimento às pessoas com transtorno mental e suas famílias (Azevedo et al., 2014); ii) dificuldades no entendimento da proposta por parte dos gestores não possibilitando que as equipes da atenção básica participem dos encontros de apoio matricial, rotatividade de profissionais na saúde e dificuldade da mudança de paradigma de um trabalho individualizado para um trabalho coletivo (Dantas & Passos, 2018); iii) concentração das atividades de apoio matricial nas regiões mais desenvolvidas do país, dificultando o

compartilhamento das práticas e saberes para outras regiões que também poderão se beneficiar (Fonseca Sobrinho et al., 2014); iv) dificuldade da superação da lógica da especialização no cuidado em saúde (Garcia et al., 2017); v) necessidade de capacitação para os profissionais e uma melhor organização e articulação da rede de cuidados em saúde mental (Iglesias & Avellar, 2014), e vi) a centralidade do cuidado focado na figura do médico psiquiatra e no modelo biomédico de saúde (Pegoraro, Cassimiro, & Leão, 2014).

Algumas produções consultadas também se debruçaram sobre o contexto municipal de Vitória (ES) (Calente, 2017; Iglesias, 2015; Rodrigues & Moreira, 2012), de modo que a presente pesquisa atentou-se ao período mais recente deste contexto, após a reorganização do modelo do apoio matricial proposto pela Secretaria Municipal de Saúde (Semus) no ano de 2018.

## 1.2 Construção do apoio matricial no município de Vitória/ES

O município de Vitória, capital do Espírito Santo, possui 362.097 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019) e tem sua rede de saúde, de acordo com o sítio eletrônico da Prefeitura Municipal de Vitória (2020b), composta pelos seguintes serviços: 29 Unidades Básicas de Saúde, 2 Pronto Atendimentos, 2 Centros Municipais de Especialidade, 1 Centro de Vigilância em Saúde Ambiental, 1 Laboratório Central Municipal, 1 Centro de Referência em Infecções Sexualmente Transmissíveis, 1 Centro de Referência de Atendimento ao Idoso, 1 CAPS III, 1 CAPS II, 1 CAPSad III e 1 CAPSij.

A rede de saúde municipal ainda conta com uma Central de Transporte Sanitário, quatro equipes de Consultório na Rua, dois Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) que ficam nos Centros Municipais de Especialidades, um Serviço de Atendimento à Pessoas em Situação de Violência (SASVV) e quinze módulos do Serviço de Orientação ao Exercício

(SOE) vinculados às UBS. Destaca-se ainda que o município conta com dois médicos psiquiatras lotados em um dos Centros Municipais de Especialidades que trabalham na lógica ambulatorial. Em relação à organização da rede de saúde, o município é dividido em seis regiões: Maruípe, São Pedro, Santo Antônio, Centro, Forte São João e Continental (Vitória, 2017).

O apoio matricial em saúde mental, estratégia de fortalecimento da atuação das equipes de atenção básica (Chiaverini, 2011), teve início no município de Vitória no ano de 2007 (Iglesias & Avellar, 2016b) em decorrência do fortalecimento da política municipal de saúde mental, com base na Reforma Psiquiátrica, intensificada a partir de 2004 (Rodrigues & Moreira, 2012). No início do processo de aproximação entre a atenção básica e os CAPS no município de Vitória surgiram algumas tensões. Segundo Rodrigues e Moreira (2012), uma das principais percepções dos profissionais da atenção básica é a de que eles não estavam preparados para acolher a demanda de saúde mental e, decorrente desta percepção, tal demanda deveria ser encaminhada para o profissional de psicologia das UBS.

Neste sentido, Dimenstein (1998) aponta o processo de inserção dos profissionais de psicologia na área da saúde nos anos 1970 como um dos responsáveis por esta visão, pois neste processo os psicólogos trouxeram as práticas hegemônicas e privatistas de atendimento psicoterápico individual para a saúde pública, criando uma imagem de especialistas em saúde mental em detrimento de outras categorias.

Retornando às análises de Rodrigues e Moreira (2012), verifica-se que é consenso entre os profissionais que aproximação entre os CAPS e a atenção básica é importante para o cuidado, pois compartilha diferentes olhares para os sujeitos, aproximando mais os trabalhadores da realidade dos usuários e familiares possibilitando a criação de propostas de



intervenção. Desta forma, foi pavimentado o caminho para a construção de um modelo colaborativo e corresponsável de cuidado em saúde mental no município, atentando-se para as dificuldades inerentes ao processo de mudança nos processos de trabalho.

Sobre o processo de organização e institucionalização do apoio matricial em saúde mental no município, Iglesias e Avellar (2016b) realizaram uma reconstrução histórica do período de 2007 a 2012 apontando tanto as complexidades envolvidas no processo quanto as repercussões positivas na atenção à saúde mental decorrentes deste novo arranjo organizacional. As autoras identificaram como dificuldades a resistência percebida tanto nos trabalhadores da atenção básica quanto dos CAPS em realizar a discussão sobre a construção de um modelo de apoio matricial para o município como uma tentativa de ampliação do cuidado em saúde mental para a atenção básica e para o território. Um outro dificultador identificado foi a restrição do número de trabalhadores e serviços de saúde mental no município para contemplar todo o território, uma vez que naquele momento o município contava com apenas um CAPS II e um CAPSad II.

As pesquisadoras observaram, ainda, uma diminuição do número de internações dos munícipes em hospitais psiquiátricos (Iglesias & Avellar, 2016b). Importante salientar que, neste mesmo período, a dispensação e controle de medicação psicotrópica foi descentralizada, deixando de ocorrer em algumas farmácias regionalizadas para ocorrer em todas as farmácias das UBS. Isso fez fazendo com que os usuários dos serviços de saúde mental passassem a frequentar e demandar os serviços da atenção básica e que as equipes destes serviços, por sua vez, passassem a conhecer os referidos usuários.

Ainda sobre o processo de implantação do apoio matricial em saúde mental em Vitória, destacamos a substancial entrada de novos servidores oriundos de concurso público

em 2007, a partir do qual todas as UBS passaram a contar com um psicólogo e assistente social fazendo parte da equipe de apoio mínima. Desta forma, Iglesias e Avellar (2016b) concluem que, diante de toda a complexidade do arranjo, as equipes da atenção básica passaram a incorporar práticas de saúde mental no escopo de suas ações, assim como os CAPS aumentaram sua ação territorial fortalecendo a reintegração social das pessoas em sofrimento psíquico.

Em 2012, Silva, Iglesias, Dalbello-Araújo e Badaró-Moreira (2017) pesquisaram sobre as práticas de cuidado integral ofertadas às pessoas em sofrimento mental nas Unidades Básicas de Saúde em uma região de saúde de Vitória. Nesta pesquisa apreenderam que as práticas analisadas ainda eram “fortemente sustentadas pelo modelo biomédico, na medida em que são norteadas por ações que não avançaram para o território” (p. 414), questão esta que foi associada também a deficiência na formação dos profissionais para a atuação num paradigma intersetorial e interdisciplinar. A pesquisa também destacou práticas na rede que vão ao encontro das propostas da integralidade e do cuidado no território, indicando que práticas pautadas na ética corroboram para a efetivação de um cuidado integral, promoção de autonomia e fortalecimento de uma clínica ampliada.

Também interessadas no contexto municipal, Iglesias e Avellar (2016a) pesquisaram em 2013 junto à profissionais de psicologia da rede de Vitória suas percepções sobre a ferramenta do apoio matricial. Nesta pesquisa apreenderam quatro percepções principais sobre a ferramenta: o matriciamento como compartilhamento de saberes e práticas para o cuidado em saúde; o matriciamento como uma relação hierárquica e conflitante entre os profissionais dos CAPS e das UBS, numa pressuposição de que um deveria saber mais que o outro e assim acatar o conhecimento do especialista; o matriciamento como uma aproximação

com a especialidade, facilitando o encaminhamento e a marcação de consultas de psiquiatria; e, por fim, o do matriciamento como um lugar de discussão de caso e supervisão.

As pesquisadoras ainda apreenderam a percepção que os profissionais de psicologia construíram acerca do entendimento do apoio matricial para o restante da equipe das UBS. As percepções foram divididas em cinco grupos:

1) o desconhecimento do que seja o apoio; 2) o apoio como restritivo à Psicologia; 3) o apoio como uma proposta pouca resolutiva; 4) o apoio como uma estratégia envolta a hierarquias e cobranças e 5) o apoio como uma estratégia favorável à comunicação entre equipes diversas e ao acompanhamento dos casos de pessoas em sofrimento psíquico em sua integralidade. (Iglesias & Avellar, 2016a, p. 370)

As autoras concluíram que a ferramenta do apoio matricial tem se mostrado estratégica na construção de um novo olhar para a saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde, aproximando equipes, ampliando o cuidado para o território e consolidando o cuidado em saúde mental na atenção básica, além de uma maior aproximação do campo saúde mental por parte dos trabalhadores não psicólogos (Iglesias & Avellar, 2016a).

Em outra pesquisa, Iglesias e Avellar (2017) analisam as concepções dos gestores municipais acerca da estratégia do apoio matricial em saúde mental. Nesta, diferente das apostas das pesquisadoras [de que os sujeitos pesquisados pudessem apresentar importantes diferenças em suas concepções], os resultados apontaram para três entendimentos gerais dos gestores sobre o apoio matricial: matriciamento como ferramenta de apropriação da temática e do cuidado em saúde mental pela atenção básica; matriciamento como estratégia de fiscalização do trabalho da atenção básica; e matriciamento como dispositivo de formação e orientação para as ações em saúde mental.

A investigação ainda evidenciou algumas fragilidades do apoio matricial enfrentadas pela rede de saúde, como a concentração das ações de saúde mental nos profissionais de psicologia nas UBS, por exemplo. As autoras ressaltam a importância da apropriação da ferramenta do apoio matricial pelos gestores para que esta ferramenta seja efetivada no município de forma a criar novas condições de trabalho e articulação entre as equipes, fomentando uma mudança de paradigma de cuidado em saúde mental que se desloque do modelo biomédico exclusivo para um cuidado regido pela lógica da atenção psicossocial.

### 1.3 Apoio matricial no município de Vitória/ES: construindo novas possibilidades

Iniciado em 2007 no município de Vitória, o apoio matricial em saúde mental já passou por diversas organizações (Rodrigues & Moreira, 2012), tendo sua última mudança implementada em 2018. Até este ano, o apoio matricial em saúde mental tinha a seguinte formatação: cada um dos quatro CAPS (em suas diferentes modalidades) realizava o apoio matricial com cada uma das equipes de saúde da família do município e também com as equipes de saúde das Unidades Básicas de Saúde que não estavam organizadas em Estratégia de Saúde da Família. Desta forma, por exemplo, uma equipe de saúde poderia ter uma reunião de matriciamento em três momentos diferentes (uma com o CAPSij, uma com o CAPSad e outra com o CAPS adulto de sua referência) (Rodrigues & Moreira, 2012).

A partir da experiência do pesquisador como gestor de um dos CAPS do município e das discussões empreendidas com outros gestores e trabalhadores da rede de saúde, algumas limitações puderam ser evidenciadas, corroborando os resultados encontradas por Iglesias e Avellar (2017), tais como: a desarticulação entre os serviços especializados de saúde mental que apresentavam dificuldades no compartilhamento de casos como, por exemplo, na transição de usuários do CAPSij para o CAPS adulto; no cuidado e avaliação compartilhados

de usuários que possuem transtorno e fazem uso associado de álcool e/ou outras drogas; no cuidado aos diferentes componentes de uma mesma família acompanhados por diferentes CAPS; a dificuldade de agenda das equipes de atenção básica que tinham que manejar diferentes horários para a realização da reunião de matriciamento dos diferentes serviços; dificuldades no transporte das equipes dos serviços especializados para as UBS, pois a quantidade de transportes disponíveis não era suficiente para as demandas das reuniões; dificuldades relacionais entre os trabalhadores potencializado pelo distanciamento entre eles, entre outras.

As limitações identificadas vão ao encontro dos desafios descritos por Treichel, Onocko Campos e Campos (2019) em uma pesquisa sobre os impasses e desafios para consolidação do apoio matricial em saúde mental no país. São eles: definição de delineamentos para a prática de apoio matricial, investimentos em formação e capacitação para os profissionais e a criação de espaços institucionalizados com encontros dos profissionais.

Diante desta situação, foi proposta reorganização do modelo do apoio matricial para o município: as reuniões de matriciamento acontecem, desde junho de 2018, conjuntamente com os três CAPS de referência da equipe de saúde em questão. O apoio matricial anteriormente organizado como apoio de um CAPS específico (adulto, infantojuvenil ou álcool e outras drogas) passou a se configurar como apoio matricial no grande campo saúde mental. A partir de então muitas questões foram colocadas na rede de saúde de Vitória e esta pesquisa se propõe a investigar algumas delas.

Deste modo, buscamos analisar como a mudança no arranjo do apoio matricial em saúde mental tem repercutido nas ações de cuidado e na organização de trabalho das equipes

da atenção básica e dos serviços de saúde mental e se essas equipes têm percebido modificações no cuidado em saúde mental aos usuários a partir dessa reorganização.

## 2. Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral:

Compreender, a partir da perspectiva de trabalhadores que participam ativamente do matriciamento, as repercussões, decorrentes da alteração realizada no apoio matricial em saúde mental no município de Vitória, na organização de trabalho das equipes da atenção básica e dos serviços de saúde mental, assim como as repercussões no cuidado em saúde mental.

### 2.2 Objetivos específicos:

- a) Descrever a atual configuração de organização das ações do apoio matricial em saúde mental;
- b) Conhecer as potencialidades e fragilidades da atual dinâmica de matriciamento, assim como as repercussões na organização de trabalho no cuidado em saúde mental.

### 3. Método

O presente estudo tratou-se de uma pesquisa exploratória, cujo objetivo foi desenvolver conhecimento acerca de uma determinada organização de trabalho, tendo como princípio uma abordagem qualitativa. Entende-se, tal qual Minayo (1992), que o objeto saúde, dentro das Ciências Sociais, é histórico, e significa que: “as sociedades humanas existem num determinado espaço, num determinado tempo, que os grupos sociais que a constituem são mutáveis e que tudo, instituições, leis, visões de mundo são provisórios, passageiros, estão em constante dinamismo e potencialmente tudo está para ser transformado” (p. 20). Desta forma, se faz necessário o constante processo de pesquisa e produção de conhecimento, com vistas a obtenção de dados que se constituam como referência para o contínuo processo de construção das práticas e das políticas públicas em saúde.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências Humanas da Universidade Federal do Espírito Santo e aprovado sob parecer nº 4.396.207. O projeto foi também aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Técnica de Saúde de Vitória.

Aos trabalhadores que manifestaram interesse em participar, foi encaminhado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice I) através de formulário eletrônico de modo que a aceitação dos termos se deu a partir do preenchimento e envio do mesmo, reiterando a possibilidade do participante não participar mais da pesquisa a sua escolha sem nenhum prejuízo para o mesmo.

Para a coleta de dados foram realizados grupos focais, entendendo que estes, além de sua reconhecida contribuição na pesquisa qualitativa (Trad, 2009), buscam aprofundar questões a partir da interação grupal, promovendo a “emergência de multiplicidades de



pontos de vista e processos emocionais ancorados na experiência cotidiana dos participantes, além da obtenção de quantidade substancial de material em um curto período de tempo” (Smeha, 2009, p. 262). Baseiam-se na tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos, contrastando, nesse sentido, com dados colhidos em questionários fechados ou entrevistas individuais, onde o indivíduo é convocado a emitir opiniões sobre assuntos que talvez nunca tenha pensado anteriormente (Lervolino & Pelicioni, 2001).

Considerando a situação de pandemia acarretada pela doença causada pelo novo coronavírus (Covid-19) declarada pela Organização Mundial de Saúde (OPAS, 2020) e considerando também a situação de emergência em saúde pública no município de Vitória em razão, também, da pandemia (Prefeitura de Vitória, 2020a), partimos da premissa da não aglomeração de pessoas, diminuindo os riscos de contágio da doença. Por este motivo realizamos os grupos focais remotamente via videoconferência, utilizando ferramentas digitais para captação de áudio e vídeo. Os recursos tecnológicos têm sido amplamente utilizados e investigados no decorrer das últimas duas décadas e vem representando inovações no campo metodológico (Santos, 2009).

Os sujeitos participantes da pesquisa são trabalhadores de saúde que realizam o cuidado em saúde e participam ativamente do dispositivo do apoio matricial em saúde mental há, pelo menos, três anos (2017-2020), garantindo assim que estes trabalhadores participaram das ações de apoio matricial antes da mudança de modelo ocorrido em 2018. A proposta inicial partiu da participação de um trabalhador de cada uma das 29 Unidades Básicas de Saúde e um trabalhador de cada um dos quatro CAPS, totalizando 33 participantes, pretendendo-se que diferentes categorias profissionais fossem contempladas nas discussões.

A partir da experiência deste pesquisador na rede de saúde municipal, alguns informantes-chave (como coordenadores e profissionais sabidamente experientes nesta temática) foram consultados para a seleção dos participantes, pois estes informantes conhecem as “particularidades do fenômeno/situação do estudo ou do universo a ser pesquisado” (Trad, 2009, p. 785). Foi realizado contato telefônico com os trabalhadores indicados pelos informantes-chave e apresentada a proposta da pesquisa; a partir da concordância, foi feita coleta de algumas informações previamente necessárias, como horários disponíveis para participação nos grupos e endereço de e-mail.

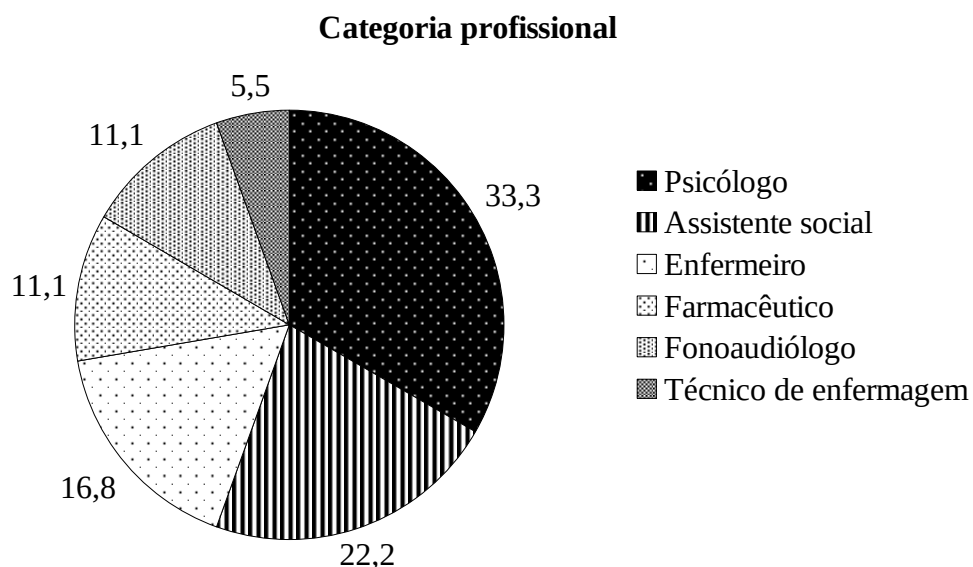
Neste contato, tanto com os informantes-chave como com os trabalhadores indicados, duas dificuldades foram identificadas: 1) uma vez que foi optado por realizar o grupo focal fora do horário de trabalho para que não trouxesse maior impacto na rotina dos serviços, pois no momento da coleta dos dados a pandemia estava em momento importante demandando todos os recursos dos serviços de saúde, alguns trabalhadores não logravam de horários disponíveis para participação em horários alternativos; 2) em uma Unidade Básica de Saúde não foi identificado nenhum trabalhador elegível para a participação na pesquisa, uma vez que não havia nenhum trabalhador que trabalhasse no período de interesse da pesquisa no serviço que participasse efetivamente do apoio matricial em saúde mental.

Mesmo após todos os contatos realizados ocorreram ausência de participantes que confirmaram participação nos grupos. Deste modo, foram conduzidos quatro grupos focais com contribuição de dezoito participantes de diferentes categorias, conforme tabela a seguir:

**Tabela 1***Descrição dos grupos focais*

<b>Grupo Focal (GF)</b>	<b>GF 1</b>	<b>GF 2</b>	<b>GF3</b>	<b>GF 4</b>
<b>Categoria profissional/ número de participantes</b>	Assistente social 1	Técnica de enfermagem 1	Psicóloga 3	Enfermeiro (CAPS)
	Farmacêutica 1	Assistente social 2	Psicóloga 4	Psicóloga 2 (CAPS)
	Psicóloga 1 (CAPS)	Psicóloga 2	Assistente social (CAPS)	Assistente social 3
	Psicóloga 1		Fonoaudióloga 2	Enfermeira 2
	Fonoaudióloga 1		Farmacêutica 2	Enfermeiro (CAPS)
			Enfermeira 1	

Em relação ao gênero dos participantes, destaca-se a ampla participação feminina (94,4%) em relação a masculina (5,6%). Quanto à categoria profissional, as categorias com maior número de participantes foram psicologia (33,3%) e serviço social (22,2%).

**Gráfico 1 –***Descrição dos participantes por categoria profissional*

Optou-se por um número menor de participantes em cada grupo em comparação aos grupos focais presenciais para que pudéssemos garantir a interatividade e participação de todos na plataforma digital. Cada grupo focal ocorreu em sessão única com duração máxima de 90 minutos e teve o pesquisador como moderador do grupo. As sessões dos grupos focais foram gravadas e posteriormente transcritas.

Os grupos de profissionais realizaram discussão, tendo como provocadores desse processo questões que envolvem suas percepções e apropriações acerca da ferramenta do apoio matricial, como a nova organização do apoio matricial repercutiu na relação entre as equipes da atenção primária e da atenção especializada e se esta mudança provocou alterações no cuidado aos usuários. Esta discussão foi baseada em roteiro (Apêndice II) com algumas questões disparadoras.

O material transcrito das sessões dos grupos focais foi analisado de acordo com os pressupostos da análise de conteúdo (Bardin, 1977) que, segundo Minayo (1992), “parte de uma literatura do primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos. Para isso a análise de conteúdo em termos gerais relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados” (p. 203). Por meio desta análise é possível realizar inferências e discutir os conteúdos manifestos dos trabalhadores, tanto nas construções individuais quanto coletivas.

A análise de conteúdo proposta por Bardin (1977) consiste nas etapas de pré-análise, em que são sistematizadas as ideias através de leitura flutuante do material, referenciação de índices e preparação de material; exploração do material, em que são realizadas as operações

de codificação; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação, no qual se realizam a tematização, descrição dos dados e análise dos dados através de inferências e interpretações.

A proposta deste trabalho foi fazer a discussão e interpretação dos resultados e, por isso, a escolha da Análise de Conteúdo como método de tratamento/análise se deu por ela permitir que o pesquisador faça a discussão/inferência a partir dos dados trabalhados. Há várias maneiras para analisar conteúdos de materiais de pesquisa, esta será trabalhada na modalidade de análise temática que “procura nas expressões verbais ou textuais os temas gerais recorrentes que fazem a sua aparição no interior de vários conteúdos mais concretos” (Turato, 2003, p. 442). Tendo em vista que o presente estudo não pressupõe uma análise quantitativa, as categorias foram delineadas, não necessariamente pela repetição de falas, mas também pela relevância dos relatos no encaminhamento das discussões.

#### 4. Apresentação e discussão dos resultados

A partir do tratamento dos resultados, inferência e interpretação do material coletado tendo como eixo temático o matriciamento em saúde mental, foram encontradas regularidades discursivas que delinearão quatro temas e seus respectivos subtemas, conforme apresentado no Quadro 2. Na apresentação dos trechos dos relatos a identificação dos participantes foi omitida e referenciada como produção do respectivo grupo focal (1, 2, 3, 4).

**Tabela 2**

*Descrição dos eixos temáticos, temas e subtemas*

<b>Eixo Temático</b>	<b>Temas</b>	<b>Subtemas</b>
<b>Matriciamento em saúde mental</b>	Fundamentos	Conceito
		Histórico
		Organização
	Potencialidades	Ampliação de perspectivas e intervenções
		Educação Permanente
		Corresponsabilização e integração entre os serviços no cuidado em saúde mental
	Fragilidades	Formação e capacitação
		Participação e responsabilização
		Organização dos serviços x matriciamento
		Atenção Básica e a saúde mental
		Articulação entre os serviços
	Ajustes necessários	Organização dos serviços para garantir a participação dos profissionais
		Realizar as articulações acordadas no matriciamento
		Fortalecimento pela gestão

		Garantia de recursos humanos
		Fortalecimento do trabalho coletivo e da intersetorialidade como diretrizes do trabalho em rede

### 3.1 Sobre os fundamentos do matriciamento

Fundamentos	Conceito
	Histórico
	Organização

Como apresentado anteriormente, o apoio matricial em saúde mental é uma ferramenta de trabalho em que as equipes de referência e equipes de atendimento especializado constroem um cuidado compartilhado de maneira colaborativa, corresponsável e não-hierarquizada (Chiaverini, 2011; Lima & Dimenstein, 2016). Essa ferramenta, proposta por Gastão Wagner Campos (1999), baseou-se em inúmeras experiências pelo país (Alencar Entrepotes et al., 2017; Bezerra & Dimenstein, 2008; Castro, Oliveira, & Campos, 2016; Minozzo, 2011; Moro, 2017), sendo incorporada como um novo arranjo organizacional pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004).

A partir dessa perspectiva conceitual de apoio matricial, os trabalhadores de saúde do município de Vitória construíram o seu próprio entendimento acerca dessa ferramenta. Ela é compreendida principalmente como um espaço de troca de saberes, em que um profissional

do serviço especializado, com um suposto saber ampliado e objetivo sobre questões de saúde mental, se aproxima da atenção básica com a finalidade de compartilhar sua expertise.

*Eu acho que o objetivo... um dos objetivos principais do matriciamento que é a troca de saberes, é... o momento de contato dos especialistas com a atenção básica. –*

Grupo focal 1

*[...] uma ferramenta mesmo que existe pros profissionais poderem compartilhar saberes, né, informações. [...] Mas eu acho que é um momento de construção de conhecimento, de fortalecimento das equipes, de se pensar um PTS, construir junto. [...] é esse momento de construção mesmo de vínculo entre as equipes e de troca de informações e conhecimentos. – Grupo focal 3*

A primeira construção coletiva de troca de saberes entre os trabalhadores da atenção básica e dos serviços especializados, representada nos trechos acima, vai ao encontro das propostas do apoio matricial (Castro & Campos, 2016; Saraiva, Zepeda, & Liria, 2020). É importante destacar que os relatos trazem esta troca, que não se restringe a um processo unidirecional, em que um profissional com “mais saber” ensina ao outro como cuidar e manejar as situações referentes ao sofrimento psíquico. Sobre isso, Quinderé, Jorge, Nogueira, Costa e Vasconcelos (2013) apontam que a relação hierárquica entre os profissionais na construção de práticas e saberes é justamente um dos pontos que a prática do apoio matricial tenta desconstruir.

O compartilhamento do cuidado é apontado pelos trabalhadores como um dos entendimentos do apoio matricial. Tanto os trabalhadores das UBS quanto os trabalhadores



dos CAPS elencaram o compartilhamento dos casos e compartilhamento dos saberes como função importante.

*Quando eu penso em apoio matricial, assim, a primeira coisa que eu penso é compartilhamento dos casos. [...] Porque quando o caso chega no CAPS, uma situação chega no CAPS, às vezes vem com um recorte muito grande, né. As pessoas quando vem ao CAPS vem com um desejo enorme de “vou me tratar, vou me curar, quero um remédio”. “Quero um laudo”, também. A demanda é essa: quero remédio, quero laudo. Com a família ou o usuário chega assim. E quando a gente tem esse contato com a Unidade de Saúde, a Unidade traz várias outras informações, que no CAPS isso não aparece. Eles não trazem. – Grupo focal 4*

Jorge et al. (2013) observaram a importância desse compartilhamento de saberes, pois, desse modo, há uma tendência de cuidado que “inclui os aspectos da vida e do sofrimento apresentados no caso clínico mediante vivências pessoais e da própria existência humana, na tentativa de ampliação do projeto terapêutico dos usuários” (Jorge et al., 2013, p. 741) Nessa conformidade, em que o compartilhamento de saberes e cuidado está consolidado como uma prática desejável, Chazan et al. (2019) analisam que essa prática nem sempre está presente no contexto do apoio matricial, o que acaba por despotencializar a ferramenta. Os autores também apontam que um dos fatores de fragilidade para a não ocorrência deste compartilhamento é a formação não adequada dos trabalhadores, questão que será melhor discutida adiante (Chazan et al., 2019).

No município de Vitória, o apoio matricial em saúde mental teve início em 2007 (Iglesias & Avellar, 2016b; Madureira & Bissoli, 2014) e desde então passou por diferentes organizações – como será relatado na fala a seguir.

*Eu participo de matriciamento desde antes de eu entrar no CAPS, eu participava do que existia que era equipe matricial, que era [composta por] um psicólogo e um psiquiatra - na proposta inicial deveria ser um psicólogo, um psiquiatra e um assistente social- que iam nas Unidades de Saúde e faziam reuniões de matriciamento semanalmente. Era semanal, a gente passava uma manhã ou uma tarde, um período, por semana. Então às vezes era uma equipe, duas equipes, quatro equipes, né? E a gente tinha em alguns momentos o que a gente chamava de equipe zero que era um estudo. A gente fazia... às vezes tinha uma reunião conjunta, às vezes tinha uma reunião regional, e reunião geral que existia de saúde mental. Mas também a gente fazia estudos de algumas situações. Não só o matriciador levava, mas profissionais da unidade falavam: “ah, quero estudar suicídio, quero estudar esquizofrenia”. A gente pegava algum texto simples. Tem o livro saúde e loucura que fala sobre saúde mental na Unidade, na estratégia de saúde de família, do Lancetti. A gente leu parte da Clínica Peripatética nesse propósito. – Grupo focal 4*

Desde o modelo de organização descrito pelo grupo acima, com uma equipe volante formada por especialistas que iam às UBS para ofertar o apoio matricial até a reorganização realizada em 2018, outras organizações também vigoraram, no entanto, não foram descritas nos grupos focais. O modelo imediatamente anterior a essa reestruturação se dava de modo que uma equipe de cada CAPS do município realizava uma reunião por mês com cada equipe

de Estratégia de Saúde da Família (eSF). Isso implicava que a a equipe eSF tivesse três reuniões diferentes de apoio matricial em saúde mental por mês: uma com o CAPS adulto de referência do território, uma com o CAPSad e outra com o CAPSij.

O modelo em questão acarretava em uma dificuldade para garantir as agendas dos profissionais da atenção básica, pois, além das reuniões de apoio matricial em saúde mental, outras agendas de reuniões também precisam ser garantidas; isto é, reuniões de equipe, reuniões dos matriciamentos de saúde da mulher e saúde do idoso, reuniões de rede, entre outras. Outro ponto sensível nessa organização era o deslocamento das equipes dos CAPS para as UBS para realização da reunião. Com tantas reuniões acontecendo em separado e, muitas vezes, em horários iguais nos diferentes serviços do município, muitas vezes não havia transporte disponível para o locomover os trabalhadores, inviabilizando a realização da reunião e impactando no trabalho de todos os envolvidos.

*É, isso é um problema, né. Porque assim, é o transporte, é uma confusão. Às vezes não tinha carro e a gente tinha que desmarcar em cima da hora... – Grupo focal 4*

Antes da reestruturação institucional de 2018, algumas experiências já estavam em curso no município servindo como “projetos-piloto”. Determinadas equipes de CAPS e UBS, que já desenvolviam uma prática mais fortalecida de apoio matricial, iniciaram um modo de aproximação com outros serviços e, desse modo, já ocorriam, por exemplo, reuniões de matriciamento com UBS, CAPS Ilha e CAPSad.

*Foi construída com a unidade de saúde. Porque alguns casos a gente via que tinha comorbidade... aí a gente: “ah, vamos chamar”. Aí em alguma reunião: “vamos chamar fulana que é matriciador do CAPSad, na próxima reunião?”. Aí vimos que foi*

*bacana. [...] em algumas das Unidades, a gente convidou, na minha reunião de matriciamento com a equipe 2 da Unidade de Saúde, a gente convidou o CAPSad pra discussão de um caso ou dois específicos, entendeu. E aí eu acho que isso deu uma... um gás assim. Tanto que uma unidade específica... depois que a gente fez uma reunião junto, a gente decidiu fazer todas junto. O CAPSi ainda não participava dessa unidade, era só o CAPS Ilha e o CAPSad. O CAPSi entrou só depois que houve a organização municipal de funcionar da mesma forma. – Grupo focal 4*

Em 2015, foi realizada uma pesquisa com os trabalhadores da atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória e a análise dos relatórios de matriciamento dos CAPS. Nessa investigação, foram colhidas sugestões de organização, assim como foram elencadas potencialidades e fragilidades postas no processo em curso (Vitória, 2019).

*E aí houve uma certa... uma certa enquete, pelo que eu me lembro, Pedro [pesquisador], de uma pergunta da área técnica, perguntando... sabendo que existiam várias formas de... do CAPS matriciar as diferentes Unidades de Saúde – Grupo focal 4*

A partir dessas experiências e das dificuldades descritas, a Gerência de Atenção à Saúde (GAS) elaborou uma proposta na qual a reunião de matriciamento aconteceria simultaneamente com os CAPS de referência da UBS e a eSF. Por exemplo: a equipe 1 de determinada UBS faria a reunião com o CAPS adulto do território, o CAPSij e o CAPSad ao mesmo tempo. Essa proposta visava facilitar o manejo das agendas dos trabalhadores envolvidos, além de otimizar o transporte deles naquele dia e horário. Almejava também, qualificar o processo do apoio matricial configurando-o como um apoio matricial em saúde mental integral.

O processo de reorganização envolveu a equipe da Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outra drogas (ATSM), a Coordenação da Atenção Especializada (CAE), a Coordenação da Atenção Básica (CAB), os diretores dos serviços envolvidos e outras áreas técnicas. Após o período de planejamento, foram realizadas reuniões de apresentação da proposta para os diretores dos serviços que não participaram do primeiro momento e também realizadas reuniões de planejamento da implantação do novo modelo, como organização das agendas, alinhamentos com o setor de transportes, modelo de registro das reuniões e calendário anual das reuniões para todas as UBS. Nessa etapa de elaboração do calendário, levou-se em consideração as datas em que as reuniões de matriciamento já ocorriam nas UBS, na tentativa de dirimir os impactos negativos nas rotinas dos serviços, e mudanças foram realizadas a partir das indicações das equipes.

Ainda que todo o processo tenha visado a construção coletiva, parte dos trabalhadores dos serviços o vivenciaram de forma diferente, apreendendo-o como uma determinação hierárquica e verticalizada.

*[...] foi um certo incômodo, porque quem tava no matriciamento, quem tava na equipe ali do território não foi escutado quando teve a transição. Então eu acho que isso também gera um certo incômodo, você já tá trabalhando há um tempo de uma forma, você constrói ali principalmente essa garantia de que todos os profissionais da equipe participam dessas discussões, e de repente isso é mudado, isso é imposto, sem que a gente tivesse sido consultado – Grupo focal 3*

*E nisso dessas regras acabou vindo de cima pra baixo uma ordem da gestão colocar as equipes dentro do matriciamento. E aí isso deu uma movimentada, mas isso não fez funcionar como deveria. – Grupo focal 2*

Também apareceram no grupo falas de trabalhadores que participaram desse momento, ainda que de maneira incipiente, mas estavam cientes do processo de mudança.

*[...] percebeu-se que essa proposta poderia ser interessante. Eu sei que lá no CAPS onde eu trabalho tinha profissionais contrários a isso. Achando que não ia funcionar, profissionais achavam que não ia dar tempo, que tinha que continuar sendo na reunião de equipe porque tava a equipe toda lá, né? Que na reunião de saúde mental não ia participar a equipe toda. – Grupo focal 2*

No segundo semestre de 2018, foi implementado o novo modelo do matriciamento e uma nova fase de ajustes e avaliações teve início. Com relação ao transporte, houve dificuldades no cumprimento dos horários para deslocamento das equipes, com atrasos significativos em algumas reuniões e também desmarcações em cima da hora. Tais questões acarretaram frustrações e queixas, tanto por parte dos trabalhadores da atenção básica, quanto dos CAPS, uma vez que tinham suas agendas organizadas para tais encontros, assim como dedicado tempo de preparo para elas. Os ajustes em relação a essas questões foram tratados diretamente entre ATSM e coordenação dos transportes para resolução dos problemas.

Em relação ao início das reuniões conjuntas de matriciamento induzidas pela gestão, os trabalhadores relataram que essa foi a garantia de realização dos matriciamentos, pois tal arranjo não estava consolidado em algumas UBS. Os trabalhadores relataram que, na nova configuração, havia uma diretriz institucional que garantia aquele espaço e fortalecia a prática.

*Garantia de agenda né. Fechar as agendas das pessoas que verdadeiramente tem que participar. Eu acho que... valorizar mais esses momentos, né. Eu acho que a gente precisa conseguir enxergar o quanto que esse momento é importante. – Grupo focal 1*

A partir deste momento verifica-se o fortalecimento das realizações das reuniões de matriciamento, implicando em criação e fortalecimento do vínculo entre as equipes da atenção básica e dos CAPS. Hirdes (2015) aponta que o vínculo criado entre os trabalhadores da atenção básica e os matriciadores amplia o escopo das ações de cuidado possíveis promovendo “o enriquecimento das intervenções terapêuticas, sobretudo, quando esse vínculo é baseado em relação de confiança e comprometimento. O vínculo profissional é visto como um valor” (p. 377).

### 3.2 Potencialidades do matriciamento

Potencialidades	Ampliação de perspectivas e intervenções
	Educação Permanente
	Corresponsabilização e integração entre os serviços no cuidado em saúde mental

O fortalecimento da interdisciplinaridade busca “diminuir a fragmentação imposta ao processo de trabalho decorrente da especialização crescente em quase todas as áreas de conhecimento” (Campos & Domitti, 2007, p. 402), assim como produzir efeitos de corresponsabilização do cuidado. Reforçando o conceito do apoio matricial como arranjo organizacional – que propicia maior resolubilidade das questões de saúde mental na atenção básica, ampliando os olhares e práticas possíveis de ação – tal perspectiva comparece na prática cotidiana dos trabalhadores do município, conforme trazido pelos participantes dessa pesquisa. Há um entendimento de que a ocorrência das reuniões de matriciamento em conjunto favorece a ampliação de olhar sobre o sofrimento psíquico para toda família.

*Que geralmente numa casa não é só uma... tem criança, às vezes tem adulto e você já conseguia fazer uma discussão em relação a família e não só ao paciente. Então isso eu achava muito positivo, muito interessante. – Grupo focal 2*

*Você enxerga mais, eu acho que você enxerga mais o paciente, aquele que... você tem uma percepção mais global, vamos pôr assim, da nossa realidade. Porque quando você era... do que quando era separado. – Grupo focal 2*

As dificuldades vivenciadas na construção de uma atenção psicossocial integral e fortalecida na rede de saúde podem ser trabalhadas por essa via de ampliação de olhares proposta pelo matriciamento. Destacam-se como entraves nesse processo: a dificuldade na formação dos profissionais; pouco conhecimento sobre o processo da reforma psiquiátrica brasileira; fragilidade na rede assistencial de saúde mental; baixo entrosamento entre as equipes da atenção básica e dos serviços especializados e uma visão estritamente biomédica, dentre outros (Nunes, Jucá, & Valentim, 2007) .

Jorge, Souza e Franco (2013) enfatizam que a ampliação dos olhares também cria condições favoráveis para o deslocamento do modelo biomédico e estigmatizante quando se extrapola a prática queixa-conduta e opera-se no processo saúde-doença-cuidado, atuando-se na integralidade do cuidado do sujeito. É neste contexto que “o compartilhamento de saberes com os profissionais do CAPS possibilita se alargar a visão da equipe da ESF, particularmente ao sugerir aspectos além dos cuidados com os sinais e os sintomas” (Jorge, Sousa, & Franco, 2013, p. 741).

*Então, eu acho que o matriciamento, essa possibilidade da gente ter... dessa troca com todos os profissionais, de todos os níveis, de todas as profissões, traz... é, para nós, uma forma mais humanizada em acolher a dor do outro. Sem grandes*



*juílgamentos. Não tô dizendo que a gente fique ótimo e maravilhoso, mas eu acho que tem... tem propiciado muito isso. – Grupo focal 1*

*Facilitou demais, né. Melhorou mais o atendimento, né, as respostas que a gente tem que dar, né, pro cuidador, o responsável... pro próprio paciente. Eu mesmo confesso que antes eu não tinha... igual eu falei, eu não tinha muito acesso aos pacientes de saúde mental. – Grupo focal 4*

Machado e Camatta (2013) em estudo de revisão integrativa sobre as potencialidades e fragilidades do apoio matricial evidenciaram que, quando realizado sistematicamente, o matriciamento tem o potencial de diminuir os encaminhamentos ao especialista, qualificar fluxos, capacitar as equipes, ampliar a compreensão acerca do cuidado em saúde mental na atenção básica e fortalecer uma assistência conjunta e compartilhada. Na perspectiva da atenção compartilhada, verificou-se que alguns avanços foram trazidos nos grupos focais, como a maior aproximação entre os trabalhadores dos diferentes serviços que propiciam ações conjuntas, numa lógica de ampliação das possibilidades de intervenção. Em alguns serviços, onde o matriciamento está mais consolidado, há a diminuição dos encaminhamentos desnecessários para os CAPS, assim como há uma maior oferta de ações territoriais.

*Porque já houve situação que eu fiz atendimento compartilhado na unidade de saúde e o paciente continua na Unidade de Saúde, não chegou pro CAPS. Que houve, assim, de repente um atendimento pontual com ajuste medicamentoso, mas voltou pra Unidade, não quis ficar no CAPS. Já teve caso ao contrário, que tava na unidade, aí a Unidade não tava dando conta, o paciente topou ir pro CAPS, com uma aproximação*

*bem lenta. Tem outras situações que a unidade manda casos que não é pro CAPS, mas quando isso acontece é que não tem apoio matricial, né. – Grupo focal 4*

Na interação grupal os trabalhadores também evidenciaram mais um ponto sensível e importante sobre o matriciamento, a dimensão pedagógica da ferramenta. O matriciamento tem, dentre suas funções, a capacidade de desconstruir estigmas e preconceitos acerca do processo de sofrimento psíquico, dissociando o conceito de “doença mental” do conceito de saúde mental. Neste campo pode-se utilizar, por exemplo, discussões de casos que tiveram êxito em sua condução, discussões de textos temáticos e participação de outros atores para compartilhamento de seus saberes/experiências.

Este processo encontra ressonância na Política Nacional de Educação Permanente, que se configura como “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, [baseando-se] na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais e acontece no cotidiano do trabalho” (Brasil, 2018, p. 10). A EPS deve ocorrer de maneira longitudinal nos encontros de matriciamento, de modo que o processo se baseie nas questões e conjunturas cotidianas e utilize variados métodos (Chiaverini, 2011).

*[...] a gente chegou a fazer umas rodadas de estudo mesmo. A gente compartilhava um texto e separava uma parte do matriciamento pra discutir e tentar construir estratégias – Grupo focal 2*

*Isso. A gente tirava uma hora pra discussão de casos e uma hora era de formação. Aí nós trabalhamos com transtornos. Começamos a partir daquilo que eles,*

*principalmente os agentes de saúde, queriam saber mais. A gente... nós fizemos de suicídio e depois fizemos sobre transtornos. [...] aí eles, junto com a formação, eles lembravam de algumas situações. “Ah, então fulano era assim, como que vou fazer nesse caso, como que vou fazer uma visita”. Até mesmo pra desmistificar alguns preconceitos. E foi muito bom. Só que é algo que a gente não conseguiu dar continuidade, no ano passado, por causa da pandemia. – Grupo focal 3*

Evidenciamos, assim, a dimensão técnico-pedagógica do apoio matricial, em que se “produz ação de apoio educativo com e para as equipes” (Brasil, 2014, p. 17), objetivando o aprimoramento de competências dos trabalhadores da atenção básica e o fortalecimento da própria prática de educação permanente. Analisando a compreensão de trabalhadores da saúde acerca da educação permanente e do apoio matricial no cotidiano da atenção básica, Rodrigues et al. (2020) destacaram a função do matriciamento como premissa da EPS, objetivando ofertar “suporte às equipes vinculadas, bem como firmar a cogestão das responsabilidades, enquanto metodologia de trabalho que assegura a retaguarda especializada, tanto em nível assistencial quanto técnico-pedagógico, por meio da construção coletiva do saber compartilhado entre os profissionais da atenção básica” (p. 4). Estas premissas estão presentes nas Diretrizes do Matriciamento no Município de Vitória (Vitória, 2019, p. 22), que elenca como atividades de educação permanente os tópicos a seguir:

- *Discussão de temas relevantes para a atenção em saúde nas áreas do matriciamento;*
- *Apresentação e discussão da rede de serviços, dos fluxos e critérios de acionamento e atendimento em serviços específicos;*

- *Apresentação e discussão de instrumentos, técnicas ou métodos de abordagem, avaliação e atendimento em situações específicas;*
- *Estudo das Políticas específicas das áreas de atenção relacionadas;*
- *Estudo de ações de prevenção de doenças e de promoção à saúde nas áreas específicas;*
- *Estudo de técnicas e abordagens às famílias e cuidadores.*

Busca-se, portanto, reforçar que a dimensão técnico-pedagógica do matriciamento propicia um espaço de troca de saberes a partir de uma horizontalização das relações, onde todos os envolvidos têm a possibilidade de compartilhar seus conhecimentos, práticas e experiências. Nesse compartilhamento há, também, o direcionamento para uma corresponsabilização do cuidado. A lógica de corresponsabilização visa dismantelar a hierarquização dos saberes e serviços, assim como a lógica de encaminhamentos e transferência de responsabilidades, substituindo a relação “poder/saber pelo compartilhar de responsabilidades, ao exigir que os profissionais decidam juntos sobre o andamento de cada caso, bem como sobre seu acompanhamento” (Dantas & Passos, 2018, p. 204) .

Em Vitória, as UBS possuem diferentes realidades em seus territórios e diferentes equipes que realizam o apoio matricial em saúde mental, de modo que há lugares onde o matriciamento é prática consolidada e outros em que se encontram dificuldades para a fortalecimento desta. Tais dificuldades de se assegurar a ocorrência do matriciamento tem impacto direto na criação e fortalecimento de vínculo entre as equipes da atenção básica e equipes dos CAPS. Segundo Jorge et al. (2014), esse vínculo favorece a construção de práticas compartilhadas e corresponsáveis na condução dos casos, fortalecendo o trabalho interdisciplinar. Nesta direção, os participantes relatam:

*Eu acho que essa integração também beneficiou os próprios funcionários do CAPS, assim, os próprios trabalhadores. Porque a gente passou a ter mais entendimento também do funcionamento dos outros serviços. – Grupo focal 1*

*Então eles eu acho que tem a condição de saber informações que às vezes a gente não sabe, como é que ele é lido ali na comunidade, como ele é visto na comunidade. Porque às vezes não é a família que consegue resolver alguma coisa, dar apoio, às vezes é um vizinho, uma pessoa que... um conhecido, né – Grupo focal 3*

Acerca dos efeitos que a prática do apoio matricial provocava no território, Belotti e Lavrador (2016) identificaram que a ocorrência sistemática do matriciamento favoreciam, além da construção de corresponsabilidade, a escuta qualificada, o aumento da resolutividade na atenção básica e a diminuição dos encaminhamentos sem critérios. Além disso, o fortalecimento de vínculos entre as equipes de referência e as equipes especializadas tende a produzir práticas mais acolhedoras nos serviços da atenção básica, uma vez que os trabalhadores deste nível de atenção ampliam seu entendimento sobre as situações de sofrimento psíquico e sentem-se mais fortalecidos:

*Com o apoio matricial eu comecei a me envolver mais em saúde mental e conhecer mais os pacientes. Eu confesso que eu não tinha muito conhecimento dos que eram de saúde mental, os pacientes que eram da saúde mental. E isso foi interessante, que eu comecei ver a minha visão, enquanto enfermeira. E aí a gente discutia isso. Eu colocava ao meu ponto de vista, o médico o dele. Eu comecei a me envolver mais, isso foi bem legal. – Grupo focal 4*

Ainda há casos mais complexos onde o cuidado compartilhado é estratégia fundamental para o manejo e no compartilhamento do cuidado a própria noção de corresponsabilidade vai sendo fortalecida. Essas situações evidenciam o pertencimento do usuário ao território de referência, uma vez que as ações que são realizadas tanto nas UBS quanto nos CAPS são construídas conjuntamente.

*A pessoa ficar no CAPS, mesmo que seja 24 horas, fica 15 dias pra poder desintoxicar, e quando sai vai pra... volta pro território, e continua no CAPS, quer dizer, não é só: “vai pro território porque você já tratou aqui”. Não, pelo contrário, é esse compartilhamento do PTS que é importante, CAPS e unidade de saúde. – Grupo focal 3*

*Então assim, eu já tive experiência da gente conseguir trazer psiquiatra do CAPS pra caso de um paciente que a gente não conseguia, né, trazer pra Unidade, que a gente não conseguia tratar o paciente. – Grupo focal 2*

Nota-se que a integração do matriciamento com os CAPS em suas diferentes modalidades e a aproximação entre os diferentes serviços como um facilitador dos processos de cuidado foram relatados nos diferentes grupos focais pelos trabalhadores. O matriciamento, portanto, na perspectiva destes trabalhadores, aponta para uma abordagem que amplia o campo de ação para além do usuário em questão, alcançando a família e a comunidade. Nesta perspectiva, o trabalho intersetorial apresenta-se como ferramenta potencializadora.

Deste modo, a discussão abarca não somente os processos individuais de sofrimento psíquico e como eles se atualizam na realidade do sujeito, mas buscam trabalhar também as relações familiares e comunitárias como dimensões fundamentais para o cuidado em saúde mental. Em situações, por exemplo, de “problemas escolares” são considerados também as dinâmicas domiciliares, como outros familiares em sofrimento psíquico, dificuldades de acesso a direitos como alimentação, saneamento, moradia digna, renda e lazer.

Assim, no escopo dessas discussões, a rede intersetorial também é convocada a participar através da lente do apoio matricial.

*Ele tem uma história dentro desse território né, assim. Então eu acho que isso ajuda muito nessas discussões né. Aí é por isso que às vezes o matriciamento... é por isso que eu não penso muito numa hierarquia, eu acho que isso confunde, né. Eu acho que a gente do território leva pra... pro CAPS, o CAPS traz pra gente, né. – Grupo focal 3*

*O CREAS também costuma participar. A gente consegue fazer umas ações conjuntas assim, CREAS, CAPSad, CAPSi. A gente tem conseguido uns resultados bons depois que passou a ser conjunto. – Grupo focal 1*

Com a ocorrência do apoio matricial conjunto, sucede-se um fortalecimento do entendimento de que os CAPS em suas diferentes modalidades possam contribuir com as discussões de saúde mental de maneira global.

*E aí... e quando chegou a situação de adolescente que tá com cutting, a Unidade teve que chamar o matriciamento, aí não chamou só o infantil, chamou todos de novo, entendeu? Então isso foi... eu acho que foi interessante isso, né. – Grupo focal 4*

*[...] por exemplo, o CAPS infantil são, no caso, usuários que mais tarde ou vão frequentar o CAPSad ou o CAPS adulto. Então, assim, precisa realmente fazer isso. E, às vezes, tem muitos casos de mães que tem o problema, depois os filhos. – Grupo focal 3*

Dessa forma, a modalidade de matriciamento conjunto parece contribuir para a discussão em saúde mental no território, com as equipes das UBS e dos CAPS construindo uma relação mais fluida e de confiança.

*[...] eu achava isso fantástico, o estar junto, os CAPS, exatamente por causa dessa troca. É isso aí mesmo que você tá falando. Tá falando de uma criança, mas essa criança tá numa família e às vezes essa família tem problema de álcool, de droga, tem alguém com transtorno, sei lá. – Grupo focal 1*

Ainda sobre a corresponsabilização e integração entre os serviços, também compareceu no discurso dos trabalhadores a questão sobre a transição dos usuários entre os CAPS, seja por motivo de idade ou mudança de território, por exemplo.

*E em relação ao CAPS infantil, eu acho interessante a discussão junto, do CAPS infantil, até porque o paciente às vezes faz 18 anos, aí tem a transição. Então o CAPSad ou o CAPS transtorno mental, ele já tá acompanhando esse processo. – Grupo focal 3*

*[...] caso que pode ser trabalhado numa transição, como o CAPS infantil pro CAPS adulto. Ou mesmo um atendimento do CAPSad por exemplo, que nesse momento tá mais em foco com o transtorno mental. – Grupo focal 1*



*[...] porque, assim, antes da gente fazer essa junção, tinha muitos casos que ficava no empurra-empurra ente CAPSi e CAPS adulto, do momento da transição, como isso se dá, é de quem. E do mesmo jeito muitos casos também entre CAPS adulto e CAPSad. Ficavam assim: “é meu, é seu, é meu, é seu”. E ficava a Unidade e o paciente no meio. Trazendo isso pra uma reunião conjunta, compartilhada, fica muito melhor pra gente pensar as estratégias, de quem vai pra onde. “Ah, é meu, não é”. Fica muito... fica muito mais legal da gente conversar, né. E aí o assunto gira em torno de termos mais técnicos, eu gosto. Isso é uma coisa que me agrada nessa condução nova. –*

Grupo focal 2

Evidenciamos, então, o caráter de compartilhamento nas reuniões de matriciamento, em que se envolve também a UBS de referência do usuário na discussão, contribuindo não só para a corresponsabilização dos atores envolvidos, como também para a ampliação das possibilidades de construção do PTS.

### 3.3 Fragilidades do matriciamento

Fragilidades	Formação e capacitação
	Participação e responsabilização
	Organização dos serviços x matriciamento
	Atenção Básica e a saúde mental
	Articulação entre os serviços

Dentre as fragilidades do matriciamento elencadas pelos participantes, a formação dos profissionais para o trabalho na lógica do apoio matricial apresenta-se como um dificultador para a consolidação do modelo. Historicamente, os trabalhadores em saúde têm sua formação

centrada no modelo biomédico, privilegiando os processos fisiológicos como objeto de estudo e intervenção (Amarante, 2017; Freitas & Amarante, 2017). Athié et al. (2013), em uma revisão crítica sobre o matriciamento em saúde mental na atenção primária entre os anos de 2000-2010, apontaram para a necessidade de formação dos trabalhadores para a efetiva integração entre atenção primária e saúde mental.

Em 2014, o Ministério da Saúde ainda apontava para a questão da formação profissional como um dos desafios a serem enfrentados para a consolidação da prática do apoio matricial, pois comumente, os profissionais de saúde não receberam formação nas graduações e pós-graduações em saúde para trabalhar na lógica do apoio matricial, o que pode dificultar a prática. Além disso, outras questões essenciais para o trabalho compartilhado são raramente aprofundadas, pouco refletindo as necessidades dos profissionais do SUS, tais como o trabalho em equipe, o vínculo e a coordenação do cuidado (Brasil, 2014, p. 39).

Os apontamentos citados anteriormente corroboram o que compareceu no discurso dos trabalhadores nos grupos focais, indicando a fragilidade na própria formação em saúde, o que prejudica a ocorrência de discussões de caso, assim como a possibilidade da construção de um PTS compartilhado e territorial, por exemplo. Os trabalhadores nos grupos focais relataram as dificuldades encontradas nos processos de trabalho em equipe multiprofissional, articulação e fortalecimento de redes, falta de conhecimentos mínimos e de embasamento em saúde mental e atenção psicossocial, assim como uma dificuldade com o próprio interesse dos trabalhadores.

*Tanto a educação formal, né, da graduação, quanto educação continuada e cursos outros que a gente faz, realmente não nos preparam pra trabalhar nem na atenção*

*básica, nem na estratégia, nem no CAPS, pra trabalhar em equipe multi.* – Grupo focal 3

*[...] porque tem muito mais coisa que interfere nesse processo de saúde e doença aí, que, primeiro, ninguém estudou pra isso. Eu, em 1900 e lá vai bolinha, não tinha isso. Então, assim, a minha formação, hoje, ela é muito mais no interesse pessoal do que de uma formação acadêmica me preparou pra trabalhar com isso [saúde mental]. Primeiro que eu não fui trabalhada pra trabalhar em equipe. Eu não fui preparada pra trabalhar com isso. Eu fui formada pra trabalhar com doença. É... tanto é que as pessoas esperam de mim... todo mundo fala: “ah, mas medicamento, medicamento”. –*

Grupo focal 3

A necessidade de investimento, tanto em formação dos trabalhadores quanto na institucionalização do apoio matricial, são fatores destacados em pesquisas nacionais, regionais e no contexto municipal. Treichel et al. (2019), em revisão bibliográfica dos anos 2008-2018, visando identificar os impasses e desafios vivenciados no apoio matricial em saúde mental na atenção primária no país, delimitaram três grandes eixos para a qualificação dos serviços já implementados. São eles:

- a) Definição de delineamentos para prática de matriciamento, coordenação dos casos e seguimento longitudinal com atribuição clara do papel dos profissionais da atenção primária e especialistas;
- b) Investimento maciço em formação e capacitação dos profissionais, especialmente aqueles envolvidos diretamente na prestação dos cuidados, para atuar na lógica do compartilhamento e corresponsabilização dos casos;**
- c) criação de espaços institucionalizados com encontro sistemático dos

**profissionais para discussão dos casos e avaliação conjunta do andamento das atividades.** (p. 14. Grifo nosso)

Belotti e Lavrador (2016), em pesquisa no contexto regional da Grande Vitória/ES, região em que se situa o município de Vitória, sobre os efeitos da prática do apoio matricial na atenção primária, indicaram a “importância do investimento, tanto nas ações do AM para o fortalecimento da saúde mental na APS, quanto para a incorporação efetiva da saúde mental neste nível de atenção” (p. 377). Em Vitória, os trabalhos de Silva et al. (2017) e Iglesias e Avellar (2017) também corroboram a necessidade de investimento em formação dos trabalhadores, tanto para que estes se sintam mais seguros em sua atuação, como também construam práticas reflexivas de trabalho.

Considerando-se o atual contexto desta pesquisa, depois das considerações realizadas por pesquisas anteriores, nos grupos focais, os trabalhadores também indicaram a necessidade de investimentos nessa área, apontando que a necessidade de investimentos em formação ainda se mantém.

*[...] eu não me lembro nada, assim, focado pra isso de formação pra nós trabalhadores, não. – Grupo focal 2*

*[...] nenhuma formação mais sistematizada que a gente pudesse colocar isso em discussão. Nem dentro da própria Unidade, dentro da educação permanente. Nada disso, assim. Na verdade quando eu entrei no serviço, a gente ainda não tinha o CAPS São Pedro, a gente ainda era referenciado no outro CAPS. E aí, a gente tinha os matriciamentos separados e aí era uma necessidade minha, eu sentia que faltava*

*conhecer e eu buscava o material pra ler, assim né. Mas nada sistematizado pelo serviço, não. – Grupo focal 2*

*[...] na questão de se capacitar o trabalhador... dá a impressão que a gente tá tipo involuindo. Não sei se vocês têm essa percepção. Parece que em vez da gente caminhar, que a gente lá atrás a gente deu uma... né. Parece que a gente estagnou. Que você não vê interesse do município em estar capacitando os trabalhadores. – Grupo focal 2*

Há que considerar-se, ainda, a iniquidade dos processos formativos dentro da própria rede municipal de saúde, uma vez que cursos e capacitações foram ofertados ao longo dos anos pela ETSUS com participação dos trabalhadores da rede de saúde, assim como formações específicas para os trabalhadores de CAPS. Entretanto tais ações necessitam de regularidade de oferta, além de condições, por parte do município, que propiciem a fixação do trabalhador na rede, pois a formação e qualificação geram custos ao município e a saída desse trabalhador qualificado, por qualquer motivo, tem impactos na rede de saúde.

*Que foi o processo bem diferente do CAPS Ilha né. O CAPS Ilha teve formação com os grandes nomes aí da saúde mental, né. Ele [matriciamento] tem, assim, um monte de coisa legal pra funcionar. Mas eu sinto que falta mais sustento das equipes. Tanto das equipes dos CAPS quanto das equipes das Unidades, pra que ele de fato funcione, né. – Grupo focal 2*

O sustento da equipe, conforme referida no Grupo Focal 2, pode ser feito, inclusive pela participação no matriciamento, no entanto, a participação efetiva das eSF não é

garantida. Tal fato fragiliza o arranjo do apoio matricial, fragmentando a discussão em saúde mental na atenção básica, uma vez que trabalhadores estratégicos diversas vezes não estão presentes nas reuniões, o que causa diretamente a sobrecarga dos trabalhadores que participam efetivamente.

*Eu acho super importante, igual o agente comunitário de saúde, ele estar no matriciamento, ele é fundamental porque ele é que entra no território, no domicílio do usuário. A enfermagem, que a gente não pega, ela é fundamental. Mas o que atrapalha muito é a falta de trabalhador – Grupo focal 2*

O município de Vitória, a partir de 2007, organizou sua atenção básica com a presença de profissionais de apoio em todas as UBS, majoritariamente psicólogos e assistentes sociais, mas alguns serviços também contavam com outras categorias, como farmacêuticos, educadores físicos e fonoaudiólogos (Calente, 2017). A inserção dessas categorias na atenção básica, segundo Calente (2017),

tinha o intuito de ampliar a capacidade de resposta às necessidades de saúde da população e a resolutividade desse nível de atenção. Além disso, visava fortalecer programas específicos na atenção básica (como o Programa de Saúde Mental, o Programa Saúde do Escolar e o Programa de Saúde da Mulher), buscando ampliar as ações desse nível de atenção para populações relacionadas a esses programas. (Calente, 2017, p. 27)

Em 2013, por meio da organização de um Grupo Condutor, o município dá início ao processo de implantação das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)<sup>3</sup>, via

3 Posteriormente renomeado para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) através da Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2011, que atualizou a Política Nacional de Atenção

profissionais de apoio, que tinha a função de “planejar e a efetuar junto com os profissionais de apoio a transformação, a transposição dos processos de trabalho dos profissionais de apoio nas unidades de saúde em processos de trabalho que se alinhassem aos princípios e diretrizes do NASF” (Calente, 2017, p. 32).

Esse processo de implantação buscou uma construção coletiva e também a construção de novos processos de trabalho, que se balizassem na lógica do apoio matricial, que, em saúde mental, propunham segundo a Portaria Nº 154/2008, que cria as equipes NASF (Brasil, 2008), dentre outras atribuições: a) apoiar as eSF na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio, situações de violência intrafamiliar; b) criar, em conjunto com as eSF, estratégias para abordar problemas vinculados à violência e ao abuso de álcool, tabaco e outras drogas, visando à redução de danos e à melhoria da qualidade do cuidado dos grupos de maior vulnerabilidade; c) evitar práticas que levem aos procedimentos psiquiátricos e medicamentos à psiquiatrização e à medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana; d) fomentar ações que visem à difusão de uma cultura de atenção não-manicomial, diminuindo o preconceito e a segregação em relação à loucura; desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando constituir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial; e e) ampliar o vínculo com as famílias, tomando-as como parceiras no tratamento e buscando constituir redes de apoio e integração.

Ainda em relação às fragilidades do matriciamento, foram destacadas nos grupos focais a não participação da integralidade de equipe de saúde e a centralização da temática do

---

Básica e trouxe modificações no funcionamento e organização das equipes NASF.

cuidado em saúde mental nas figuras do assistente social e do psicólogo. Tal concentração foi identificada anteriormente por Iglesias e Avellar (2017, 2019) em pesquisas no contexto municipal e sua continuidade indica que pouco se avançou no tema da interdisciplinaridade nas equipes de saúde. Essa concentração diminui a resolutividade do cuidado em saúde mental na atenção básica e também fragiliza o compartilhamento com os serviços da atenção psicossocial estratégica, visto que somente o psicólogo e o assistente social têm conhecimento dos casos, assim como as equipes da atenção básica ficam mais vulneráveis a questões como a falta desses profissionais no serviço.

*[...] quem vai pro matriciamento hoje é quem? O assistente social, é o psicólogo, às vezes o médico, quando ele pode ser dispensado, quando ele não pode ele não vai, né. Na verdade, quem é que tá lá é só... é o assistente social e o psicólogo, o restante vai se puder, se a Unidade de Saúde não tiver muita demanda. – Grupo focal 2*

*Mas muito porque, também, lá na Unidade, historicamente o matriciamento de saúde mental fica por conta da psicologia e do serviço social. Nós já tentamos mudar e com essa nova roupagem aí de 2018 veio uma série de regrinhas pro matriciamento, né. [...] E aí a minha avaliação pessoal tá, o perfil da equipe de enfermagem que tá lá no posto hoje não é um perfil que entende que a saúde mental. – Grupo focal 2*

*Uma das coisas que eu vejo, quando você foi comentando desse histórico aí, eu ainda acredito que tem algumas pessoas que acham que matriciamento da saúde mental é para psicólogo. Então parece que quando o psicólogo não está, nem precisa acontecer. – Grupo focal 1*



Outras situações abordadas nos grupos focais foram referentes à implicação e responsabilização dos trabalhadores no processo do matriciamento, relatando por vezes sinais de desinteresse pela temática da saúde mental ou situações de boicote à reorganização do matriciamento no município por discordarem da metodologia.

*E dependendo dos colegas, o negócio fica complicado. Tem esses que, às vezes, não gostam daquele modelo, que fazem isso, uns ficam de costas, outros olham o celular. Põem dificuldade em tudo, aí fica aquela coisa que a gente fica assim, quase que jogando assim no olhar da gente o foguinho. – Grupo focal 1*

*Não adianta a pessoa, às vezes, receber centenas de capacitações, qualificações, se ela não está aberta a mudanças, às vezes a repensar a nossa postura, né gente, porque a gente aprende todo dia. – Grupo focal 1*

*Então a equipe de saúde mental da Unidade atualmente se resume a eu. Entendeu? Então, assim, todo matriciamento é feito só comigo, eu não consigo adesão de médico, de um enfermeiro, de um auxiliar, de uma assistente social, não consigo. Nenhum deles se dispõe a participar e pra acontecer eu tenho feito sozinha, o que é muito difícil, que gera uma angústia muito grande, porque eu não tenho com quem nem dividir os casos, né. – Grupo focal 3*

*Quantas vezes que a gente viu, assim, colegas virados de costas, no celular, conversando sobre outros assuntos, assim, não dando atenção. Em alguns momentos*

*a gente puxando, com muita dificuldade, algum encaminhamento pra determinados casos, e a gente observando que ninguém se colocava.* – Grupo focal 1

Além disso, a agenda dos trabalhadores compareceu como dificultador para a plena realização das reuniões de matriciamento. A pouca adesão dos trabalhadores na reunião foi apontada como consequência das agendas abertas nos horários das reuniões, portanto não sendo priorizadas as reuniões de matriciamento.

*Então às vezes são engolidos pelas agendas lotadas... O último matriciamento que a gente teve lá na Unidade só eu participei, e aí, assim, não foi um matriciamento, né. E aí eu prefiro realmente,... pra acontecer dessa forma a gente precisa rever ou não acontece, porque não foi.* – Grupo focal 1

*[...] eu acho que é super importante a gente estimular nas nossas equipes, no nosso trabalho a participação desses trabalhadores. Porque se você, tipo assim, se eu... às vezes eu vou na reunião do matriciamento, eu vou num momento roubado, Pedro [pesquisador]. Eu vou, mas eu levo meu celular, eu falo: “ó, se o paciente”... igual, eu tô na medicação: “se um paciente chegar, você me avisa que eu venho”.* – Grupo focal 2

Nas situações relatadas acima evidencia-se que fica a cargo do trabalhador se participa ou não do matriciamento, priorizando processos que julga serem mais ou menos importantes, não tendo a gestão local participação nessas decisões. Consequência direta dessa forma de organização é a sobrecarga das questões de saúde mental e seus desdobramentos em alguns poucos trabalhadores que participam do matriciamento.

Destacamos aqui o papel da gestão local na organização do matriciamento. O município de Vitória adotou o Colegiado Gestor nos serviços de saúde como estratégia de democratização institucional e fortalecimento dos sujeitos e coletivos (Vitória, 2016). O Colegiado Gestor é um modelo de gestão participativa que preconiza a realização de reuniões mensais com os representantes das categorias profissionais ou unidades de produção<sup>4</sup>. Nesse caso, entendemos o Colegiado Gestor como um espaço potente para a discussão da organização do matriciamento dentro das UBS.

Outro documento importante são as Diretrizes do Matriciamento no município de Vitória (2019) que norteia as ações do apoio matricial nas diversas áreas em que ele ocorre no município e define o papel de cada ator envolvido. Destacamos aqui as responsabilidades dos diretores das UBS:

- **Garantir a liberação planejada das agendas dos profissionais das equipes para os encontros de matriciamento;**
- Planejar o espaço físico adequado para desenvolvimento das atividades de matriciamento;
- Garantir a flexibilização das agendas internas dos profissionais para atendimento dos desdobramentos resultantes dos encontros matriciais;
- Definir e pactuar cronograma semestral ou anual de encontros, junto com as equipes matriciadoras e matriciadas;

---

<sup>4</sup>Segundo Campos (2007), Unidade de Produção conceitua-se como um coletivo organizado, que sob uma mesma direção, juntaria diferentes profissionais e especialistas, todos envolvidos com um certo processo produtivo. Uma organização que pode ser recortada em várias Unidades de Produção, segundo a identificação de equipes que operem com objeto de trabalho e objetivos comuns.

- Realizar processo de avaliação coletiva das ações do matriciamento nas reuniões de equipe e no Colegiado Gestor da UBS – [Grifo nosso]

Portanto, para a efetiva participação das equipes das UBS nas reuniões de matriciamento é premente que essa organização seja garantida pelo gestor local. Certa dificuldade nesse quesito compareceu no discurso dos trabalhadores.

*Quando a gente dá uma sorte de a gente ter um diretor que tenha conhecimento e que faça esse apoio [de garantir o matriciamento]. Porque minimamente o diretor tem que garantir que a agenda seja fechada pra aquele horário, porque senão... – Grupo focal 1*

Há que se destacar a corresponsabilidade dos trabalhadores nessa organização e conhecimento das diretrizes, fato que compareceu nos grupos como uma fragilidade, já que o documento sobre as diretrizes do matriciamento editado em 2019 não era de conhecimento de todos os trabalhadores. Destacado pelos trechos a seguir:

*Mediador [pesquisador]: Vocês aqui têm conhecimento desse documento e a equipe da Unidade de Saúde e os diretores de vocês têm conhecimento?*

*[Trabalhadora 1]: Esse documento é de quando mudou o matriciamento?*

*Mediador: De 2018 [2019]. Tá disponibilizado.*

*[Trabalhadora 1]: Eu acho que a gente viu esse documento. Eu acho que a gente pegou. Eu acho que a gente usou como argumento pra fazer as coisas.*

*[Trabalhadora 2]: [Trabalhadora 3], eu acho que a gente chegou a pegar esse documento, sim. Quando ele foi lançado.*

[Trabalhadora 3]: *Mas as equipes não. Mas as equipes não lembro se teve contato. [...] Eu acho que nós da saúde, mais da saúde mental, tivemos sim. Mas as equipes de forma geral, até mesmo que houve já muitas mudanças de profissionais, eu acho que eles nem sabem que esse documento existe. – Grupo focal 3*

[Trabalhadora 1]: *De cara assim eu não lembro, não. Só se eu ler o teor de novo, do assunto. Talvez a gente leu, mas eu não tô lembrando dos detalhes.*

[Trabalhadora 2]: *Eu também não.*

[Trabalhadora 3]: *Pedro, eu vi esse documento quando ele tava sendo construído. E aí passou no CAPS, foi impresso, mas eu não li o documento após. E eu preciso ver, porque eu preciso mandar para alguns diretores então. – Grupo focal 4*

*[...] não é conhecida, né, por todos os profissionais, certeza que nem todo mundo conhece. Mas, assim, eu lembro de ter recebido um texto falando sobre a questão, o que que era o apoio matricial, a importância, a formação, como é que se dá, em qualquer contexto, a estrutura. Eu recordo disso, da gente ter recebido sim esse... texto – Grupo focal 2*

Acerca da realização conjunta das reuniões de matriciamento, os trabalhadores indicam que ainda há um percurso a ser trilhado na integração entre os serviços. Essa falta de integração é apontada como fragilidade do novo modelo de organização de apoio matricial proposto pelo município, mas ao mesmo a mudança na organização almeja a maior integração entre os serviços.

*Mas ainda acho que o CAPSi fica meio perdido aí no meio do caminho. Eu acho que um matriciamento em conjunto CAPS transtorno e CAPSad, eu acho que funciona bem, mas o CAPSi ainda fica um pouquinho, ainda fica meio que um momento pro CAPS São Pedro [transtorno] e o CAPSad e um momento a parte pro CAPSi. Pelo menos é o que vem acontecendo na minha realidade. – Grupo focal 3*

*[...] eu sinto muita dificuldade dos três CAPS conversarem, também, fora dali, dentro dali, da minha vivência, assim. Quando eu digo que realmente não tem, é porque a nossa reunião é como se fosse três momentos assim, pra cada um. – Grupo focal 2*

Sendo assim, a fragilidade apontada pelos trabalhadores é, de certa maneira, esperada neste momento, pois havia, na rede, um certo distanciamento entre os CAPS em suas diferentes modalidades enquanto as reuniões de matriciamento com as UBS ocorriam de maneira separada.

### 3.4 Ajustes necessários

Ajustes necessários

Organização dos serviços para garantir a participação dos profissionais

Realizar as articulações acordadas no matriciamento

Fortalecimento pela gestão

Garantia de recursos humanos

Fortalecimento do trabalho coletivo e da intersectorialidade como diretrizes do trabalho em rede

Nas discussões dos grupos focais, os trabalhadores discorreram sobre as possibilidades e propostas de ajustes na atual organização do apoio matricial em saúde mental para o fortalecimento desta ferramenta de trabalho, contribuindo a partir de suas próprias vivências cotidianas, assumindo a corresponsabilidade e protagonismo pelas práticas que exercem (Secretaria de Atenção à Saúde Brasil Ministério da Saúde, 2010). Neste ponto, apreendemos também o quanto os trabalhadores acreditam e investem na prática do apoio matricial enquanto ferramenta potente para a produção de cuidado em saúde mental que envolve o cuidado em liberdade e o território como preceitos fundamentais para o trabalho.

Questão recorrente na discussão dos grupos foi a garantia de participação dos trabalhadores da atenção básica nas reuniões de matriciamento. Tal questão comparece como forma de garantir que todos os trabalhadores se apropriem das discussões em saúde mental, conheçam os casos que estão sendo discutidos, contribuam para a dinâmica da construção de um PTS para o usuário, fortaleçam o caráter de educação permanente do espaço e atuem de forma corresponsável na atenção ao usuário.

*Garantia de agenda né. Fechar as agendas das pessoas que verdadeiramente tem que participar.* – Grupo focal 1

*Mas, assim, uma experiência minha, né: a gente precisa ter tempo pra essa organização.* – Grupo focal 1

Nesta discussão sobre a garantia da participação dos trabalhadores comparece também a importância da figura do gestor local, como aquele responsável por realizar a gestão das agendas de modo que os trabalhadores tenham a agenda protegida para as reuniões de matriciamento. Pelas Diretrizes do Matriciamento o gestor local da UBS deve: a) garantir a

liberação planejada das agendas dos profissionais das equipes para os encontros de matriciamento; b) planejar o espaço físico adequado para desenvolvimento das atividades de matriciamento; c) garantir a flexibilização das agendas internas dos profissionais para atendimento dos desdobramentos resultantes dos encontros matriciais (Vitória, 2019, p. 25), sendo essas atribuições também estendidas aos gestores dos CAPS.

Ressaltamos que as reuniões de apoio matricial são previstas para acontecerem mensalmente. A primeira agenda anual foi construída conjuntamente com a ATSM, CAB, CAE, e diretores das UBS e dos CAPS e serve como parâmetro para as construções futuras, uma vez que, ainda segundo as Diretrizes, é função das equipes das UBS e dos CAPS definir e pactuar as agendas semestrais e anuais de matriciamento. Neste quesito as equipes da atenção básica e dos CAPS têm autonomia para remanejamentos e alterações quando surgirem necessidades.

Para dirimir as dificuldades sobre a participação dos trabalhadores na reunião de matriciamento surgiu como sugestão, a partir da discussão dos trabalhadores, a realização das reuniões de matriciamento acontecerem no horário previsto das reuniões de equipes das UBS. Esta proposta vai ao encontro do que algumas equipes realizavam antes da nova sistematização das reuniões do matriciamento pela Semus. As equipes que realizavam o apoio matricial iam até as UBS nos horários das reuniões de equipe da eSF ou equipe de saúde onde as UBS não estão organizadas em ESF e utilizam o espaço daquela reunião como a reunião de matriciamento. Esta organização tinha como ponto positivo, a partir da fala dos participantes, a garantia de uma maior adesão dos trabalhadores ao matriciamento, mas ao mesmo tempo incidiam diretamente nas pautas de reuniões das equipes.



*[...] quando a... era separados os matriciamentos era possível fazer dentro do espaço da reunião de equipe da unidade de saúde, né. Então era uma garantia de uma participação ali de todos os profissionais. – Grupo focal 3*

A participação das equipes da atenção básica, tanto no matriciamento quanto nos desdobramentos que podem incidir a partir das articulações em reunião (elaboração de PTS compartilhado, atendimentos compartilhados, visitas/atendimentos domiciliares compartilhados, monitoramento conjunto), tem repercussão direta no entendimento dos trabalhadores sobre o matriciamento. A percepção destes é a de que a realização conjunta do matriciamento torne-se, de fato, uma discussão integral em saúde mental, ampliando-se os aspectos envolvidos na discussão para além de uma individualização do cuidado.

*Eu, assim, eu penso... é bom, muito bom, mas eu acho que a gente pensa sempre em ter mais, né? É bom querer sempre mais. Eu acho que pra integral, na minha opinião, eu acho que as pessoas teriam que participar mais. Não... não algumas pessoas da Unidade, mas que pelo menos assim... eu tô querendo demais, que todas as pessoas participassem. – Grupo focal 4*

*Posso confessar que faz muita diferença. Aquilo que [a assistente social] falou, diminui... diminui o preconceito, é oportunidade... às vezes a mesma pessoa que precisava dos dois serviços, ou era uma família que tava uma criança no CAPS infantil e os cuidadores tinham algum transtorno, tava no CAPS. Então a gente consegue realmente abordar de uma maneira muito mais integral esses casos. – Grupo focal 3*

A necessidade de maior integração e melhoria da comunicação entre as equipes da atenção básica e dos CAPS também comparece como uma necessidade de melhoria. Ainda que a Semus conte com a Rede Bem Estar (Vitória, 2015), um sistema próprio informatizado de prontuário eletrônico, onde todos os serviços têm acesso às informações do usuário, assim como as condutas dos diferentes serviços, e também possam trocar mensagens entre os trabalhadores e equipes, além de outras funcionalidades, a comunicação entre as equipes dos diferentes serviços não ocorre de maneira satisfatória em algumas situações.

*Acho que a gente podia ter um canal de comunicação mais contínuo, sabe. Não só na reunião, assim. – Grupo focal 1*

*[...] reorganizar o acesso dos usuários nos serviços especializados, porque muitas vezes a gente da atenção básica articula com um sujeito que já é difícil daquela família aderir e aí a gente com muito custo consegue e aí esse sujeito chega lá e eles mandam de volta. – Grupo focal 3*

Tais dificuldades são, ao mesmo tempo, barreiras para a integralidade do cuidado em saúde mental, como também são um dos pontos de trabalho do apoio matricial, uma vez que a “integração dialógica entre distintas especialidades e profissões” (Campos & Domitti, 2007, p. 400), favorece uma vinculação entre os trabalhadores. Desse modo, o próprio fortalecimento e regularidade do matriciamento contribuem para a diminuição do distanciamento entre as equipes.

Também foi citada dificuldade relacionada ao período de pandemia causada pela Covid-19, que impactou profundamente na organização e funcionamento dos serviços de

saúde, exigindo novos arranjos organizacionais como o trabalho em *home-office*. Por se tratar de uma novidade na maioria dos serviços de saúde, as equipes precisaram se adequar em um curto período de tempo para solucionar questões que até então não faziam parte do cotidiano de trabalho.

*Eu quis dizer assim no sentido de casos que já estão sendo discutidos muitas vezes em matriciamento, por profissionais às vezes que tão em home-office, que não tão no CAPS. E aí chega, a gente consegue articular no matriciamento de que a equipe da atenção básica vai se aproximar pra oferecer esse cuidado mais especializado, porque a gente entende que nesse momento é importante. E aí esse sujeito chega lá e parece que as equipes lá não sabem do que tava acontecendo, do que foi articulado nesse matriciamento e aí o sujeito volta. E aí pra reconstruir esse vínculo que já foi difícil pra que ele chegasse lá, fica muito mais difícil. – Grupo focal 3*

A necessidade de estreitamento na comunicação entre os trabalhadores que atuavam remotamente na modalidade *home-office* e os que continuaram na modalidade presencial está intrínseca à dificuldade citada anteriormente, no período pré-pandemia, quando todos os trabalhadores atuavam presencialmente.

Reforçando a prática do apoio matricial como diretriz institucional tanto do Ministério da Saúde (Brasil, 2017a) quanto do município de Vitória (Vitória, 2019), os trabalhadores entendem que, para a consolidação e fortalecimento desta ferramenta no cotidiano de trabalho, é necessário um maior investimento por parte da gestão tanto a nível local nos serviços quanto a nível central na Semus.

*[...] com certeza a gente ter o apoio da gestão de forma geral. Não só no sentido de cobrança, mas no sentido de um acompanhamento desse matriciamento. – Grupo focal 3*

*Eu não sei se o apoio matricial é de fato uma prioridade no município... nesses últimos tempos. – Grupo focal 4*

Iglesias e Avellar (2017) em pesquisa sobre a percepção dos gestores sobre o apoio matricial elencaram dificuldades citadas por estes atores para efetivação do matriciamento, como entraves organizacionais, estruturais e relacionais. Citam como um dos exemplos a dificuldade em garantir a realização das reuniões de equipe, seja pela carga horária dos trabalhadores ou pela dificuldade em introduzir uma cultura de cogestão em que os trabalhadores entendam a “indispensabilidade das reuniões de equipe incorporadas como rotina de trabalho para a operação do matriciamento” (p. 75).

O fortalecimento do matriciamento pela gestão é evidenciado pelos trabalhadores também como uma necessidade de investimento em formação para as equipes. A formação dos trabalhadores para o cuidado em saúde mental é campo amplamente discutido em pesquisas (Amaral et al., 2018; Ballarin, Carvalho, Ferigato, Miranda, & Magaldi, 2011; Bispo Júnior & Moreira, 2017; Jorge, Vasconcelos, Maia Neto, Gondim, & Simões, 2014; Salvador & Pio, 2016; Sonzogno & Silva, 2014) como dimensão potencializadora do cuidado, pois articulando-se “ensino, gestão, atenção e participação popular na produção de conhecimento para o desenvolvimento da capacidade pedagógica de problematizar e identificar pontos sensíveis e estratégicos” (Brasil, 2010, p. 59) ampliam-se as condições para a produção de um cuidado integral e humanizado.

*Eu acho que falta, assim, um empurrãozinho da gestão, eu acho que falta mais formação. Mas, na prática, eu não vi isso ainda. Mas eu entendo que esse formato de matriciamento ele é potente. – Grupo focal 2*

*[...] assim, de sensibilizar as equipes pra uma capacitação, mesmo. Não sei se eu tô usando o termo correto. Mas eu acho que a gente precisava discutir um pouco mais... sobre termos. – Grupo focal 3*

*Eu espero que seja fortalecida, porque o que a gente vê de demanda lá, de paciente surtando, ainda mais agora por conta da pandemia. Eu espero que tenha... né... esse olhar mais acolhedor com a saúde mental, porque a gente já tá vendo muitos casos. – Grupo focal 4*

Dos pontos discutidos nos grupos focais, como possibilidades para ajustes e fortalecimento do apoio matricial em saúde mental e sua nova organização, situações relacionadas à necessidade de reposição de recursos humanos, fortalecimento do trabalho coletivo e a intersetorialidade como diretriz do trabalho em rede também compareceram. Em relação a questão dos recursos humanos, os trabalhadores discutiram sobre as dificuldades na realização das reuniões de matriciamento, na garantia do atendimento e continuidade do cuidado e outros fatores que resultam também em sobrecarga para os trabalhadores que estão nos serviços.

*Falta de profissional. Tem equipes que não tem médico nem enfermeiro, só NASF. As reuniões de equipe são NASF e agentes de saúde. – Grupo focal 3*

Somando-se às dificuldades no quantitativo de trabalhadores, as discussões também apontaram para as necessidades de ampliação e fortalecimento do trabalho intersetorial, assim como aproximação também dos serviços da própria rede de saúde.

*[...] porque eu também acho que falta psiquiatra, eu também acho que falta profissional, mas eu acho que faltam outras coisas também, e que a gente coloca a culpa toda no psiquiatra. Falta lazer. Falta levar esse paciente... essa pessoa em acompanhamento voltar a estudar. Falta a gente levar essa pessoa para fazer um curso no Vitória... Trabalha Vitória [programa municipal que disponibiliza as vagas de emprego cadastradas no Sine e oferta cursos no município]. Falta a gente ter essas outras coisas que contribuem no cuidado com a saúde mental que não o medicamento. Eu acho que Vitória, na questão de trabalho e geração de renda, Vitória não tem isso, né. Então a gente... pra esse público... a gente não tem um centro de cultura que é uma proposta da rede de atenção psicossocial, que é um espaço de lazer e cultura que esse público... que tenha profissionais da saúde, mas com um enfoque diferenciado que não remédio e não o tratamento, mas o lazer como sendo parte estruturante da cultura. Eu acho que a gente ainda tem muita coisa para avançar. Eu acho que melhorou, mas eu acho que não tá bom, né. Assim, tá bom, pode... pode melhorar muito. – Grupo focal 4*

*E eu acho, outra coisa que é muito importante, a receita do bolo, não adianta que o CAPS não vai trazer pra nós. A gente, nós que temos que construir junto. É... pra batalhar por equipe mais... por capacitação, por uma equipe maior, que a gente possa trabalhar, que a gente possa ter tempo de trabalhar nas oficinas terapêuticas com os*

*nossos usuários. Mas aí precisa do RH, né, que a gente fica... acho que é muito escasso.* – Grupo focal 2

A noção de intersetorialidade comparece na saúde como um aspecto que amplia as possibilidades de cuidado. Ela compreende as pessoas em sua totalidade considerando que as condições de vida como acesso à saúde, educação, moradia, trabalho e renda, lazer, segurança, saneamento têm impacto direto nas condições de saúde, necessitando portanto ações articuladas entre as diferentes políticas públicas direcionando-se, assim, para uma integralidade do cuidado (Zaniani & Luzio, 2014).

#### 4. Considerações finais

A presente pesquisa não pretendeu esgotar o tema, mas contribuir com um olhar sobre as repercussões que uma determinada organização municipal proposta para o apoio matricial em saúde mental teve para o cuidado aos usuários a partir da perspectiva dos trabalhadores. Por meio desta, os participantes puderam discutir e ter acesso à um espaço de criação de novos sentidos às práticas realizadas no cotidiano de trabalho, de modo que construímos um cenário atual do apoio matricial no município e contribuimos com pistas e sugestões para o fortalecimento deste arranjo organizacional.

No que concerne ao trajeto da pesquisa é necessário considerar o atual cenário mundial em que está se desenvolvendo. Iniciamos o trabalho antes do início da pandemia causada pela Covid-19, planejando o cronograma, metodologia e intervenções, entretanto, fomos atravessados por uma situação trágica e inesperada. Assim como tivemos que adaptar o projeto de pesquisa para metodologias não presenciais que garantissem a segurança dos participantes, os trabalhadores da saúde também tiveram que reorganizar todo seu processo de trabalho em meio às incertezas e inseguranças de uma doença que nos implicava alterações em todos os aspectos da vida.

Como trabalhador da saúde vivi este processo intrinsecamente e compartilhei as angústias dos colegas trabalhadores, relativos tanto a própria segurança quanto de seus familiares, e dos usuários e familiares que, além destas preocupações, tiveram também que se adaptar, a princípio, a uma rotina de cuidados nos serviços extremamente restrita.

Em relação às alterações na organização do trabalho das equipes, nesta pesquisa, pudemos apreender nos grupos focais que a proposta de mudança da organização do



matriciamento associada a uma maior regularidade nas reuniões contribuiu para ampliar o olhar das equipes da atenção básica sobre as questões relacionadas ao sofrimento psíquico, assim como também ampliar este olhar para as questões familiares e para o território em que os usuários vivem.

Nas discussões foi possível apreender que os trabalhadores assimilam o apoio matricial, principalmente, como um espaço de troca de saberes e compartilhamento de cuidado. Também foi evidenciado nos relatos que uma maior integração entre as equipes da atenção básica e dos serviços especializados diminui a quantidade de encaminhamentos desnecessários para os CAPS, ampliando a resolutividade da atenção básica e fortalecendo a atuação dos trabalhadores. Essa maior integração entre as equipes repercute, também, diretamente na corresponsabilização do cuidado ao usuário entre os serviços, ampliando as estratégias de intervenção (incluindo ações compartilhadas) e fortalecendo o vínculo dos usuários e familiares/cuidadores com os serviços.

Pudemos observar no desenvolvimento dos grupos que os trabalhadores associaram a mudança na organização do matriciamento como um facilitador para a aproximação entre os serviços da rede de saúde. Essa maior integração citada reflete em um melhor entendimento dos fluxos internos de trabalho dos diferentes serviços e conhecimento presencial entre os trabalhadores com consequente fortalecimento de vínculo entre os mesmos.

O maior entendimento dos fluxos dos serviços, por exemplo, vai ao encontro da afirmação do apoio matricial como ferramenta de educação permanente representada pela dimensão técnico-pedagógica da mesma. Ainda sobre o viés da educação permanente, os trabalhadores compartilharam sobre as experiências de discussões de textos e artigos

relevantes à temática da saúde mental, assim como o próprio caráter pedagógico de uma discussão de caso, por exemplo.

Como outra potencialidade associada ao matriciamento conjunto entre os serviços, os trabalhadores citaram o fortalecimento das discussões sobre as transições entre os CAPS, como os usuários que são acompanhados pelo CAPSij e em função da idade seguem em acompanhamento nos CAPS adulto. Ou mesmo o compartilhamento de casos entre usuários em acompanhamento nos CAPS transtorno que têm indicação de atenção no CAPSad, e vice-versa. Ressaltou-se também a participação da UBS de referência do território do usuário nas discussões.

Em relação às fragilidades discutidas, os trabalhadores discorreram sobre a formação deficitária para a atenção em saúde mental na lógica da atenção psicossocial. Tal dificuldade associada à formação tem repercussão direta tanto na implicação dos trabalhadores sobre a temática da saúde mental quanto no desinteresse por parte de alguns atores para a participação e fortalecimento do matriciamento.

Outra questão apontada foi a centralidade das ações e cuidado em saúde mental na atenção básica nas figuras do psicólogo e assistente social, acarretando sobrecarga de trabalho nestes trabalhadores ao mesmo tempo que cria um obstáculo para o compartilhamento do cuidado com a equipe do serviço.

Associada a essa centralidade nas figuras do psicólogo e assistente social, os trabalhadores também relatam sobre a não participação de toda equipe nas reuniões de matriciamento, relacionando este fato também com a necessidade de proteção da agenda por parte da gestão local para esta ação.

Seguindo o itinerário proposto por esta pesquisa, ressaltamos as propostas discutidas nos grupos focais como estratégia para a consolidação e fortalecimento deste modelo de matriciamento no município, como a necessidade de readequação e reposição do quadro de trabalhadores da Semus. Seguindo as discussões, os trabalhadores também mencionam a possibilidade da realização das reuniões de matriciamento durante as reuniões das eSF e equipes de saúde das UBS que não estão organizadas em ESF, como uma estratégia de garantir a participação de mais trabalhadores, uma vez essas reuniões estão garantidas na rotina das UBS.

O respaldo e fortalecimento da institucionalização do apoio matricial pelos gestores locais e do nível central da Semus também foram apontados como ponto sensível para ajuste, incluindo aqui a responsabilidade do gestor local na gestão das agendas. Ainda sobre o tópico gestores, os trabalhadores referem a necessidade de uma maior apropriação da temática da saúde mental e atenção psicossocial por parte destes, assim como maior conhecimento sobre a ferramenta do apoio matricial.

Citada como fragilidade, o investimento na formação dos trabalhadores para o cuidado em saúde mental compareceu também proposta para o aprimoramento tanto da organização do matriciamento quanto do cuidado em saúde mental. Reforçam ainda que esta formação deve direcionar-se tanto para os trabalhadores de uma maneira geral quanto um investimento específico nos trabalhadores dos CAPS, que desenvolvem o matriciamento junto à atenção básica.

O apoio matricial em saúde mental é uma ferramenta que deve ser entendida no contexto da Reforma Psiquiátrica. Discussão do cuidado em liberdade; o fortalecimento de vínculos territoriais e comunitários; a ampliação do cuidado aos familiares e/ou cuidadores;

investimento em práticas emancipatórias e agenciadoras de autonomia; considerar e potencializar o sujeito em sofrimento psíquico como sujeito de direitos são preceitos inerentes à prática do apoio matricial dentro da atuação da saúde e neles se baseiam para a superação do modelo psiquiátrico tradicional em direção ao cuidado pautado pela lógica da atenção psicossocial e antimanicomial.

## Referências

- Amaral, C. E. M., Torrenté, M. de O. N. de, Torrenté, M. de, & Moreira, C. P. (2018). Apoio matricial em Saúde Mental na atenção básica: Efeitos na compreensão e manejo por parte de agentes comunitários de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22(66), 801–812. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0473>
- Amarante, P. (Org.). (2015). *Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* (2a. ed., revisão ampliada). Fiocruz.
- Amarante, P., & Nunes, M. de O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2067–2074. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
- Azevedo, D. M. de, Guimarães, F. J., Dantas, J. F., & Rocha, R. (2014). Atenção básica e saúde mental: Um diálogo e articulação necessários. *Rev. APS*, 17(4). Recuperado de <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2059/849>
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo* (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trans.). Edições 70.
- Belotti, M., & Lavrador, M. C. C. (2016). A prática do apoio matricial e os seus efeitos na Atenção Primária à Saúde. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional. UFSCar*, 24(2), 373-378. <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoRE0627>
- Brasil. (1992). Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde. *Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992*. [https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria\\_224.pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_224.pdf)
- Brasil. (2003). Ministério da Saúde. *Circular Conjunta nº 01/2003 - Saúde Mental e Atenção Básica: O vínculo e o diálogo necessários*. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf>

Brasil. (2010). Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde (Org.). *Humaniza SUS:*

*Documento base para gestores e trabalhadores do SUS* (4a. ed., 2a. reimpressão).

Editora MS.

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf)

Brasil. (2013). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde.

*Cadernos de Atenção Básica, n° 34.*

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf)

Brasil. (2017a). *Portaria de Consolidação GM/MS N° 3, de 3 de Setembro de 2017. Anexo V.*

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html#ANEXO\\_V](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html#ANEXO_V)

Brasil. (2017b). *Portaria GM/MS n° 3.558, de 21 de dezembro de 2017.* Altera as Portarias de

Consolidação no 3 e n° 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html)

Brasil. (2012). Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012.*

<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//resolucao-cns-466-12.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

(2018). *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: O que se tem produzido para o seu fortalecimento?*

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_s\\_aude\\_fortalecimento.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_s_aude_fortalecimento.pdf)

Calente, D. S. (2017). *A experiência do grupo condutor na implantação do NASF em Vitória-ES* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Espírito Santo]. Repositório Institucional da UFES.

[http://repositorio.ufes.br/bitstream/10/9019/1/tese\\_11452\\_DANIELE\\_%20STANGE.pdf](http://repositorio.ufes.br/bitstream/10/9019/1/tese_11452_DANIELE_%20STANGE.pdf)

Campos, G. W. de S. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial: Um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), 393–403. <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200013>

Campos, G. W. de S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: Uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 399–407. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>

Chiaverini, D. H. (Org.). (2011). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*.

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_matriciamento\\_saudemental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf)

Dantas, N. F., & Passos, I. C. F. (2018). Apoio matricial em saúde mental no sus de belo horizonte: Perspectiva dos trabalhadores. *Revista trabalho, educação e saúde*, 16(1), 201–220. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00097>

Dimenstein, M. D. B. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: Desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 3(1), 53–81.

<https://doi.org/10.1590/S1413-294X1998000100004>

- Fonseca Sobrinho, D., Machado, A. T. G. da M., Lima, Â. M. de L. D. de, Jorge, A. de O., Reis, C. M. R. dos, Abreu, D. M. X., Araújo, L. H. L. de, Evangelista, M. L. F., Escobar, A. L., Santos, C. R. I. dos, & Santos, A. de F. dos. (2014). Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/hipertensão e saúde mental. *Saúde em Debate*, 38(spe), 83-93. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S007>
- Garcia, G. D. V., Silva, I. F. da, Cavalcante, M., Cervo, M. da R., Zambenedetti, G., & Zanoti-Jeronymo, D. V. (2017). Apoio matricial na atenção à saúde mental em uma regional de saúde, Paraná, Brasil. *Saúde e pesquisa*, 10(3), 423–432. <https://doi.org/10.17765/1983-1870.2017v10n3p423-432>
- Gerhardt Neto, M. R., Medina, T. S. S., & Hirdes, A. (2014). Apoio matricial em saúde mental na percepção dos profissionais especialistas. *Aletheia*, (45), 139–155. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942014000200011](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942014000200011)
- Gurgel, A. L. L. G., Jorge, M. S. B., Caminha, E. C. C. R., Maia Neto, J. P., & Vasconcelos, M. G. F. (2017). Cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família: A experiência do apoio matricial. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 25(7101), 1-6. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.7101>
- Hirdes, A. (2015). A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2), 371–382. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.11122014>



- Hirdes, A., & Scarparo, H. B. K. (2015). O labirinto e o Minotauro: Saúde mental na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2), 383–393.  
<https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.12642013>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. (2019). Estimativas da população dos municípios para 2019. <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/25278-ibge-divulga-as-estimativas-da-populacao-dos-municipios-para-2019>
- Iglesias, A. (2015). *O matriciamento em saúde mental sob vários olhares* [Tese de Doutorado, Universidade Federal do Espírito Santo]. Repositório Institucional da UFES. [http://repositorio.ufes.br/jspui/bitstream/10/9095/1/tese\\_6057\\_Tese%20de%20Doutorado%20-%20Alexandra%20Iglesias.pdf](http://repositorio.ufes.br/jspui/bitstream/10/9095/1/tese_6057_Tese%20de%20Doutorado%20-%20Alexandra%20Iglesias.pdf)
- Iglesias, A., & Avellar, L. Z. (2014). Apoio Matricial: Um estudo bibliográfico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(9), 3791–3798. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014199.00322013>
- Iglesias, A., & Avellar, L. Z. (2016a). As Contribuições dos Psicólogos para o Matriciamento em Saúde Mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(2), 364–379.  
<https://doi.org/10.1590/1982-3703001372014>
- Iglesias, A., & Avellar, L. Z. (2016b). Matrix Support in mental health: The experience in Vitória, Espírito Santo. *Journal of Health Psychology*, 21(3), 346–355.  
<https://doi.org/10.1177/1359105316628746>
- Iglesias, A., & Avellar, L. Z. (2017). O matriciamento em saúde mental na perspectiva dos gestores. *Mental*, 11(20), 63–90. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272017000100005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000100005)

- Iervolino, S. A., & Pelicioni, M. C. F. (2001). A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 35(2), 115–121. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342001000200004>
- Minayo, M. C. de S. (1992). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. HUCITEC; ABRASCO.
- Onocko Campos, R. T., & Gama, C. (2008). Saúde mental na Atenção Básica. In G. W. de S. Campos, G. W. S., & Guerrero, A. V. P. (Orgs.), *Manual de práticas de atenção básica: Saúde ampliada e compartilhada* (p. 210–236). Aderaldo e Rothschild.
- OPAS. (2020, fevereiro 2). OPAS/OMS Brasil—Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus). Recuperado 25 de junho de 2020, de Pan American Health Organization / World Health Organization website: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875)
- Pegoraro, R. F., Cassimiro, T. J. L., & Leão, N. C. (2014). Matriciamento em saúde mental segundo profissionais da estratégia da saúde da família. *Psicologia em Estudo*, 19(4), 621–631. <https://doi.org/10.1590/1413-73722348905>
- Prefeitura de Vitória. (2020a). *Decreto nº 18.037—Declara Situação de Emergência de saúde pública, no Município de Vitória, decorrente de pandemia em razão do novo coronavírus, dispõe sobre as medidas para enfrentamento*. <https://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/Arquivos/2020/D18037.PDF>
- Prefeitura de Vitória. (2020b). Secretaria Municipal de Saúde. Recuperado 5 de março de 2020, de <https://www.vitoria.es.gov.br/semus>

- Rodrigues, E. da S., & Moreira, M. I. B. (2012). A interlocução da saúde mental com atenção básica no município de Vitória/ES. *Saúde e Sociedade*, 21(3), 599–611.  
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000300007>
- Sagebin Bordini, G., & Sperb, T. M. (2013). Grupos Focais Online e Pesquisa em Psicologia: Revisão de Estudos Empíricos entre 2001 e 2011. *Interação em Psicologia*, 17(2).  
<https://doi.org/10.5380/psi.v17i2.28480>
- Santos, T. S. dos. (2009). Do artesanato intelectual ao contexto virtual: Ferramentas metodológicas para a pesquisa social. *Sociologias*, (22), 120–156.  
<https://doi.org/10.1590/S1517-45222009000200007>
- Silva, G. da, Iglesias, A., Dalbello-Araújo, M., & Badaró-Moreira, M. I. (2017). Práticas de Cuidado Integral às Pessoas em Sofrimento Mental na Atenção Básica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(2), 404–417. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001452015>
- Smeha, L. N. (2009). Aspectos Epistemológicos Subjacentes a Escolha da Técnica do Grupo Focal na Pesquisa Qualitativa. *Revista de Psicologia da IMED*, 1(2), 260–268.  
<https://doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v1n2p260-268>
- Trad, L. A. B. (2009). Grupos focais: Conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(3), 777–796. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>
- Treichel, C. A. dos S., Onocko Campos, R. T., & Campos, G. W. de S. (2019). Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23.  
<https://doi.org/10.1590/interface.180617>
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa* (6ª ed). Vozes.

Yasui, S. (2012). Entre o cárcere e a liberdade: Apostas na produção cotidiana de modos diferentes de cuidar. *Revista Polis e Psique*, 2(3), 5. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.40317>

**APÊNDICES**

## Apêndice I– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**Universidade Federal do Espírito Santo  
Centro de Ciências Humanas e Naturais  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PARTICIPANTES DESTA PESQUISA**

#### **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA (Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde)**

Apresentamos ao (a) Sr (a) o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual convidamos o (a) Sr (a) para participar da nossa pesquisa, intitulada “**Apoio matricial em saúde mental no município de Vitória/ES: outras possibilidades de produção de cuidado em saúde mental**” sob a responsabilidade do pesquisador Pedro Henrique Cunha Duque e supervisão da professora Dr<sup>a</sup>. Teresinha Cid Constantinidis.

**JUSTIFICATIVA:** O apoio matricial em saúde mental é uma ferramenta estratégica na qualificação da oferta de cuidados em saúde mental. O município de Vitória em 2018 reorganizou as ações de apoio matricial na rede de saúde e esta pesquisa busca conhecer de que modo essa alteração repercutiu na produção dos cuidados em saúde mental aos usuários.

**OBJETIVOS:** Esta pesquisa tem como objetivo geral conhecer e discutir as repercussões na produção de cuidado aos usuários decorrentes da alteração realizada na organização do apoio matricial em saúde mental no município de Vitória.

**PROCEDIMENTOS:** A participação nesta pesquisa envolve a realização de grupos focais com os participantes acerca da temática da prática do apoio matricial em saúde mental no município de Vitória. O grupo focal será realizado através de videoconferência e gravado para facilitar a análise do conteúdo. Para garantir o seu anonimato, a gravação será protegida, sendo armazenada em um servidor seguro durante cinco anos. Após esse tempo, o arquivo de

vídeo será destruído. Não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação.

**DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA:** O tempo médio de participação do grupo focal é de 90 minutos. Você poderá participar do grupo focal em qualquer local com acesso à internet observando-se as condições de sigilo do ambiente.

**RISCOS E DESCONFORTOS:** Os possíveis riscos estão relacionados a desconfortos pessoais que possam ocorrer, como constrangimentos ao falar, vergonha, ou outros desta ordem. A organização de toda a pesquisa bem como este termo foram pensados com vistas a não produzir riscos a você no decorrer da pesquisa. No entanto, caso o participante esteja desconfortável ele pode se negar a continuar participando da pesquisa. Não obstante, a equipe desta pesquisa se coloca à disposição para acolhimento e outras orientações que forem necessárias pelos seguintes contatos: [phcduque@gmail.com](mailto:phcduque@gmail.com)/27 99609-2333. Em relação ao grupo focal, você poderá interromper sua participação a qualquer momento sem nenhum prejuízo. Além disso, será acordado com os participantes da pesquisa que as questões abordadas durante a sessão do grupo terão o caráter sigiloso.

**BENEFÍCIOS:** Entende-se que a pesquisa pode contribuir para a geração de experiências e possibilidades de trocas vivenciais entre os profissionais, assim como contribuir para a construção e aprimoramento das políticas públicas municipais de saúde mental. Outro benefício associado à pesquisa é oportunidade de compartilhamento da experiência municipal com outros atores, uma vez que não foram encontradas na pesquisa bibliográfica experiências que se assemelhem à do município de Vitória.

**ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA:** Asseguramos ao (a) Sr (a) que, segundo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, há total garantia de sigilo sobre o seu nome e possibilidade de retirada do consentimento em qualquer fase da pesquisa. Além disso, o (a) Senhor (a) receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada pelo pesquisador.

**GARANTIA DA RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E/OU RETIRADA DO CONSENTIMENTO:** Ressaltamos ainda que você pode desistir da pesquisa em qualquer momento e que o anonimato de sua participação será mantido. Caso opte por ter retirada sua participação deste estudo, o pesquisador não entrará mais em contato com o/a Senhor(a).

**GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO OU PRIVACIDADE:** Reafirmamos o compromisso com o sigilo e preservação da identidade de todo participante, tal como assegura a Resolução 466/2012 do CNS.

**GARANTIA DE RESSARCIMENTO FINANCEIRO:** Esta pesquisa não conta com possíveis gastos decorrentes da participação, como transporte ou outros. Entretanto, caso haja um gasto não programado pelo participante relativo à participação na pesquisa, este será ressarcido pelo pesquisador.

**GARANTIA DE INDENIZAÇÃO:** Caso sofra danos decorrentes de sua participação neste estudo, é garantido o direito a solicitação de indenização, tal como consta no item IV.4.c da Resolução CNS 466/12.

**ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS:** Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, o(a) Sr.(a) pode contatar o pesquisador Pedro Henrique Cunha Duque no telefone 27 99609-2333 ou então pelo email: [phcduque@gmail.com](mailto:phcduque@gmail.com). Em caso de dúvidas ou denúncias o/a sr(a) também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP/CCHN/UFES) através do telefone (27) 3145-9820, e-mail [cep.goiabeiras@gmail.com](mailto:cep.goiabeiras@gmail.com). O CEP/CCHN/UFES tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e



Esclarecido enviado por e-mail, de igual teor, assinada pelo(a) pesquisador(a) principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

Vitória, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020

---

Participante da pesquisa

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “Apoio matricial em saúde mental no município de Vitória/ES: outras possibilidades de produção de cuidado em saúde mental”, eu, Pedro Henrique Cunha Duque declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente) da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

---

Pedro Henrique Cunha Duque

**Apêndice II– Roteiro do grupo focal**

<b>ROTEIRO</b>	<b>QUESTÕES DISPARADORAS</b>
Concepção do grupo sobre apoio matricial	<p>O que é apoio matricial?</p> <p>Para que serve?</p> <p>Quais vantagens e desvantagens em ter o apoio matricial?</p>
Experiência sobre a nova configuração do apoio matricial em saúde mental	<p>Como se dá o apoio matricial em saúde mental atualmente?</p> <p>Quais mudanças observadas no apoio matricial em saúde mental em relação ao modelo anterior?</p> <p>Em comparação à antiga configuração, quais as vantagens e desvantagens desta mudança?</p>
Organização do trabalho a partir da nova configuração do apoio matricial em saúde mental	<p>Vocês percebem mudanças no cotidiano de trabalho, a partir do apoio matricial em saúde mental? Quais?</p> <p>Como o apoio matricial ajuda ou dificulta a realização de suas ações profissionais?</p> <p>Teve alguma mudança, na visão de vocês, no trabalho em saúde mental, a partir da experiência com o apoio matricial? Falem sobre as mudanças (se houver).</p>
Atenção e cuidado em saúde mental e a nova configuração de apoio matricial	<p>O que mudou no acolhimento à demanda em saúde mental a partir do matriciamento, na atual configuração?</p> <p>Vocês percebem mudanças no cuidado à pessoa com sofrimento psíquico, a partir</p>

	do apoio matricial? Quais?
--	----------------------------