



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA
PRÁTICAS CLÍNICAS CONTEMPORÂNEAS, POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE
MENTAL

Camila Pedrollo de Vasconcellos Chaves

“AH, MAIS UMA REUNIÃO, MAIS UMA REUNIÃO!”: UM ESTUDO SOBRE OS SENTIDOS ATRIBUÍDOS AO MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE VERA CRUZ - RS

Santa Cruz do Sul

2022

Camila Pedrollo de Vasconcellos Chaves

“AH, MAIS UMA REUNIÃO, MAIS UMA REUNIÃO!”: UM ESTUDO SOBRE OS SENTIDOS ATRIBUÍDOS AO MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE VERA CRUZ - RS

Trabalho Final apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado Profissional em Psicologia, Área de Concentração em Saúde Mental e Práticas Sociais, Linha de Pesquisa em Práticas Clínicas Contemporâneas, Políticas Públicas e Saúde Mental, da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), como requisito parcial para o título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof^a Dra. Letícia Lorenzoni Lasta

Coorientadora: Prof^a Dra. Vera Elenei da Costa Somavilla

Santa Cruz do Sul

2022

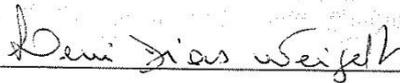
Camila Pedrollo de Vasconcellos Chaves

“AH, MAIS UMA REUNIÃO, MAIS UMA REUNIÃO!”: UM ESTUDO SOBRE OS SENTIDOS ATRIBUÍDOS AO MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE VERA CRUZ - RS

Trabalho final de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* Mestrado Profissional em Psicologia, Área de Concentração em Saúde Mental e Práticas Sociais, Linha de Pesquisa em Práticas Clínicas Contemporâneas, Políticas Públicas e Saúde Mental. da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), na Linha de Pesquisa Saúde Mental e Práticas Sociais, como título parcial da obtenção do título de mestre.



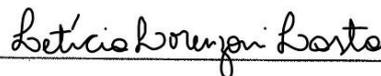
Prof^a Dr^a Raquel Furtado Conte
Professora examinadora externa - UCS



Prof^a Dr^a Leni Dias Weigelt
Professora examinadora convidada do PPGPsi - UNISC



Prof^a Dr^a Vera Elenei da Costa Somavilla
Professora Coorientadora - UNISC



Prof^a Dr^a Leticia Lorenzoni Lasta
Professora Orientadora - UNISC

AGRADECIMENTOS

A escrita é um processo solitário e árduo, bem como o ato de pesquisar. No mestrado o debruçar-se sobre os livros, anotações e a pesquisa são atos que a mestranda enfrenta sozinha. No entanto, não de forma solitária. Há grande diferença entre estar sozinha e estar solitária: estar sozinha é construção, estar solitária gera medo, desencontro. Eu estive sozinha, porém não solitária e desamparada. E devo agradecimentos a todos que fizeram parte da minha jornada. Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à UNISC, uma instituição à qual tive orgulho de pertencer como aluna, professora, e sendo ainda preceptora do curso de Medicina. Agradeço imensamente à minha orientadora Letícia Lorenzoni Lasta e à coorientadora Vera Elenei Costa Somavilla pela paciência, tolerância com minhas falhas, pela dedicação ao processo de orientação e pela competência ao me guiar no percurso deste trabalho. Agradeço também à Secretaria de Saúde do município de Vera Cruz pela viabilização desta pesquisa e aos sujeitos que participaram da produção dos dados e da intervenção. Sua contribuição foi essencial para a construção do conhecimento deste Trabalho Final. E por fim, expresso gratidão à minha família: aos meus pais Ione e Luiz, ao meu filho Hugo, à minha irmã Bianca, ao cunhado Cleiton e às sobrinhas Victória e Gabriela. Aos meus pais pelo incentivo aos estudos e apoio incondicional às minhas escolhas. Ao meu filho Hugo por me fazer desejar ser uma pessoa melhor, sempre, e por compreender que minha dedicação aos estudos e ao meu trabalho me fizeram ser menos disponível para ele do que nós dois gostaríamos. E à minha irmã, ao meu cunhado e sobrinhas, que completam minha família e fazem a minha vida mais alegre e leve.

RESUMO

O matriciamento em saúde mental, com sua proposta de integração na Atenção Básica, constitui-se uma importante estratégia de articulação e compartilhamento de saberes e práticas para a efetivação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de uma prática em processo de construção na rede, que necessita ser colocada em constante análise para que se firme como uma efetiva estratégia para a promoção à saúde e para a integralidade do cuidado. Este estudo apresenta a pesquisa-intervenção que teve como objetivo geral compreender quais são os sentidos atribuídos ao apoio matricial, a partir dos profissionais que atuam na saúde mental e na atenção primária à saúde, bem como as ações potencializadas por tal prática. Para tanto, participaram de três grupos focais e de um grupo de restituição os profissionais de nível superior que atuam junto ao CAPS I e às Estratégias da Saúde de Família do município de Vera Cruz - RS. Os dados produzidos foram analisados a partir do construcionismo social, tal como proposto por Mary Jane Spink (2013). Construíram-se quatro eixos temáticos para análise, sendo: a) Des/articulação da rede; b) Papel dos atores e dificuldades na implementação; c) Expectativas na implementação e d) Modelo ainda fragmentado do atendimento e impressões sobre o matriciamento. Por meio dos resultados, foi possível constatar semelhanças entre os achados na literatura e os dados produzidos no campo, tais como: o interesse de aumentar a interação das equipes da atenção básica e atenção especializada; a instabilidade da composição das equipes, que acaba desmotivando os profissionais; e a pouca importância dada pelas equipes ao processo matricial. Entretanto, as equipes demonstram interesse em mudar tal cenário. Conclui-se que, apesar das dificuldades apresentadas, existe um olhar esperançoso para mudanças efetivas no sentido de mais possibilidades de trocas, de interação e de cuidado com as equipes, bem como um interesse coletivo em se promover espaços de produção e manutenção de saberes, tal como proposto pela educação permanente em saúde.

Palavras-Chave: Matriciamento. Pesquisa-Intervenção. Atenção Básica. Educação Permanente.

ABSTRACT

The matrix support in mental health, with its proposal of integration in Primary Care, constitutes an important strategy of articulation and sharing of knowledge and practices for the accomplishment of the principles and guidelines of the Unified Health System (SUS, in Portuguese). It is a practice in the process of construction in the network, which needs to be placed under constant analysis to establish itself as an efficient strategy for health promotion and for the deinstitutionalization of care. This study presents the intervention research whose general objective was to understand the meanings attributed to matrix support, based on professionals working in mental health and primary health care, and the actions potentiated by such practice. For this proposal, higher education professionals who work in CAPS I and Family Health Strategies in the city of Vera Cruz - RS participated in three focus groups and a restitution group. The data produced were analyzed based on social constructionism, as proposed by Mary Jane Spink (2013). Four thematic axes were constructed for analysis, namely: a) Dis/articulation of the network; b) Role of actors and difficulties in implementation; c) Expectations in implementation; d) The still fragmented model of care and impressions about matrix support. Through the results, similarities between the findings in the literature and the data produced can be identified, such as the desire to increase the interaction of primary care and specialized care teams, as there is a large gap; the instability of the composition of the teams that ends up demotivating the professionals; and the little importance given by the teams to the matrix process. However, despite this, the teams show a desire to change this scenario. It's concluded that, despite the difficulties presented, there is a hopeful look for effective changes in the sense of more possibilities for exchanges, interaction, and care with the teams, as well as a collective interest in promoting spaces for the production and maintenance of knowledge, as proposed by permanent health education.

Keywords: Matrix support. Research-Intervention. Basic Attention. Permanent Education.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
AE	Atenção Especializada
APS	Atenção Primária em Saúde
BPA C	Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado
BPA I	Boletim de Produção Ambulatorial Individual
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial I
CEP-UNISC	Comitê de Ética em Pesquisa da UNISC
COVID-19	Coronavírus (2019)
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
ESF	Estratégias de Saúde da Família
IE	Interlocutor do estudo
IEs	Interlocutores do estudo
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Atenção à Família e Atenção Básica
NUMESC	Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEPS	Programa de Educação Permanente em Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Programa Nacional de Atenção Básica
PRO EPS-SUS	Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PTS	Plano Terapêutico Singular
SARS-CoV-2	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i>
RAAS	Registro da Ações Ambulatoriais em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TM	Trabalho Morto
TV	Trabalho Vivo
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Atenção Primária
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
2	CAMINHOS METODOLÓGICOS.....	21
2.1	Início do percurso: encontros e desencontros.....	21
2.2	A metodologia norteadora da construção do saber.....	26
2.3	Estratégias de produção de dados e de Intervenção.....	31
2.3.1	Grupos focais e de restituição.....	33
2.3.2	Compreensão dos encontros.....	32
2.4	A ética dos encontros.....	33
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	37
3.1	Des/articulação da rede.....	37
3.2	Papel dos atores e dificuldades na implementação.....	42
3.3	Expectativas na implementação	47
3.4	Modelo ainda fragmentado do atendimento e impressões sobre matriciamento.....	49
4	SOBRE A CONSTRUÇÃO DO PRODUTO TÉCNICO.....	53
5	ARTIGO SUBMETIDO À REVISTA QUALIFICADA DA ÁREA.....	66
5.1	O percurso trilhado.....	66
5.2	Resultado desta etapa do percurso.....	67
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
	REFERÊNCIAS.....	84
	ANEXOS.....	90
	Anexo A – Parecer CEP-UNISC.....	90
	Anexo B – TCLE.....	94

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho final de Curso do Mestrado Profissional em Psicologia se trata de uma pesquisa-intervenção que tem como temática o estudo do matriciamento em saúde mental como proposta de integração na Atenção Básica (AB), cuja estratégia de articulação e de compartilhamento de saberes e práticas busca realizar a efetivação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta temática se articula às vivências da mestranda enquanto médica psiquiatra que atua na saúde pública desde 2007 e que, portanto, convive com os diferentes atores implicados no cotidiano das práticas que se constituem neste cenário de garantia do direito à saúde, de modo a vivenciar como médica as dificuldades, frustrações e potencialidades emergentes do campo de trabalho. Sendo assim, no contexto deste estudo, entende-se por pesquisa-intervenção que a atuação em si seja caracterizada entre produzir conhecimentos e promover transformação da realidade em estudo, entre a soma de processos de subjetivação e objetivação (MACERATA; SOARES; OLIVEIRA, 2019).

Spink *et al.* (2014) provoca a pensar sobre “por que” pesquisar, pois entende que pesquisar e estudar é estranhar o que se conhece, permitindo-se construir e reconstruir o que sabemos. Neste sentido, a partir das experiências e vivências como médica psiquiatra, e movida por algumas inquietações oriundas deste tempo-espço de atuação na saúde pública, buscou-se estranhar e construir outras formas de olhar, em especial, para as práticas matriciais.

A partir das experiências de trabalho na atenção especializada em saúde mental – mais especificamente no Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I), as quais englobam diversas atividades, que vão desde atendimentos individuais, realização de grupos terapêuticos, participação em reuniões de equipe, visitas domiciliares, ações de matriciamento, entre outras –, configura-se, portanto, o campo de trabalho também como campo de pesquisa. Desta forma, compreende-se o CAPS I como sendo a equipe matriciadora e, conforme configura-se disposto na Portaria Nº 336/2002 (BRASIL, 2002), também aponta como o equipamento da rede responsável por capacitar e supervisionar as unidades de AB e Estratégia Saúde da Família (ESF), inclusive através de ações de matriciamento (BRASIL, 2002).

Dito isso, o objetivo central deste estudo foi compreender quais são os sentidos atribuídos ao apoio matricial a partir dos profissionais que atuam na saúde mental e na atenção primária à saúde, bem como as ações potencializadas por tal prática. Esta pesquisa-intervenção está vinculada ao Mestrado Profissional em Psicologia da UNISC e inserida na Linha de Pesquisa Práticas Clínicas Contemporâneas, Políticas Públicas e Saúde Mental, a qual abarca o desenvolvimento de pesquisas e tecnologias voltadas para a intervenção em que são

implementadas políticas públicas. Entende-se assim que, ao estudar as especificidades do matriciamento realizado pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial (como matriciadora) e pelas equipes de AB (como matriciadas) no município de Vera Cruz – RS (pequeno município do Vale do Rio Pardo), procurou-se amplificar a voz de quem realiza os cuidados, ou seja, dos profissionais de saúde. Tal compreensão se fez importante para o planejamento de novas práticas, para a consolidação das antigas e para o acolhimento das práticas presentes, de modo que o matriciamento, como proposta de intersecção de saberes e vivências, possa vir a ser sustentado pelo encontro produtivo, regular e longitudinal entre os atores implicados neste processo de cuidado em saúde.

O problema de pesquisa investigado se referiu aos sentidos produzidos pelos profissionais que participam das ações de matriciamento em saúde mental no município de Vera Cruz – RS. A partir deste problema, tomou-se como questões norteadoras: como são as práticas matriciais desenvolvidas no município de Vera Cruz – RS, de que forma os diálogos que se firmam pelo apoio matricial contribuem na resolução de situações de saúde mental advindas da atenção primária à saúde, e quais são os efeitos do apoio matricial nas equipes (tanto a equipe matriciadora quanto a equipe matriciada) participantes das reuniões de matriciamento. Para tanto, realizaram-se três grupos focais e um grupo de restituição com trabalhadores de nível superior que atuam no CAPS e nas ESFs no município de Vera Cruz – RS.

Diversos autores foram buscados para o embasamento teórico desta pesquisa. Dentre os autores que fazem do matriciamento seu tema de estudos, em Campos (2018), identifica-se uma visão crítica da saúde pública, além da afirmação de que a ferramenta é importante articuladora da rede e promotora de qualificação da saúde pública.

Já o delineamento teórico-metodológico foi amparado na proposta teórico-metodológica de Spink (2010), cuja perspectiva da produção de sentidos dá base aos conhecimentos aos quais se objetivou buscar. O sentido, nessa proposta, é uma construção social na qual as pessoas, por meio das relações (sociais, históricas e culturais), percebem e se relacionam com o seu entorno. Portanto, dar sentido ao mundo é mais do que essencial: é inevitável.

Durante a construção deste trabalho, foi se evidenciando a importância das relações entre os trabalhadores no desenvolvimento do trabalho em saúde como um todo, inclusive no matriciamento. Para tanto, Merhy (2002), por meio dos seus conceitos de tecnologias (leves, leve-duras e duras) e de trabalho vivo em ato, traz um embasamento relevante também utilizado neste trabalho.

O campo desta pesquisa é a saúde pública que, no Brasil, é constituída pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Este é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, que engloba desde os mais simples procedimentos – como o atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária – até o transplante de órgãos, trazendo garantia de acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua implementação, houve o acesso universal da população ao sistema público de saúde, sem discriminação. Sendo assim, a atenção integral à saúde, e não apenas aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, com o enfoque na saúde com qualidade de vida, visando aos cuidados em saúde, além de sua prevenção e promoção (BRASIL, 2012).

Neste percurso investigativo, observou-se o quanto as reuniões matriciais são espaços potentes para a construção do cuidado em saúde mental, bem como possibilitam a troca de experiências e saberes entre as equipes de atenção básica¹ e a equipe de Saúde Mental do CAPS I. Mediante tal entendimento, buscou-se compreender o que efetivamente se dá na fronteira dos serviços participantes da prática e o que é possível de ser produzido e construído nas reuniões matriciais, através da percepção dos profissionais das equipes participantes. Com isso, houve a intenção de contribuir na construção de conhecimentos sobre o apoio matricial, ponto discutido por autores sob diversos aspectos.

A saúde pública, na qual o matriciamento é uma estratégia, tem sua história atual iniciada em 1990, através da Lei Nº 8080, que instituiu o SUS. Esta conquista teve no Movimento de Reforma Sanitária um dos principais atores no seu processo de invenção e implementação (CAMPOS, 2018). Em 2012, o Ministério da Saúde publicou o Programa Nacional de Atenção Básica (PNAB), sendo esse o resultado das experiências acumuladas por anos de trabalho de desenvolvimento e consolidação do SUS por todos os seus atores (gestores, usuários, trabalhadores, movimentos sociais). Ele regulamenta sobre a Atenção Básica em saúde, considerando ser este o mais alto grau de descentralização do sistema de saúde, priorizando o atendimento no território próximo ao usuário. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) garantem assistência acessível aos usuários do sistema de saúde, considerada como a porta de entrada e o centro das comunicações das redes de saúde, sendo fundamental para isso

¹Atenção Primária em Saúde (APS) é um conceito utilizado inicialmente na construção do modelo de saúde do SUS, referindo-se ao primeiro nível de organização do sistema. Porém, com o fortalecimento da municipalização, houve um aumento da complexidade dos primeiros níveis de atendimento em saúde. A Atenção Primária agora então, Atenção Básica, passou a ser responsável por outras ações de organização dos serviços de saúde do município. Estes conceitos, na literatura, são muitas vezes usados como sinônimos, e outras, como contraposição. Para fins deste trabalho, Atenção Básica (AB) e Atenção Primária em Saúde (APS) serão usadas como sinônimos (GIL, 2006).

a proximidade física e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade das situações. Também fica sob a responsabilidade da atenção básica a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. Para garantir essa excelência em cuidado, indica-se o compartilhamento de saberes com a articulação de profissionais especializados, de forma que não somente o trabalho seja compartilhado, mas que essa troca venha a enriquecer ambas as equipes, ampliando a capacidade de cuidado (BRASIL, 2012).

Campos (2018) discorre sobre a relevância assistencial do SUS, visto que 70% da população possui atendimento no sistema. O financiamento do SUS e sua avaliação de efetividade, para a perspectiva pública, não deveria contar somente com parâmetros objetivos e gastos da prestação de serviços, pois o foco precisa estar voltado à inclusão e impacto de bem-estar. O autor traz exemplos do relatório do Banco Mundial, que considerou o sistema hospitalar brasileiro ineficiente, pois seu parâmetro (medido entre acesso e escala) seria redução de hospitais de pequeno porte (a maior parte dos hospitais brasileiros conta com menos de 50 leitos) e o desenvolvimento de hospitais com 150 a 200 leitos. Porém, essa orientação não leva em conta a realidade brasileira, na qual existem muitos municípios pequenos e regiões da periferia das grandes cidades. A proposta do autor é que esses pequenos hospitais regionais poderiam ser incentivados a se tornarem unidades mistas, com Unidades de Saúde da Família e atendimento de cirurgias de baixa complexidade, maternidades, etc. Entretanto, esse mesmo relatório aponta o uso de recursos do sistema público em privilégio ao sistema privado, quando, por exemplo, despesas médicas privadas são abatidas ou repassadas a grupos empresariais.

Campos (2018) destaca sobre a expansão ocorrida com maior cobertura vacinal, atendimento em maternidade, serviços especializados e hospitalares. Mesmo assim, a saúde ainda é apontada como uma área crítica. Sua reflexão é que, como o SUS atende em sua maioria a população socioeconômica menos favorecida e mais marginalizada, a desassistência do SUS reflete o pouco caso governamental com essa mesma população em outras áreas de cuidado (como segurança pública e transporte). Compreende como prioritária a ampliação das ESFs para até 80% da população, e da participação da população na reivindicação dos seus direitos, por maior integração da rede e a priorização do trabalho interdisciplinar e de matriciamento.

Dentre várias críticas de Campos (2018) sobre a sustentabilidade do SUS, ressaltamos uma delas, que é sua visão de que esta é também prejudicada na sua continuidade e construção pela mudança dos seus atores. A proposta do autor para solucionar tal problema é a diminuição ou extinção dos cargos de confiança, que são indicações políticas. Defende o fortalecimento da carreira dos profissionais, valorização dos seus papéis, e atuação de cada um deles como vetores

matriciais, na integração e disseminação de conhecimento, percebendo o matriciamento como uma ferramenta para fortalecer e qualificar o cuidado no atendimento (CAMPOS, 2018).

O trabalho em saúde é diretamente impactado pela forma do fazer este trabalho. Santos, Mishima e Merhy (2018) pontuam a burocracia imposta ao ESF, que limita a criatividade e a subjetividade do trabalho em saúde. Tais autores compreendem que a integralidade do atendimento ocorre com o trabalho vivo em ato, na utilização majoritária das tecnologias leves, que são amparadas pelas demais tecnologias. Sendo assim, o "ouvir" e o "acolher" transformam o trabalho em saúde. O conceito de tecnologias leves e duras, e trabalho vivo e trabalho morto, que permearam a discussão deste trabalho de Santos, Mishima e Merhy (2018) são conceitos importantes para a compreensão do trabalho em saúde. As tecnologias de relação são as conceituadas como leves e fazem parte do processo de trabalho, constituídas pela forma de agir entre os trabalhadores e usuários, tanto de forma individual como coletiva. Dizem respeito ao modo único como cada trabalhador aplica as tecnologias no atendimento com cada usuário. Já as tecnologias de instrumentos, de estrutura, são chamadas de tecnologias (MEHRY e FRANCO, 2003).

O uso das tecnologias duras e leve-duras produzem o Trabalho Morto (TM), que é um trabalho realizado previamente ao contato com o usuário. Já o Trabalho Vivo (TV) é produzido no momento do atendimento, através do estabelecimento de relações e criação de um cuidado específico. Os autores Santos, Mishima e Merhy (2018) consideram a importância do TM, porém colocam um maior foco no TV. O TM deve ser ofertado, sendo o uso de tecnologias em saúde importantes para o tratamento (tanto medicações como exames, por exemplo), mas deve servir de base para a construção de um TV no qual a relação singular seja desenvolvida e aplicada (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018). Portanto, no entendimento destes autores, é o uso das tecnologias leves (acolhimento, relação do trabalhador com o usuário de saúde) a maior constituinte das práticas em saúde. Estes autores pontuam três temas centrais: a capacidade crítica e criativa dos processos de trabalho, o cuidado construído por laços de compromisso e vínculo, e as aproximações e contradições do processo de trabalho em caminho à integralidade. Destes temas, a construção do cuidado foi abordada em dois eixos temáticos: as necessidades de cuidados expressados pela comunidade e captadas como objeto de trabalho e o segundo, a discussão de estratégias e tecnologias de cuidado, desenvolvidas pelas equipes como resposta às necessidades. Essa vivência dos trabalhadores aponta para uma grande potência do ESF, porém o não reconhecimento do valor das tecnologias leves pode ser um entrave para o desenvolvimento de práticas em saúde. Uma rede mais comprometida tem maior potência para um trabalho integrado e interdisciplinar.

Neste sentido, Santos, Mishima e Merhy (2018) apresentam a educação permanente como estratégia para empoderar os trabalhadores em suas práticas, valorizando a sua subjetividade. Além disso, também falam sobre a importância em se potencializar as formas de realizar o trabalho, estimulando o uso das tecnologias relacionais.

A saúde mental tem chamado a atenção da saúde pública e mundial. A necessidade de otimização dos recursos e estímulo aos cuidados em saúde mental realizados na atenção primária fazem, inclusive, parte das orientações mundiais da OMS (2009), visando ampliar os atendimentos em saúde mental. As razões enfatizadas pela OMS para esse motivo são que os agravos em saúde mental, além de impactar a vida dos indivíduos, família e sociedade, também abarcam consequências negativas à saúde física. Além disso, também afirmam que o ponto de déficit de atendimento especializado é novamente colocado em pauta, assim como a constatação de que é mais barato investir em cuidados de saúde no território. Ao ser mais acessível, torna-se mais abrangente, evitando internações e investimentos financeiros mais altos no tratamento (OMS, 2009). Esses custos envolvem recursos tanto do governo quanto das famílias com o paciente, pois elas necessitam usar recursos financeiros para deslocamentos a serviços de saúde especializados, entre outras despesas. E, por fim, ressaltam que o acesso à saúde mental promove a dignidade humana, devendo ser respeitada como direito universal (OMS, 2009).

A compreensão de que há vantagens, inclusive financeiras, para o investimento em cuidados em saúde mental na AB é compartilhada por Fagundes (2019). O apoio matricial tem sido considerado fundamental para permitir um cuidado mais qualificado na atenção primária, onde sabidamente a prevalência de doenças mentais é alta, e a qualificação profissional nessa área é baixa. Isso acarreta uma vantagem econômica ao instrumentalizar a AB, aumentando sua abrangência, além de proporcionar o atendimento mais qualificado e integral ao usuário.

Fagundes (2019) realizou um estudo quantitativo, com base em dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), no qual foram analisados a associação das ações de matriciamento e o desenvolvimento de estratégias de cuidado integral pelas equipes da atenção primária. Verificou-se que 60% das equipes tinham suporte matricial e que as estratégias de cuidado integral eram realizadas duas vezes mais quando as equipes tinham esse suporte. Portanto, o estudo da autora apresenta evidências quantitativas de que as ações conjuntas promovem um cuidado mais qualificado. Ademais, Fagundes (2019) salienta que os serviços de nível de cuidado básico são mais acessíveis, mais aceitos pela população, possuem menor custo e, quando existe a integração com a saúde mental, há maior probabilidade de os transtornos serem diagnosticados e tratados.

O apoio matricial consiste em uma troca de saberes entre os profissionais da assistência, sendo a equipe de apoio matricial a detentora de saberes específicos que podem ser utilizados para auxiliar e capacitar os profissionais da rede básica ao atendimento. Já a equipe da AB é a equipe matriciada, que possui os conhecimentos sobre o paciente, seu território e realidades. A intenção, conforme Campos e Guerrero (2013), é evitar a fragmentação do atendimento do usuário no sistema de saúde, permitindo o cuidado no território.

Nesse sentido, o apoio matricial é compreendido como uma poderosa ferramenta de disseminação de saberes e de construção de possibilidades de cuidados com os pacientes. O matriciamento tem como ideia central aproximar os saberes da AB com o da equipe matricial especializada, neste caso, o CAPS. Tem a intenção de permitir um tratamento das pessoas nos seus territórios – onde a realidade familiar, social e individual, muitas vezes, é mais bem compreendida –, o que interfere diretamente no atendimento/tratamento. Ao ter um atendimento integrado com a AB (que tem compreensão sobre o território do indivíduo-usuário e sobre o aspecto social que o cerca) e o respectivo serviço especializado (que tem o saber específico da área mental), torna-se possível um cuidado mais efetivo (DIAS; ANTONIASSI, 2019).

O matriciamento em saúde mental, com sua proposta de integração da saúde mental na atenção básica à saúde, constitui-se uma importante estratégia de articulação e compartilhamento de saberes e práticas consonantes com os princípios e diretrizes do SUS. Coloca-se o apoio matricial como forma de romper o sistema tradicional de cuidados com o paciente, o que, usualmente, é feito de maneira hierárquica, na qual um serviço encaminha o paciente, outro serviço o recebe e trata e, por vezes, realiza a contrarreferência. Tanto a referência quanto a contrarreferência são realizadas através de laudos escritos, burocráticos, o que, muitas vezes, causa um truncamento na comunicação. O matriciamento não tem como objetivo encaminhar o paciente para o atendimento individual, e sim, capacitar as equipes de referência, por meio de educação continuada, discussões de casos e elaboração de planos terapêuticos individualizados, para que os pacientes permaneçam sendo atendidos nos territórios (CHIAVERINI, 2011).

Compreende-se que o matriciamento se trata de uma prática em processo de construção na rede que, todavia, necessita ser colocada em constante análise para que se afirme como uma importante estratégia para a promoção da saúde e desinstitucionalização do cuidado. Neste contexto, o matriciamento (ou as práticas matriciais) é ferramenta emergente da transição do modelo médico-assistencialista, centrado no especialista, para o modelo de saúde descentralizado, baseado no tratamento do paciente no seu território. Com essa transição, a articulação entre o saber especializado e o saber da AB começou a se tornar imprescindível para

dar seguimento e resolutividade aos atendimentos especializados nos territórios (CHIAVERINI, 2011).

Os instrumentos dessa construção de saúde são a elaboração do projeto terapêutico singular, as interconsultas, a consulta conjunta da saúde mental na atenção primária, a visita domiciliar conjunta, o contato à distância (por telefone e outras formas de comunicação), genograma e ecomapa. Na elaboração do projeto terapêutico singular, é levado em conta não somente o indivíduo, mas a discussão com a sua família e das especificidades territoriais, o que possibilita abranger intervenções mais amplas, dependendo de cada caso. Em relação às visitas domiciliares conjuntas, o foco são os casos psicossociais mais complexos. Isso difere das visitas domiciliares usuais da AB, cujo foco são pacientes idosos, muito doentes ou acamados. Também diferem das visitas realizadas pelos CAPS, em que o foco é a doença mental grave, que em geral necessita de retaguarda do psiquiatra. Nos casos de visitas conjuntas, o quadro psicossocial como um todo é relevante. A presença dos agentes comunitários de saúde costuma ser essencial. Ocorre da mesma forma que as consultas conjuntas, porém na casa do paciente. A discussão do caso é feita, preferencialmente, após a visita, e o retorno sobre a conduta é dado após a discussão (CHIAVERINI, 2011).

Em um movimento de valorização e busca de qualificação da AB, a Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008, cria o Núcleo de Atenção à Saúde da Família ²(NASF) que leva em consideração a AB como coordenadora do cuidado em saúde a partir da saúde da família, considerando as diretrizes nacionais para a saúde mental, assim como a promoção de saúde. O objetivo, com a normatização do NASF, é ampliar as ações da saúde básica e sua resolutividade. A referida portaria estabelece que o NASF não tem como objetivo servir como porta de entrada do sistema, mas atuar de forma conjunta e integrada à rede de saúde, revisando a prática do encaminhamento, ampliando-a, para que se torne um processo de acompanhamento, fortalecendo os atributos da AB no papel de coordenadora do cuidado no SUS. Desta forma, a equipe do NASF acaba atuando como uma equipe matricial (BRASIL, 2008).

² Em setembro de 2017, a Portaria nº 2.436 instituiu a nova PNAB (BRASIL 2017), que traz mudanças em relação às PNAB anteriores. Propõe mudanças significativas na composição das equipes da AB e carga horária das mesmas. Em 2019 modifica-se o modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2019) com a instituição do programa “Previne Brasil”. Este programa estabelece os repasses financeiros aos municípios baseados em população cadastrada, pagamento por desempenho, e incentivo à ações estratégicas. Sendo assim, não existe mais valor fixo a ser repassado. Em 2020, a Secretaria de Atenção Primária em Saúde, pertencente ao Ministério da Saúde, através da publicação da Nota Técnica nº 3/2020 (MS, 2020), revoga os serviços do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e passa a ser Núcleo Ampliado da Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Tal mudança permite mais autonomia dos gestores para compor as equipes em termos de profissionais contratados, arranjos das equipes e cargas horárias, além de impedir o credenciamento de novas equipes.

Através de uma revisão bibliográfica integrativa, Treichel, Campos e Campos (2019) buscam compreender os empassos e desafios do apoio matricial. Os obstáculos são categorizados como aspectos nas linhas culturais, estruturais, decorrentes do excesso de demanda e escassez de recursos, epistemológicos, políticos e de comunicação. Desta análise, alguns aspectos destacaram-se, tais como a necessidade de qualificação profissional dos serviços já implementados, implementação de novos serviços, definição de delineamentos claros para a prática do matriciamento, definição clara dos papéis dos profissionais da atenção básica e dos especialistas, e a necessidade de criação de espaços sistemáticos para discussão de casos e planejamento de ações em andamento (TREICHEL; CAMPOS; CAMPOS, 2019).

Saraiva, Zepeda e Liria (2018) realizaram uma análise sistemática e comparativa dos componentes do cuidado matricial e dos cuidados colaborativos. Os autores entendem que o modelo de cuidados colaborativos adotado no Brasil - o matriciamento - tem conseguido proporcionar interação direta e melhor comunicação entre os profissionais. As reuniões para discussão de casos, atendimentos conjuntos, elaboração de planos terapêuticos, entre outras ações, demonstram-se resolutivas. Contudo, outras estratégias, como o seguimento sistemático dos usuários, uso de protocolos e critérios de encaminhamento, monitoramento e discussão de resultados e oferta sistemática de informações baseadas em evidências, podem ser melhor desenvolvidas. Para tal objetivo, os autores apontam a necessidade do envolvimento não apenas dos profissionais de saúde, mas também dos gestores dos recursos de organização do SUS (SARAIVA; ZEPEDA; LIRIA, 2018).

O papel dos gestores no desenvolvimento do trabalho em saúde é fundamental, tendo em vista que estes são responsáveis pela organização de recursos humanos, recursos financeiros e articulação da rede. O trabalho de Fernandes *et al.* (2020) buscou compreender o olhar dos gestores sobre a saúde pública. Tal pesquisa evidenciou que há um distanciamento no que concerne à prática e à teoria política, sendo que há um desconhecimento do servidor acerca de seu próprio papel e uma insegurança de que sua própria opinião esteja baseada na Política Nacional de Saúde Mental, apesar de ter a noção de que eles conhecem seus conceitos-base. O servidor, em geral, sabe que existem ações e medidas de estímulo à autonomia dos usuários atendidos nos serviços, o que corresponde às expectativas do que é preconizado no modelo de atenção psicossocial. Também há a percepção da importância do processo de acolhimento ao usuário, à abertura e liberdade dos serviços para gerir-se em relação às suas demandas e forma de realizar o trabalho, o estímulo à ressocialização, assim como certo conhecimento sobre ações conjuntas dos profissionais, percepções estas bastante significativas para que o trabalho em saúde seja realizado de forma qualificada (FERNANDES *et al.*, 2020).

Por outro lado, no estudo de Fernandes *et al.* (2020), identificou-se nas falas dos gestores entrevistados que falta profundidade na compreensão acerca do trabalho dos profissionais do CAPS, o que dificulta a expectativa de uma atuação mais coerente com o que se espera do serviço. Essa falta de compreensão foi evidenciada nas falas acerca do CAPS, limitadas à uma visão somente da existência do serviço, sem crítica em relação à política do serviço. O foco na insatisfação em relação a recursos físicos e humanos para a assistência em saúde mental, bem como a falta de maior compreensão sobre a rede de saúde mental, levam o gestor a se perceber como sujeito corresponsável pelo trabalho de atuar efetivamente como articulador da rede de saúde (FERNANDES *et al.*, 2020).

Iglesias e Avellar (2019) fazem uma análise do matriciamento a partir das equipes matriciadoras, matriciadas e de gestores. As autoras, a partir da análise do processo matricial que ocorre em um município do sudeste brasileiro, pontuam conquistas como, por exemplo, a diminuição dos medos da equipe matriciada em se aproximar de pessoas em sofrimento psíquico. Como ponto positivo, destaca-se o entendimento de que houve encontros muito produtivos na promoção da saúde. Assim como o CAPS se apropriou das discussões acerca de territórios (do grupo de gestores), a AB se apropriou da temática da saúde mental, e ambas se aproximaram para proporcionar cuidados mais integrados. Porém, foram observadas também algumas dificuldades do processo, como a tendência em nomear culpados ou responsáveis por situações problemáticas, e o desconhecimento das equipes acerca de suas atribuições e responsabilidades, sendo a equipe de gestão muito pouco envolvida no processo, como se o matriciamento fosse somente responsabilidade das equipes da AB e do CAPS (IGLESIAS; AVELLAR, 2019).

Apresentando outro olhar sobre o apoio matricial, Lima e Gonçalves (2020) realizaram um estudo qualitativo transversal em Fortaleza, analisando a visão dos profissionais do CAPS sobre o cuidado matricial. As autoras apontam que o apoio matricial é visto como uma importante ferramenta na construção do cuidado psicossocial, porém ainda não é muito utilizado. Houve o entendimento de que o matriciamento seria fortalecido com o apoio dos gestores, possibilitando uma definição clara da equipe matriciadora e o planejamento para a realização desse trabalho, permitindo construir um processo continuado com vistas à consolidação da prática. Como desafios a serem superados, os autores afirmam sobre a força do modelo biomédico hospitalocêntrico, a burocratização e a verticalização das ações em saúde, baixas condições adequadas de trabalho e resistência das equipes em trabalharem fora de um ambiente “intramuros” (LIMA; GONÇALVES, 2020).

Neste sentido, tanto no estudo de Iglesias e Avellar (2019) quanto no de Lima e Gonçalves (2020), há convergências para um entendimento de que há necessidade de ampliar o cuidado com a saúde mental da população, seja através da promoção de saúde, seja aumentando o alcance dos serviços de saúde mental através da difusão de conhecimentos especializados em AB. Por um lado, há demandas em saúde para além do entendimento da doença em si, pois engloba o social; por outro lado, constatam-se escassos recursos e serviços não integrados em rede, o que dificulta e se formata como obstáculo nas práticas de promoção e prevenção (IGLESIAS; AVELAR, 2019).

Em 2020, iniciou-se uma situação completamente atípica e desafiadora para toda a população mundial, que foi a pandemia da COVID-19. O SARS-CoV-2 é um vírus altamente contagioso, com propagação pela via respiratória. Esse cenário pandêmico trouxe novos enfrentamentos à sociedade como um todo, com grande impacto na saúde física e mental da população (ASMUNDSON; TAYLOR, 2020), havendo aumento de casos e gravidade de sintomas depressivos, ansiosos e de estresse psíquico, relacionado, entre outras causas, ao isolamento social (PEREIRA *et al.*, 2020). O acesso irrestrito a informações existentes da atualidade foi também um agravamento à saúde mental, pois estas podem ser de fontes confiáveis ou de notícias falsas. O excesso de informações tem sido apontado como causador de sofrimento psíquico e o fenômeno das notícias falsas foi, e tem sido, extremamente prejudicial, sendo documentados casos fatais de pessoas que utilizaram medidas irresponsavelmente indicadas para prevenir o contágio pela COVID-19 (MESQUITA *et al.*, 2020).

Em contextos de crises e pandemias, não unicamente da COVID-19, sugere-se inicialmente a oferta de primeiros cuidados psicológicos, ainda que de forma remota. Eles envolvem assistência humana e ajuda prática em situações de crise, buscando aliviar preocupações, oferecer conforto, ativar a rede de apoio social e suprir necessidades básicas (ex.: água, alimentação e informação) (OMS, 2011). Sobre as temáticas que vêm sendo abordadas pelos profissionais da saúde mental junto à população em geral, destacam-se: informações sobre reações esperadas no contexto de pandemia, como sintomas de ansiedade e estresse, além de emoções negativas, como tristeza, medo, solidão e raiva (ENUMO *et al.*, 2020); fortalecimento das conexões com a rede de apoio social, ainda que os contatos não ocorram face a face, considerando que instituições como escolas, empresas e igrejas costumam estar fechadas, o que pode gerar sentimentos de solidão e vulnerabilidade (SHOJAEI; MASOUMI, 2020); cuidado com a exposição excessiva a informações, incluindo noticiários na televisão e em outras mídias, importância da checagem da veracidade das informações, estratégias para promoção de bem-estar psicológico, a exemplo de medidas para organização da rotina de atividades diárias sob

condições seguras, cuidados com o sono, prática de atividades físicas e técnicas de relaxamento. Há orientações sobre também haver importância em evitar o excesso de exposição a informações acerca do coronavírus, além da sugestão da criação de um sistema de controle de veiculação de notícias falsas ou teorias conspiratórias, evitando a propagação de ideias que aumentem o medo e a insegurança (BARROS-DELBEN *et al.*, 2020).

No Brasil, o enfoque no enfrentamento à crise foi do modelo hospitalocêntrico, com valorização predominantemente das tecnologias leves-duras e duras, como o aumento de leitos de UTI, exames e abertura de hospitais. O uso das tecnologias leves foi pouco explorado como medida de política pública, segundo crítica de Seixas *et al.* (2021). Desta forma, maior aproximação entre as unidades básicas de saúde, maior utilização dos recursos humanos existentes na rede e a instituição de políticas públicas sociais mais eficientes poderiam ter diminuído o contágio, através da disseminação de informações corretas à população, suporte domiciliar aos casos leves (estimulando o isolamento social) e o acolhimento das demandas de saúde e sociais. A rede de atenção básica conta com a proximidade aos usuários como multiplicador de saúde, sendo essencial na identificação de casos na comunidade – o que poderia facilitar o isolamento mais rápido dos focos, monitoramento dos casos leves para que não se agravasse e acompanhamento de condições de saúde pré-existentes, de forma que não houvesse descompensação clínica destas. Porém, as medidas na atenção básica foram contidas por falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e argumentos de que a circulação de profissionais na comunidade poderia alastrar o vírus. As medidas tomadas no gerenciamento da crise foram no sentido de incentivar o modelo hospitalar e o desinvestimento na AB. Tal situação reforçou a ideia de que a AB é a porta de entrada para o sistema de saúde, e não é estimulada na sua complexidade de promover a descentralização e desenvolver as tecnologias de cuidado (leves), promovendo o trabalho vivo (SEIXAS *et al.*, 2021).

A partir do exposto acima, o caminho percorrido neste trabalho passa, no primeiro capítulo, pela contextualização do campo: matriciamento, a saúde pública e o município onde se deu a pesquisa-intervenção. No segundo capítulo, são discutidas as bases teórico-metodológicas que nortearam o entendimento dos dados produzidos, além do caminho percorrido na pesquisa. No terceiro capítulo, apresentam-se os dados produzidos, analisados e discutidos através de eixos temáticos. No quarto capítulo, apresenta-se o produto técnico desenvolvido, tendo como base os resultados da pesquisa-intervenção. O quinto capítulo é reservado para a exposição do artigo científico elaborado sobre o matriciamento durante a pandemia, produzido a partir de dados secundários. E, no último capítulo, expõem-se as considerações finais deste trabalho.

2 CAMINHOS METODOLÓGICOS

2.1 Início do percurso: encontros e desencontros

O ponto de partida de qualquer pesquisa é o objetivo, o que se pretende estudar. No caso do presente estudo, foi o processo de matriciamento e seus atores. O tema foi sendo lapidado até adquirir a clareza necessária para tomar contornos de pesquisa: compreender quais são os sentidos atribuídos ao apoio matricial, a partir dos profissionais que atuam na saúde mental e na atenção primária à saúde, bem como as ações potencializadas por tal prática. Uma das etapas para o planejamento da pesquisa é a escolha do campo. Neste caso, tal etapa se deu de forma natural, pelo contato mais próximo e de conhecimento prévio da mestranda.

O campo desta pesquisa foi o município de Vera Cruz, que se localiza na região centro-oriental do Rio Grande do Sul, e que possui 24 mil habitantes. Caracteriza-se por ter pouco mais da metade de seus habitantes residindo na área urbana, tendo uma grande extensão de área rural. Como principal atividade econômica está a indústria do tabaco, tanto no contexto das empresas quanto na agricultura. Cabe destacar que o município de Vera Cruz ocupa o 9º lugar na produção de fumo no Rio Grande do Sul e é o 15º colocado no Sul do Brasil (VERA CRUZ, 2020).

No momento desta pesquisa, a rede de saúde do município se organizava em três unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e dois postos de saúde (posto central e uma equipe volante), além de atenção especializada, que consiste em um hospital geral, uma farmácia municipal e dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Em relação aos CAPS, o município conta com um CAPS I, desde 2005, e um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS IJ), desde 2018. O CAPS IJ atende não somente Vera Cruz, mas também cidades vizinhas menores, as quais não possuem centro especializado em saúde mental infantojuvenil. A equipe do CAPS I, na época da realização da pesquisa, era composta por três psiquiatras, três psicólogos, uma auxiliar de serviços gerais, dois enfermeiros (sendo um deles coordenador do serviço), duas técnicas de enfermagem, uma assistente social, uma nutricionista e uma assistente administrativa. Os ESFs são: Henrique D'Ávila, Progresso e Arco-Íris, sendo esse último dividido em duas equipes no mesmo local físico (Equipes Sol e Lua).

Em relação aos indicadores sobre a saúde mental do município, divulgados no Portal BI³, encontra-se que em 2019 ocorreram 10 suicídios na cidade; 09 suicídios em 2020, e em 2021, 03 óbitos por suicídio. Já as lesões autoprovocadas foram 76 em 2019, 69 em 2020 e 54

³ Disponível em: <<http://bipublico.saude.rs.gov.br/>>. Acesso em: 10 mai. 2022.

em 2021. Esses são números preocupantes, maiores que a média nacional, que em 2019 era de 6,65 óbitos por suicídio em 100.000 mil habitantes, e maior do que a média do sul do Brasil, que por região é a maior média nacional (10,41 óbitos em 100.000 habitantes) (BRASIL, 2021). Tais índices demonstram a importância de valorizar o cuidado em saúde mental neste município.

Dados coletados pelo Registro das Ações Ambulatoriais em Saúde (RAAS), pelo Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPAC) e pelo Boletim de Produção Ambulatorial Individual (BPAI) – que são formas oficiais instituídas pelo Ministério da Saúde de registro, controle e monitoramento das ações em saúde –, resultaram em um relatório produzido pela equipe do CAPS. No ano de 2021, foram realizados 4059 atendimentos individuais, 26 acolhimentos diurnos (modalidade na qual o paciente permanece o dia inteiro no CAPS, sob os cuidados da equipe), 167 atendimentos domiciliares, 531 atendimentos familiares e 155 atendimentos em grupo.

Cabe registrar que não houve atendimentos em grupo no primeiro trimestre de 2021 devido às restrições impostas pela pandemia. O acolhimento inicial, que é o primeiro atendimento do paciente que busca o CAPS, foi de 90 pessoas no primeiro quadrimestre, 74 no segundo e 61 no terceiro. Foram contabilizadas 09 ações de matriciamento no primeiro quadrimestre, 39 no segundo e 21 no terceiro. Houve 87 ações de articulação de rede, as quais constituem ações do CAPS com outras instituições e serviços não pertencentes à área da saúde, tais como articulações com Serviço Social, Promotoria de Justiça, Defensoria Pública, entre outros.

No município de Vera Cruz - RS, o apoio matricial foi afetado pela pandemia de forma muito significativa, pois era realizado através de reuniões matriciais presenciais, e estas foram suspensas devido às orientações para contenção do contágio da COVID-19. As reuniões ocorriam de forma presencial, duas vezes por mês, geralmente dentro do espaço físico do CAPS I, e ocasionalmente nas ESFs. Nesses encontros, a equipe da AB apresentava dúvidas sobre o manejo de casos (que já estavam ou não em tratamento no CAPS I), realizavam o planejamento do Plano Terapêutico Singular (PTS), além da discussão sobre as demandas existentes no território no que concerne à saúde mental. Havia uma tentativa de planejamento de soluções mais amplas, com a equipe matriciadora pensando junto às equipes matriciadas sobre as potências do território em alternativas para atender às necessidades. Com o início da pandemia, por determinação da Secretaria de Saúde do município, em consonância com as regras de nível estadual e federal para evitar aglomerações, as reuniões foram suspensas por alguns meses, havendo a previsão de serem retomadas assim que possível. O contato telefônico para discussão

de casos se manteve, sob livre demanda das equipes de AB, da forma como sempre ocorreu. Entretanto, apesar do afrouxamento das orientações em relação ao número de participantes nas reuniões, até a data da produção de dados do presente trabalho, os encontros matriciais não haviam sido retomados de forma sistemática em formato presencial.

Citando Minayo (1992), o campo de pesquisa é uma delimitação feita pelo pesquisador em termos de espaço, que deve representar a realidade empírica a ser estudada conforme o objetivo da pesquisa, fundamentada através de uma base teórica. A metodologia, os sujeitos da pesquisa e a escolha dos instrumentos utilizados para a produção/coleta de dados é resultado também da base teórica e dos objetivos da pesquisa. Minayo (1992) cita a necessidade de uma fase exploratória do campo e a necessidade de realizar uma aproximação com as pessoas da área de estudo. Essa condição ocorreu antes mesmo da figura-estudante (mestranda) se tornar pesquisadora, pois é uma imbricação da condição de pesquisadora e trabalhadora do campo. Porém, há a ressalva de que a ligação com o campo é parcial, pois existe uma relação próxima da figura-pesquisadora com a equipe de atenção especializada participante da pesquisa, à qual faz parte, assim como, do pouco contato com as equipes de atenção básica.

A elaboração do projeto e submissão ao CEP-UNISC ocorreu em 2020, durante a pandemia da COVID-19. Sendo uma situação inusitada e sem precedentes, houve um planejamento para a realização da pesquisa de forma presencial, baseado na expectativa de que a pandemia abrandaria e de que não haveria restrições para a realização de reuniões presenciais. Porém, as orientações de restrição de aglomerações se mantiveram em 2021. Apesar da opção de aguardar a oportunidade de realizar a produção de dados de forma presencial quando as medidas sanitárias fossem favoráveis, optou-se por buscar a alternativa de realizar os grupos focais e de restituição de forma on-line, sendo então realizado um pedido para o CEP-UNISC de emenda ao projeto, com adequações para a realização da pesquisa em formato on-line. Então, ocorreu a mudança na modalidade dos grupos, do formato presencial para o remoto síncrono, através da plataforma *Google Meet*, e a coleta do TCLE da forma física para a forma eletrônica, através da ferramenta *Google Forms*. O percalço inicial de readequar o projeto, que seria na forma de grupos presenciais para a forma de grupos na modalidade remota síncrona, foi incorporado à pesquisa, sendo mais um elemento passível de reflexão e análise.

A modalidade on-line vem conquistando espaço no cenário acadêmico de pesquisa qualitativa, em que a sua utilização foi impulsionada pela pandemia, pela questão da necessidade do isolamento social. Como outras formas de realizar pesquisa, é crucial conhecer as potencialidades, desafios e as particularidades de cada instrumento disponível, a fim de obter os melhores resultados (SCHMIDT; PALAZZI; PICCININI, 2020). Existem diversas

estratégias de coleta de dados on-line, tais como questionários, fóruns, *Facebook*, sites, blogs, e-mail, grupos focais, *Twitter*, entre outras, cada uma prestando-se a um objetivo de pesquisa. Sua utilização como instrumento de produção de dados tem aumentado de forma significativa nos últimos anos, pois, de maneira geral, a sua utilização permite abrangência de grandes extensões geográficas, acesso a grandes amostras e maior neutralidade no processo de pesquisa. Entretanto, tem um viés de seleção, por atingir somente indivíduos com acesso à internet. Os grupos focais on-line, modalidade empregada nesta pesquisa, tem como potencialidade a ampla cobertura geográfica, o arquivamento seguro dos dados, baixo custo tanto ao pesquisador quanto aos participantes, e a possibilidade de anonimato. Quanto aos desafios, ressalta-se a impossibilidade de coleta de dados não verbais e a possibilidade de pouca profundidade das respostas (SALVADOR *et al.*, 2020).

Em relação à pesquisa desenvolvida, observou-se que não houve viés de seleção causado pela escolha de modalidade on-line, pois todos os participantes tinham acesso à rede de internet. Também não houve aparente falta de profundidade nas respostas, e foi possível observar uma série de elementos não verbais, como, por exemplo, expressões faciais, modulação no tom de voz, movimentos das mãos. Portanto, apesar da troca de modalidade ter se constituído como um percalço inicial, no transcorrer da pesquisa não houve dificuldade aparente pelo fato de ser on-line, tampouco essa situação emergiu nas discussões. Inclusive, tal formato facilitou a participação de alguns participantes, que não teriam conseguido estar presencialmente, segundo disseram à pesquisadora em momentos fora dos grupos.

Para a realização dos grupos focais, a pesquisadora se manteve em casa, conectada através da plataforma *Google Meet*. Os participantes foram convidados de forma individual, sendo o *link* da reunião encaminhado ao seu e-mail. Porém, houve uma situação inesperada: alguns participantes, que já estavam reunidos nas dependências do CAPS por estarem em seus horários de trabalho, participaram dos grupos conjuntamente através do mesmo dispositivo eletrônico (telefone celular). Isso ocorreu por solicitação deles, sendo realizada no momento de iniciar os grupos. Frisa-se que não houve mudança nos procedimentos previstos para a pesquisa.

Diante da aceitação da emenda para a realização da pesquisa na modalidade remota, e autorização do CEP-UNISC, foi contactada a Secretária de Saúde em exercício do município para informar a aprovação da pesquisa e o início da produção dos dados. Desde o primeiro contato com a gestora, houve grande receptividade e interesse na pesquisa, pela possibilidade de conhecer melhor o matriciamento através dos olhos dos participantes do processo, tal como o objetivo da pesquisa. Com a intenção de ampliar a participação dos profissionais, houve por

parte da gestora a liberação dos trabalhadores durante o horário de trabalho para participação na pesquisa.

A apresentação da proposta de estudo, que é outra etapa da preparação para a pesquisa, foi realizada através do envio de e-mails, no início de maio de 2021, aos coordenadores dos ESFs e ao coordenador da equipe matriciadora, o CAPS, contendo a carta de apresentação do estudo. Como a pesquisadora está inserida na equipe do referido CAPS, a comunicação acabou sendo por e-mail e de forma direta, havendo manifestação de interesse dos profissionais do serviço diretamente à pesquisadora, inclusive de elogiar a iniciativa do tema de pesquisa.

Na AB, porém, houve pouca aceitação para participação. Obteve-se resposta de somente uma das equipes do ESF, relatando que não havia profissionais interessados em participar. Após duas semanas desde os primeiros e-mails enviados com o convite à pesquisa, enviou-se novamente e-mails apresentando a pesquisa e reiterando que, conforme autorização da Secretária de Saúde do município estudado, os profissionais estariam liberados do trabalho para participar dos grupos focais propostos pela pesquisa, além de também informar que os encontros seriam via *Google Meet*, o que facilitaria o acesso. Mesmo assim, houve manifestação de que não havia interessados das equipes AB em participar. Diante da ausência de participação de profissionais das equipes de AB, foi discutido em orientação que fosse disparado mais um e-mail, convidando novamente. Novamente houve resposta negativa de uma das equipes, e ausência de resposta de outras. Dado o exposto, e seguindo o cronograma da pesquisa, iniciaram os grupos focais. Após já ter sido realizado um grupo focal, um membro da AB entrou em contato solicitando para participar, e acabou participando de um dos grupos focais. A maior parte dos profissionais do CAPS participaram de todos os grupos focais e do grupo de restituição. A participação do profissional da AB, mesmo em minoria, foi importante na medida que enriqueceu a discussão ao trazer alguma voz da equipe matriciada.

Os grupos focais ocorreram no mês de junho de 2021, com espaçamento de 2 semanas entre cada um, e o grupo de restituição foi realizado um mês depois do último grupo focal. Essa frequência foi planejada para que pudesse haver reflexão entre a realização de um grupo e outro. O intervalo entre o último grupo focal e o de restituição foi organizado dessa forma para que pudesse ser realizada a transcrição e leitura do material produzido nos encontros, para que fosse possível compartilhar os dados construídos nos grupos focais com os participantes da pesquisa, proporcionando um espaço de interação e construção a partir dos saberes produzidos até então, tal como proposto por Ferreira *et al.* (2018). No âmbito desta pesquisa-intervenção, o grupo de restituição se caracterizou como um momento de intervenção.

Participaram da pesquisa um enfermeiro da AB, e os demais eram profissionais do CAPS: dois enfermeiros do CAPS, dois psicólogos, uma nutricionista, uma assistente social e um psiquiatra. A idade dos participantes estava entre 25-50 anos, sendo a maior parte na faixa dos 30 anos. Em relação à forma de vínculo profissional com a prefeitura, três participantes eram concursados, três contratados por processos seletivos e dois em cargo em comissão. O tempo de serviço na saúde pública variava entre 1 ano e mais de 15 anos, sendo três participantes com menos de 2 anos de experiência. A maior parte dos sujeitos da pesquisa foram muito participativos durante os encontros e relataram, tanto durante a realização do grupo quanto depois, o quanto estavam com desejo de falar sobre o tema do matriciamento e agradados em ter o espaço dos grupos possibilitado pela pesquisa para discutirem sobre o tema.

2.2 A metodologia norteadora da construção do saber

Esta pesquisa se valeu da abordagem qualitativa que, segundo Martins (2004), é um método para construir conhecimento científico através do estudo de ações individuais e grupais. Tem seu percurso galgado nas Ciências Sociais e recebeu uma série de críticas ao ser comparada à metodologia quantitativa. É importante compreender as críticas realizadas e o alcance da metodologia para embasar seu uso. A proximidade necessária entre o pesquisador e o pesquisado, fundamental na metodologia qualitativa, é apontada como um entrave à objetividade e à neutralidade necessárias para a produção científica. No entanto, os dados coletados dependem do grau de confiança estabelecida entre o pesquisador e o pesquisado, para que de fato ele compartilhe sobre aspectos de sua vida – e não seria possível compreender a fundo a vida do outro sem tal aproximação. Outra crítica é a impossibilidade de a pesquisa qualitativa ser replicada e generalizada devido à falta de representatividade dos dados para uma população maior, visto ser necessário uma grande amostra para poder dar significância estatística às conclusões de pesquisa (MARTINS, 2004).

Tal método de fazer ciência busca ver o indivíduo como um sujeito histórico e social para, com esse conhecimento, construir um entendimento dos movimentos sociais. Permite uma análise mais ampla e profunda de determinados grupos e situações sociais, abrindo um leque de discussões acerca dos temas estudados, cujo rigor científico é fortalecido com a sustentação teórica do pesquisador e cujas pesquisas contribuem para transformar o conhecimento em um discurso político (MARTINS, 2004). Na pesquisa qualitativa com perspectiva construcionista, o rigor científico encontra-se no esclarecimento dos passos da análise e na interpretação capaz de proporcionar um diálogo com os dados produzidos (SPINK, 2013).

Em uma pesquisa-intervenção, o próprio conceito de “dados” é mobilizador de problematização, conforme compreensão das autoras Renault e Ramos (2019). A análise dos dados é a própria modificação do campo, que ocorre conforme o ato de pesquisar promove mudanças nos pesquisados e que a constituição da pesquisa ocorre entre a produção de conhecimento e a intervenção no campo. No caso da pesquisadora do presente estudo, também houve uma mobilização entre o papel de figura que produz pesquisa e figura que participa da pesquisa (como trabalhadora da equipe participante). Portanto, tal figura pode ser compreendida como uma interlocutora-pesquisadora. Tais momentos reflexivos sobre os papéis experimentados através da pesquisa ocorreram diversas vezes, tendo sido necessário um movimento consciente para retornar ao papel de pesquisadora e moderadora do grupo. Na metodologia de pesquisa adotada, compreende-se que não há neutralidade, pois pesquisadores e pesquisados se influenciam no processo. Isso, porém, não significa a ausência de rigor científico no que é produzido; significa que a pesquisa qualitativa se propõe a obter outras respostas para fenômenos que não podem ser transpostos a categorias objetivas, finalidade a ser alcançada através da abordagem de pesquisas quantitativas (RENAULT; RAMOS, 2019).

A pesquisa-intervenção é uma das formas de pesquisa participativa. Esse tipo de pesquisa evoluiu de vários movimentos políticos e sociais que culminaram na consolidação de uma metodologia na qual o pesquisador e a realidade pesquisada são coautores no processo de construção do conhecimento. As fronteiras entre o hermético e neutro pesquisador (posição comum e almejada no passado) e o sujeito-objeto de pesquisa se dissolvem. O pesquisador é compreendido como parte do campo, uma vez que o ato de pesquisar, por si só, é modificador da realidade estudada, e o sujeito-objeto se torna também pesquisador, construindo conhecimento, modificando a realidade e se modificando. A pesquisa-intervenção aprofunda essa ruptura com o modo tradicional de fazer ciência, uma vez que intenciona modificar o campo. Não somente percebe a modificação do campo como uma interferência própria das pesquisas sociais ou como barreira a ser transposta, mas sim como finalidade do processo e ato de pesquisar (ROCHA, 2003).

A análise dos dados se deu através da proposta teórico-metodológica de Mary Jane Spink e colaboradores, que se localiza dentro do contexto da Psicologia Social, na perspectiva construcionista. Essa proposta pretende buscar respostas para o questionamento “o que dá sentido ao mundo” (SPINK, 2013). Após a década de 1950, a Psicologia, que até então tinha uma intenção mais científica, focada em estudos controlados, passou a sair do laboratório e a buscar no ambiente natural as respostas sobre comportamento e interação do sujeito com o mundo, criando um modo de fazer ciência, no campo das Ciências Sociais.

Construcionismo social é um movimento que enfatiza a linguagem, as relações sócio-históricas e as relações sociais nos vários nichos e áreas de atuação. Na ótica do construcionismo, o sujeito é produto e produtor da realidade que o cerca, agindo como sujeito modificador do contexto que habita. É uma crítica ao modelo tradicional de fazer ciência, que compreende o mundo e a linguagem como uma representação exata e fiel da realidade. Sendo assim, através da ótica do construcionismo, compreende-se que o conhecimento é algo construído por meio das nossas ações e interações com o mundo, que é produzido através da linguagem (SPINK, 2010).

A realidade é compreendida a partir do que as pessoas sentem, percebem e explicam sobre o mundo onde vivem com base em seus conhecimentos, contexto sociocultural e vivências, em uma construção social, conjunta, criada nas interações com os outros e o mundo. Para tanto, o conhecimento precisa ser desconstruído do que até então era tido como verdade, para permitir a construção de novos conhecimentos (SPINK, 2013).

O campo de estudos sobre conhecimento social pode ser compreendido em três vertentes: sob o olhar da sociedade (sociogênese), sob o olhar do desenvolvimento individual (ontogênese) e sob o olhar interacional (microgênese). Nesta última abordagem, o olhar recai sobre a construção compartilhada das identidades sociais. É nesse olhar que se insere a formação de sentido que, segundo Spink (1994), “conhecer é dar sentido ao mundo” (p. 150).

Então, a produção de sentido sempre é realizada pelo processo de interação das realidades sociais (SPINK; GIMENES, 1994). No âmbito desta pesquisa-intervenção, os sujeitos foram as equipes matriciadora e matriciadas, sua interação e o que a negociação dos discursos entre as duas equipes, que estão posicionadas em lugares diferentes no processo de construção de conhecimento sobre saúde mental produz, cria e significa.

A autora Mary Jane Spink (2013) toma o construcionismo social como uma forma de entender a realidade e a produção de sentidos, que é histórica, social e cultural, e a partir desse entendimento propõe estratégias de análise. Busca-se uma compreensão do que é falado, o porquê é falado, e o contexto desse discurso proferido nos atores da pesquisa (SPINK, 2010). O processo de produção de sentidos é tanto o meio com o qual se busca a produção dos dados a serem analisados, quanto a finalidade do processo de pesquisa. É um processo de interpretação que permeia todo o processo investigativo (SPINK, 2013).

A abordagem teórico-metodológica de Mary Jane Spink (1992) possibilita a obtenção dos sentidos constituídos no contexto sociocultural, profissional e pessoal dos profissionais de saúde que atuam no município de Vera Cruz - RS. Por essa razão, a escolha dessa metodologia possibilitou a compreensão dos sentidos que as equipes produzem do matriciamento, quais são

as relações estabelecidas pelos participantes do processo, qual o seu contexto, como vivenciam, como percebem o processo matricial que passa pelo entendimento das interações entre os diversos atores. Para obter esse conhecimento, é preciso passar por um processo de desconstrução de saberes pré-estabelecidos. Os discursos iniciais de que “*o matriciamento é mais uma ferramenta*”⁴ – excerto do interlocutor do estudo 3 (IE3), produzidos em campo – foi, por exemplo, um dos elementos aprofundados através das discussões geradas pelo grupo, criando-se entendimentos outros.

A autora Mary Jane Spink (2013) propõe estratégias de análise como uma forma de entender a realidade e a produção de sentidos. Nesta pesquisa, foram construídos os mapas (que inicialmente foram denominados mapas de associação de ideias), que são uma forma didática de organizar o material produzido nos grupos em núcleos temáticos. Foram grupos que resultaram em um extenso material, não sendo, portanto, transposto em sua totalidade aos mapas, conforme preceitos da técnica (SPINK, 2010). Os interlocutores do estudo (IE) foram identificados por números, de forma a manter o sigilo, sem perder o contexto das falas: IE1, IE2, IE3, IE4, IE5, IE6, IE7 e IE8.

Primeiramente, foram construídas categorias gerais temáticas que atendiam os objetivos da pesquisa e, assim, foram organizados os conteúdos dos grupos realizados. Após, foram observados os processos de interanimação dialógica, ou seja, atentamos para onde acontece uma conversação, onde os enunciados de uma pessoa são endereçados a uma ou mais pessoas, e esses se interanimam mutuamente. A partir disso, priorizaram-se discussões em torno das temáticas levantadas, de modo a dar visibilidade às práticas relacionadas às questões suscitadas pelos grupos. Construíram-se os mapas de associação de ideias e os conteúdos foram organizados a partir de quatro eixos temáticos, os quais nortearam a análise e discussão dos dados, sendo: a) Des/articulação da rede; b) Papel dos atores e dificuldades na implementação; c) Expectativas na implementação; d) Modelo ainda fragmentado do atendimento e impressões sobre o matriciamento.

2.3 Estratégias de produção de dados e de Intervenção

2.3.1 Grupos focais e de restituição

A escolha pela realização de grupos focais para a produção de dados se deveu à sua aplicação em estudos, nos quais se pretende conseguir uma soma de opiniões construídas no processo do grupo, extrapolando a soma de opiniões individuais (KIND, 2004). Essa técnica

⁴ Os excertos apresentados neste trabalho estarão em formato itálico entre aspas para diferenciar das citações bibliográficas.

apresenta a característica de investigação qualitativa, que permite a construção de conhecimento acerca da opinião de um grupo de pessoas por meio de seus discursos e de suas interações (GONDIM, 2002).

A técnica foi inicialmente usada em pesquisas de opinião pública e, posteriormente, em pesquisas de *marketing*. A partir da década de 1980, em pesquisas de saúde, educação, avaliação de programas, entre outros (BORGES; SANTOS, 2005). A escolha do grupo focal se deve ao fato de ser um instrumento que, dentre outras questões, presta-se a avaliar a implementação de novos programas e a ação de programas já existentes. E esse é um dos escopos desta pesquisa: compreender o funcionamento e o alcance da ação do matriciamento, que já é um processo instituído. Uma série de itens deve ser levada em consideração na realização da técnica: escolha dos participantes, duração dos encontros, locais dos encontros etc. (BORGES; SANTOS, 2005).

Na escolha dos participantes, há a possibilidade de as pessoas serem conhecidas ou não. Borges e Santos (2005) ressaltam que o ideal é que não sejam dos mesmos grupos (amizades, trabalho, dentre outros), visando à livre expressão de ideias. Gondim (2002), porém, traz a possibilidade da realização de grupos entre pessoas conhecidas, entendendo que o grupo pode se unir em um acordo tácito sobre o que pode ou não ser dito naquele espaço. No âmbito desta pesquisa, apesar de tais considerações terem sido levadas em conta, os participantes foram do mesmo grupo de trabalho, visto que é o trabalho de matriciamento em si e os sentidos produzidos pelas equipes que participam dele que está sendo estudado.

Como se trata de um município pequeno e como as reuniões matriciais são objeto de estudo, não se torna possível escolher participantes que não tenham relação. Tal característica foi considerada na avaliação dos resultados, podendo ser compreendida como fator complicador ou não da análise realizada sobre o campo em estudo. É indicada a presença de um moderador, que foi a pesquisadora em questão, e um observador, que foi uma estudante do Curso de graduação em Psicologia da UNISC que se disponibilizou a participar voluntariamente como observadora. O papel do moderador é conduzir o grupo, a fim de garantir a sua fluidez e a obtenção do debate necessário. Já o papel do observador é registrar as comunicações não verbais percebidas (como linguagem e ordem de resposta dos participantes), auxiliando o moderador a compreender a dinâmica de interações daquele grupo (KIND, 2004).

Para um bom andamento do grupo, é importante compreender o que se espera da figura do moderador. Ele deve permitir que o grupo se expresse, enquanto busca manter a discussão de modo que tópicos relevantes não sejam abordados somente no final. Também é importante garantir que uma pessoa não monopolize o espaço de fala, ou seja, que todos tenham direito de opinião e que apenas uma pessoa fale de cada vez, sem conversas paralelas. A existência de

temas geradores, que suscitam o debate, é crucial para que haja a abordagem dos temas relevantes à pesquisa e à elaboração da resposta ao objetivo estipulado. O papel do moderador também é formular interpretações sobre o que é debatido, a fim de confirmar se essa é realmente a expressão do grupo ou uma interpretação errônea (GONDIM, 2002).

Tendo a compreensão do conceito de pesquisa-intervenção como base, discute-se acerca da sobreposição dos papéis como pesquisadora e participante da equipe matriciadora. A proximidade profissional com a equipe do CAPS pode ter levado à grande adesão desses profissionais à pesquisa, por acompanharem o entusiasmo com a proposta de estudo. A apresentação do projeto de pesquisa, não intencionalmente, ocorreu de forma diferente entre as equipes matriciadoras e matriciadas. E isso constituiu um viés da pesquisa, que é inevitável ao lugar de pesquisadora-trabalhadora. Durante a realização dos grupos focais e de restituição, novamente esses papéis se inter cruzaram, quando, por vezes, houve colocações tais quais os sujeitos da pesquisa. Porém, imbuída da intenção de pesquisa, logo retomava o papel de moderadora. A intervenção no campo e na construção do saber, portanto, ocorreu de forma significativa, podendo ter contribuído na potência dos grupos.

Sendo a intenção desta pesquisa compreender quais são os sentidos atribuídos ao apoio matricial a partir dos profissionais que atuam na saúde mental e na atenção primária à saúde, bem como as ações potencializadas por tal prática, elegeram-se temas geradores da discussão do grupo que atendessem a esse questionamento. Tais temas foram: 1) A política de saúde mental e a prática do matriciamento; 2) As práticas matriciais e a prevenção e promoção de saúde mental, com as respectivas ações de matriciamento realizadas pelo CAPS I em Vera Cruz; 3) Os desafios e os efeitos do matriciamento; 4) Demandas das equipes matriciadas em relação à equipe matriciadora, e da equipe matriciadora em relação às matriciadas; 5) Temas pertinentes que emergiram nos encontros.

No contexto desta pesquisa-intervenção, compartilhamos do entendimento de Cury e Szymanski (2004), segundo o qual, na pesquisa social, toda pesquisa acaba sendo pesquisa-intervenção, à medida que as perguntas feitas pelo pesquisador, no ato de pesquisar com o sujeito, provocam modificações nestes, mesmo que mínimas. Desse modo, neste estudo, o grupo de restituição assume, conforme nos ensina Lourau (1993), que a restituição é uma análise coletiva da situação presente, considerada um dispositivo para obtenção da autogestão. Portanto, constitui a pesquisa-intervenção, na qual a forma de pesquisar é também a forma de intervir nos sujeitos pesquisados (FERREIRA *et al.*, 2018).

Lourau (1993) critica a devolução formal e burocrática dos resultados aos sujeitos envolvidos, por ter a compreensão de que ela não tem utilidade para a vida deles. Para

exemplificar, questiona qual seria o propósito de entregar um artigo científico, produzido com o resultado da pesquisa, a um sujeito analfabeto. Mesmo em situações não tão extremas, entende-se que a restituição deve ser um processo de construção de um saber junto ao sujeito, tornando-o parte do processo de pesquisa, não somente objeto de pesquisa.

Em relação a esse estudo, a intenção da restituição foi usar esse espaço para a construção de um novo conhecimento, no qual se intenciona interagir e modificar o campo, ao mesmo tempo em que o estuda (FERREIRA *et al.*, 2018). Em outras palavras, o grupo de restituição se configura como um espaço em que o pesquisador compartilha os dados construídos nos grupos focais com os participantes da pesquisa. No encontro do grupo de restituição, os dados são pensados em conjunto, sendo os sujeitos da pesquisa e o pesquisador colaboradores da criação do conhecimento. Portanto, foi desta forma que se deu o grupo de restituição realizado nesta pesquisa. Foi um momento em que os participantes foram convidados a pensar ativamente no material oriundo dos grupos anteriores. Sendo assim, o grupo de restituição constituiu uma intervenção, proporcionando uma autoanálise dos sujeitos, permitindo que, após a reflexão proposta, o grupo se sentisse mais capaz de se autogerenciar. Tal espaço de restituição também produziu subsídios para a construção de informações e demandas a serem consideradas para o planejamento do Programa de Educação Permanente.

2.3.2 Compreensão dos encontros

Houve grande adesão dos trabalhadores do CAPS para participação na pesquisa. Entretanto, somente um profissional da AB participou, em apenas um dos quatro grupos. Apesar de estudos qualitativos não levarem em consideração a quantidade de respostas dos interlocutores do estudo, e sim o que é produzido, essa pontuação sobre a quantidade de participações de profissionais de AB é relevante, e esse fato será discutido na análise dos dados.

A linguagem corporal mais observada na realização dos grupos era a concordância com a cabeça. Muitas vezes, vários interlocutores falavam ao mesmo tempo, principalmente os que estavam no mesmo local físico. Quando isso ocorria, na maior parte das vezes, o grupo mesmo se reorganizou, dando espaço de fala para um, depois para o outro, sem necessidade de maiores intervenções da moderadora. O grupo se manifestava de forma complementar, associando as ideias ao interlocutor anterior, demonstrando coesão e unidade na forma de compreender o tema abordado. É interessante observar que havia profissionais de diferentes áreas (Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Psiquiatria).

Houve problemas decorrentes do formato remoto, que foram pequenas situações relacionadas ou à rede de internet ou ao uso da tecnologia (por exemplo, o interlocutor falava com o microfone fechado, até ser alertado). Tal situação ocorreu também com a pesquisadora.

Dentre os interlocutores, os profissionais que mais tiveram momentos de fala foram os que já haviam tido ou estavam tendo um contato mais direto no planejamento e realização de matriciamento. Devido à função que exerciam, estavam diretamente trabalhando com a questão da rede e fazendo movimentos para retomar o matriciamento, situação da qual os outros participantes do CAPS não estavam participando. A equipe do CAPS, no momento dos grupos, era composta, na maioria, por profissionais com menos de 2 anos de experiência em saúde pública no município de Vera Cruz - RS.

Os encontros fluíram de forma natural e espontânea, assemelhando-se a um bate papo ou mesmo uma reunião de equipe entre colegas que compartilham do mesmo anseio de promover uma saúde pública mais fortalecida, através da articulação de todos os serviços. Houve muitos apontamentos sobre as dificuldades e desafios, mas o tom dos encontros foi de construção e otimismo – e não de queixas e lamentações.

2.4 A ética dos encontros

Através do cadastro na Plataforma Brasil, esta pesquisa, identificada pelo CAAE nº 41705021.0.0000.5343, foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (CEP-UNISC) e iniciada após a sua aprovação. A solicitação para a realização da pesquisa foi feita à Secretária Municipal de Saúde de Vera Cruz – RS em exercício, bem como de todos os interlocutores do estudo, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Anexo A.

Considerando a ética necessária para a pesquisa envolvendo seres humanos, este trabalho se amparou nas Resoluções Nº 466 do Ministério da Saúde, de 2012 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012), que regulamenta normas e diretrizes para a pesquisa envolvendo seres humanos, e Nº 510, de 2016 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016), que regulamenta as normas e diretrizes de pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Ambas se fundamentam nas principais diretrizes e documentos internacionais para a preservação da dignidade do ser humano, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, a Declaração Interamericana de Direitos e Deveres Humanos, de 1948, e o Código de Nuremberg, de 1947. A intenção das normativas é preservar os seres humanos sujeitos de pesquisas, tanto na sua integridade física quanto da dignidade humana.

Desse modo, as pesquisas envolvendo seres humanos devem atender aos fundamentos éticos e científicos pertinentes:

III - A ética da pesquisa implica em: a) respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida; b) ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; c) garantia de que danos previsíveis serão evitados; e d) relevância social da pesquisa, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016).

Já a Resolução Nº 510 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016), de forma semelhante, mas complementar, abarca as especificidades da pesquisa em Ciências Sociais e Humanas: reconhece a autonomia dos envolvidos na pesquisa de participar ou não, podendo manifestar esse desejo em qualquer etapa da pesquisa; garantia de confidencialidade, proteção da identidade e privacidade dos participantes; defesa dos direitos humanos; compromisso de não ampliar, criar ou manter situações de vulnerabilidade ou de risco e de não aumentar estigmas e preconceitos – dentre outros aspectos.

O TCLE é um documento por meio do qual o sujeito declara que foi informado, de forma clara e por escrito, sobre a pesquisa (objetivos, procedimentos, riscos e benefícios) e no qual ele concorda ou não em participar da proposta de pesquisa apresentada. Nesse termo, é esclarecido que o sujeito pode se retirar da pesquisa em qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de represália. Além disso, é informado da confidencialidade de sua participação e de sua liberdade de acesso aos dados da pesquisa, em qualquer etapa.

Nesse contexto, é importante ressaltar que esta pesquisa contou com TCLE na forma virtual, seguindo o padrão exigido pela Resolução Nº 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, e Nº 510, de 2016, conforme modelo sugerido pelo CEP-UNISC. Pela situação sanitária brasileira no momento da produção de dados deste estudo, não foi possível coletar as assinaturas presencialmente dos sujeitos de pesquisa, tendo em vista que havia restrições em decorrência da pandemia da Covid-19.

O convite aos participantes se deu da seguinte forma: foram enviados e-mails às coordenações de cada Unidade Básica e do CAPS I, destinado aos funcionários de nível superior interessados em participar da pesquisa, com a Carta de Apresentação da Pesquisa e o convite para a participação. Foi solicitado aos coordenadores os e-mails pessoais dos profissionais que tiveram interesse em participar da pesquisa, e que autorizaram o compartilhamento dessa informação. Foi enviado um e-mail individual com a Carta de Apresentação e um link (<https://forms.gle/jrp1uquNEJjEov8aA>) gerado pela ferramenta *Google Forms*. Nesse link,

constou o TCLE, no qual foram preenchidos os dados do sujeito convidado e foi manifestada sua concordância ou não em participar da pesquisa. Ocorreu de todos os sujeitos que forneceram seus e-mails pessoais aos coordenadores aceitarem o convite para a pesquisa, e assinarem virtualmente o TCLE, concordando com a participação. Após, foi disponibilizado, via e-mail, o *link* da reunião virtual do *Google Meet*, com data e hora do agendamento da reunião. Salientou-se que os dados produzidos/coletados seriam utilizados apenas nesta pesquisa. O TCLE foi enviado ao e-mail da/do participante, e poderia ser impresso por ela/ele. A pesquisadora ficou como responsável em guardar a versão PDF de cada TCLE em um *pendrive*, conforme ferramenta disponibilizada pelo *Google Forms*.

A participação foi voluntária e o benefício ao participante foi indireto. Os participantes da pesquisa não receberam nenhum pagamento por sua participação. O benefício indireto obtido com sua participação foi contribuir com a construção de um conhecimento que pretende ser aplicado para a melhoria do processo de matriciamento no município em questão, bem como contribuir para o fornecimento de subsídios teórico-metodológicos que potencializam a intervenção nesse campo. O risco foi mínimo e se relacionou aos seguintes aspectos: ter que se adequar aos horários disponibilizados para os grupos e expor publicamente questões relacionadas ao seu trabalho na rede de saúde. Havia sido previsto que, caso algum participante se sentisse desconfortável com sua participação, além de ter a liberdade de, a qualquer momento, optar por continuar ou não na pesquisa, seria ofertada pela pesquisadora responsável a assistência e escuta individual, de forma a ser pactuada entre a pesquisadora e o/a participante, conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 466/12 e Nº 510/6. Tal situação não ocorreu nesta pesquisa.

Todos os dados obtidos através dos grupos focais e de restituição foram arquivados em arquivo digital de áudio e vídeo pela pesquisadora responsável de forma sigilosa e será resguardado por um período de 5 (cinco) anos, conforme a Resolução Nº 510/2016, sem que os depoentes possam ser identificados, mantendo o anonimato e a confidencialidade. Passados os cinco anos, as gravações serão apagadas dos arquivos digitais utilizados, assim como os TCLEs e as respectivas transcrições serão incineradas.

Ao final da pesquisa, após a apresentação junto ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, será ofertada à instituição parceira e aos participantes a possibilidade de um retorno em relação aos resultados encontrados. Será encaminhado um e-mail para a Secretaria Municipal de Saúde do município, bem como aos coordenadores dos serviços CAPS I e das Unidades Básicas de Saúde, para a oferta de tal devolução. Caso haja interesse, será marcada uma data e horário para que a devolução possa ser feita em uma apresentação, que ocorrerá na

modalidade on-line, pela plataforma *Google Meet*, bem como será ofertada a devolução através de artigo científico.

A eticidade é também sustentada pelo rigor do uso da técnica de pesquisa definida para abordar a questão que se propõe estudar. Toda pesquisa tem seu referencial teórico-metodológico, com as particularidades de cada método, devendo estes serem seguidos. As características das pesquisas quantitativas são diferentes das pesquisas qualitativas, o que não significa que as últimas não sigam normas bem definidas. Em uma primeira era das pesquisas qualitativas, estas foram vistas como imprecisas, vagas, flexíveis, tendo menos prestígio em relação à pesquisa quantitativa. Porém, uma série de requisitos são necessários para a almejada qualidade da pesquisa, tendo a pesquisa qualitativa se firmado como importante método de construção de conhecimento. Uma das características valorizadas na pesquisa quantitativa é a suposta neutralidade (PATIAS; HOHENDORFF, 2019). Essa neutralidade não é o foco das pesquisas qualitativas, muito menos da pesquisa-intervenção aqui proposta. Nesta, há entrelaçamentos indissolúveis entre o pesquisador e o pesquisado, à medida que o próprio ato de pesquisar modifica o campo, os pesquisados e o próprio pesquisador (RENAULT; RAMOS, 2019). Sob esta perspectiva, a sobreposição dos papéis da pesquisadora e trabalhadora do CAPS encontra sustentação, pois esses papéis não limitam os resultados encontrados, mas os enriquecem. A discussão dos dados coletados leva em conta esse fator que poderia ser um viés, mas que passa a ser constituinte da discussão.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados empíricos produzidos nos grupos focais e de restituição, conforme supracitado, resultaram na construção de quatro eixos temáticos, a serem discutidos: a) Des/articulação da rede; b) Papel dos atores e dificuldades na implementação; c) Expectativas na implementação; d) Modelo ainda fragmentado do atendimento e impressões sobre o matriciamento. Tais eixos serão apresentados em formato de subseção conforme a seguir.

3.1 Des/articulação da rede

A rede de saúde de Vera Cruz é percebida pelos interlocutores do estudo como desarticulada e fragmentada. Essa observação se repete em outros estudos, tais como o de Bezerra (2022), que aponta o fato como gerador de pouca resolutividade. A rede se constitui por vários níveis de complexidade e sem mecanismos que propiciam uma articulação, sendo organizada e financiada de formas diferentes, condições que desfavorecem a interlocução entre as partes. Os movimentos que são realizados ocorrem muitas vezes em paralelo, sem comunicação entre as equipes, o que enfraquece a potência dos movimentos. Tal situação também acontece no município estudado.

A baixa representatividade da AB nos espaços de discussão foi um tema levantado em campo, sendo pensado como uma das causas da desarticulação ao não se sentir participante da construção da rede. A gestão, por sua vez, é percebida como um elo que deveria fortalecer a integração, mas que não tem sido eficaz. Mesmo com estes entraves e a pouca utilização da ferramenta, o matriciamento é percebido como articulador e resolutivo, havendo algumas experiências positivas no município. As várias dificuldades percebidas vão desde a falta de experiência dos profissionais, desconhecimento sobre a ferramenta, foco da gestão em resultados quantitativos (em relação a indicadores de saúde), sobrecarga dos serviços, além da resistência da AB (oriunda de expectativas frustradas). Tais questões aparecem nas seguintes falas:

“Mesmo nos estágios no CAPS, enfim, a gente não tinha acesso a matriciamento, a gente não acionava a rede. Não via esse movimento, eu não sei se tinha ou a gente não via realmente ou se não acontecia muito.” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE3).

“E eles veem que isso não é uma coisa só de Vera Cruz, a rede ela existe, mas ela se conversa muito mal, né.” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE1).

“Me deu a sensação de que as equipes matriciadoras estavam longe uma da outra. Porque tudo isso é um trabalho de NASF e que o CAPS, enquanto matriciadora de saúde mental, poderia e deveria estar...”

deveria [estar atuando em conjunto]?” (Excerto da interlocutora-pesquisadora).

Um dos IEs manifestou certa esperança de articulação através de ações já existentes, mas que ainda não estão funcionando com toda sua potencialidade:

“Então o NUMESC não é matriciamento, mas se parar para pensar, ele está inserido de forma subjetiva dentro dele e a gente precisa trabalhar isso com as equipes para poder tentar potencializar.” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE4).

“Fica uma sugestão de falar sobre isso com o Conselho Municipal de Saúde, que é um espaço onde a comunidade ocupa, os profissionais ocupam, os serviços terceirizados ocupam, a administração ocupa. Entenda que o matriciamento é trabalho também, né, e que não é perda de tempo.” (Excerto de um dos dos interlocutores do estudo, IE4).

Houve, então, o convite da IE4 para que a figura pesquisadora participasse de reuniões no Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC). Este excerto ilustra o papel de interlocutora-pesquisadora-trabalhadora, papel este advindo da posição como trabalhadora no campo de estudo:

“Então, daqui a pouco seria pertinente se tu [figura pesquisadora] conseguisse participar de um encontro, propor isso e a gente junto com o NUMESC pensar essas ações de educação permanente com as equipes. Não sei se seria viável?” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE4).

Nesta percepção de desarticulação da rede, incluiu-se a pandemia como fator agravador. Tal contexto mundial foi (e está sendo) um momento de reorganizações na forma de fazer o trabalho, durante o qual houve realocação de recursos (tanto financeiros, quanto humanos) para atender às demandas emergentes. Neste período, também se fez necessário aderir a protocolos de saúde, com orientações de distanciamento social, o que inviabilizou muito o trabalho da forma como estava sendo feito. Sendo assim, as reuniões matriciais que ocorriam mensalmente de forma presencial, cessaram. A comunicação entre os serviços especializados e básicos acabaram sendo via contatos telefônicos sob demanda, o que não atende à toda necessidade do apoio matricial. Seixas *et al.* (2021) problematizam as escolhas feitas para o enfrentamento da pandemia, que foram tomadas levando em conta o modelo biocêntrico, com ênfase na doença, no tratamento hospitalar e no uso de tecnologias duras e leve-duras. Os autores criticam o abandono de estratégias de construção de cuidados, dentre elas o matriciamento, durante esse período crítico. Este cenário se repetiu no município, vivenciado pelos trabalhadores da saúde, que apontaram que o trabalho matricial não foi continuado, mas que havia o desejo de retomada e que estratégias para uma nova organização estavam em desenvolvimento:

“Até agora por causa da pandemia, eu acho que acabou prejudicando essa questão da interação das comunidades, atenção especializada e a básica. E a gente acaba discutindo alguns casos específicos com as unidades, mas eu acho que acaba que para eles não passa como matriciamento assim ao mesmo tempo no telefone discutindo como fazer, como contar o caso para a gente pode até ser matriciamento em tempos de pandemia, mas para as pessoas não.” (Excerto de dos interlocutores do estudo, IE3).

“Então, repensar o cotidiano no momento de pandemia, onde a gente não é preparado nem para matriciamento na faculdade (...). Então imagina trabalhar numa pandemia e pensar todo o contexto de cuidado de saúde, sendo ele desde a hipertensão, do diabético e não só de Saúde Mental.” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE4).

“Nesse primeiro momento, falando sobre matriciamento, o que a RAAS indica: que seria um apoio presencial, em função da pandemia, se acertou com a 13ª que poderia ser uns contatos via telefone também, mas basicamente seria o nosso deslocamento para dar suporte lá na atenção básica.” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE1).

Apesar de não se levantarem hipóteses sobre a sua causa, os IEs trouxeram como tema nas discussões o fato da AB ser pouco representada nos espaços de discussão, sendo pensado como uma das causas da desarticulação, uma vez que, ao não ter voz/representatividade em tais espaços, a AB não se sente participante dos processos de organização de fluxo e se sente desassistida no atendimento de suas expectativas:

“A gente viu aqui que os participantes são do CAPS, mas a ESF acabou que não vieram os representantes, né [para participar da pesquisa].” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE3).

“Até tenho participado de algumas reuniões a convite da comissão de saúde mental e na última, eu falei assim: ‘olha, eu tenho ouvido muito sem falar em um fluxo de atendimento e o que a atenção básica tem que atender e eu quero os meus colegas atenção básica aqui nas reuniões, para falar quais são as dificuldades que eles estão encontrando, né’. Porque como é que eu vou decidir sobre fluxo de rede de atenção básica e a especializada, sem atenção básica estar junto discutindo, né.” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE1).

“A gente estava discutindo fluxo de rede, definindo coisa da atenção básica e não tinha nenhum enfermeiro coordenador de unidade de atenção básica, sabe?” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE1).

Há a percepção dos IEs sobre o matriciamento ser uma ferramenta articuladora e produtora de aumento da resolutividade nos atendimentos, tendo algumas experiências positivas no município. Essa percepção vem ao encontro das ideias de Campos (2018), quando este discorre sobre o modo de fortalecer o SUS. Um dos importantes meios para isso é a qualificação do atendimento e, dentre suas propostas para essa finalidade, estão o fortalecimento entre profissionais de referência e do apoio matricial, bem como, em se criar responsabilidade das equipes pelo acompanhamento dos pacientes através do vínculo, da

continuidade do tratamento e coordenação de caso, dentre outros. Novamente, o apoio matricial é citado como organizador do trabalho compartilhado, rompendo com o modelo rígido de cuidados no qual os usuários são encaminhados entre os vários profissionais e serviços e ficam circulando pela rede de saúde, tendo um cuidado ineficaz, ineficiente e, segundo o autor, desumano (CAMPOS, 2018).

“E eu vejo o matriciamento como um elo de comunicação ali entre a atenção especializada e a básica e é muito importante. Eu acho que é isso, né, que os dois estejam alinhados, se comunicando e pensando nesse paciente de modo integral também, né, dentro do seu território, inclusive! Não só dentro do CAPS ou de outro serviço especializado em saúde mental.” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE8).

“[O matriciamento] era também uma rede de comunicação com o território muito importante porque, às vezes, o paciente faltava ou paciente não estava aderindo ao atendimento ou tinha alguma conflitiva e a gente também podia comunicar, para aquele profissional que ‘tava aí no território mais junto com paciente.” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE8).

A gestão é percebida pelos IEs como potencial facilitadora da integração da rede, mas que não tem conseguido atuar de forma plenamente eficaz. O estudo de Fernandes *et al.* (2020), realizado com gestores da saúde, traz a visão da importância destes na implementação das tecnologias duras e leve-duras ao não trazer soluções para queixas das equipes em relação à falta de capacitação e precariedade do espaço físico dos locais de atendimento. Os gestores, na pesquisa de Fernandes *et al.* (2020), indicaram como principais entraves à realização do trabalho em saúde: os problemas estruturais dos serviços, com espaço físico insuficiente para desenvolverem as suas atividades; a falta de capacitação em saúde mental dos profissionais que trabalham nos serviços e a ausência de educação permanente; pouca articulação da Rede de Atenção Psicossocial; presença de estigma que dificulta o processo de ressocialização dos usuários do CAPS, além do desconhecimento do gestor sobre o seu próprio papel. Os interlocutores da presente pesquisa realizada no município de Vera Cruz não apresentaram essas mesmas percepções, pois não mencionam a falta de estruturas físicas ou outras tecnologias duras. Porém, o desconhecimento do gestor foi percebido na fala da própria pesquisadora-interlocutora, no qual o papel de trabalhadora da saúde se sobressai ao de pesquisadora. Por exemplo, quando a IE4 aborda ações de matriciamento que a pesquisadora-interlocutora desconhecia, mesmo sendo participante da equipe matriciadora:

“Nós temos à parte ou no NUMESC, que é um núcleo de educação coletiva. Ele ‘tá na mesma forma como o matriciamento.” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE4).

“[...] me surpreende como esses movimentos existiam, daí tu me disse ‘tá, mas existe há muito tempo”, e eu digo que: bom, eu enquanto participante de uma equipe matriciadora, não sabia e que

desinformação de um trabalho muito legal que está acontecendo, que poderia ser enriquecido com a integração das equipes. (...) acho essencial e muito interessante a tua ideia de usar um espaço que já existe, que são as reuniões do NUMESC.” (Excerto da interlocutora-pesquisadora).

Diversos obstáculos são percebidos pelos IEs para que a implantação do matriciamento atinja a sua potencialidade. Os motivos são desde a falta de profissionais qualificados, desconhecimento sobre a ferramenta e as políticas de saúde que a instituem, o foco da gestão em resultados quantitativos (em relação a indicadores de saúde), além de sobrecarga das equipes que estavam impossibilitadas de absorver mais demandas de trabalho.

Atualmente o financiamento e a avaliação da efetividade da saúde para a perspectiva pública contam somente com parâmetros objetivos de gastos e prestação de serviços, marcadores epidemiológicos e indicadores de saúde. Esse olhar é insuficiente para a compreensão de sua efetividade, pois o trabalho em saúde é singular e tem sua eficiência atingida em marcadores não objetivos (CAMPOS, 2018). Ponderando, Agonigi *et al.* (2018) pontuam sobre a importância das tecnologias duras e leve-duras (como protocolos e manejo de indicadores) para planejamentos de políticas de saúde, porém não como norteadoras de todo o processo de cuidado, pois engessam e limitam o atendimento do usuário na sua totalidade, que deve ser pautado pelo uso de tecnologias leves, relacionais.

Portanto, sendo os indicadores marcadores de eficiência e necessários para liberação de verbas, apesar de ser compreensível o fato de a gestão focar os recursos conforme o resultado destes, esse ponto foi levantado pelos IE como um entrave ao matriciamento – de forma semelhante à apontada pelos autores Agonigi *et al.* (2018) e Campos (2018). Sendo o matriciamento em saúde mental somente um dos muitos indicadores que a AB busca dar conta, este acaba tendo pouco espaço no planejamento das ações da AB.

“Então, a gente sabe que é um indicador importante para CAPS o matriciamento. Ok, números são importantes, mas só quantitativos, né... tem que andar ali paralelamente junto com a qualidade do atendimento também. Não adianta só ter número e na real aquilo não ter muito efeito na prática.” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE1).

“Sim, eu acho que é uma resistência também (ao matriciamento), até respondendo. E até em relação à política que a gente tem visto de que muitas vezes é mais pela produtividade, pelo número, do que pela qualidade.” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE2).

Além de tudo, os serviços são percebidos como sobrecarregados com objetivos a cumprir e com a grande demanda de atendimentos, tanto no município quanto em outros locais estudados (AGONIGI *et al.*, 2018). O IE7, da AB, apresenta tal ponto de forma elucidativa:

“Eu disse ‘olha, a gente sabe que vocês já estão sobrecarregados e que a visão às vezes dos colegas que estão na atenção básica por já estarem sobrecarregados... putz, aí a gente vai ter que parar o que a gente está fazendo para ir lá discutir caso com o pessoal do CAPS, não sei o quê e tal’, então tem que existir esse movimento aí de empatia para com os outros colegas...” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE1).

“Eu acho que, como eu te falei, eu acho que o serviço está bastante descaracterizado por causa da demanda. Então pela questão do novo financiamento, de indicadores, então às vezes a gente trabalhando em cima de 7 indicadores, às vezes trabalhando em cima de 30 indicadores e desses 30 indicadores, um só é do CAPS, está entendendo? (...) Então essa modalidade, esse novo financiamento, eu acho que está roubando muito tempo das equipes, né, de fazer o matriciamento, de ter uma troca de ideias sobre esses casos, de fazer um atendimento mais qualificado.” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE7).

“Só que entra essa parte do matriciamento, né, só que nós não temos um quantitativo de profissional que consiga suprir para fazer um matriciamento de qualidade assim, sabe? Precitaria de mais profissional para a gente conseguir ter mais efetividade nessas demandas aí.” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE7).

Em uma revisão da bibliografia nacional dos últimos 10 anos, cujo objetivo foi avaliar quais impasses e desafios abarcavam o apoio matricial na sua consolidação e efetividade, surgiram vários fatores, dentre os quais destacam-se: a necessidade de esclarecimento sobre a ferramenta, investimento em formação e capacitação de profissionais, criação de espaços para encontros sistemáticos para discussão de casos e avaliações conjuntas do andamento das atividades (TREICHEL; CAMPOS; CAMPOS, 2019). O desconhecimento da ferramenta é percebido também pelos IEs do estudo em Vera Cruz como sendo uma das causas de dificuldade de implementação:

“Para eles entenderem que isso é um complemento, não que o CAPS ou os serviços de Psicologia estão querendo jogar os pacientes para a atenção básica fazer o atendimento, entendeu?” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE7).

“Essa visão que o IE7 trouxe das equipes, que o CAPS não quer aprender e quer vir aqui para discutir caso, eu acho que no passado, talvez, as reuniões de matriciamento eram feitas só para ver quem é que ia para CAPS e quem é que voltava para ESF, sabe?” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE1).

“O que eu observei é que existia uma falta de entendimento do que seria o matriciamento. Eu acho que para a gente saber a função do matriciamento a gente tem que se apropriar do que quer dizer esse matriciamento, o que ele é, e o que ele não é. (...) E a falta de entendimento era clara, era bem clara! (...) Tanto que as pessoas imaginavam que aquilo era uma reunião qualquer, que nós iríamos trazer conhecimento da saúde mental e que muitos já sabiam o que era aquilo lá, né.” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE5).

“Porque acho que há uma dificuldade das equipes dos municípios de realmente fazerem isso, ou quando fazem acreditam que é

matriciamento, mas na verdade não é.” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE1).

Contrapondo os demais participantes, IE4 – por já ter participado de movimento na rede no qual a AB era orientada e esclarecida sobre o papel do apoio matricial – questiona os demais IEs. Traz que o ponto sensível não seria o desconhecimento, mas a resistência da equipe da AB:

“Eu vou te dizer que eu, de minha parte assim, eu entendo que todas as equipes sabem sim o que é matriciamento. Elas têm um entendimento, isso já foi trabalhado N vezes com todas as equipes através de NASF, mas eu não sei se é um tipo de colonização, enfim, o que que acontece, mas existe sim uma resistência das equipes, ‘tá, porque isso não é visto como produtivo! (...) Porque aqui o interessante é atender e mandar embora, atender e mandar embora, atender e mandar embora, né.” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE4).

Vários pontos trazidos pelos IE encontram eco na literatura, trazendo robustez aos dados da pesquisa. A percepção dos interlocutores deste estudo sobre as causas da rede ser desarticulada se repete nos estudos citados a seguir, tais como o desconhecimento sobre o matriciamento e falta de conhecimento teórico acerca da ferramenta (TREICHEL; CAMPOS; CAMPOS, 2019), a pouca integração dos serviços de saúde que acabam atuando de forma paralela (CAMPOS, 2018), dificuldade de comunicação entre as equipes (BEZERRA 2022), necessidade de maior engajamento dos gestores na articulação (FERNANDES *et al.* 2020), sobrecarga dos serviços (AGONIGI *et al.*, 2018), pouca representatividade da AB nos espaços de discussão de fluxo, entre outros, são apontados por diversos pesquisadores como sendo entraves para a implementação do matriciamento e articulação da rede de saúde.

3.2 Papel dos atores e dificuldades na implementação

Os dados produzidos em campo evidenciam que os IEs percebem a relevância dos atores para uma implementação mais eficiente das políticas públicas. Para a construção do cuidado qualificado e efetivo em saúde, temos como ponto central o trabalhador de saúde: sua construção de vínculo entre/com o usuário, na sua possibilidade de acolhimento e na sua disponibilidade para a aproximação com a rede. Essa compreensão dos IEs se apresenta em consonância com Santos, Mishima e Merhy (2018), que, apesar de em seu estudo os trabalhadores terem tido como foco as tecnologias leve-duras e duras, apontam que é o uso das tecnologias leves (acolhimento, relação do trabalhador com o usuário de saúde) a maior constituinte das práticas profissionais. A vivência dos trabalhadores aponta para uma grande potência do ESF, porém o não reconhecimento do valor das tecnologias leves é um entrave para o desenvolvimento de práticas em saúde. Uma rede mais comprometida tem maior potência para um trabalho integrado e interdisciplinar. Como conclusão, Santos, Mishima e Merhy

(2018) trazem a estratégia de educação permanente como via possível para empoderar os trabalhadores no seu modo de fazer o trabalho, valorizando a sua subjetividade. Os autores apontam para a importância da valorização dos trabalhadores na sua forma de realizar o trabalho, estimulando o uso das tecnologias relacionais.

Os profissionais da atenção especializada perceberam entraves oriundos de desmotivação e resistência dos trabalhadores da atenção básica e sugeriram a proposta de fazer um movimento de empatia, dispondo-se a ser o ponto inicial de mudança em uma rede percebida como fragilizada e com atores resistentes. Essa possibilidade de mudança de postura de todos os atores da rede, partindo da mudança de postura de alguns (no caso, do CAPS), é vista como uma potencialidade e elemento mobilizador da equipe.

“Eles (AB) estão vendo que o CAPS está, de certa forma, tentando se aproximar com uma proposta diferente, mais suave, de construção em conjunto, de assessoria, de discussão de caso, de talvez um atendimento compartilhado. (...) Então a gente conseguiu, de alguma forma, estimular para que eles se sentissem mais à vontade e aí veio muita coisa... veio muita coisa guardada! Aí então, aquela impressão que a gente tinha de que a galera ‘tá carregando cicatrizes do passado, é verdade! A gente hoje ‘tá pagando por coisas que aconteceram muito tempo atrás. (...) eles têm um receio de que seja como aconteceu anteriormente assim. Daquela coisa de só dizer para o outro o que o outro tem que fazer e não dividir, sabe?” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE1, grifo meu).

Neste excerto, o elemento de esperança e desejo de melhora da constituição do trabalho pode ser identificado, tendo como caminho a mobilização dos atores.

“E às vezes eu compartilho com quem está próximo e fico pensando ‘será que a gente não é sonhador demais?’, mas eu acho que não tem muito como ser diferente, né. Acho que quando a gente está trabalhando, ainda mais em saúde em coletiva, a gente é inerente a gente poder pensar, em querer melhorar, em querer contribuir, querer somar. E acho que tudo isso que nós conversamos, em relação a esse plano, daqui a pouco pode ser alterado por outros atores que vão estar aqui, né, e não a gente... então fico pensando muito nisso assim, né, de como é movimento também, né, de como o nosso trabalho é movimento! (...)Vai depender muito de quem está também aqui, de quem sonha junto, né.” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE8).

Dentre várias críticas de Campos (2018) à sustentabilidade do SUS, ressaltamos a visão de que esta também é prejudicada na sua continuidade devido à rotatividade dos atores envolvidos. Como solução, o autor aponta a diminuição ou extinção dos cargos de confiança, que são indicações políticas e, desta forma, a permanência destes nos serviços se vincula ao cenário político-partidário. Assim, o aumento de profissionais concursados poderia trazer mais estabilidade à composição profissional das equipes. Porém, não só a esse ponto se atribui a instabilidade na composição das equipes: a alta rotatividade de profissionais estaria também, entre outros motivos, causada pela precarização dos vínculos de trabalho (AGONIGI *et al.*,

2018). Em consonância com os autores supracitados, os IEs desta pesquisa, além do autor Bezerra (2022), apontaram tal rotatividade como uma dificuldade em manter a continuidade do trabalho:

“Porque tu não consegues nunca afinar, tu não consegues nunca arredondar com a equipe, porque daí trocou o médico, trocou não sei quem, trocou não sei o que, e daí tem estar sempre retomando, né. É um trabalho!” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE4).

“Dos sonhos que a gente tem, né. Se não houvesse uma rotatividade tão grande de profissionais, principalmente na atenção básica, como é visto, eu tinha um sonho que os próprios casos de discussão no matriciamento, eles próprios educariam as equipes, entende?” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE1).

A pouca experiência dos profissionais no atendimento em saúde mental e em matriciamento acarreta dificuldades no cuidado aos pacientes, além de também implicar na dificuldade da instituição de um plano de apoio matricial consistente. Esta lacuna é percebida pelos IEs como proveniente da formação acadêmica, tal como foi percebido na pesquisa de Gama et al (2021). Tal tópico se mostrou relevante para o andamento do serviço inclusive pelo fato da equipe do CAPS ser formada por diversos profissionais com pouco tempo de formação. Os IEs mais experientes apontaram que, durante a sua trajetória profissional, foi possível desenvolver conhecimentos e capacidades através de capacitações e do trabalho na prática, quando há a vontade de aprender:

“Mas em relação aos currículos (da faculdade), fiquei pensando em relação ao próprio serviço social, né. Eu sou filha única dentro da Secretaria de Saúde e aprendi a trabalhar saúde, não é nem só matriciamento, aqui dentro! Nós tivemos só dois créditos (na faculdade), eu até nem sei como é que está o currículo agora. (...) a gente só vai aprender quando ‘tá aqui atrás, correr atrás do prejuízo que é muito grande, é gigantesco. E quem perde é a população, né, porque é um tempo que a gente está investindo no estudo, na capacitação, enfim.” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE4).

“Eu vejo, né. Eu trouxe só essa visão minha pedagógica (do matriciamento), da questão desejante, de quem ensina e de quem aprende. Tem que haver uma troca, senão, não existe ela, fica falhada!” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE5).

“Fizeram uma pesquisa sobre matriciamento em saúde mental e ali eles colocam realmente como a importância do matriciamento que poderia trazer de bom, seria uma possibilidade de formação e capacitação, mas para isso, um dos pré-requisitos, que eles falam, é que as equipes teriam que estar dispostas a mudanças, quebrar alguns conceitos.” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE2).

“Até porque a gente, quando entra no mercado de trabalho que se depara com essa importância, né, que às vezes na faculdade tu nem tem noção da importância que é o matriciamento, o papel que ele tem na rede toda de saúde.” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE3).

Uma possibilidade de solução desse entrave seria a plena implementação do Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS (BRASIL, 2017), que traz entre seus objetivos estimular o planejamento, execução e avaliação dos processos formativos, compartilhados entre instituições de ensino, programas de residência em saúde e serviços de saúde. Portanto, políticas existem para o desenvolvimento de ações de melhora da qualidade dos currículos acadêmicos em relação à saúde mental, e ao próprio matriciamento.

Para que esta e outras medidas possam ter efetividade, é ressaltado pelos IE a mobilização do interesse dos atores para trabalhar o atendimento integrado e o matriciamento:

“Então, acho que discutir a importância tanto para a equipe, quanto para o paciente, pode motivar realmente as pessoas a terem interesse nisso, né? (...) Eu acho que a ideia de ter uma parte Educacional em primeiro lugar, é que as pessoas possam discutir realmente o que é matriciamento e a importância de trazer o que cada um pensa. (...) Acho que a parte educacional é o primeiro passo para a gente ter motivação de toda equipe, da real importância do matriciamento.” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE2).

“Sempre tu vais ter que ter o que? Tu vai ter que ter alguém desejante lá, então se não houver desejo de aprender e o desejo de ensinar, tu vai fracassar no teu processo de matriciamento. Então no momento de você construir alguma coisa para o profissional, ele independente de ter dado ou ter metas, ter cotas, ter não sei o que... não! Tu tem que pensar no teu paciente, aquele paciente vai retornar!” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE5).

Conforme pode ser visto nos excertos apresentados, apontou-se tanto entraves, oriundos de desmotivação, resistências e rotatividade dos profissionais, quanto potencialidades, ao falar das possibilidades de mobilização, da mudança de postura de alguns podendo gerar transformação na rede. A pouca experiência em matriciamento inicia-se na formação acadêmica, segundo os interlocutores, ao apontarem essa lacuna na formação profissional. Porém, também foi ressaltado sobre como foi possível desenvolver conhecimentos e capacidades através de capacitações e do trabalho na prática, quando há a vontade do trabalhador. Além disso, uma das formas de lograr o matriciamento é incutir o desejo nos trabalhadores, para que acolham a ideia de matricular. É necessária uma mudança de postura, na tentativa de resgatar o processo do matriciamento, com enfoque nas tecnologias leves, no trabalho vivo. A relevância do papel dos atores da rede de saúde na produção do trabalho é trazida à pauta muitas vezes, sendo considerado central o engajamento destes na construção do cuidado ao usuário, da rede e da implementação do matriciamento.

3.3 Expectativas na implementação

Neste eixo, desenvolvem-se as expectativas das equipes acerca do processo matricial. Os IEs discutiram sobre quais eram suas próprias expectativas acerca do processo, e quais poderiam ser as expectativas das outras equipes. Aqui é retomada a discussão do fato da equipe matriciada ter tido pouca representação, pois a visão da equipe matriciadora naturalmente acabou sendo endossada por mais vozes. Compreendeu-se que perceber as expectativas dos outros profissionais permite que a abordagem do encontro matricial seja mais eficiente e satisfatória para ambas as equipes envolvidas.

O estudo de Iglesias, Avellar e Ribeiro-Neto (2021) objetivou analisar as concepções dos trabalhadores do CAPS acerca de matriciamento em saúde mental; houve participantes do estudo que percebiam o matriciamento como um espaço de troca e crescimento para ambas as equipes, enquanto outros percebiam como um espaço de transmissão de conhecimento, marcando uma relação unilateral e vertical. Neste último ponto, há discordância entre os achados do estudo de Iglesias, Avellar e Ribeiro-Neto (2021), pois na pesquisa realizada no município de Vera Cruz – RS, os trabalhadores do CAPS percebem o matriciamento como um espaço de troca e apresentam uma visão do matriciamento como sendo uma relação vertical pertencente à AB.

Uma outra constatação da pesquisa de Iglesias, Avellar e Ribeiro-Neto (2021) foi de que alguns participantes tinham claro o conceito teórico do matriciamento, mas demonstravam certa rigidez na aplicação, focando o modelo de passagem de conhecimento ao “prescrever” uma forma de fazer o trabalho. Porém, os interlocutores do estudo realizado em Vera Cruz – RS evidenciam em suas falas que os matriciadores buscam implementar a construção conjunta, de uma prática qualificadora da AB, de acordo com os princípios teóricos do matriciamento.

“Eu acho que é isso que é o matriciamento, a gente ir construindo esses saberes junto da equipe de apoio matricial e equipe de referência, a gente consegue usar de forma correta essa ferramenta.” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE5).

“Matriciamento vem para ajudar, como uma ferramenta que as pessoas que não estão acostumadas a trabalhar saúde mental, então quando é trabalhada a saúde mental lá na linha de frente, na ponta, tudo melhora.” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE5).

Os interlocutores da atenção especializada têm a sensação de que a AE e a AB têm objetivos e esperam resultados diferentes em relação às reuniões matriciais. O matriciamento é visto pela AE como uma ferramenta de discussão das situações em saúde mental, que tem a intenção de deixar mais seguros os profissionais da AB nos atendimentos com a devida qualificação e que estas interlocuções levariam a uma melhor organização do trabalho, podendo

o CAPS absorver os casos de doença mental mais graves e a AB a manejar os casos leves, consonante com o estudo de Pegoraro, Cassimiro e Leão (2014). Porém, os profissionais da AE acreditam haver uma expectativa da AB de que a AE absorva todos os casos relativos à saúde mental, compreendendo a regulação do fluxo como uma resistência da AE em atender os pacientes. Diante disso, o matriciamento parece ser percebido como um movimento vertical da equipe matricial sobre a equipe da AB, gerando resistência.

“A receptividade da médica não foi assim das melhores. Ela disse ‘tá, mas se tem o serviço, vocês não vão me ajudar? Eu não sei tratar as questões de transtornos mentais’. E eu tentei explicar para ela que justamente essa ligação era para isso, era para tentar ajudar e que não necessariamente ela precisava ter encaminhado para cá.” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE2).

“A expectativa que eu vi que eles esperavam, era de que nós iríamos solucionar o problema deles. Eu acho que não! A gente está ali para dar um apoio dentro do PTS, trocar uma ideia, porque a gente estava cuidando de casos mais graves e eles estavam cuidando de casos mais simples muitas vezes.” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE5).

O sentimento de despreparo da AB em atender saúde mental (IGLESIAS; AVELLAR; RIBEIRO-NETO, 2021) e a angústia da equipe da AB em não se sentir efetiva no atendimento às demandas nesta área (BEZERRA, 2022) foram dados emergentes da pesquisa de campo, amparados por referencial bibliográfico. Como apresentado pelo IE7, trabalhador da AB:

“Assim, óh, o paciente chegou com essa queixa (em saúde mental)? Manda para o CAPS! Eu entendo que vocês estão tendo mais trabalho fazendo isso, mas na visão deles é assim ‘esse paciente, para ser atendido, ele tem que sair daqui e ir para lá’, entendeu? Uma visão...” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE7).

“Porque a equipe acaba não acolhendo a demanda, porque é saúde mental né, ‘Ah isso não me compete’, aí não pergunta absolutamente nada!” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE4).

Em contraponto aos achados do estudo de Bezerra (2022) acerca das expectativas da AB quanto ao processo matricial – que estes esperavam que a equipe do CAPS tivesse mais participação no processo e mais atenção ao território –, o IE7 da AB manifestou satisfação em relação ao envolvimento do CAPS no apoio matricial:

“Nos últimos tempos que eu vim aqui para o ESF (...) né, eu consegui sentir isso de uma maneira muito positiva, porque eu consegui ter uma troca muito boa com o CAPS adulto, com enfermeiro (...), onde é que a gente conseguiu fazer uma troca, ter um diálogo sobre o quadro clínico do paciente e ter resolutividade. Então a gente conseguiu desenvolver, um atendimento, né, ao paciente através do diálogo bem efetivo, eficaz e eficiente.” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE7).

Devido à pouca representatividade da AB nesta pesquisa, pode-se ter uma maior compreensão das expectativas da equipe matricial em relação à equipe matriciada, do que o oposto. Essa seria de que a AB pudesse absorver os casos de saúde mental, tendo o CAPS como retaguarda e referência para casos mais graves. A percepção dos IEs do CAPS é de que a equipe matriciadora teria a expectativa de que o CAPS atendesse todas as demandas em saúde mental. Este sentimento de divergência de expectativas esteve presente nas discussões. Porém, como manifestado pelo IE7 da AB, há uma visão positiva das equipes da AB em relação à interação com a AE e reorganização dos fluxos de atendimento através do apoio matricial, com a intenção da AB de acolher as demandas de saúde mental, qualificando os encaminhamentos.

A visão de que o matriciamento seria uma construção em conjunto do trabalho e não somente o encaminhamento dos pacientes da AB ao CAPS é compartilhada por outros estudos, como o de Pegoraro, Cassimiro e Leão (2014). A pesquisa realizada por tais autores discorre sobre a visão do matriciamento em saúde mental pelo olhar dos trabalhadores do ESF, os quais percebiam a ferramenta como capaz de diminuir a burocracia de referência e contrarreferência dos pacientes, troca de conhecimentos entre as equipes e mais resolutividade na demanda, além de se sentirem mais confiantes ao ter a retaguarda da AE. Tais achados estão alinhados com os da pesquisa desenvolvida no município de Vera Cruz, apesar da participação do IE da AB ter sido muito pontual.

3.4 Modelo ainda fragmentado do atendimento e impressões sobre o matriciamento

Este eixo aborda a percepção dos IEs de que o matriciamento é pouco valorizado e pouco utilizado, que não é percebido como produtivo pela AB, e que o modelo de atendimento em saúde mental é muito fragmentado, focado no encaminhamento à especialistas, sem continuidade nos atendimentos. Em contraponto, o estudo de Ferreira *et al.* (2018) traz uma outra visão dos profissionais da AB em relação ao matriciamento, que é vista como uma estratégia indispensável para a qualificação do trabalho. Os IEs percebem o matriciamento como um movimento de construção, sendo um meio de trazer criatividade e "vivacidade" ao trabalho cotidiano. A perpetuação do modelo fragmentado de atendimento em saúde, que é focado no especialista, em detrimento ao cuidado integral na AB, é sentida nas trocas que a AE tem com a AB – além da compreensão de que essa lógica possa ser perpetuada por sobrecarga dos serviços e desconhecimento sobre as funções de cada equipe, com um consequente anseio de encaminhar os casos de saúde mental para a AE para “desafogar” a AB, assim como há noção da dificuldade dos profissionais não especialistas em atender na área de saúde mental.

“Então assim, é uma reunião, entende? Ah, mais uma reunião, mais uma reunião!”⁵ Então eu acho que se compreende sim, mas eu acho que é uma resistência!” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE4, grifo meu).

“Acho que quando tu fala matriciamento, o pessoal meio que dá uma arrepiada assim, sabe? E temos gente inclusive na coordenação que dizia claramente assim que não via o matriciamento como algo... não me lembro bem a palavra, se era “produtivo”, sabe?” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE1).

“O que acontece com essas equipes que não veem como produtivo esse momento de parar um pouco?” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE1).

Desta forma, os IEs compreendem o matriciamento como uma potente ferramenta de articulação da rede, capaz de melhorar o fluxo de atendimentos, de romper a fragmentação do atendimento e de qualificar os profissionais:

“Quando a gente fazia matriciamento, a primeira ida que a gente teve nas unidades, a gente levou o material, a gente falou um pouco sobre o que era o matriciamento, enfim, mas ficou para as equipes, muito me transpareceu assim, que na verdade a gente quer ir lá para dizer como tem que fazer, né. Então, eu acho que é isso que a gente tem que mostrar, que a ideia não é essa, que a gente não ‘tá indo lá dizer como tem que fazer, que é um trabalho em rede e que a gente está tentando criar potencialidades dentro daquela unidade, para que quando receba a demanda minimamente saiba qual conduta tomar.” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE4).

A manutenção do modelo da valorização do trabalho morto em relação ao trabalho vivo mantém o foco no trabalho prescritivo, voltado aos resultados, em detrimento à construção de vínculo, responsabilização pelos usuários atendidos, construção e acompanhamento de projetos terapêuticos singulares (MERHY; FRANCO, 2003). Esse é um estudo antigo e, mesmo após tantos anos, tal questão permanece atual, sendo apontada pelos IEs. O foco segue sendo a medicação, o atendimento individual e o encaminhamento ao especialista, trazendo prejuízo ao paciente, situação vivida pelos profissionais da AE no seu cotidiano de trabalho:

“Não interessa para quem ‘tá do lado de fora, tem que dar o medicamento e atender, tem que botar para sala do psicólogo e atender, tem que botar no psiquiatra e atender. É medicamentoso, né, senão, do contrário, não é visto como resolutivo, quando na verdade é bem o oposto.” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE4).

“É CAPS e o território vai atender assim sem o CAPS acionar e enfim. Porque tem alguns casos para paciente diabético, tem uma paciente que é idosa e diabética e que eu já acionei a atenção básica algumas vezes assim. Porque às vezes, ‘tá em surto, ‘tá agressiva, liga para o CAPS. Só que daí a gente vai ver a paciente diabética, não toma nenhuma medicação. E daqui a pouco vai saber se não é glicose alterada que ‘tá causando assim, esse, essas alterações de comportamento também (...) Então essa é a minha pequena

⁵ Fragmento atribuído ao título deste trabalho.

experiência, que a gente às vezes sente isso, que quando chega no CAPS acaba que perde um pouco vinculado com a atenção básica.” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE3).

“Acho que essa seria realmente a ideia (discutir casos) e até tentar tirar um pouco daquela questão da solução imediata, que muitas vezes tanto pacientes, quanto os profissionais da saúde tem, né, que a medicação vai resolver de uma hora para outra e sem bolar um PTS para os pacientes. Acho que esse que tem que ser o objetivo e a gente eu acho que tem que definir e clarificar isso para eles.” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE2).

A equipe matriciadora percebe como importante e necessária a mudança da lógica do uso das tecnologias pela AB, do uso das tecnologias duras e leve-duras (medicação, exames, protocolos) para as tecnologias leves (na relação do profissional com o paciente), consonante com as ideias de Merhy e Franco (2003) sobre essa mudança ser qualificadora do trabalho.

“Porque a equipe acaba não acolhendo a demanda, por que é saúde mental, né, ‘Ah isso não me compete’, aí não pergunta absolutamente nada!” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE1).

“A gente precisa ouvir o paciente de saúde mental. Acho que por isso aquela fala de ‘vai lá para o CAPS’, ‘está com dor de cabeça, vai lá para o CAPS!’ e não atende! Porque tu precisa ouvir o paciente, é diferente! E aí a gente tem que trabalhar o acolhimento.” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE4).

Conforme visto na literatura, a expansão da ESF para 80% da população deve ser uma prioridade para que haja o fortalecimento e qualificação da saúde pública (CAMPOS, 2018), pois a AB deveria dar conta da maior parte das demandas de saúde, ficando a cargo da AE somente casos que não pudessem ser resolvidos na AB. A AE deveria servir de apoio à AB, de forma integrada e, ao instrumentalizar a AB, se evitariam encaminhamentos inadequados decorrentes de ausência de critérios e, como consequência, haveria diminuição das filas para atendimentos com especialistas. Estes encaminhamentos inadequados se devem a muitos fatores, dentre eles a visão do atendimento em saúde do paciente de forma fragmentada, focada no especialista (CAMPOS, 2018).

“É muito tranquilo quanto ao fazer a saúde integral, fazer algo é tudo do aporte. ‘Ah, então chorou, é CAPS’, a gente percebe que tem que dividir as coisas. Saúde mental é só CAPS! Não, saúde mental não é só CAPS. A saúde mental é um ser humano.” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE5).

“Entramos naquela discussão de novo de ‘por que eu tenho que atender saúde mental, se tem um serviço especializado para isso?’, ‘por que eu só não mando tudo para lá?’. E eu acho que esse é o nosso grande desafio, de fazê-los entenderem que isso também é deles e não foi nós que tiramos da nossa cabeça, né. A gente não inventou porque ‘tava entediado aqui! Isso é orientação, né!’” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE1).

“Eles [AB] identificam que é saúde mental e vai para o CAPS, se é social vai para a assistente social, se tem um problema de baixo peso tem que chamar a nutricionista... e não é assim. O matriciamento é para se pensar ações para a equipe quando essas demandas chegarem.” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE4).

Além disso, foi apontado que uma das dificuldades do matriciamento é referente à mentalidade das equipes da AB, que seguiam com a ideia de que a referência a outros serviços significava a transferência de responsabilidade (IGLESIAS; AVELLAR, 2019). Tal fato foi percebido pelos IE como sendo decorrente da visão do usuário como sistemas ou doenças, sendo passado de um serviço a outro.

“Aquilo que a gente discute é que a gente tem colocado muitos pacientes dentro de caixas, né, então agora você vai ser atendido lá no CAPS e não apareça mais aqui.” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE1).

“O compartilhar conhecimento entre as equipes e o compartilhar o cuidado com o paciente assim, né. É do compartilhamento e responsabilidade dos dois, né. Acho que não é responsabilidade de um ou de outro né.” (Excerto de um dos interlocutores do estudo, IE8).

A equipe matriciadora demonstra vontade de que haja mudança desse foco, apontando que o trabalho compartilhado qualificaria o atendimento ao usuário. Os IEs percebem que a AB ainda apresenta uma visão fragmentada quanto aos atendimentos em saúde, com ênfase no encaminhamento ao especialista, e ainda insuficiente apropriação de seu papel como pilar da rede de saúde. O estudo de Pegoraro, Cassimiro e Leão (2014) buscou compreender o sentido que os trabalhadores das equipes da AB de um município do Goiás atribuem ao apoio matricial oferecido pelo CAPS. Apesar da integração entre CAPS-AB, no foco de ações em conjunto e a percepção destes trabalhadores de que o apoio matricial é uma construção conjunta das equipes, com resultados positivos, o motivo das solicitações de matriciamento ainda remonta à lógica de encaminhamento ao especialista. A maior parte dos encaminhamentos se referia à revisão de esquema medicamentoso ou à esclarecimento de diagnóstico psiquiátrico. Ações relacionadas aos serviços e saberes de outros profissionais que não os psiquiatras e psicólogos não eram solicitadas. Portanto, apesar do reconhecimento do papel do matriciamento como uma ferramenta de integração da AB e AE, a lógica do encaminhamento ao saber especializado, fragmentada, persistia, de forma semelhante aos resultados da pesquisa do município de Vera Cruz – RS.

4 SOBRE A CONSTRUÇÃO DO PRODUTO TÉCNICO

O Programa de Educação Permanente em Saúde (PEPS) é o produto técnico proveniente da pesquisa-intervenção intitulada "*Ah, mais uma reunião, mais uma reunião!*": um estudo sobre os sentidos atribuídos ao matriciamento em saúde mental no município de Vera Cruz - RS", apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Mestrado Profissional, na Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Psicologia.

Por se tratar de um dos resultados obtidos através da referida pesquisa-intervenção, considera-se que, desde a sua construção, houve olhar analítico e leitura sensível frente às demandas e realidade do campo de saúde no município de Vera Cruz – RS, que se constitui como *setting* de pesquisa e referência principal no que tange às intervenções e análise contextual realizadas.

A Portaria Normativa do MEC Nº 17, de 28 de dezembro de 2009, dispõe sobre o mestrado profissional, considerando, entre outros motivos, a necessidade de qualificar profissionais comprometidos com a aplicabilidade técnica dos conhecimentos adquiridos na formação, colaborando com a sociedade e as suas demandas na atualidade. Por essa questão, o trabalho do curso de mestrado profissional deve, sobretudo, ter aplicabilidade teórico-técnica, sendo composto pelo trabalho final e pelo produto técnico. Este pode ser de várias naturezas, conforme a área de estudo, e que não deve perder de vista a necessidade de aplicabilidade prática e contribuição social (BRASIL, 2009).

Sendo assim, elaborou-se o presente produto técnico no formato de um **Programa de Educação Permanente em Saúde (PEPS)**, com ênfase em matriciamento em saúde mental, através de pesquisa-intervenção realizada junto aos atores trabalhadores da rede pública de saúde do município de Vera Cruz – RS. Tem como propósito atender as demandas de matriciamento no campo da saúde mental. Pretende-se com este trabalho contribuir permanentemente com as equipes matriciadoras e matriciadas para a construção de uma rede de saúde mental mais fortalecida e articulada, tendo o matriciamento como pano de fundo de discussões coletivas.

Segundo o relatório da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, do Ministério da Educação (CAPES, 2019), que delinea as normas de qualificação da produção técnica, o Programa de Educação Permanente em Saúde se enquadra na categoria “Curso de formação profissional - Atividade de capacitação organizada em diferentes níveis”. Tal categoria difere da “Atividade de capacitação criada”, pois não se trata da criação de um novo serviço e, sim, da organização de um programa mediante movimentos já existentes em cada território.

Conforme literatura da área em estudo, é possível identificar dois conceitos que apresentam convergências e divergências. A Educação Permanente em Saúde e a Capacitação em Saúde têm o mesmo propósito de qualificar as equipes de saúde em áreas específicas do conhecimento. Porém, há uma diferença significativa nos conceitos teórico-metodológicos. Sendo assim, a educação compreende que a transformação nos serviços, no ensino e na condução do sistema de saúde não pode ser considerada questão simplesmente técnica, pois envolve mudanças transformadoras nas relações, nos processos, nas práticas de saúde e, principalmente, nas pessoas envolvidas. Já a capacitação seria a transferência vertical de conhecimentos técnicos de uma equipe/sujeito detentor do saber, para uma equipe/sujeito deficitário nesse saber, em áreas específicas de defasagem de conhecimento (SILVA et al, 2011).

Com o intuito de contribuir com a qualificação do atendimento em saúde mental da rede de saúde do município de Vera Cruz – RS, compreendeu-se que a construção de um Programa de Educação Permanente em Saúde (PEPS), com ênfase em matriciamento em saúde mental, poderia atender este objetivo. Tal proposta foi apresentada à Secretaria de Saúde em vigência para que, conforme a sua apreciação, possa vir a ser pactuado e incorporado como prática permanente do trabalho matricial em saúde mental em tal território. Desta forma, este produto técnico poderá seguir contribuindo para a ampliação do trabalho em saúde mental e fortalecimento da rede pública de saúde conforme o seu andamento e desenvolvimento pelos próprios sujeitos/atores envolvidos.

A Educação Continuada em Saúde e a Educação Permanente em Saúde são estratégias metodológicas possíveis de ser empregadas na qualificação profissional. Ambas têm objetivos e conceituações teórico-metodológicas próprias, aplicáveis em contextos distintos, sendo importante conceituar a diferença entre ambas.

O conceito de Educação Continuada em Saúde parte da ideia de que uma das equipes detém um conhecimento específico, que precisa ser repassada para o outro (CAVALVANTI e GUIZARDI, 2018). Nesse sentido, há importância em se promover encontros educacionais individuais ou coletivos, tendo como enfoque a transmissão do conhecimento técnico. Em situações nas quais se faz necessária a atualização profissional acerca de novas tecnologias, novos conhecimentos científicos e treinamentos, a educação continuada é uma estratégia útil para o andamento do trabalho.

De forma diferente, a EPS enfoca as relações entre os profissionais, colocando a educação como um elemento de troca de experiências e facilitador da articulação entre os trabalhadores (CAVALCANTI; GUIZARDI, 2018). Tal estratégia busca pistas nas perguntas cotidianas e próprias de quem está envolvido no cotidiano do trabalho, diferentemente de um curso ou de um treinamento, cuja demanda é definida por quem vai fazer o curso, sendo um movimento de conversa, interlocução, encontro sobre o fazer cotidiano da saúde (CECCIN, 2014).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é um processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho em saúde em análise e discussão, possibilitando a criação de um espaço de construção coletiva de conhecimentos, através de análises e reflexões sobre os sentidos da realização do trabalho cotidiano mediante as demandas atendidas (CECCIM, 2005). Parte do propósito de transformar as práticas profissionais através da aprendizagem feita na troca de experiências entre os atores participantes do processo do trabalho em saúde (BRASIL, 2018).

Sendo assim, sob a perspectiva da EPS, as perguntas dos atores sociais são usadas como disparadoras de discussões e diálogos para a construção conjunta de conhecimentos, fazendo uso da criatividade para solucionar problemas do cotidiano em dado contexto. Os espaços de discussão promovem uma mudança na forma de ver as coisas e nos sujeitos que ali convivem, além de provocar mudança nas práticas de trabalho. Assim, é necessário valorizar os encontros e suas possibilidades de realização, considerando que o trabalho em saúde tem a característica de ser um trabalho feito por meio do encontro: entre os trabalhadores, usuários e os gestores, enfim, entre todos os participantes da rede de saúde (MERHY, 2014).

O Programa de Educação Permanente em Saúde é disposto pela Portaria N° 3.194 (BRASIL, 2017), que dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS (PRO EPS-SUS). Este considera a necessidade de fortalecimento, descentralização e desenvolvimento de estratégias para alcançar a integralidade em saúde, conforme os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando, para esse fim, a qualificação dos trabalhadores em saúde do SUS. Para alcançar tais objetivos, o PEPS propõe o início das discussões a partir de problemas cotidianos, promoção de articulação das redes (intra e interinstitucional), buscando, através de um enfrentamento criativo dos problemas, uma maior efetividade das ações em saúde.

A implementação do PEPS pretende contribuir com a rede de saúde do município através da maior articulação entre as equipes, aumentando a resolutividade e a qualidade dos atendimentos. Durante o andamento do trabalho no dia a dia das equipes, novas demandas certamente surgirão, necessitando de ajustes por parte da gestão e das equipes, com grande potencial de ampliar o alcance e os objetivos deste programa.

A versão completa do produto técnico desenvolvido pode ser acessada através do link, no formato interativo *Genially*, <https://view.genial.ly/62685c8cbcf6e900118d6eeb/learning-experience-didactic-unit-produto-tecnico-peps> e em formato *Flip*, disponível em https://issuu.com/peps.veracruz/docs/1_1.

Para fins de apresentação neste trabalho final de Mestrado, o produto técnico se encontra a seguir.

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (PEPS):

MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NO
MUNICÍPIO DE VERA CRUZ - RS



PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (PEPS):
MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE VERA CRUZ - RS

Organização e elaboração do texto:

Mestranda PPGPSI-UNISC Camila Pedrollo de Vasconcellos Chaves

Revisão Geral:

Professora PPGPSI-UNISC, Dra. Leticia Lorenzoni Lasta
Professora PPGPSI-UNISC, Dra. Vera Elenei da Costa Somavilla

Projeto Gráfico e Edição:

Maria Luiza Adoryan Machado





PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (PEPS):
MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE VERA CRUZ - RS

CIP - Catalogação na Publicação

Chaves, Camilla

AH, MAIS UMA REUNIÃO, MAIS UMA REUNIÃO! : UM ESTUDO SOBRE OS SENTIDOS ATRIBUÍDOS AO MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE VERA CRUZ - RS / Camilla Chaves. - 2022.

20 f. : il. ; 21 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional em Psicologia) -
Universidade de Santa Cruz do Sul, 2022.

Orientação: Profa. Dra. Leticia Lasta.

Coorientação: Profa. Dra. Vera Eleni Somavilla.

1. Matriciamento. 2. Pesquisa-Intervenção. 3. Atenção Básica.
4. Educação Permanente.. I. Lasta, Leticia. II. Somavilla, Vera Eleni.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UNISC
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).



Mestrado Profissional
em Psicologia



PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (PEPS):
MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE VERA CRUZ - RS

1



Introdução

2



Conceitos e
Métodos

3



Orientações para
implementação

3.1



Objetivos e
Público-Alvo

3.2

3.3



Encontros e
Avaliação

3.4

4



Reflexões Finais

5



Siglas e
Abreviaturas

6



Referências e
Materiais de Apoio

1. Introdução

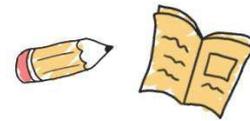
PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (PEPS):
MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE VERA CRUZ - RS

Este **Programa de Educação Permanente em Saúde (PEPS)** é proveniente de uma pesquisa-intervenção vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Mestrado Profissional, da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), inserida na Linha de Pesquisa Práticas Clínicas Contemporâneas, Políticas Públicas e Saúde Mental.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é um **processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho em saúde em análise e discussão**, possibilitando a criação de um espaço de construção coletiva de conhecimentos, através de análises e reflexões sobre os sentidos da realização do trabalho cotidiano mediante as demandas atendidas (CECCIM, 2005).

Parte do propósito de **transformar as práticas profissionais através da aprendizagem** feita na troca de experiências entre os atores participantes do processo do trabalho em saúde (BRASIL, 2018).

Neste sentido, com o intuito de **contribuir com a qualificação do atendimento em saúde mental da rede de saúde do município de Vera Cruz - RS**, através da educação permanente em saúde mental, vale-se da Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia metodológica, para a construção de uma rede de saúde mental mais fortalecida e articulada, tendo o matriciamento como pano de fundo de discussões coletivas.



2. Bases conceituais e metodológicas do Programa de Educação Permanente em Saúde (PEPS)

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (PEPS):
MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE VERA CRUZ - RS



A EPS enfoca as relações entre os profissionais, colocando a **educação como um elemento de troca de experiências e facilitador da articulação entre os trabalhadores** (CAVALCANTI; GUIZARDI, 2018). Tal estratégia busca pistas nas perguntas cotidianas e próprias de quem está envolvido no cotidiano do trabalho, diferentemente de um curso ou de um treinamento, cuja demanda é definida por quem vai fazer o curso, sendo um movimento de conversa, interlocução, encontro sobre o fazer cotidiano da saúde (CECCIN, 2014).

Sob a perspectiva da EPS, as perguntas dos atores sociais são usadas como disparadoras de discussões e diálogos, fazendo uso da criatividade para solucionar problemas do cotidiano em dado contexto. Propõe que a criatividade surja através de espaços de discussão, **com a mudança na forma de ver as coisas e os sujeitos que ali convivem, provocando transformações nas práticas de trabalho no cotidiano**. Essa realidade considera que o trabalho em saúde tem a característica de ser um trabalho feito por meio do encontro entre os trabalhadores, entre o trabalhador e os usuários, entre esses e os gestores, enfim, entre todos os participantes da rede de saúde (MERHY, 2014).



2. Bases conceituais e metodológicas do Programa de Educação Permanente em Saúde (PEPS)

O Programa de Educação Permanente em Saúde é disposto pela **Portaria N° 3.194** (BRASIL, 2017), que dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS (PRO EPS-SUS). Este considera a necessidade de fortalecimento, descentralização e desenvolvimento de estratégias para alcançar a integralidade em saúde, conforme os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando, para esse fim, a qualificação dos trabalhadores em saúde do SUS.

Na seção a seguir serão apresentadas as orientações metodológicas para implementação do Programa de Educação Permanente em Saúde (PEPS): matriciamento em saúde mental no município de Vera Cruz – RS.



3. Orientações metodológicas para implementação do PEPS

3.1 Definição do objetivo

A PRO EPS-SUS (BRASIL, 2017) traz como possibilidade a participação de mais categorias na composição dos grupos de EPS, tais como: gestores, instituições de ensino com cursos na área de saúde, hospitais de ensino, conselhos municipais e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde, entre outras. **O Programa de Educação Permanente em Saúde (PEPS): matriciamento em saúde mental no município de Vera Cruz – RS** tem seu foco nas discussões entre profissionais de saúde especializada em saúde mental (AE) e da atenção básica (AB). Entretanto, entende-se que a possibilidade de participação de mais categorias na composição dos grupos pode vir a ser ventilada conforme o engajamento dos atores, das discussões realizadas e das necessidades territoriais.

O objetivo principal deste PEPS é qualificar o atendimento em saúde mental no município, aumentando sua efetividade e abrangência, buscando alcançar a integralidade do cuidado em saúde através da problematização do modo de produção do trabalho, ao abrir espaço para a discussão e construção conjunta de novas formas de atuação, a partir de problemas do cotidiano.



3. Orientações metodológicas para implementação do PEPS

3.2 Definição do público-alvo

Todos os profissionais de saúde que atuam na rede de atenção básica (AB) e no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Vera Cruz - RS.

3.3 Programação dos encontros

O fluxo de organização dos encontros foi sistematizado em reuniões trimestrais, ocorrendo na primeira quarta-feira de cada trimestre, com duração aproximada de 2h, na Sede da Secretaria Municipal de Saúde do Município, no turno da manhã das 8h às 10h.

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (PEPS).
MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE VERA CRUZ - RS



Encontros	Datas
Primeiro Encontro	06 de julho 2022
Segundo Encontro	05 de outubro 2022
Terceiro Encontro	04 de janeiro 2023
Quarto Encontro	05 abril 2023
Avaliação do Programa	03 de maio 2023

Apenas como exemplo

3. Orientações metodológicas para implementação do PEPS

3.3 Programação dos encontros

Os temas a serem trabalhados com as equipes irão emergir das próprias discussões coletivas em cada encontro, conforme as demandas territoriais e pontuais de cada momento, conforme proposto pelo desenho metodológico da PEPS (BRASIL, 2018). Partindo do tema geral do programa proposto, que é o matriciamento em saúde mental, propõe-se que o primeiro encontro seja realizado para discutir tal tema, que é primordial. Os encontros subsequentes serão desenvolvidos de acordo com a fluidez, demandas e participação das equipes de saúde, de acordo com o cronograma estipulado anteriormente.

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (PEPS).
MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE VERA CRUZ - RS



Etapas
1) Sensibilização acerca do tema a ser abordado
2) Construção do conhecimento
3) Síntese do conhecimento
4) Planejamento do novo tema





3. Orientações metodológicas para implementação do PEPS

3.3 Programação dos encontros

A **sensibilização** é uma etapa na qual a necessidade da discussão é reavivada, trazendo alguns questionamentos surgidos no encontro anterior. As equipes trazem suas vivências e problemas sobre determinado ponto, em uma troca grupal de experiências individuais e/ou coletivas. A equipe especializada pode contribuir com considerações específicas sobre saúde mental, especificidades de suas práticas, demandas do território, entre outros e, assim, promovendo uma discussão coletiva sobre o tema do encontro.

A **construção do conhecimento** é a etapa do compartilhamento do modo de fazer o trabalho pelas equipes. Assim, os sujeitos/atores podem expressar como cada equipe tem percebido as dificuldades, como tem planejado soluções e explorado potencialidades dentro do serviço e/ou na rede. Tais características compõem um espaço colaborativo, em que os sujeitos/atores compartilham os seus saberes, inclusive a atenção especializada que compartilha o saber técnico, resultando em novas (outras) formas de pensar as práticas de trabalho em matriciamento.



3. Orientações metodológicas para implementação do PEPS

3.3 Programação dos encontros

Na **síntese do conhecimento**, o debate e a construção coletiva dos saberes compartilhados convergem em um plano estratégico passível de ser implementado. Há a busca para convergir para um ponto em comum: como cada equipe fez, como todos compreenderam e, a partir disso, como as equipes poderão ter um trabalho mais articulado e fortalecido.

O **encerramento** do encontro é feito com o planejamento do tema para discussão do próximo encontro, a partir de questionamentos que foram surgindo ao longo do encontro atual.





3. Orientações metodológicas para implementação do PEPS

3.4 Definição de mecanismos de acompanhamento e avaliação

O PEPS deve ser reavaliado em um ano, após quatro encontros. Essa avaliação ocorrerá um mês após o último encontro, também na primeira quarta-feira do mês, com os sujeitos/atores que participaram dos encontros, estimulando o autogerenciamento do grupo. Nesta avaliação também deve ocorrer a escolha do novo organizador dos encontros, além da oportunidade de repensar a organização dos encontros subsequentes, em relação às datas, horários, local, entre outros detalhes importantes para sua realização. Dentro do que a EPS propõe, **é imprescindível haver discussão coletiva para verificar se o que está sendo produzido se traduz em mais efetividade e resolutividade nas práticas do cotidiano do trabalho.** Neste sentido, é a forma de realizar certa manutenção se o EPS está atendendo as expectativas dos participantes e da disposição coletiva de repensar e propor (outras) formas para atingir tal objetivo.



5. Siglas e Abreviaturas



AE Atenção Especializada	NUMESC Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva
AB Atenção Básica	PEPS Programa de Educação Permanente em Saúde
CAPS Centro de Atenção Psicossocial	PRO EPS-SUS Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS
CAPES Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior	SUS Sistema Único de Saúde
EPS Educação Permanente em Saúde	UNISC Universidade de Santa Cruz do Sul
MEC Ministério da Educação	
NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família	



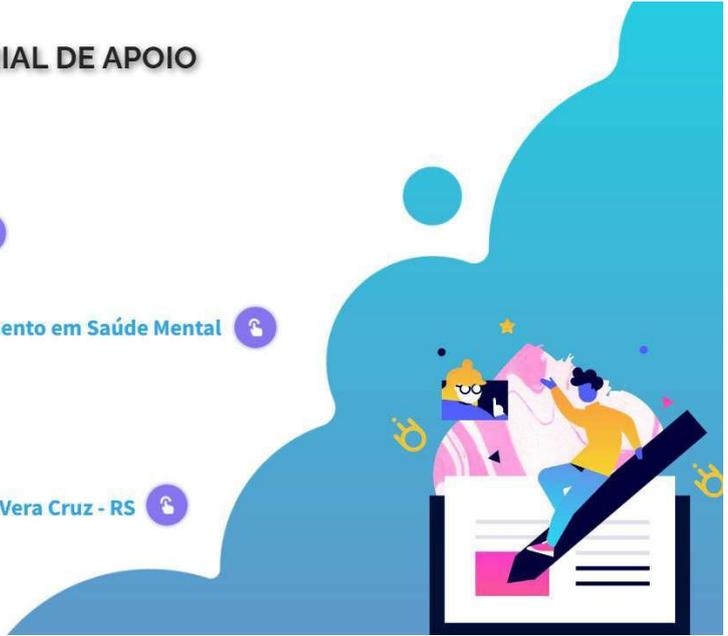
MATERIAL DE APOIO

Material informativo sobre o PEPS 

Material informativo sobre o Matriciamento em Saúde Mental 

Legislação 

Sobre a rede de saúde no município de Vera Cruz - RS 



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Normativa No 17, de 28 de dezembro de 2009. *Dispõe sobre o mestrado profissional no âmbito da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES*. Brasília: 2009.

..... Ministério da Saúde. Portaria N° 3194, de 28 de novembro de 2017. *Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS*. Brasília: 2017.

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

CAPES. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. *Produção Técnica*. 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/capes/pt-br/centrais-de-conteudo/10062019-producao-tecnica-pdf>. Acesso em: 12 de maio de 2022.

CAVALCANTI, F. O. L.; GUIZARDI, F. L. Educação continuada ou permanente em saúde? Análise da produção panamericana da saúde. Trabalho, *Educação e Saúde*, v. 16, n. 1, p. 99-122, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000100099&lng-pt&nrm-iso. Acesso em: 12 de maio de 2022.

CECCIN, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Porto Alegre: *Comunicação, Saúde, Educação*, vol. 9, n. 16, p.77-161, 2004.
MERHY, Emerson. EPS em movimento - Emerson Merhy [vídeo], 2014. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=o-nApGoWgks>. Acesso em: 12 de maio de 2022.

SILVA, L. A. A.; FRANCO, G. P.; LEITE, M. T.; PINNO, C.; LIMA, V. M. L.; SARAIVA, N. Concepções educativas que permeiam os planos regionais de educação permanente em saúde. Florianópolis: *Texto Contexto Enferm*, vol. 2, n. 20, p. 340-348, 2011.

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (PEPS):

MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NO
MUNICÍPIO DE VERA CRUZ - RS



Aponte o seu celular para o QR
Code e acesse desde qualquer
lugar.



5 ARTIGO ENCAMINHADO À REVISTA QUALIFICADA DA ÁREA

5.1 O percurso trilhado

A situação sanitária afetou o projeto e, conseqüentemente, o cronograma desta pesquisa. Os encontros de produção de dados foram inicialmente planejados para ocorrerem de forma presencial, mas, devido às restrições aos encontros físicos advindas de decretos, houve mudança na modalidade dos grupos do formato presencial para virtual. Isso ocasionou readequação do projeto, nova submissão ao CEP-UNISC e elaboração de um novo cronograma. Em decorrência de tais alterações e pela escolha da pesquisadora em manter o espaçamento entre a realização dos grupos, a análise dos dados foi adiada em relação à previsão inicial. Por consequência, a não finalização desta no período de confecção do artigo científico gerou a decisão de direcionar o artigo a um tema que emergiu durante o processo da pesquisa: o matriciamento durante a pandemia. Foram usadas fontes secundárias de dados e a realização de uma revisão integrativa de literatura para dar conta de construir aportes e apresentar discussão sobre o tema em questão. O artigo foi submetido à revista “Mudanças Psicologia em Saúde” e, na data de entrega deste trabalho final, encontrava-se em análise pelo corpo editorial.

5.2 Resultado desta etapa do percurso

Revisão integrativa sobre o matriciamento em saúde mental durante a pandemia

Integrative review on mental health matrix support during the pandemic

RESUMO

O matriciamento como modelo de cuidado colaborativo se caracteriza como construção de uma proposta de intervenção terapêutico-pedagógica, realizada por duas ou mais equipes de forma compartilhada. **Objetivo:** Considerando o impacto sofrido em 2020 pela pandemia viral da Covid-19, o objetivo deste estudo é conhecer as evidências na literatura dos últimos dois anos referentes ao matriciamento em saúde mental na atenção primária nesse contexto. **Método:** Trata-se de um estudo de Revisão Integrativa da Literatura (RIL). As bases de dados consultados foram *Google Acadêmico, PubMed, Scielo e Pepsic*. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, obteve-se uma amostra de dois estudos. A análise dos artigos foi realizada a partir do Construcionismo Social, proposto por Mary Jane Spink. **Resultados:** Construção de dois eixos temáticos, a partir dos quais se discute o planejamento e organização das equipes e o uso de recursos remotos para manutenção de atendimento à população. **Conclusão:** Na Saúde Mental, o matriciamento tem sido considerado uma forma de organização do trabalho que, no atual cenário epidemiológico, operacionalizou ações através do uso de tecnologias remotas. No entanto, sabe-se que o matriciamento abarca a dimensão relacional do trabalho, que atualmente não tem tido espaço significativo no planejamento das ações em saúde mental como um todo.

Descritores: Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Intervenção na Crise.

ABSTRACT

Matrix support as a collaborative care model is characterized as the construction of a proposal for therapeutic-pedagogical intervention, performed by two or more teams in a shared way. **Objective:** Considering the impact suffered in 2020 by the Covid-19 viral pandemic, the aim of this study is to know the evidence in the literature of the last two years regarding mental health matrix support in primary care in this context. **Method:** This is an Integrative Literature Review (RIL) study. The databases consulted were Google Scholar, PubMed, Scielo and

Pepsic. After applying the inclusion and exclusion criteria, a sample of two studies was obtained. The analysis of the articles was carried out based on the Social Constructionism, proposed by Mary Jane Spink. **Results:** Was identified two thematic axes from which the planning and organization of the teams and the use of remote resources to maintain care to the population are discussed. **Conclusion:** In Mental Health matrix support has been considered a form of work organization that, in the current epidemiological scenario, has operationalized actions using remote technologies. However, it's known that matrix support encompasses the relational dimension of work, which currently has not had significant space in the planning of mental health actions.

Descriptors: Mental health; Mental Health Services; Crisis Intervention.

INTRODUÇÃO

Em março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) decretou oficialmente o estado de pandemia do vírus Covid-19, surgido na China, e que se espalhou rapidamente pelo mundo todo. Apesar de ter baixa letalidade, tem alta taxa de transmissibilidade através de gotículas e aerossóis, sendo muito contagioso durante o contato social [1]. A declaração do estado de pandemia evidencia a gravidade e a amplitude das alterações ocasionadas na sociedade e na vida dos indivíduos, decorrentes desta infecção.

Como estratégias de controle do alastramento da pandemia, houve orientações governamentais de medidas de isolamento social, tais como o fechamento de escolas e comércio, de que as pessoas permanecessem em casa, uso obrigatório de máscaras e álcool gel, dentre outros, com a intenção de evitar a disseminação do patógeno. Essas medidas sanitárias acarretaram grande impacto na economia, nas vidas das pessoas em âmbito particular, social, laboral, tendo influenciado diretamente a saúde mental das pessoas. O medo de adoecer, medo de morrer, isolamento social, mudança das relações, medo de desemprego, insegurança financeira, medo de perder pessoas queridas desencadearam risco de adoecimento mental [2].

Estima-se que entre um terço e metade da população, em um contexto de pandemia, venha a sofrer uma manifestação psicopatológica [2]. De acordo com Vieira e Granja [3], os sintomas de ansiedade, insônia, estresse e depressão aumentaram de três a cinco vezes, comparando-se com períodos normais. Diante de tal contexto, cabe considerar que há grande demanda por atendimento em saúde mental.

Dito isso, cabe atentar ao fato de que nunca na história medidas de isolamento foram tomadas para um número tão grande de pessoas e por tanto tempo. A maior parte dos dados de isolamento humano se refere a epidemias, de grupos de centenas de pessoas, que não

ultrapassou 21 dias. Portanto, estima-se que tais medidas adotadas vão afetar a população futuramente, sendo possível, neste momento, fazermos uma projeção.

Os serviços de saúde mental, que em geral, ao redor do mundo, já eram deficitários, tiveram grande aumento de demanda, não tendo capacidade de atender às novas necessidades. Há a sugestão do aumento de serviços de saúde mental e de maior articulação entre as redes de saúde e saúde mental para potencializar a capacidade e a resolutividade dos casos [3].

No Brasil, o sistema público de saúde contempla serviços de atenção primária (Atenção Primária em Saúde - APS), que são, por exemplo, as Estratégias de Saúde da Família e as Unidades Básicas de Saúde, além de serviços de atenção especializada que, no caso da saúde mental, seriam, por exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Segundo as prerrogativas do Sistema Único de Saúde (SUS), o objetivo é atender o paciente no território, de forma a evitar os encaminhamentos a outros serviços, com a premissa de que tal estratégia produza um melhor cuidado em saúde. Com a finalidade de dar suporte e apoio à Atenção Primária em Saúde para permitir que o atendimento no território ocorra, além de ampliar a capacidade de atendimento da rede de saúde como um todo, o Sistema Único de Saúde preconiza uma ferramenta, que é o matriciamento.

O matriciamento, ou apoio matricial, refere-se a um modelo de cuidado colaborativo entre a equipe de atenção especializada e a equipe de atenção básica [4]. Sob essa ótica, o apoio matricial é uma importante ferramenta a ser utilizada para expandir e otimizar recursos de saúde mental, ao ampliar a capacidade de atendimento da rede, evitando o encaminhando desnecessário ao serviço especializado à medida que capacita e dá suporte às ações da atenção básica em saúde, permitindo o cuidado do indivíduo de forma integral e mais efetiva [5]. Diante do aumento de demanda em saúde mental, com as necessidades de maior suporte à população, pode-se pensar o apoio matricial como ferramenta disseminadora de conhecimento e capacitação, tendo sua necessidade ampliada nesse período.

O matriciamento não tem como objetivo encaminhar o paciente para o atendimento individual, e sim, capacitar as equipes de referência, através de educação continuada, discussões de casos e elaboração de planos terapêuticos individualizados, para seguirem os atendimentos dos pacientes nos territórios. Dessa forma, o alcance do atendimento especializado é ampliado. Já é previsto, dentro das prerrogativas do Sistema Único de Saúde [4], a disponibilidade de discussão de casos por telefone, como forma de apoio matricial. Isso possibilita, por exemplo, a discussão de um caso específico, atendido pela equipe matriciada, evitando o encaminhamento e o agravamento do caso [5]. E, no caso da pandemia, como há a orientação

de não realizar reuniões presenciais, propicia a oportunidade de seguir o contato entre as equipes.

O estudo de Lima e Gonçalves [6] aponta que, apesar do apoio matricial ser visto como uma importante ferramenta na construção do cuidado psicossocial, ainda não é muito utilizado. Há o entendimento de que o matriciamento seria fortalecido com o apoio dos gestores, possibilitando uma definição clara da equipe matriciadora e o planejamento para a realização desse trabalho, permitindo construir um processo continuado com vistas à consolidação da prática. As discussões realizadas por Lima e Gonçalves [6] e Iglesias e Avellar [7] convergem para o entendimento de que há uma grande necessidade de ampliar o cuidado com a saúde mental da população, seja através da promoção de saúde, seja aumentando o alcance dos serviços de saúde mental através da difusão de conhecimentos especializados em atenção básica.

O apoio matricial é compreendido, portanto, como uma poderosa ferramenta de disseminação de saberes e de construção de possibilidades de cuidados com os pacientes. O matriciamento tem como ideia central aproximar os saberes da Atenção Básica com o da equipe matricial especializada, no caso, o CAPS. Tem a intenção de permitir um tratamento das pessoas nos seus territórios, onde suas realidades familiares, sociais e individuais muitas vezes são mais conhecidas. Ao ter um cuidado integrado com a Atenção Básica (que tem compreensão sobre o território desse indivíduo e sobre o aspecto social que o cerca) e o serviço especializado (que tem o saber específico da área mental), torna-se possível um cuidado mais efetivo e de maior alcance.

MÉTODOS

Esta pesquisa se refere a um estudo descritivo, de abordagem qualitativa e caráter exploratório, do tipo Revisão Integrativa da Literatura (RIL). Segundo Souza *et al.* [8], a RIL é realizada em seis etapas, sendo elas: elaboração da pergunta norteadora, busca ou amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa.

Diante do enorme desafio pelo qual a saúde mental pública está passando, decorrente do aumento de demanda em virtude da pandemia, o presente estudo objetiva analisar o apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde, segundo as produções científicas dos últimos dois anos, de modo a refletir sobre o matriciamento enquanto estratégia de enfrentamento de situações de crise, tendo como perspectiva a atualidade da pandemia de Covid-19.

Tendo em vista os objetivos aqui lançados, buscou-se responder à seguinte questão norteadora: Como o matriciamento em saúde mental na atenção primária vem sendo acionada neste momento da pandemia de Covid-19?

A busca geral pelos artigos se deu com a utilização dos descritores “matriciamento”, “saúde mental”, “pandemia”, “apoio matricial” relacionados entre si com o operador booleano “and”. Tais termos foram indexados nas bases eletrônicas de dados: *Google Scholar* (*Google Acadêmico*), *PubMed*, *Scientific Electronic Library Online (Scielo)* e *Pepsic*. A partir disso, os critérios de inclusão foram artigos dos últimos dois anos (2020-2021), em português, com delineamento descritivo e qualitativo de levantamento normativo e relatos de experiência, voltadas para as áreas que abordassem o matriciamento em saúde mental na atenção primária em tempos de crise e, como critério de exclusão, aplicou-se os artigos que não se enquadravam nos critérios de inclusão citados acima.

A produção de dados ocorreu entre os meses de maio a julho de 2021 e transcorreu em duas fases. Na primeira, ocorreu a leitura dos títulos e resumos dos 53 artigos localizados. Todos os artigos foram encontrados na base de dados *Google Scholar*, sendo zero os artigos encontrados nos outros buscadores. Após os critérios de inclusão e exclusão, 2 artigos foram selecionados. Os textos localizados foram excluídos por serem teses, trabalhos ou dissertações (20), *E-books*, cartilhas, editais, anais de eventos ou manuais (16), revisões integrativas (3), repetido (1), língua estrangeira (1) e por não responderem à questão norteadora (10).

Em um segundo momento, realizou-se a releitura dos materiais selecionados, os quais foram analisados a partir da perspectiva do Construcionismo Social tal como proposto por Mary Jane Spink [9, 10].

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em uma primeira análise, realizou-se a categorização dos estudos e a construção de uma tabela, fazendo paralelos entre os dois artigos selecionados (Quadro 1). Essa tabela foi construída com a leitura dos artigos, extraindo-se informações como ano, local de publicação, além de informações referentes ao conteúdo, como objetivo dos estudos, métodos de análise, palavras-chaves, foco das ações, equipes responsáveis pelo matriciamento. Com a construção da tabela, surgiu o material para discussão.

Quadro 1: Sistematização dos dados coletados

	Saúde Mental, Articulações Intersetoriais e o Apoio da Universidade em Tempos de Covid-19[11]	A prática do núcleo de apoio à saúde da família do Recife no enfrentamento à pandemia Covid-19[12]
Revista Publicada:	<i>Diversitates International Journal</i>	APS em Revista
Equipe Matriciadora:	Centro de Atenção Psicossocial	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
Palavras-Chaves:	Serviços de Saúde Mental; Colaboração Intersetorial; Covid-19	Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Estratégias de Saúde da Família; Atitudes e Práticas em Saúde; Covid-19
Foco:	Discutir sobre as políticas públicas e sua aplicação possível	Reorganizar as ações dos serviços
Objetivos das Equipes:	Saúde mental	Saúde mental, Assistência Social, Covid-19, Manutenção dos atendimentos essenciais, Educação em saúde
Tipos de Ações:	<ul style="list-style-type: none"> - Grupos de estudos, via <i>Google Meet</i>, sobre estratégias não medicalizantes; - Atendimentos presenciais em urgências; - Uso de <i>WhatsApp</i>, inclusive dos telefones particulares dos membros da equipe, para discussões de casos entre CAPS e ESF; - Reuniões, via <i>Google Meet</i>, para discussões de casos e construção de PTS; - Contato telefônico com agentes de saúde; - Contratação de novos profissionais; - Atendimento psicológico individual remoto; - Doações de entidades solidárias 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoramento remoto; - Monitoramento presencial - <i>Lives</i> sobre saúde mental por psicólogos; - Elaboração de materiais educativos sobre pandemia; - Suporte às ESF; - Auxílio à vacinação; - Auxílio nas ações contra Covid-19; - Tele monitoramento de sintomas físicos provenientes da Covid-19; - Educação em saúde nas USF; - Triagem; - Orientação em sala de espera; - Suporte e escuta dos profissionais de saúde (grupal e individual); - Cinema educativo e carro de som educativo sobre Covid-19; - Confecção de máscaras de tecido
Reorganização a partir de:	Apoio da universidade	Nota técnica de gestores
Conclusões:	<ul style="list-style-type: none"> - Papel da universidade em dar visibilidade ao mapeamento das relações de rede através de pesquisas, ênfase ao cuidado compartilhado e à integralidade da saúde coletiva; - Pensar a rede em conjunto é construí-la 	<ul style="list-style-type: none"> - Importância do fortalecimento do SUS em vigilância; - Cuidado em todos os níveis de assistência, pesquisa e extensão; - Dificuldade de compreensão dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família sobre qual seria o trabalho do NASF; - Vínculo pré-existente facilitou a implementação das medidas

Fonte: dados da pesquisa.

Os dois estudos incluídos para análise foram publicados no ano de 2020 em revistas interdisciplinares, sendo ambos relatos de experiência e estando classificados em nível 5 em hierarquia de evidência. Um dos estudos foi realizado no Estado do Rio de Janeiro e outro em Pernambuco. A partir da descrição dos eixos temáticos, observou-se que dois aspectos estão mais evidenciados e, desta forma, passaram a compor o material analítico para este artigo.

Após isso, procedeu-se a análise através da proposta teórico-metodológica de Mary Jane Spink [9, 10], com a construção de mapas de associação. Os dois artigos selecionados trazem relatos de experiências, nos quais se falam sobre estratégias de enfrentamento da crise. A leitura do material de análise e a sistematização dos dados produzidos resultou em dois eixos temáticos: o planejamento e a organização das equipes, e o uso de recursos remotos, os quais norteiam a discussão aqui proposta. Assim, essa revisão integrativa de literatura deixou de ser uma organização cumulativa de descobertas de um campo, para se tornar a oferta de uma possibilidade de ordenamento da produção de sentidos na área de matriciamento em saúde mental na pandemia.

1º eixo temático: O planejamento e organização das equipes

Um dos eixos temáticos emergentes foi a reorganização do trabalho e os movimentos de organização das equipes. As abordagens em relação a reorganização do trabalho são, no artigo de Oliveira *et al.* [12], a diminuição de atendimentos presenciais, com priorização aos atendimentos de urgência, mudança para atendimento remoto quando possível, medidas para facilitar a comunicação entre as equipes (designação de um técnico de referência para cada equipe), reorganização das equipes em relação ao espaço físico, além de reestruturação de estratégias de trabalho, sendo elencadas prioridades. Sendo o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) um serviço de matriciamento não somente em saúde mental, diversas ações visaram o cuidado com os casos de Covid-19, em auxiliar o andamento do trabalho das Estratégias de Saúde da Família em outras áreas da saúde, como o auxílio da equipe às campanhas de vacinação, desenvolvimento de material educativo para população, entre outras. Os focos de ação da equipe foram saúde mental, seguimento do atendimento de casos graves de forma presencial, manutenção do acompanhamento de quem já estava em atendimento, campanhas educativas sobre Covid-19, orientações de questões de assistência social.

No artigo de Rodrigues *et al.* [11], a reorganização foi também eleger prioridades, mantendo ações consideradas centrais para o desenvolvimento do trabalho e elaboração de novas ações. Houve a preocupação de manter as discussões de casos e as reuniões de equipe, enfocando na construção conjunta do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e na manutenção da

integração das equipes. Buscou-se, para isso, usar meios remotos. Também houve o planejamento de estratégias educativas em relação ao novo coronavírus e à pandemia, orientações das assistentes sociais em relação aos programas governamentais, além da contratação de novos profissionais e a busca de doações de alimentos junto a entidades solidárias foram outras ações desenvolvidas. Como estratégia balizadora, foram iniciadas as reuniões entre as equipes e a universidade, de forma remota. Essas reuniões tiveram a proposta de problematizar as questões referentes ao trabalho em saúde, conectar as equipes e dar voz aos trabalhadores nos conflitos surgidos no trabalho em saúde mental em tempos de pandemia.

Ambos os artigos [11, 12] ressaltam a importância do trabalho em rede, a necessidade de criar estratégias para manter e aumentar o vínculo e a interação entre a atenção especializada em saúde e as de atenção básica. Para os autores dos artigos analisados, o trabalho em rede é fundamental no desenvolvimento de qualificação e na ampliação da capacidade de atendimento no âmbito de saúde mental, viabilizando os cuidados à população, e descrevem o matriciamento como estratégia de suma importância para alcançar tal objetivo. Esse pensamento é consonante com as ideias de autores, como Campos e Domitti [13], sobre a visão de matriciamento e de trabalho em saúde. Outro ponto é que ambos os artigos analisados abordaram a necessidade de manter os atendimentos de urgência de forma presencial, mantendo os demais casos de forma remota. Sendo assim, a alternativa de soluções remotas para dar continuidade ao trabalho foi uma questão em comum.

As ferramentas de trabalho citadas no artigo de Oliveira *et al.* [12] foram a de confecção de materiais impressos e da distribuição à população, orientações em salas de espera, cinema educativo, carros de som divulgando informações sobre o novo coronavírus e as medidas de cuidados necessárias. Também a equipe do NASF auxiliou na vacinação, triagem dos casos, tele monitoramento dos casos positivos de Covid-19 e na confecção de máscaras de tecido. Houve uma atenção especial aos profissionais de saúde, com a realização de grupos presenciais para essa população, cuja saúde mental ficou abalada. Prado *et al.* [14] resalta essa última como uma estratégia recomendada de enfrentamento da pandemia, visto que há grande sofrimento dos profissionais de saúde. Esse sofrimento já existia em um período pré-pandemia, tendo sido agravado por fatores como exaustão física, mental, medo de se contaminar e de contaminar seus familiares, entre outros.

Os autores Cabral *et al.* [15] e Sarti *et al.* [16] pontuam que, em tempos de pandemia, a organização do trabalho deve passar por reorganização das prioridades, com foco na educação em saúde, utilização da telemedicina, realocamento de recursos financeiros, cuidado aos

profissionais de saúde. Ambos os autores pensam no papel da Atenção Primária em Saúde no enfrentamento da pandemia e como essa poderia se posicionar.

O foco nas ações educativas seriam educação sobre o novo coronavírus, necessidade de medidas de controle (isolamento social, por exemplo), formas de contágio e tratamento, sendo que Sarti *et al.* [16] ressalta além dessas questões, a importância de os gestores proporcionarem condições para realização do trabalho, através de disponibilização de EPIs, internet, espaço físico adequado, dentre outras medidas que necessitam suporte financeiro.

2º eixo temático: O uso de recursos remotos

A estratégia da utilização de ferramentas remotas é prevista pelo Ministério da Saúde [5]. O uso de meios remotos, por exemplo, para discussão de casos, é descrito como sendo uma ação de grande efetividade. Entretanto, ao mesmo tempo, traz a dificuldade de as equipes terem acesso ao celular e à internet. O conceito de Tele-Saúde também é abordado, sendo um serviço já mais estruturado, que havia sido pensado inicialmente como um recurso para áreas remotas, sugerido para uso mais amplo, inclusive em áreas urbanas. Contudo, observa-se que há uma orientação limitada quanto à abrangência do uso da ferramenta, limitada à discussão de casos.

O uso de recursos remotos foi um denominador comum entre as estratégias buscadas pelas equipes de ambos os artigos analisados. Oliveira *et al.* [12] realizou o tele monitoramento de casos sintomáticos de Covid-19, além da criação de grupos no *WhatsApp*, focando nas linhas de atenção ao ciclo gravídico-puerperal, atenção à saúde mental, atenção à saúde da criança, atenção à saúde do idoso e atenção à reabilitação. Essa estratégia foi consonante com as propostas de Cabral *et al.* [15], que propôs o uso de telemedicina e monitoramento remoto. Neste caso, a telemedicina auxiliaria tanto no atendimento de casos sintomáticos respiratórios, evitando o contato físico direto entre os pacientes e os profissionais de saúde, quando possível, quanto no tele monitoramento de pacientes com doenças crônicas graves, com risco de agudização. A promoção de *lives* por psicólogos, focando na saúde mental, foi uma estratégia para manter a aproximação dos usuários com os serviços de saúde. Esse artigo enfocou o uso da tecnologia de forma bem diversificada.

No artigo de Rodrigues *et al.* [11], descreve-se a utilização dos meios remotos de forma intensiva. As equipes da rede de atenção psicossocial e da Universidade realizaram grupos de estudos acerca de estratégias não medicalizantes, através de leituras de textos e reflexões críticas. Essas estratégias foram realizadas através da ferramenta para *web* conferência *Google Meet*. Sobre a reorganização do trabalho com a utilização de meios remotos, encontraram-se

soluções alternativas para manter a troca de informações entre os vários profissionais que atendiam os casos. Para isso, houve até mesmo a comunicação através de telefones particulares entre membros das equipes multidisciplinares para acompanhamento dos casos. Utilizou-se a plataforma *Google Meet* para realização de reuniões para discussão de casos e construção do Projeto Terapêutico Singular, contato telefônico com as agentes de saúde, além de atendimentos remotos, como consultas psicológicas individuais. Cabe mencionar que o uso de telefone celular particular dos membros da equipe pode estar apontando a questão da escassez de recursos na saúde pública. Como afirmam os autores Rodrigues *et al.* [11] e Sarti *et al.* [16], a escassez de recursos na saúde pública é um entrave para a adoção de medidas mais eficazes de trabalho.

Sendo assim, o planejamento e a organização das equipes precisaram ser repensados durante a pandemia. A organização do trabalho, segundo o autor Merhy [17], pode ser compreendida com a interação das tecnologias duras, leves-duras e leves. Estes termos são usados para descrever aspectos da produção de cuidado, que é a finalidade maior dos serviços de saúde.

As tecnologias duras seriam os equipamentos e elementos tecnológicos (como exames e aparelhos), em resumo, os elementos concretos utilizados. Já as tecnologias leve-duras são o conjunto de saberes construídos a priori de acordo com cada profissão, mediante o contato com o paciente, que são, por exemplo, os saberes profissionais construídos na graduação. O que pressupõe a operacionalização das tecnologias duras e leve-duras são as tecnologias leves, que é a relação que se estabelece entre o trabalhador da saúde e o paciente. Fazem parte das tecnologias leves a escuta, a empatia, o acolhimento, o vínculo e a confiança.

É fundamental a aprimoração das tecnologias leves, que é a dimensão relacional do trabalho, para a qualificação do trabalho em saúde. Os profissionais de saúde são os operadores desses cuidados, cujo foco é o paciente [18]. Seguindo este entendimento, ao pensarem em tecnologias de cuidado em saúde, Merhy e Franco [18] trazem o conceito de Trabalho Vivo e Trabalho Morto. Trabalho Vivo é construído a partir das relações que estão ocorrendo, sem estar preso a modelos pré-estabelecidos. O Trabalho Vivo é o trabalho em ato, é o campo das tecnologias leves. E, para se estruturar, precisa previamente das tecnologias duras e leve-duras, que constituem o trabalho já pronto, o trabalho dito pelos autores como “Morto”.

CONCLUSÃO

Não existem artigos que abordem especificamente o matriciamento em saúde mental no período de pandemia, mas sim artigos que abordam diversas estratégias de enfrentamento à crise, dentre elas, o matriciamento em saúde mental. Isso é compreensível, tendo em vista que a pandemia ainda é uma situação emergente e imprevisível perante a qual os serviços de saúde estão em ajuste, e cuja produção científica está em desenvolvimento. Os serviços de atenção primária à saúde têm lançado mão de estratégias a fim de garantir a melhor assistência da população e, com a presente pesquisa, foi possível constatar que em somente dois artigos o apoio matricial é citado como estratégia.

Apesar de trazerem olhar sobre a mesma situação e, em certos aspectos, soluções semelhantes para os problemas enfrentados na pandemia, o artigo de Rodrigues *et al.* [11] traz um olhar mais crítico sobre as possibilidades encontradas no Sistema Único de Saúde. O artigo de Oliveira *et al.* [12] traz a experiência de uma rede que é compreendida pelos profissionais como sendo mais articulada, sendo que a causa dessa articulação é por meio da ampla cobertura que o NASF possui naquele município. Através desses, pudemos observar semelhanças nas abordagens propostas, porém uma grande diferença em relação à percepção dos autores em relação às capacidades e potencialidades do sistema de saúde.

Outro ponto convergente é de onde os autores partem para a compreensão do matriciamento, pois ambos usam como referencial teórico Campos e Domitti [13]. Esses autores propõem o matriciamento como uma forma complementar de organização de trabalho, que tem a intenção de oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Essa necessidade de enfoque no suporte pedagógico das equipes, de forma a qualificá-las, é um dos pontos trazidos pelos autores Cabral *et al.* [15] como orientação para gerenciamento da crise na pandemia.

Podemos compreender que ambos os artigos revisados na presente pesquisa tiveram como foco a busca pelo trabalho vivo, a busca pela manutenção das relações com os usuários. E, para isso, fizeram uso de tecnologias duras e leve-duras: a utilização da tecnologia (telefone, aplicativos, meios *online*) e dos saberes especializados dos profissionais que participavam das equipes. O trabalho foi vivo, pois teve que se recriar, não seguindo puramente o trabalho morto, que já era o estabelecido. A pandemia trouxe a necessidade de “reavivar” o trabalho.

Voltando à questão norteadora desse trabalho - *Como o matriciamento em saúde mental na atenção primária vem sendo acionado nesse momento da pandemia de Covid-19?* - podemos apontar a partir do material analisado que o matriciamento em cenário pandêmico vem sendo usado como ferramenta, a qual em ambos os artigos é retratada como uma das estratégias de enfrentamento à crise.

Por fim, há a compreensão da limitação deste estudo, devido ao acervo encontrado sobre o tema que norteou esta pesquisa. Ao mesmo tempo em que a existência sobre o pouco acervo suscita reflexões e discussões, aponta a ideia de que mais estudos precisam ser desenvolvidos e publicados na área, tendo em vista que uma das reflexões trazidas foi de que o matriciamento é uma estratégia de otimização e aperfeiçoamento dos serviços de saúde, mas que, ao tempo, não tem tido espaço significativo no planejamento das ações em saúde de forma geral.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos de interesse para declarar.

CONTRIBUIÇÕES

Camila Pedrollo de Vasconcellos Chaves: contribuiu com a elaboração e delineamento do estudo; seleção, análise e interpretação de dados; e com a redação e revisão do manuscrito. Letícia Lorenzoni Lasta e Vera Elenei da Costa Somavilla: contribuíram com a revisão do manuscrito. Todas as autoras aprovaram a versão final a ser publicada e são responsáveis por seu conteúdo e integridade.

REFERÊNCIAS

1. Aquino, E. M. L. et al. (2020). Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de Covid-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(Supl.1), 2423-2446. doi: 0.1590/1413-81232020256.1.10502020
2. Fiocruz. (2020). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia Covid-19: Recomendações Gerais*. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/cartilha_recomendacoes_gerais_06_04.pdf>. Acesso em: 03 set 2021
3. Vieira, J. M. & Granja, P. (2020). Covid-19: uma pandemia de saúde mental. *Saúde & Tecnologia*, xx(24), 05-10. doi: 10.25758/set.2303
4. Brasil. Ministério da Saúde. (2002). Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, p. 22, seção 1, 20 fev.

5. Chiaverini, D. H. (Org.). (2011). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva.
6. Lima, M. C. & Gonçalves, T. R. (2020). Apoio matricial como estratégia de ordenação do cuidado em saúde mental. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(1), 01-21. doi: 10.1590/1981-7746-sol00232
7. Iglesias, A. & Avellar, L. Z. (2019). Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(4), 1247-1254. doi: 10.1590/1413-81232018244.05362017
8. Souza, M. T. de.; Silva, M. D. da. & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 8(1 Pt 1), 102-106. doi: 10.1590/1413-81232015209.13552014
9. Spink, M. J. P. (1992). A construção social do saber sobre saúde e doença: uma perspectiva psicossocial. *Saúde e Sociedade*, 2(1), 125-139. doi: 10.1590/S0104-12901992000200008
10. _____. (Org.). (2013). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. Cortez.
11. Rodrigues, M. G. A. *et al.* (2020). Saúde Mental, Articulações Intersetoriais e o Apoio da Universidade em Tempos de Covid-19. *Diversitates Internacional Journal*, 12(1), 06-16. Disponível em: <<http://www.diversitates.uff.br/index.php/1diversitates-uff1/article/view/309/240>>. Acesso em: 03 ago 2021
12. Oliveira, M. A. B. de. *et al.* (2020). A prática do núcleo de apoio à saúde da família do Recife no enfrentamento à pandemia Covid-19. *APS em Revista*, 2(2), 142-150. doi: 10.14295/aps.v2i2.9
13. Campos, G. W. de S. & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública*, 23(2), 399-407. doi: 10.1590/S0102-311X2007000200016
14. Prado, A. D.; Peixoto, B. C.; Silva, A. M. B. da. & Scalia, L. A. M. (2020). A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, Vol. Esp. (46), 01-09. doi: 10.25248/reas.e4128.2020
15. Cabral, E. R. de M.; Melo, M. C. de.; Cesar, I. D.; Oliveira, R. E. M. de.; Bastos, T. F.; Machado, L. O.; Rolim, A. C. A.; Bonfada, D.; Zago, A. C. W. & Zambon, Z. L. L. (2020).

- Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de Covid-19. *InterAmerican Journal of Medicine and Health*, 3(1), 01-12. doi: 10.31005/iajmh.v3i0.87
16. Sarti, T. D.; Lazarini, W. S.; Fontenelle, L. F. & Almeida, A. P. S. C. (2020). Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela Covid-19? *Epidemiol. Serv. Saúde*, 29(2), 01-05. doi: 10.5123/S1679-49742020000200024
17. Merhy, E. E. (2000). Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. *Interface*, 4(6), 109-116. doi: 10.1590/S1414-32832000000100009
18. Merhy, E. E. & Franco, T. B. (2003). Por uma Composição Técnica do Trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. *Saúde em Debate*, 27(65), 316-323. s/doi.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os apontamentos de autores como Campos (2018) sobre o matriciamento como sendo uma importante ferramenta de integração da rede, de qualificação do trabalho em saúde, para o fortalecimento do SUS, mediante os objetivos de priorização do atendimento na rede básica e no território, com atendimento integrado do indivíduo e mobilização da rede para um cuidado integral, permearam esta pesquisa. Os atores participantes compartilharam desta visão, trazendo a vontade de aumentar a interação das equipes de AB e AE com a expectativa de melhorar a qualidade do atendimento e facilitar o fluxo da rede.

A forma dos IEs perceberem o matriciamento como sendo uma troca de saberes e construção conjunta entre a AB e a AE ocorre de forma semelhante à compreensão de Campos (2018). Os interlocutores do estudo entendem que, para que haja êxito na implementação ampla do matriciamento, este deve ser visto por todas as equipes como resolutivo, integrado e construído de forma horizontal. Para tanto, necessita, antes de tudo, da sensibilização dos atores através de uma aproximação empática e maior compreensão de todos os envolvidos no processo sobre o apoio matricial. Esta visão difere da proposta do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), que descreve o matriciamento na forma de um processo que ocorre verticalmente, com capacitações e, sendo a AE a detentora do saber especializado, a ser repassado à AB. Nesta pesquisa realizada no município de Vera Cruz – RS, a efetividade do apoio matricial é pautada na construção em conjunto das equipes participantes, de forma horizontal, o que pressupõe diálogo entre a AE e a AB. Porém, há uma aparente lacuna na relação entre as equipes, que aparece já na baixa adesão dos trabalhadores da AB à participação nesta pesquisa.

Na realização dos grupos focais, a baixa adesão foi compreendida pelos atores da atenção especializada como “*cicatrices do passado*”⁶: distanciamentos ocorridos entre os dois níveis de assistência decorrentes de um processo de matriciamento percebido como pouco eficiente e vertical. Entretanto, surge um olhar esperançoso por parte das equipes em relação à retomada deste trabalho e na efetividade que esta pode produzir no cotidiano de ambos os serviços. É nas tecnologias leves (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018) que a equipe acredita estar o foco da qualificação do trabalho, por meio do acolhimento e do estabelecimento de relações dos profissionais com os usuários. Entretanto, a relevância das tecnologias leve-duras é também apontada como entrave para a implementação do processo matricial, pela lacuna de

⁶ Excerto do IE5.

conhecimento teórico-prático que poderia ter sido adquirido nas formações acadêmicas e no próprio trabalho.

Quanto a tal fator identificado em campo, o produto técnico foi pensado e elaborado para responder positivamente a isso – visto que, através de um Programa de Educação Permanente em Saúde, tem-se a oportunidade de fortalecer o trabalho desenvolvido no campo da presente pesquisa e promover uma via possível de interações, discussão coletiva e ampliação dos grupos já experimentados por ambas as equipes.

Outra questão identificada foi a instabilidade da composição das equipes, gerando desmotivação dos profissionais pelo recorrente “recomeçar o trabalho”. Há uma troca de profissionais em ambos os níveis de assistência e profissões, com perda da continuidade de projetos e ações ocasionado por tal fator. Campos (2018) aponta que a rotatividade dos profissionais é causada, entre outros motivos, por algumas formas de vínculo de trabalho como, por exemplo, a contratação de profissionais em cargos em comissão. Estes, por terem indicação política e não terem estabilidade na carreira, acabam resultando em maior rotatividade de profissionais. Tal situação ocorreu no CAPS após a finalização da produção de dados desta pesquisa, quando o coordenador da equipe foi desligado.

A crise sanitária devido à COVID-19 surgiu como inesperada e impactante, causando prejuízo em diversas áreas que pressupõem o encontro entre pessoas, como é o caso do matriciamento. O telematricamento seria uma alternativa para suprir essa dificuldade (TOSTES, 2021), porém não teve boa aceitação por parte da equipe matriciada.

Os interlocutores do estudo se mostraram conhecedores do processo matricial e das políticas públicas de saúde, mas houve o questionamento se as equipes da AB teriam a mesma compreensão. Devido à pouca representatividade da AB, tal questão não foi possível de ser esclarecida. Gouveia (2021), através de uma revisão integrativa de literatura, aponta que o desconhecimento dos profissionais sobre as suas próprias funções e dos demais serviços da rede acaba fragmentando e dificultando o fluxo de trabalho. Esta situação é percebida pelos interlocutores do estudo da mesma forma.

A questão das expectativas por parte das equipes compõe o Produto Técnico, que foi desenvolvido buscando contemplar as dificuldades no processo matricial consonante com os dados produzidos. Para a ampla implementação do processo matricial, evidenciou-se como necessária a sensibilização dos atores da rede de saúde acerca do processo e construção de um espaço de discussão e aproximação das equipes, sendo como possível resposta a criação de um Programa de Educação Permanente em Saúde. O PEPS se baseia na visão de Ceccim (2005) e Merhy (2014) sobre a Educação Permanente em Saúde, que é o encontro entre os trabalhadores

de saúde mental para produção de discussão coletiva e problematizações sobre questões do trabalho, buscando criativamente um novo olhar e, talvez, soluções para as demandas compartilhadas.

A importância dada aos atores na construção de uma rede mais forte e qualificada, tendo o processo matricial como um meio para atingir tal objetivo e o foco que os interlocutores colocam nas relações construídas entre os profissionais são vistas como ponto central, com um olhar esperançoso permeando as discussões. A construção do EPS como produto técnico é consonante com tal visão, pois atende aos anseios dos IEs de uma melhor comunicação e aproximação entre todas as equipes da rede de saúde.

Do percurso experimentado com esta pesquisa e, por meio dos papéis desempenhados como psiquiatra, pesquisadora e trabalhadora da rede pública de saúde, especificamente na área de saúde mental, reforçou-se e embasou-se a visão de matriciamento como sendo um importante elo entre as equipes de saúde. Assim, com os excertos dos participantes e referencial bibliográfico, compartilha-se da compreensão de que o processo matricial não deveria ser realizado de forma vertical, e sim, construído entre todos os participantes da rede por meio de uma comunicação sensível, clara e efetiva. Desburocratizar o matriciamento e torná-lo um espaço de construção, produtivo e, que seja percebido como facilitador do trabalho, faria com que os encontros matriciais deixassem de ser um peso para as equipes, expressado por “*Ah, mais uma reunião*”, para que, finalmente, seja um encontro esperado pelos agentes envolvidos e em potência “*Ah, a reunião!*”.

O matriciamento é um tema relevante e amplo, havendo muitas possibilidades de novos conhecimentos, de novos saberes a serem explorados. Esta pesquisa contribui ao trazer a visão das equipes de um pequeno município do Rio Grande do Sul. Espera-se que os achados desenvolvidos agreguem em discussões posteriores acerca do tema matriciamento.

REFERÊNCIAS

- AGONIGI, Regina Cavalcante. *et al.* The production of care in the routine of Family Health Teams. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, n. 6, p. 2659-2665, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0595>>. Acesso em: 03 fev 2022.
- ASMUNDSON, Gordon; TAYLOR, Steven. Coronaphobia: fear and the 2019-nCoV outbreak. *Journal of Anxiety Disorders*, 70, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102196>>. Acesso em: 13 jun 2022.
- BARROS-DELBEN, Paola. *et al.* Saúde mental em situação de emergência: Covid-19. *Debates em Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 18–28, 2020. Disponível em: <<https://revistardp.org.br/revista/article/view/38>>. Acesso em: 14 mai 2022.
- BEZERRA, E. N. R. Atenção psicossocial: ampliando o cuidado na construção de uma rede articulada em saúde mental. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 3, 2022. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26634>>. Acesso em: 12 mai. 2022.
- BORGES, C. D.; SANTOS, M. A. Aplicações da técnica do grupo focal: fundamentos metodológicos, potencialidades e limites. *Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*. v. 6, n. 1, p. 74-80, jan.-jun. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, p. 22, seção 1, 20 fev. 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria N° 154, de 24 de janeiro de 2008. Dispõe sobre a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, n. 43, p. 38-42, seção 1, 04 mar. 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria N° 3.194, de 28 de novembro de 2017. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 28 nov. 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3194_30_11_2017.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20Programa%20para,de%20%2D%20PRO%20EPS%2DSUS.&text=DAS%20DISPOSI%C3%87%C3%95ES%20GERAIS-.Art.,SUS%20%2D%20PRO%20EPS%2DSUS>. Acesso em: 12 mai. 2022.
- _____. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico*. Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 52, n. 33, 2021.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; GUERRERO, André Vinicius Pires (Orgs.). *Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. SUS: o que e como fazer? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1707-1714, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05582018>>. Acesso em: 14 mai 2022.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Comunicação, Saúde, Educação*. Porto Alegre, RS, v. 9, n. 16, p. 77-161, 2005. Disponível em: <<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaoopermanente.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2022.

CHIAVERINI, Dulce Helena. (Org.). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 12 dez. 2012. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 12 mai. 2022.

_____. Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 mai. 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/%202016/reso510.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2022.

CURY, V. E.; SZYMANSKI, H. A pesquisa intervenção em psicologia da educação e clínica: pesquisa e prática psicológica. *Estudos de Psicologia*, Campinas-SP, n. 9, v. 2, p. 355-364, 2004.

DIAS, Anelise Ardengue; ANTONIASSI, Clodoaldo Penha. Projeto de intervenção para capacitação das equipes da atenção primária à saúde para acolhimento de pacientes em sofrimento mental no município de Nova Esperança. *Revista Saúde Pública Paraná*, v. 2, n. 2, p. 113-124, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.32811/25954482-2019v2supl2p113>>. Acesso em: 14 mai. 2022.

ENUMO, Sônia Regina Fiorim. *et al.* Enfrentando o estresse em tempos de pandemia: proposição de uma Cartilha. *Estudos de Psicologia* (Campinas), v. 37, p. 1-10, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200065>>. Acesso em: 10 out. 2021.

FAGUNDES, Gisele Soares. *Matriciamento em saúde mental: análise das ações e do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na Atenção Básica*. 2019. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/36382/2/ve_Giselle_Soares_ENSP_2019>. Acesso em: 12 mai. 2022.

FERNANDES, Rafaella Leite. *et al.* Conhecimento de gestores sobre a Política Nacional de Saúde Mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, n. 1, p. 1-8, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0198>>. Acesso em: 06 mai. 2022.

FERREIRA, Joseane Pessanha. *et al.* Afirmando um *éthos* de pesquisador em saúde: processos participativos de restituição de resultados de pesquisas. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16 n. 3, p. 919-933, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00081>>. Acesso em: 20 out 2021.

GAMA, Carlos Alberto Pegolo. *et al.* Os profissionais da Atenção Primária à Saúde diante das demandas de Saúde Mental: perspectivas e desafios. *Interface (Botucatu)*, v. 25, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/interface.200438>>. Acesso em: 06 mai. 2022.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000600006>>. Acesso em: 06 mai. 2022.

GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 24, p. 149-161, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2002000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 dez. 2020

GOUVEIA, Amanda Ouriques de; PAES, Carmem Lúcia de Araújo; SANTOS, Valeria Regina Cavalcante dos; FERREIRA, Ilma Pastana. Matriciamento em saúde mental na atenção primária: Uma revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 5, p. 1-10, 2021. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14483>>. Acesso em: 13 mai. 2022.

IGLESIAS, Alexandra; AVELLAR, Luziane Zacché. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. *Ciênc. saúde coletiva*. v. 24, n. 4, p. 1247-1254, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/jG6jHLkx8zpxQMB4wQz6V6j/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 12 mai. 2022.

IGLESIAS, Alexandra; AVELLAR, Luziane Zacché; RIBEIRO-NETO, Pedro Machado. Conhecendo o matriciamento em saúde mental pela perspectiva dos matriciadores. *Espaço para a Saúde - Revista de Saúde Pública do Paraná*, v. 22, p. 1-12, 2021. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.22421/1517-7130/es.2021v22.e805>>. Acesso em: 17 jun. 2021.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, jun. 2004.

LIMA, Marlene Costa; GONÇALVES, Tonantzin Ribeiro. Apoio matricial como estratégia de ordenação do cuidado em saúde mental. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 1, p. 1-21, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00232>>. Acesso em: 16 jun. 2020.

LOURAU, R. *René Lourau na Uerj: análise institucional e práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

MACERATA, Iacã; SOARES, José Guilherme Neves; OLIVEIRA, André Miranda de. A pesquisa-intervenção como pesquisa-apoio: o caso do POP RUA. *Saúde e Sociedade*, v. 28, n. 4, p. 37-48, 2019. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/cdqvWK44gScR4FmnyL9TC5G/?format=pdf&lang=pt>>.

Acesso em: 12 mai. 2022.

MARTINS, H. H. T. S. Metodologia qualitativa de pesquisa. *Revista Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 289-300, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-97022004000200007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 dez. 2020.

MERHY, Emerson. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, Emerson; FRANCO, Túlio Batista. Por uma Composição Técnica do Trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. *Saúde em Debate*, v. 27, n. 65, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em:

<https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2022.

MERHY, Emerson. *EPS em movimento - Emerson Merhy* [vídeo], 2014. Disponível em:

<<https://www.youtube.com/watch?v=o-nApGOWgks>>. Acesso em: 07 nov. 2020.

MESQUITA, Claudio Tinoco. *et al.* Infodemia, Fake News and Medicine: Science and The Quest for Truth. *International Journal of Cardiovascular Sciences*, 2020. Disponível em:

<http://publicacoes.cardiol.br/portal/ijcs/ingles/aop/2020/AOP_editorial-fake-news_i.pdf>.

Acesso em: 12 mai. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O Desafio do Conhecimento — Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.

OMS, Organização Mundial de Saúde. *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: Uma perspectiva global*; Portugal, 2009.

_____. Organização Mundial de Saúde. *4ª edição dos Guias da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre qualidade da água para consumo humano*. 2011. Disponível em:

<https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/2011/dwq_guidelines/en/index.html>. Acesso em: 12 mai. 2022.

PATIAS, Naiana Dapieve; HOHENDORFF, Jean Von. Critérios de qualidade para artigos de pesquisa qualitativa. *Psicologia em Estudo*, v. 24, p. 1-14, 2019. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.43536>>.

PEGORARO, Renata Fabiana; CASSIMIRO, Tiago José Luiz; LEÃO, Nara Cristina. Matriciamento em saúde mental segundo profissionais da estratégia da saúde da família. *Psicologia em estudo*, v. 19, n. 4, p. 621-631. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/1413-73722348905>>. Acesso em: 16 abr. 2022.

PEREIRA, Mara Dantas. *et al.* A pandemia de COVID-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 9, n 7, p. 1-31, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4548>. Acesso em: 16 abr. 2022.

RENAULT, Letícia; RAMOS, Júlia. Participar da análise, analisar a participação: aspectos metodológicos de uma pesquisa-intervenção participativa em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, v. 28, n. 4, p. 61-72, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902019190699>. Acesso em: 14 mai. 2022.

ROCHA, M. L. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia ciência e profissão*, n. 23, v. 4, p. 64-73, 2003.

SALVADOR, Pétala Tuani Candido de Oliveira. *et al.* Estratégias de coleta de dados online nas pesquisas qualitativas da área da saúde: scoping review. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190297>. Acesso em: 14 mai. 2022.

SANTOS, Debora de Souza; MISHIMA, Silvana Martins; MERHY, Emerson Elias. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 3, p. 862-870, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>. Acesso em: 14 mai. 2022.

SARAIVA, Sonia Augusta Leitão; ZEPEDA Jorge; LIRIA Alberto Fernández. Componentes do apoio matricial e cuidados colaborativos em saúde mental: uma revisão narrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 2, p. 554-565, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000200553&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 13 jun. 2020.

SCHMIDT, Beatriz; PALAZZI, Ambra; PICCININI, Cesar Augusto. Entrevistas online: potencialidades e desafios para coleta de dados no contexto da pandemia de COVID-19. *REFACS*, Uberaba, v. 8, n. 4, p. 960-966, 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4979/497966365017/html/>. Acesso em: 12 mai. 2022.

SEIXAS, Clarissa Terenzi. *et al.* A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19. *Interface* (Botucatu), v. 25, n. 1, p. 1-15, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200379> Acesso em: 12 mai. 2022.

SHOJAEI, Seyedeh Fahimeh; MASOUMI, Roya. The Importance of Mental Health Training for Psychologists in COVID-19 Outbreak. *Middle East J Rehabil Health Study*, v. 7, n. 2, 2020. doi: 10.5812/mejrh.102846.

SPINK, Mary Jane. A construção social do saber sobre saúde e doença: uma perspectiva psicossocial. *Saúde e Sociedade*, n. 1, v. 2, p. 125-139, 1992. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12901992000200008> Acesso em: 07 abr. 2022.

_____. *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Rio de Janeiro: Biblioteca Virtual de Ciências Humanas do Centro, 2010.

_____. (Org.) *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. Rio de Janeiro: Cortez, 2013.

SPINK, Mary Jane; GIMENES, Maria da Gloria. Práticas discursivas e produção de sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre a saúde e a doença. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 149-171, 1994. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/wNf4HcfnwDqnyCwYrMwk5P/?lang=pt>. Acesso em: 12 mai. 2022.

SPINK, Mary Jane. *et al.* *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 1ª ed., 2014.

TOSTES, Jorge Gelvane. *et al.* Teleconsultation and the challenges for maintaining health care in times of pandemic. *Revista Ciências em Saúde*, v. 11, n. 2, p. 5-9, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.21876/rcshci.v11i2.1069>. Acesso em: 13 jun. 2020.

TREICHEL, Carlos Alberto dos Santos; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. *Interface*, v. 23, n. 4, p. 1-18, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180617>. Acesso em: 28 jun. 2020.

VERA CRUZ. Desenvolvido pelo Município de Vera Cruz. *Apresenta informações gerais sobre o Município*. Disponível em: <https://veracruz.rs.gov.br>. Acesso em: 12 jun. 2020.

ANEXOS

Anexo A – Parecer CEP-UNISC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: MATRICIAMENTO: UMA VISÃO ATRAVÉS DAS EQUIPES NESSE PROCESSO

Pesquisador: CAMILA PEDROLLO DE VASCONCELLOS CHAVES

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 41705021.0.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.662.022

Apresentação do Projeto:

O Matriciamento em saúde mental com sua proposta de integração da saúde mental na atenção básica se constitui como uma importante estratégia de articulação e compartilhamento de saberes e práticas para a efetivação dos propósitos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica. Trata-se de uma prática em processo de construção na rede, que necessita ser colocada em constante análise para que se afirme como uma importante estratégia para a Promoção à Saúde e a desinstitucionalização do cuidado. Esta pesquisa ao estar vinculada ao Mestrado Profissional em Psicologia da UNISC e inserida na Linha de Pesquisa Práticas Clínicas Contemporâneas, Políticas Públicas e Saúde Mental, propõe-se como objetivo geral compreender quais são os sentidos atribuídos ao apoio matricial a partir dos profissionais que atuam na saúde mental e na atenção primária a saúde e as ações potencializadas por tal prática. Para tanto, serão convidados a participar dos grupos focais e do grupo de restituição os profissionais de nível superior que atuam junto ao CAPS I e as Estratégias da Saúde de Família do município de Vera Cruz -RS. Os dados produzidos a partir dos grupos focais e do grupo de restituição serão analisados a partir do Construcionismo Social tal como proposto por Mary Jane

Spink (2014). A partir da pesquisa/intervenção pretende-se propor o produto técnico, denominado neste estudo, como Programa de Educação Permanente em Saúde, o qual pode vir a ser uma importante ferramenta na capacitação das equipes de matriciamento do município.

INFORMAÇÕES RETIRADAS DO ARQUIVO INFORMAÇÕES BÁSICAS DA PESQUISA

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 13, sala 1306
Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** csp@unisc.br



Continuação do Parecer: 4.662.022

(PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1732143.pdf, DE 07.04.2021)

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender quais são os sentidos atribuídos ao apoio matricial a partir dos profissionais que atuam na saúde mental e na atenção primária a saúde e as ações potencializadas por tal prática.

Objetivo Secundário:

- Compreender de que forma a interlocução propiciada pelo apoio matricial contribui na resolução de situações de saúde mental advindas da atenção primária a saúde;- Analisar quais são os efeitos do apoio matricial nas equipes (tanto a equipe matriciadora quanto a equipe matricial) que participam das reuniões de matriciamento no município em questão; - Identificar as possibilidades de ampliação da atividade de matriciamento do CAPS do município de Vera Cruz, utilizando os recursos já existentes na rede do município;- Verificar quais são as demandas das equipes matriciadas em relação a assistência em saúde mental na atenção básica, para levantar os temas a serem explorados em programa de educação permanente.

INFORMAÇÕES RETIRADAS DO ARQUIVO INFORMAÇÕES BÁSICAS DA PESQUISA

(PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1732143.pdf, DE 07.04.2021)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O risco é mínimo e relaciona-se aos seguintes aspectos: ter que se adequar aos horários disponibilizados para os grupos possível constrangimento ao compartilhar com o grupo questões relacionadas ao trabalho na rede de saúde.

Benefícios:

Os benefícios aos participantes serão indiretos, uma vez que a pesquisa visa colaborar para melhoria do processo de trabalho no qual os participantes estão inseridos.

INFORMAÇÕES RETIRADAS DO ARQUIVO INFORMAÇÕES BÁSICAS DA PESQUISA

(PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1732143.pdf, DE 07.04.2021)

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa/intervenção apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado Profissional, Linha de Pesquisa Práticas Clínicas Contemporâneas, Políticas Públicas e Saúde Mental,

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 13, sala 1306
Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 4.662.022

Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC.

Orientadora: Pro^{fa} Dra. Letícia Lorenzoni Lasta

Co-orientadora: Pro^{fa} Dra. Vera Elenei da Costa Somavilla

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações.

Recomendações:

Vide campo Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovadas as alterações apresentadas ao projeto de pesquisa MATRICIAMENTO: UMA VISÃO ATRAVÉS DAS EQUIPES NESSE PROCESSO (CAAE: 41705021.0.0000.5343 aprovado em 09/03/2021).

Recomenda-se a leitura e observância do documento emitido pelo MS com ORIENTAÇÕES PARA PROCEDIMENTOS EM PESQUISAS COM QUALQUER ETAPA EM AMBIENTE

VIRTUAL disponível em

https://www.unisc.br/images/pesquisa/cep/2021/Procedimentos_para_pesquisas_em_ambientes_virtuaisdocx.pdf

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado e em condições de ser executado conforme documentos anexados à Plataforma Brasil e validados pelo CEP-UNISC.

Alerta-se o pesquisador responsável para a necessidade de realizar e encaminhar ao CEP-UNISC em julho de 2021, via Plataforma Brasil, o Relatório Parcial de Acompanhamento da Pesquisa (caso o cronograma aprovado se estenda para além desta data) ou o Relatório Final de Acompanhamento da Pesquisa (caso o cronograma aprovado não se estenda para o segundo semestre de 2021). O formulário para os relatórios está disponível no link do CEP-UNISC (<https://www.unisc.br/pt/pesquisa/comite-de-etica>), aba Documentação, Arquivo "Modelo de Relatório Parcial ou Final de Pesquisa". É o mesmo formulário para ambos os relatórios (as marcações no próprio formulário é que diferem, a depender da natureza do projeto – semestral, anual...).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 13, sala 1306
Bairro: Universitario **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 4.662.022

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_1732143_É1.pdf	07/04/2021 21:14:42		Aceito
Outros	CARTAPARAAPRESENTAACAODEEMENDA.pdf	07/04/2021 21:09:46	CAMILA PEDROLLO DE VASCONCELLOS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	07/04/2021 21:08:48	CAMILA PEDROLLO DE VASCONCELLOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCamilaChavesonline.pdf	07/04/2021 21:08:29	CAMILA PEDROLLO DE VASCONCELLOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTOLIVREEESCLARECIDO.pdf	07/04/2021 21:06:00	CAMILA PEDROLLO DE VASCONCELLOS CHAVES	Aceito
Outros	cartapararespostadependencias.pdf	27/01/2021 18:00:27	CAMILA PEDROLLO DE VASCONCELLOS	Aceito
Declaração de concordância	carta_de_aceite.pdf	04/01/2021 20:33:14	CAMILA PEDROLLO DE VASCONCELLOS	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	04/01/2021 20:32:15	CAMILA PEDROLLO DE VASCONCELLOS	Aceito
Outros	carta_de_apresentacao.pdf	04/01/2021 20:29:58	CAMILA PEDROLLO DE VASCONCELLOS	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_assinada.pdf	04/01/2021 20:28:06	CAMILA PEDROLLO DE VASCONCELLOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA CRUZ DO SUL, 20 de Abril de 2021

Assinado por:
Renato Nunes
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 13, sala 1306
Bairro: Universitário CEP: 96.815-900
UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 E-mail: cep@unisc.br

Anexo B – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) senhor(a),

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) do projeto de pesquisa intitulado “Matriciamento: uma visão através das equipes nesse processo”, que pretende compreender quais são os sentidos produzidos pelos profissionais sobre as ações de matriciamento realizadas pelo CAPS I no município de Vera Cruz - RS nos campos da assistência psiquiátrica e da promoção de saúde mental e quais são as ações potencializadas por meio desse espaço, vinculado ao Programa de Pós-Graduação – Mestrado Profissional em Psicologia – da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC. A pesquisadora responsável por este Projeto de Pesquisa é Camila Pedrollo de Vasconcellos Chaves, que poderá ser contatada a qualquer tempo através do número (51) 997154066, ou e-mail camilachaves@mx2.unisc.br.

Sua participação será possível caso você atenda aos critérios de inclusão previstos na pesquisa, quais sejam: ser trabalhador(a) de saúde de nível superior no CAPS I ou nas Unidades Básicas de Saúde do município de Vera Cruz – RS. Sua participação consiste em participar de três grupos focais, nos quais serão discutidos temas relacionados às práticas matriciais realizadas no município, e de um grupo de restituição, no qual será compartilhado e discutido o material oriundo dos grupos anteriores. Esses grupos terão a duração aproximada de 90 minutos e ocorrerão na modalidade *online*, pela plataforma *GoogleMeet*. Os grupos focais e de restituição serão gravados pela plataforma *Google Meet* em áudio e vídeo e, posteriormente, transcritos para a análise. Você terá a possibilidade de participar somente em áudio, se assim preferir.

Nessa condição, é possível que alguns desconfortos aconteçam, tais como ter que se adequar aos horários disponibilizados para os grupos e expor publicamente questões relacionadas ao seu trabalho na rede de saúde. Os desconfortos, se ocorrerem, serão minimizados através da oferta, por parte da pesquisadora responsável, de um momento de assistência e escuta individual, a ser realizado de forma compactuada entre o (a) pesquisado e a pesquisadora. Por outro lado, a sua participação trará benefícios indiretos, que serão a contribuição com a construção de um conhecimento que pretende ser aplicado para a melhoria do processo de matriciamento neste município, bem como contribuir para o fornecimento de subsídios teóricos metodológicos que potencializem a intervenção nesse campo.

Para sua participação nesta pesquisa, você não terá nenhuma despesa com transporte, alimentação, exames, materiais a serem utilizados ou despesas de qualquer natureza. Ao final da pesquisa você terá acesso aos resultados através de uma apresentação a ser agendada, na modalidade *online*, pela plataforma *Google Meet*, em dia e horário a combinar com a/o Coordenador/a dos serviços parceiros, através de um e-mail a ser enviado informando o propósito da apresentação, bem como você terá acesso aos resultados através de artigo científico.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu, _____, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado(a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos a que serei submetido(a), bem como dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados. Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz).

Fui, igualmente, informado(a):

- a) da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- b) da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- c) da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- d) do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- e) da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa; e,
- f) de que, se existirem gastos para minha participação nesta pesquisa, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O presente documento é assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do seguinte endereço: Av. Independência, 2293, Bloco 13 - Sala 1306; ou pelo telefone (51) 3717-7680; ou pelo e-mail cep@unisc.br.

Vera Cruz – RS, _____ de _____ de 2021.

Nome e assinatura do voluntário(a)

Camila Pedrollo de Vasconcellos Chaves
Pesquisadora Responsável