

Universidade do Vale do Rio dos Sinos
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Mestrado em Psicologia Clínica
Linha de Pesquisa: Processo Saúde-Doença em Contextos Institucionais

Marlene Costa Lima

**Apoio Matricial e suas Influências nas Vivências de Trabalho em Saúde Mental: a
Percepção dos Profissionais de CAPS**

Orientadora:
Profa. Dra. Tonantzin Ribeiro Gonçalves

São Leopoldo, março de 2019

MARLENE COSTA LIMA

**Apoio Matricial e suas Influências nas Vivências de Trabalho em Saúde Mental: a
Percepção dos Profissionais de CAPS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, na área de concentração da Psicologia Clínica, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora:
Profa. Dra. Tonantzin Ribeiro Gonçalves

São Leopoldo, março de 2019

L732a Lima, Marlene Costa.
Apoio matricial e suas influências nas vivências de
trabalho em saúde mental : a percepção dos profissionais
de CAPS / por Marlene Costa Lima. – 2019.
118 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do
Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em
Psicologia, São Leopoldo, RS, 2019.

“Orientadora: Dra. Tonantzin Ribeiro Gonçalves”.

1. Apoio matricial. 2. Vivências de trabalho.
3. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). I. Título.

CDU: 616.89

MARLENE COSTA LIMA

**Apoio Matricial e suas Influências nas Vivências de Trabalho em Saúde Mental: a
Percepção dos Profissionais de CAPS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, na área de concentração da Psicologia Clínica, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovado em _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Tonantzin Ribeiro Gonçalves
(Orientadora)

Prof.^a Dr.^a Gehysa Gimarães Alves
(Membro Externo)

Prof.^a Dr.^a Janine Kieling Monteiro
(Membro Interno)

Agradecimentos

Por razões pessoais desde pequena sempre tive uma admiração muito grande por meus professores, achava importante eles ficarem na frente, me ensinar coisas, criando em mim um imaginário de pessoas com superpoderes. Após mais de 40 anos de caminhada, esse sentimento se confirmou. Por isso gostaria de agradecer minha orientadora, Professora Dra. Tonantzin Ribeiro Gonçalves, que me conduziu até aqui, com uma paciência maternal, frente a tantas limitações que precisei enfrentar.

Estendo esse mesmo agradecimento as professoras, Janine, Ângela Marin, Clarisse, Vera Araújo, Denise, Mary Sandra, Fernanda, Eliza, Tagma. A cada disciplina recebia novos conhecimentos, apoio, motivação para seguir em frente. Na certeza que estava diante de mulheres poderosas, aproveitei para expandir esses conhecimentos no meu trabalho na área da educação, no que diz respeito a didática, forma de avaliação, prudência, construção de vínculos.

Agradeço de um modo especial aos integrantes do meu grupo de pesquisa, pelo conhecimento compartilhado.

Agradeço a todas as pessoas que Deus colocou nessa caminhada, minhas companheiras de cidade, Luciana, Rosilene, Karol, Nivaldete, Dayse, Júnia, Gleyce. Tantos outros que não são possíveis de nomear aqui.

Agradeço o apoio incondicional da minha família e dos profissionais que aceitaram participar desse estudo, de forma tão sincera e disponível, fazendo deste, mais que uma atividade acadêmica, um canal de esperança.

Por fim, agradeço a todos os loucos, que de tão loucos, não se conformam em serem normais.

Sumário

I - Introdução da Dissertação	9
II - Relatório de Pesquisa	14
Apresentação	14
Método	17
Participantes	17
Instrumentos	19
Procedimentos de coleta de dados	20
Aspectos éticos	20
Análise dos dados	21
Resultados Preliminares e Síntese Final	23
Trajetórias e vivências dos trabalhadores de CAPS	23
Perspectivas sobre o cuidado psicossocial em saúde mental	32
AM como estratégia de ordenação do cuidado em saúde mental.....	40
Conclusões do Relatório	59
Referências	61
III – Artigo Científico	70
Introdução	72
Percurso Metodológico	75

Resultados	78
O AM como estratégia de ordenação do cuidado psicossocial em saúde mental .	78
Percepções dos profissionais de CAPS sobre cuidado psicossocial.....	78
Compreensão do apoio matricial	83
Influência do AM na atuação do profissional	86
Organização do trabalho para o AM	89
Considerações Finais.....	93
Referências	96
IV - Considerações Finais da Dissertação.....	103
V - Referências da Dissertação	107
Apêndice A – Roteiro da entrevista com os profissionais de saúde.....	112
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	114
Anexo A – Parecer Consubstanciado do CEP.....	116

Listas de Tabelas

II – Relatório de Pesquisa

Tabela 1 – <i>Dados gerais sobre os profissionais de Saúde Mental (N=10)</i>	19
Tabela 2 – <i>Trajetórias e vivências dos trabalhadores de CAPS</i>	23
Tabela 3 – <i>Cuidado psicossocial em saúde</i>	33
Tabela 4 – <i>Compreensão de AM</i>	41
Tabela 5 – <i>Influência do AM na atuação do profissional</i>	45
Tabela 6 – <i>Organização do trabalho para o AM</i>	52

III – Artigo Científico

Tabela 1 – <i>Dados gerais sobre os profissionais de Saúde Mental (N=10)</i>	76
Tabela 2 – <i>Cuidado psicossocial em saúde</i>	79
Tabela 3 – <i>Compreensão de AM</i>	84
Tabela 4 – <i>Influência do AM na atuação do profissional</i>	86
Tabela 5 – <i>Organização do trabalho para o AM</i>	90

Apoio Matricial e Vivências do Trabalho em Saúde Mental: a Percepção dos Profissionais de CAPS

Resumo

O apoio matricial (AM) em saúde mental se configura como uma metodologia de ordenamento do trabalho em equipe com profissionais e serviços de saúde diferenciados, visando dar suporte para a construção de redes de cuidado longitudinais e integrais. Diante disso, este estudo buscou compreender a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção psicossocial –CAPS, acerca do apoio matricial e como este influenciava nas suas vivências de trabalho. Para isto foi realizado um estudo qualitativo e exploratório, de corte transversal. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 10 profissionais da área da saúde mental de nível superior, que trabalhavam nos CAPS da cidade de Imperatriz/MA há pelo menos dois anos. Os dados foram trabalhados a partir da análise de conteúdo. Com base nas questões de pesquisa e no roteiro das entrevistas foram construídas três categorias, intituladas: 1) Trajetórias e vivências dos trabalhadores de CAPS; 2) Perspectivas sobre o cuidado psicossocial em saúde mental; 3) AM como estratégia de ordenação do cuidado em saúde mental. Percebeu-se que a relação entre trajetória, vivência e conhecimento teórico da temática AM, por si não garante a efetivação dessa metodologia, bem como a ausência de práticas manicomialis, sinalizando, portanto, o papel fundamental de gestores da política no gerenciamento desse cuidado. A consolidação do paradigma psicossocial, isto é, a realização do cuidado centrado na pessoa e não na doença, revelou que há uma composição multiprofissional de pessoal, com um baixo grau de coordenação, alto nível de queixas, pouca integração entre as distintas especialidades e os demais serviços da rede. As dificuldades gerenciais aliadas à cultura de exclusão e asilamento herdado pelos trabalhadores de CAPS, dificultou a implantação de intervenções como o AM, transformando-o numa estratégia

distante do cotidiano do seu trabalho. Desta forma este estudo aponta para uma necessidade constante em programa de formação permanente, que se baseie na reflexão crítica da vivência profissional como instrumento de aprendizagem, aliado ao fortalecimento de espaços coletivos, como reunião de equipe, assembleia de usuários, ações intersetoriais, como canal de ampliação da participação dos trabalhadores, no intuito de favorecer a cogestão das atividades e a construção de processos de trabalhos cooperativos que atenuem os obstáculos de consolidação do AM.

Palavras-chave: Apoio Matricial; Vivências de trabalho; CAPS.

Abstract

THE MATRIX SUPPORT AND WORK EXPERIENCES IN MENTAL HEALTH: the perception of CAPS professionals

The Matrix Support (MS) in mental health area is configured as a methodology of teamwork coordination with professionals and differentiated health services, aiming to support the construction of longitudinal and integral care networks. Therefore, this research sought to understand the perception of the professionals of the Centers for Psychosocial Care – CAPS, about the support matrix and how it influenced in their work experiences. For this, a qualitative and exploratory cross-sectional study was carried out. And semi-structured interviews were conducted with ten professionals from the higher health area, people who works in the caps of Imperatriz city for at least two years. The data were worked from the content analysis. Based on the research questions and interviews script, three categories were constructed: 1) trajectories and experiences of CAPS works; 2) Perspectives on psychosocial care in mental health care ordering strategy. It was notices that the relationship between trajectory, experience and theoretical knowledge of the MS theme, by itself dow not guarantee the effectiveness of this methodology, as well as the absence of manicomial, signaling the fundamental role of policy managers in the management of this care. The consolidation of psychosocial paradigm, that is, the implementation of care centered on the person and not on the illness, revealed that there is a multiprofessional staff composition, with a low degree of coordination, a high level of complaints, little integration between the different specialties and the network services. The management difficulties associated with the culture of exclusion and isolation inherited by CAPS workers made it difficult to implement

interventions such as MS, transforming into a strategy that is far from the daily routine of their work. In this way, this study points to a constant need for a permanent training program based on the critical reflection of professional experience as a learning tool, together with the strengthening of collective spaces such as team meetings, user meetings, intersectoral actions such as channel to increase employee participation, in order to favor the co-management of activities and the construction of cooperative work processes that attenuate the obstacles of consolidation of the MS.

Key-words: matrix support – work experiences – psychosocial care center

I - Introdução da Dissertação

A saúde mental, é uma temática de relevância internacional, em função do ônus que causa não só ao portador de sofrimento psíquico, como aos seus familiares e comunidades interligadas, como empresas, escolas, sistemas de saúde (WHO, 2017). As estatísticas globais são influenciadas por especificidades de cada região ou país, contudo, segundo o relatório da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2017), até o ano de 2015, 322 milhões de pessoas no mundo sofriam de depressão, 264 milhões de transtorno de ansiedade, e 700 milhões de pessoas de algum transtorno mental.

No Brasil, a saúde mental é considerada um problema de saúde pública, considerando que 12% da população precisa de alguma assistência contínua ou eventual na área da saúde mental (Ministério da Saúde, 2008). Nesse sentido, o país tem procurado avançar, sustentado por um aparato legal, formado a partir da organização dos trabalhadores da saúde, através do movimento da Reforma Psiquiátrica, na busca por um cuidado psicossocial que dê conta de substituir o paradigma biomédico e hospitalocêntrico. A Reforma Psiquiátrica provocou fortes mudanças na forma de cuidar e compreender os transtornos mentais (Bernardi & Kanan, 2015).

Um importante marco legal nessa direção foi a Portaria nº 336/2002 (Ministério da Saúde, 2002) que regulamentou os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) como espaços multiprofissionais, que devem oferecer cuidados diários aos portadores de transtorno mentais, na perspectiva de um cuidado integralizado de base territorial e comunitária (Bernardi & Kanan, 2015). Desde então, há quase duas décadas, vários estudos têm buscado contribuir para a construção e avaliação de novas metodologias condizentes com o direcionamento do cuidado psicossocial (Jorge, Pinto, Quinderé,

Pinto, Sousa, & Cavalvante, 2011; Athié & Delgado, 2013; Campos, Figueiredo, Pereira Júnior, & Castro, 2014; Fiocruz, 2015; Viana & Campos, 2018).

Neste contexto, novas práticas, como as terapias em grupo, oficinas terapêuticas, projetos de geração de renda, a inserção da música e do teatro como instrumento, de tratamento, aliados ao cuidado integralizado em saúde mental, são cada vez mais presentes no cotidiano de dispositivos de saúde mental (Merhy, Gomes, Silva, Santos, Cruz, & Franco, 2014). Ações que incidem diretamente na ruptura de um paradigma de um cuidado biomédico para um cuidado psicossocial, na medida que estrutura intervenções junto ao usuário, para além do uso da medicação.

Esse cenário implica na necessidade dos serviços de empoderar outras profissões da área psicossocial, como assistentes social, pedagogo, educador físico, psicólogo, no sentido de construir uma outra dimensão da produção da saúde (Silva Júnior, Merhy, & Carvalho, 2003, p. 115). Neste cenário o apoio matricial –AM surge como uma estratégia de organização de trabalho entre equipes diferentes de saúde, baseado na compreensão da cogestão, que oferece suporte técnico especializado para a Atenção Primária em Saúde (APS). Em especial no campo da saúde mental, o AM busca ordenar o cuidado psicossocial numa lógica territorial, rompendo com práticas burocratizadas. De forma pedagógica, procura habilitar outros serviços de saúde para o acolhimento da demanda de saúde mental, possibilitando a troca de saberes, a organização dos fluxos na rede de atenção à saúde e das ações no território (Cunha & Campos, 2011; Pinto et al., 2012; Minozzo & Costa, 2013; Jorge et al., 2015; Oliveira & Campos, 2015; Bispo Júnior & Moreira, 2018; Viana & Campos, 2018).

O AM foi proposto inicialmente como uma estratégia de inserção do especialista na atenção básica, através da troca de saberes e sustentação das ações desenvolvidas no território, conduzido pela equipe do Núcleo de Atenção da Saúde da Família (NASF).

Posteriormente, esta prerrogativa foi estendida aos profissionais dos CAPS, no que concerne à saúde mental (Bezerra & Dimenstein, 2008). O AM foi construído como uma possibilidade de resposta metodológica, para a sustentação de um cuidado psicossocial no território (Viana & Campos, 2018).

Como aponta Campos e Domitti (2007), o conceito de AM contém dois aspectos fundantes: matriz e apoio. Matriz, contida no termo matricial, implica na flexibilização do especialista frente aos processos de gestão do cuidado, em uma relação de troca em relação ao profissional que está sendo apoiado, diferente da referência burocratizada, na qual o profissional passa para o outro serviço a responsabilidade do cuidado. Já o apoio subtende a organização dessa relação horizontalizada, a partir da qual o saber não é determinado pelo conhecimento dominante, mas pela troca, pela construção de um saber, a partir de uma interferência conjunta, favorecendo o trabalho interdisciplinar.

Internacionalmente, o trabalho inter profissional, aparece com a nomenclatura de cuidado compartilhado ou cuidado colaborativo, mas o termo AM, seja na sua dimensão conceitual ou metodológica, é utilizado apenas no Brasil (Oliveira & Campos, 2015). Neste país, embora seja uma estratégia relativamente recente, há vários estudos sobre o mesmo e os processos de trabalho na perspectiva dos profissionais da Atenção Primária (Bonfim, Góis, & Tófoli, 2013; Iglesias & Avellar, 2014), sendo escassos os estudos que investigam a perspectiva dos profissionais de CAPS, em especial realizados na região Norte do país (Costa, Colugnati, & Rozani, 2015).

Entende-se que a implementação do AM é bastante diversa entre as regiões do país, enfrentando dificuldades específicas em termos de formação, gestão e planejamento, sendo importante investigar tais especificidades (Bonfim et al., 2013). De acordo com Campos e Domitti (2007), há um imbricamento entre os modos de produzir coisas e de se autoproduzir, o que justifica o olhar desse estudo para o sujeito que conduz os

processos de trabalho, os profissionais da saúde mental de CAPS, pois a gestão e as práticas profissionais têm a capacidade de modificar os padrões dominantes de subjetividade e, portanto, de alterar o modo de ser do sujeito e das relações (Campos, 2006).

O AM é uma proposta que encontra respaldo na Carta das Nações Unidas de 2015 que incluiu em um dos seus objetivos, o bem-estar e a saúde mental (Ministério da Saúde, 2015). Esse documento serviu de referência para a realização da pactuação interfederativa em 2016 no Brasil, que definiu 23 indicadores e metas para 2017-2021 (Ministério da Saúde, 2016). Um desses indicadores é a articulação do apoio matricial realizado pelo CAPS na atenção básica (Ministério da Saúde, 2016). Foi realizado um acordo nacional para que todos os CAPS sejam avaliados na qualidade do desenvolvimento das ações, a partir da realização do matriciamento, colocando para os Estados e Municípios uma contratualização da gestão para a adoção desta prática (Ministério da Saúde, 2016).

Nesse sentido, este estudo teve como objetivo compreender as percepções dos profissionais de CAPS em relação ao apoio matricial e sua influência nas suas vivências de trabalho, cobrindo uma lacuna no que concerne ao olhar voltado para o profissional de saúde mental de CAPS. Dar voz a este profissional que é o gerenciador do cuidado, preconizado nas políticas de saúde mental, é de suma relevância, pois os estudos que dão voz aos profissionais de CAPS, direcionado a vivência do sujeito e não a avaliação de políticas, ainda são escassos (Fiocruz, 2015).

Trata-se de um estudo qualitativo, realizado no município de Imperatriz/MA, que possui uma rede de atendimento formada por três CAPS: um CAPS II, que atende crianças e adolescentes; um CAPS AD, usuários dependentes químicos de álcool e outras drogas; e um CAPS III, responsável pelo tratamento e acompanhamento dos usuários portadores de transtorno mental grave. Nesses locais, em 2017, trabalhavam um total de

190 funcionários e desse total, 52 tinham nível superior. Não foram convidados profissionais que estavam em desvio de função como, por exemplo, psicólogos, enfermeiros que estavam deslocados para ocupar espaços de gestão. Participaram deste estudo 10 profissionais de nível superior, com formação acadêmica diversificada, selecionados por conveniência (Sampieri, Collado, & Lucio, 2006). Estes responderam a uma entrevista semiestruturada em profundidade (Sampieri et al., 2006), as quais eram contextualizadas por registros em diário de campo mantido pela pesquisadora.

Assim, esta dissertação é composto pelo Relatório de Pesquisa, e um artigo científico que será submetido na revista Trabalho, Educação e Saúde, e pelas Considerações Finais da Dissertação. No Relatório de Pesquisa os dados são detalhados a partir de três grandes categorias construídas por meio de uma análise de conteúdo qualitativa. Na segunda parte, se apresenta um artigo científico empírico oriundo dos achados da terceira categoria e as subcategorias derivadas que enfocou as percepções e vivências dos profissionais de CAPS em relação ao AM como estratégia ordenadora do cuidado psicossocial. Por fim, na última parte, são apresentadas as considerações finais desse trabalho, onde foram expostas as principais inferências que os achados possibilitaram realizar, possibilidades e desdobramentos do estudo.

II - Relatório de Pesquisa

Apresentação

Sou assistente social há mais de vinte anos, servidora pública de Imperatriz/MA, atuante na área da Saúde Mental e Educação. Fui docente do Instituto Superior do Sul do Maranhão (IESMA), ministrando diversas disciplinas, dentre estas, pesquisa social. Impulsionada pela vivência profissional fiz especializações em diversas áreas, como: psicodrama, metodologia do ensino superior, saúde mental, educação e humanidades, formação integrada em educação permanente em saúde em movimento. Destaca-se, minha intensa vivência profissional na saúde mental, em especial no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Em 2000, iniciei como assistente social no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPS ij), no atendimento direcionado aos adolescentes. No cotidiano do meu trabalho do CAPS, fui convivendo com a complexidade das questões que envolvem o sofrimento psíquico e, em especial, com a proposta de atendimento psicossocial com base comunitária e territorialidade. Os desafios eram constantes, desde a falta de formação dos profissionais para uma atuação adequada, falta de condições estruturais de trabalho e até a inconsistência na concepção de trabalho em equipe.

Neste cenário, em 2013, fui convidada a compor o grupo gestor de saúde mental do município com o intuito de captar recursos e sistematizar a formação permanente dos profissionais da saúde mental de Imperatriz. Paralelo a esta função, em 2014 a 2015, em decorrência de uma especialização que estava fazendo em educação permanente em saúde, aprofundei a leitura sobre apoio matricial (AM) que se apresentava, na literatura do curso, como uma alternativa metodológica para a efetivação de um cuidado

psicossocial entre as diversas equipes de saúde. Assim, o trabalho de conclusão desta especialização, cujo tema foi: “Práticas que geram conversas e conversas que geram novas práticas”, resultou na coordenação de uma experiência entre os funcionários, intitulada “Intercâmbio interno entre os funcionários da rede de saúde mental da cidade de Imperatriz”. Esta experiência ganhou o prêmio InovaSUS de 2015.

Quando surgiu a possibilidade de realizar o mestrado em Psicologia Clínica, me sentir convocada a contribuir academicamente para o debate sobre o apoio matricial e desenvolver uma pesquisa que viesse a oferecer dados específicos de uma das localidades da região norte/nordeste, como Imperatriz/MA. O mestrado passou a ser instrumento de uma práxis fundamentada em uma caminhada profissional inquietante e cheia de possibilidades.

Em 2016, ao sair da função do grupo gestor, passei a atuar no CAPS III, permanecendo até o início de 2017. De 2017 até o momento, passei a ocupar um espaço de gestão desvinculado do município, direcionado para uma ação estatal, como diretora de saúde e coordenadora do departamento regional de saúde mental. Vale ressaltar que toda esta caminhada acadêmica e profissional é permeada pelos ideários e a posição política da reforma psiquiátrica em Saúde Mental, a qual propõe, de modo central, os CAPS como serviços substitutivos dos hospitais psiquiátricos, sob a perspectiva da pessoa com transtorno mental como um sujeito de direito.

A mudança de um cuidado centrado na pessoa e não nos seus sintomas, ainda é um desafio constante. Por mais que haja um esforço coletivo, fatos do cotidiano como a lotação do serviço no dia da consulta do médico, a relevância dos laudos médicos para o acesso às mínimas garantias sociais, além da cultura da medicalização, fragiliza a abordagem psicossocial e corrobora para a falta de sustentação das atividades psicossociais (Leão & Barros, 2012; Pinto et al., 2012).

Em resposta a esta demanda metodológica que pressupõe o desenvolvimento de uma ação coletiva em torno da singularidade de cada sujeito portador de transtorno mental, Gastão Wagner de Campos, a partir de 1999, propõe uma estratégia de reorganização e operacionalização do trabalho em equipe com profissionais e dispositivos diversificados, que ele vai chamar de Apoio Matricial (AM; Domitti, 2006; Bezerra & Dimenstein, 2008). Uma metodologia com o potencial de aumentar a resolutividade dos casos clínicos, possibilitar a troca de saberes profissionais, partilhar demandas territoriais, (Pinto et al, 2012), o que requer tempo e investimento intelectual para sua consolidação.

Nesse sentido, este estudo foi realizado com o objetivo de compreender as percepções dos profissionais de CAPS em relação ao apoio matricial e sua influência nas suas vivências de trabalho, o qual contribuirá para cobrir uma lacuna no que concerne ao olhar voltado para os profissionais de saúde mental de CAPS Contribuirá também ao enfocar as vivências dos sujeitos enquanto profissionais de CAPS e não a avaliação de políticas, perspectiva ainda pouco explorada (Fiocurz, 2015).

A coleta de dados foi realizada na cidade de Imperatriz, localizada no Estado do Maranhão, distante 629,5 km da capital, São Luís. Com uma população de 260 mil habitantes, ocupa uma posição expressiva no Estado representando o segundo Produto Interno Bruto (PIB, 9,8) (Prefeitura Municipal de Imperatriz, 2018). Nesses últimos anos, a cidade se tornou um polo universitário, comercial e de serviços de saúde, recebendo em torno de 700 mil pessoas de cidades vizinhas dos Estados do Maranhão, Pará e Tocantins (Prefeitura Municipal de Imperatriz, 2018). Para atender a esta demanda, o município dispõe de uma rede de saúde mental, composta por um CAPS III, CAPS AD, CAPS IJ, SRT (Serviço de residência terapêutica), um ambulatório de saúde mental, um consultório de rua, serviços de urgência e emergência, cinco equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da

Família (NASF) e 28 equipes Estratégia de Saúde da Família (ESF). Tal estrutura proporciona uma cobertura de menos de 40% da população do município (DATASUS, 2018).

Neste contexto, a coleta de dados desse estudo foi realizada com os profissionais de nível superior dos CAPS III, AD III e IJ exatamente por buscar apreender as percepções dos profissionais de saúde mental de CAPS em relação ao AM e sua influência nas suas vivências de trabalho. Esses três serviços respondem a uma pactuação do SUS em atender prioritariamente a região de saúde de Imperatriz, composta por 16 municípios.

O CAPS III e o CAPS AD III foram implantados após o fechamento da clínica psiquiátrica em 2012. Já o CAPS IJ existe desde 2004, tendo sido o primeiro em todo o Estado do Maranhão. Todas essas alterações foram marcadas por intensos conflitos políticos e de interesses econômicos, dando um viés de “subversão” e, ao mesmo tempo, de resiliência ao segmento de serviços em saúde mental.

Método

Participantes

Participaram desse estudo, dez profissionais de nível superior, que estavam trabalhando nos serviços de CAPS da cidade e que tinham mais de dois anos de experiência. O município de Imperatriz/MA, passou por uma mudança de gestão na área da saúde em 2017 que afetou, em especial, os serviços de saúde mental.

Essas mudanças implicaram na remoção de funcionários entre os serviços de saúde da cidade, bem como na redução do quadro de funcionários, o que provocou reorganização de atividades nos locais de trabalho. Desta forma, os funcionários que

permaneceram vinculados aos serviços de saúde mental e atendiam ao critério de inclusão desta pesquisa totalizaram 26 pessoas, todos estatutários. Assim, desses 26 foram convidados 12, por conveniência, a partir dos contatos que a pesquisadora tinha durante a elaboração do projeto. Sendo a pesquisadora também uma trabalhadora da saúde do município, salienta-se que nenhum dos entrevistados era colega de trabalho atual da mesma.

Dois profissionais se recusaram, por não se sentirem seguros com o sistema de gravação e pouco à vontade para conversar sobre a temática, considerando o contexto recente de mudanças na gestão da saúde. Assim, foram realizadas dez entrevistas, haja vista que os participantes contemplaram os diversos serviços de saúde mental da cidade, uma diversidade de profissões, sendo comum a todos o vínculo de trabalho estatutário e o perfil de uma formação específica em saúde mental (pelo menos dois anos de atuação na área).

Dos dez participantes entrevistados, sete eram mulheres e três eram homens, dado que reforça a forte presença feminina no mercado de trabalho na área da saúde. Quanto aos três homens entrevistados, um deles era enfermeiro e dois eram médicos. Percebeu-se uma distinção em relação aos médicos, reforçada pela diferenciação do salário, carga horária e, principalmente, o tratamento que recebia dos demais profissionais da equipe e da coordenação.

Às vezes tem alguns atritos, por exemplo, a questão do médico, que a gente tem aqui, que ainda é muito forte, o médico ter um lugar diferenciado, porque ele se coloca e é colocado nesse lugar diferenciado, um dia eu achei engraçado que a gente chega aqui para atender um pessoal que está acolhido e as vezes é uma maior dificuldade até para pegar o prontuário, o pessoal fica: “Ah, não, tô fazendo isso...” não te dá o prontuário. Outro dia o médico chegou lá na sala, ele entrou, eu fiquei olhando, ai depois veio uma pessoa trazendo uma mesa, ai veio outra pessoa trazendo a cadeira, ai depois veio outra arrumando as folhas, arrumando as coisas, ai depois veio a outra trazendo melancia, trazendo melão, eu fiquei assim: “ não, meu Deus do céu...” Então assim, existe isso né, mas para mim o que acaba dificultando as vezes é essa questão do comprometimento. (#8)

A seguir, se apresenta a Tabela 1 com algumas características gerais dos entrevistados/as.

Tabela 1

Dados gerais sobre os profissionais de Saúde Mental (N=10)

Participantes	Idade	Sexo	Profissão	Tempo de serviço	Formação
#1	33	F	Assist. Social	5 anos	Esp. Saúde mental/ saúde da família/gestão da clínica
#2	28	F	Ed. Físico	5 anos	Cursos de aperfeiçoamento em saúde mental
#3	58	F	Pedagogo	10 anos	Especialista em saúde mental/Educação inclusiva/gestão da clínica
#4	43	F	Psicólogo	16 anos	Especialista em AD/Mestre em saúde coletiva
#5	39	M	Médico	10 anos	Especialista em saúde mental
#6	52	M	Enfermeiro	16 anos	Especialista em saúde mental
#7	34	F	Enfermeira	11 anos	Especialista em saúde mental/Estratégia da família
#8	36	F	Psicólogo/psicanalista	14 anos	Especialista em saúde mental
#9	39	M	Médico psiquiatra	13 anos	Especialista em saúde mental/Psiquiatria
#10	31	F	Psicóloga	3 anos	Especialista em saúde mental e neuropsicopedagogia

Instrumentos

Foram utilizadas entrevistas em profundidade com roteiros semiestruturados, no intuito de compreender as percepções dos profissionais de CAPS em relação ao apoio matricial e sua influência nas suas vivências de trabalho. A opção por este instrumento visou a apreensão dos dados a partir da perspectiva do sujeito entrevistado, colhendo com profundidade sua narrativa (Sampieri, Collado, & Lucio, 2006). As entrevistas foram feitas de modo semi-dirigido a partir do roteiro (Apêndice A). Ou seja, era feita uma primeira questão geral sobre cada bloco temático abordado e outras perguntas

complementares conforme o retorno do entrevistado, no intuito de especificar melhor algum aspecto descrito ou auxiliar na fluidez e foco da narrativa do participante. Apenas quando o assunto se esgotava, um novo tópico era desenvolvido.

Procedimentos de coleta de dados

As entrevistas foram realizadas entre os meses de junho a agosto de 2018, realizadas no local solicitado pelo entrevistado, conforme a realidade de cada entrevistado. Três entrevistas foram realizadas na residência dos participantes, três nos seus consultórios particulares, duas em um café da cidade e as outras duas foram realizadas no próprio CAPS onde os entrevistados trabalhavam. As entrevistas tiveram duração média de duas horas.

Além das entrevistas, a pesquisadora também coletou informações gerais sobre os participantes (apresentadas na Tabela 1) e manteve um diário de campo, no qual registrou suas impressões em relação às entrevistas. Dentre as anotações relevantes, foi possível apreender o momento de desestabilização emocional que vários dos profissionais do município estavam vivenciando devido às mudanças na gestão que ocasionaram deslocamentos abruptos entre os serviços de saúde e mudanças organizacionais que não foram pactuadas com os trabalhadores. Além disso, alguns dos entrevistados se emocionaram ao relembrar vivências vinculadas a sua trajetória profissional, no encontro de lembranças, sonhos, projetos de vida e trabalho.

Aspectos éticos

Esta pesquisa seguiu as recomendações éticas para a realização de estudos com

seres humanos, de acordo com a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2016). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unisinos e somente se iniciou a coleta de dados após sua aprovação na Plataforma Brasil, parecer nº 2.549824 (Anexo A). Todos os participantes foram esclarecidos sobre os propósitos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, Apêndice B). Os dados e a identidade dos participantes serão preservados em qualquer divulgação da pesquisa e eles foram informados da participação voluntária e da possibilidade de desistir em qualquer momento, sem prejuízo em seu local de trabalho.

Durante as entrevistas, como já foi apontado, em vários momentos os participantes se sentiram bastante sensibilizados. Diante disso, a pesquisadora adotou uma postura de acolhimento, escuta qualificada e pausa conforme solicitação do/a entrevistado/a. Apesar do desconforto que possa ter gerado para alguns dos participantes, nenhum interrompeu sua participação na pesquisa, ao contrário, manifestaram alívio e satisfação por terem tido esse momento de escuta de suas angústias, ideias, histórias.

A entrevista tornou-se um instrumento de desabafo e canal de comunicação de profissionais que se sentiam silenciados seja pela conjuntura da gestão, seja por aspectos de sua própria trajetória. Assim, embora tenha sido oferecido, não se fez necessário a realização de nenhum encaminhamento para acompanhamento psicológico.

Também foi solicitado aos profissionais a autorização para gravação das entrevistas, que foram feitas por um gravador mp4. Essas, foram transcritas por uma outra pessoa capacitada pela pesquisadora para esta atividade. Os áudios das entrevistas serão arquivados pelo período de cinco anos pela pesquisadora, quando então serão deletados.

Análise dos dados

Foi empregada a análise temática de conteúdo (Bardin, 2009; Flick & Gibbs,

2009; Minayo, 1993), a qual permite ao pesquisador, a partir de algumas regras básicas, adequá-las ao domínio e objetivos pretendidos, reinventando a cada momento uma releitura dos dados, a partir de um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Conforme Bardin (2009), este é um método que possibilita a organização dos dados e o entendimento de percepções e vivências como se propôs o presente estudo.

A análise seguiu três etapas. Na fase da pré-análise, todos os áudios foram ouvidos e realizada uma leitura geral de toda a transcrição, para permitir ao pesquisador ter um entendimento generalizado dos dados e se apropriar das ideias e informações que os dados trouxeram (Bardin, 2009).

Num segundo momento, foi realizado a categorização dos relatos, com o intuito de construir uma lógica dos conteúdos apresentados nos dados, após diversas leituras dos textos produzidos, foi realizada uma limpeza, retirando cacoetes verbais, repetições e falas confusas que não coadunavam com a temática do roteiro proposto (Flick & Gibbs, 2009). A categorização levou em consideração os objetivos.

Desta forma, o presente estudo proporcionou três grandes categorias, sendo elas: Trajetórias e vivências dos trabalhadores de CAPS; Perspectivas sobre o cuidado psicossocial em saúde mental; AM como estratégia de ordenação do cuidado em saúde mental. Destaca-se que as descrições e interpretações presentes em cada categoria, foram fruto dos dados gerados nas entrevistas a partir da relevância expressa pelo entrevistado, dando ênfase à lógica interna do pensamento, dos sentimentos e das ações dos entrevistados (Minayo, 1993).

Por fim, na última etapa, a partir do processo analítico das categorias, iniciou-se o relato e interpretação dos dados, articulando a descrição desses, com conhecimentos mais amplos, tais como, a definição de apoio matricial, estudos similares realizados em outras regiões do Brasil e a literatura subjacente a temática do apoio matricial, como

propõe Minayo (1993). Esta última atividade, foi feita com muita atenção, para não alterar a informação do entrevistado, mas trazer o sentido real da sua expressão, muitas vezes entrecortado, por momentos de pausas e reflexões, conforme registro do diário de campo. De posse desses dados, o pesquisador faz as inferências necessárias, norteado pelo objetivo do seu estudo (Bardin, 2009).

Resultados Síntese Final

A análise dos dados coletados nas entrevistas, permitiu a construção de três grandes categorias, todas conformadas em torno do tema central do AM. São elas: 1) Trajetórias e vivências dos trabalhadores de CAPS; 2) Perspectivas sobre o cuidado psicossocial em saúde mental; 3) AM como estratégia de ordenação do cuidado em saúde mental. As categorias serão descritas a seguir, apresentando-se também um quadro com as subcategorias e os principais sentidos associados a cada uma, ilustrando-as com vinhetas das entrevistas quando pertinente.

Trajetórias e vivências dos trabalhadores de CAPS

A primeira categoria foi construída a partir da descrição da trajetória acadêmica de cada entrevistado, as motivações para sua escolha, a forma de inserção profissional na área da saúde mental e os sentimentos referentes ao seu trabalho na área. Com esse caminho buscou-se traçar a relação entre a trajetória e as vivências dos trabalhadores de CAPS com suas percepções sobre o AM. A seguir, apresenta-se os principais sentidos associados a essa categoria a partir dos relatos na Tabela 2.

Tabela 2

Trajetórias e vivências dos trabalhadores de CAPS

Categories	Unidades de sentido
Trajetória acadêmica	Assistência social. Estratégia Saúde da família. Clínica psicanalítica. Área da educação. Atuação somente na saúde mental. Todos especialistas em saúde mental
Motivação para sua escolha	Questões familiares Características pessoais Sonho de infância Circunstâncias da vida
Forma de inserção na saúde mental	Identificação profissional. Oportunidade de trabalho. Involuntária
Sentimentos referentes a trabalhar com saúde mental	Gosta Sente paixão Se identifica Gratificado Frustrado Muito à vontade Especial

A palavra vivência tem um sentido relacionado a conhecimentos e emoções adquiridas através da experiência vivida. Significa o modo como alguém vive ou se comporta, o desenvolvimento de uma impressão ou experiência psíquica (Sato, Hespanhol Bernardo, & Oliveira, 2008). Ao focar a vivência profissional ou de trabalho salienta-se, a partir do cotidiano de trabalho, a existência de distintos modos de vivenciar, de atribuir sentido e de estar em diferentes tipos de organização do trabalho (Sato et al., 2008). Este entendimento fica evidente no relato de alguns dos entrevistados, em especial entre aqueles que tiveram sua inserção na saúde mental a partir de uma escolha profissional consciente, fruto de um processo de identificação.

Eu lembro na faculdade que, eu já tinha assim, acho que algo em mim, desde muito cedo eu já era muito sensível. Eu lembro que uma vez eu era criança, nunca me esqueço disso, a minha família é de São Paulo, eu tinha viajado de ônibus... estava voltando de Campinas e eu vi dois moradores de rua, o tempo muito frio, acho que eu deveria ter uns oito anos, aí eles estavam lá cobertos com um papelão, com jornal. E eu olhei assim e “*mãe por quê que eles estão aí, por que eles não vão para casa deles*”; “*eles não têm casa...*”. Eu caí num choro... “*Mãe, como assim eles não têm casa*”? Eu fiquei muito sensível.... Em relação à saúde mental, mais ou menos, no meu terceiro ano de faculdade eu fiz um estágio, foi no asilo,

foi um dos primeiros estágios curriculares que eu fiz. E o asilo era horrível, era um asilo mesmo de idosos, era assim, naquele local onde as famílias deixavam de fato e abandonavam, e a gente ia fazer as visitas e fazer os trabalhos, o local era malcheiroso. Os idosos mal cuidados e aí quando tinha eventos no local eles estavam todos arrumados, o local todo muito limpo, muito bonito, decorado e aquilo começou a me incomodar. E aí uma vez uma pessoa que ficava a frente da direção desse local falou que aquilo não era serviço, era um depósito de gente, então aquilo ali me tocou. Depois quando eu assisti o “Bicho de sete cabeças”, que foi nessa época, aí aquilo me sensibilizou de vez, eu lembro que eu assisti no cinema, o filme acabou e eu fiquei sentada assim, impactada, demorei para levantar né, era um dos primeiros contatos que eu estava tendo assim mesmo, ali naquelas imagens né, do manicômio e tudo, e eu fiquei muito impactada. Então já tinha, também, uma curiosidade pela questão da psicopatologia, um interesse mais técnico por essa área e diante as minhas vivências, as relações que eu fui tendo na faculdade, já desde a faculdade eu direcionei minha formação para a Saúde Mental. (#8)

Cinco dos dez entrevistados, relatam influência durante sua graduação ou de familiares, como determinante para sua escolha profissional, como exemplo o profissional #6, que ressalta sua experiência com o pai alcoolista como a principal motivação para sua escolha pela saúde mental. Percebe-se que características pessoais, associadas a experiências na vida acadêmica e influências familiares vão direcionar a inserção na saúde mental, num processo de identificação. As experiências ganham sentido quando nos tocam e enchem as situações vividas de significados, pois a formação nos convoca a experimentar (Abraão & Merhy, 2014).

Eu acho que jamais vai sair de mim (saúde mental), mas tem muitos entraves.... Eu gosto muito, e vou tentando me aprimorar.... Eu acho que a gente deixou um pouco a desejar na questão política da saúde mental, dessa coisa da cidadania, da autonomia em termos sociais, mas reconheço, pelo menos vejo dessa forma. Nós éramos psicólogas clínicas por mais que eu tivesse aquela experiência naquele estágio, de repente eu estava aqui, eu era psicólogo de consultório, quando eu olho para clínica particular que eu estagiei ela era um CAPS. É muito doido pensar isso, mas eu vejo que eu trago muito da minha experiência, do que eu aprendi lá para o meu trabalho do SUS, porque quem coordenava era um cara antenado, não era um cara de cabeça fechada, era um psiquiatra, ele fazia feijoada para os pacientes, a gente dançava com os pacientes, todo dia, toda sexta-feira tinha Happy Hour, então a clínica era movimentada, então esse movimento é.... E eu trago muito isso, a gente abraçou esse negócio (a saúde mental), então eu me sinto muito responsável pela saúde mental, e eu tenho muito orgulho de dizer que a gente começou esse trabalho. (#4)

Desta forma, entende-se que as concepções sobre a formação profissional expressas pelos entrevistados/as, em muitos momentos, coadunam com o entendimento de trabalho vivo de Merhy (2008), como a capacidade criativa, não burocrática do profissional de saúde, na relação de cuidado com seu usuário. Esse fluxo relacional gera processos de trabalho que não se restringem as normas, rotinas e processos cristalizados burocraticamente.

A trajetória de todos os profissionais de CAPS entrevistados foi marcada por um investimento específico na área da saúde mental, em especial após se inserirem como profissionais nesse segmento. Chamou atenção o fato de os profissionais terem acumulado vivências em outras áreas da saúde, da assistência e ainda na educação.

Além dos serviços que eu passei, eu já trabalhei em vários outros locais bem diversos Pró-jovem, jovens e adolescentes, pessoas com deficiência física, pessoas que residem no lixão, mas essa diversidade, assim, de experiência me ajuda a ter uma visão mais ampla da sociedade, de como poder ajudar na prática esse indivíduo e também aprender, ser ajuda com cada um deles, e eu acho que essa experiência ela me ajuda muito na minha prática, a minha visão mudou muito. (#1)

Em relação à experiência profissional, o grupo entrevistado tinha um tempo de trabalho em saúde mental entre dezesseis e três anos, o que os caracteriza como tendo uma vivência já consolidada e de permanência nos equipamentos de saúde mental. Conjuntamente, se evidenciou uma trajetória de formação continuada entre os profissionais, estimulada por questões pessoais ou por Políticas Nacionais de Educação Permanente (PNEPS).

No geral, os relatos dos profissionais sugerem que eles se viam como fruto de uma formação fundamentada em disciplinas e especialidades, habituados a olhar a realidade de forma fragmentada. Porém, nas suas vivências laborais cotidianas de atendimento psicossocial no CAPS, os entrevistados tinham que dar conta de responder pela implantação de uma proposta de modelo psicossocial, o que requer uma ruptura radical

da maioria dos conceitos estudados ao longo dos anos de formação (Yasui & Costa-Rosa, 2008).

O que se percebeu nos achados é que os profissionais, ao longo de sua trajetória foram se capacitando, seja com especializações diretamente vinculadas a saúde mental, como gestão da clínica (#1), psiquiatria (#5; #9) e saúde mental (Todos), e/ou em áreas complementares (neurociência, psicanálise, saúde coletiva). Enfim, esta complementação de formação acontece juntamente com a vivência cotidiana, confirmam a compreensão de Merhy, Gomes, Silva, Santos, Cruz e Franco (2014) de que o trabalho é um instrumento permanente de formação: na medida que aprendo com o colega de trabalho, com o usuário e amplio o conhecimento sistematizado.

Ao longo da trajetória de cada um dos profissionais, suas experiências vividas, apontavam para um direcionamento profissional, perpassado por subjetividades, advindas de cada vivência, isto implica dizer que o trabalho traz aprendizagens e reconstrói caminhos que modificam o sujeito, incidindo na concepção de trabalho e da práxis desse trabalhador (Zanatta, 2017). Dentre os dez entrevistados, cinco chegaram na saúde mental de forma involuntária, mas isto não foi obstáculo para a realização do trabalho, ao contrário, a busca de uma formação continuada passou a ser necessária para os desafios enfrentados no campo.

Eu sou da educação, sou professora e aí tudo começou quando eu tive a oportunidade através da minha irmã de conseguir ser lotada na saúde. Eu fui “pro” CAPS ij, cheguei lá sem experiência nenhuma, fiquei meio perdida e eu me perguntava o que que eu ia fazer... Eu lembro que tinha uma colega na época, ela era até terapeuta e eu lembro que eu fui fazer, meu Deus... um apoio tão simples, fiquei toda enrolada, mas assim fui atendendo e aí é, sempre atendia, procurava ajudar mais nessa questão das crianças que não sabem ler e escrever, que chegavam com transtorno mental, ia atendendo à medida que surgiam as necessidades. (#3)

Nesse fragmento a trabalhadora de saúde mental, expõe o distanciamento que tinha desse campo de trabalho e depois a disponibilidade em ir experimentando, buscando

junto a necessidade do usuário seu próprio caminho de atuação. Por outro lado, ficou evidente a situação de desamparo da trabalhadora, tentando fazer as coisas de improviso, sem ter tido qualquer acolhimento na nova área ou a mínima capacitação por parte do serviço para as funções que devia desempenhar.

Ainda nessa direção, outros estudos empíricos realizados com profissionais de diferentes formações trabalhando em CAPS (Anjos Filho & Sousa, 2017; Vasconcellos, 2010; Filizola, Miloni, & Pavarini, 2008) apontam que a dificuldade de um trabalho interdisciplinar tem raízes na formação acadêmica, pois estes não eram preparados para o desenvolvimento de habilidades essenciais para esta prática que envolve competências como ouvir o outro, sentir-se seguro caso seja necessário sair do seu núcleo de saber, ser capaz de trocar saberes. O sentimento de falta de preparo para o trabalho em equipe também ficou claro nos relatos de quase todos os entrevistados, com exceção de dois. Um dos profissionais (#4) afirmou ter como uma característica pessoal muito forte a preferência por trabalhar em conjunto com outras pessoas. Já outro profissional (#9), conforme as anotações do diário de campo, destacou que o trabalho em equipe é sempre positivo, parecendo ter dado uma resposta convencional e socialmente desejável.

Em geral é bom, alguns profissionais quando vai muito assim, para o lado da enfermagem, da medicina, a gente percebe que a visão é mais doença, pura doença, a visão ela é um pouco mais limitada, aí as vezes tem alguns entraves. (#1)

Olha, tem ainda aquela questão da ideia multiprofissional, então você tem vários profissionais e cada um está dentro da sua função e todos eles quando querem ajuda pedem ajuda para a enfermagem, mas quando a enfermagem pede ajuda para eles tem aquela questão interdisciplinar que é outra modalidade. Você tem vários profissionais, eles trabalham entre si, então eles são multiprofissionais não são interdisciplinares quando eles precisam de ajuda ou alguém dá um grito ou alguma coisa: 'tão chamando aqui na recepção', 'sim quem chamou?'; 'Ninguém, é ele que está fugindo', na obrigação de querer saber o quê que 'tá' agitando o paciente joga para quem? Normalmente, acaba assumindo, quem está 24 horas, a enfermagem. (#6)

A gente pensa assim, que cada profissional deve fazer só o que é pertinente à sua

área, por exemplo, a psicóloga fazer escuta, a enfermeira passar alguma medicação, mais aí quando a gente vai ver a gente também pode escutar, claro que a gente não vai fazer o que é específico do profissional. Mas uma escuta a gente faz, observar se a criança está precisando de alguma conduta a ser realizada, a gente faz sim. Nesse trabalho em equipe algumas pessoas se apoiam demais no outro e deixa de fazer o seu serviço. (#2)

O atendimento de pessoas com sofrimento psíquico, que não esteja restrito a internação e medicação, exige desse profissional uma polivalência que tem sido pouco estimulada nos cursos acadêmicos (Delgado, 2012). A atuação interdisciplinar, em especial em saúde mental, implica no exercício constante da democratização das relações, na abertura para intervenções terapêuticas diversificadas e heterogenia dentro de um mesmo espaço, rompendo com a lógica burocratizada do atendimento (Bispo Júnior & Moreira, 2018; Viana & Campos, 2018).

Percebe-se que os profissionais entrevistados, mesmo manifestando sentimentos contraditórios de alegria e tristeza em relação ao trabalho em saúde mental, referiam certa gratificação em ofertar um cuidado a quem a sociedade desistiu de cuidar, elevando seu sentimento de altruísmo. Neste contexto, chamou atenção a unanimidade dos entrevistados relatarem sentimentos de satisfação, gratidão, paixão pelo trabalho na saúde mental. Porém, estava presente também um forte sentimento de frustração, mediante as situações sociais e subjetivas com alto nível de complexidade de alguns usuários/as, sendo que nem sempre era possível encaminhar de uma maneira satisfatória, em especial por questões políticas e de gestão.

É gratificante, essa é a palavra, o nosso trabalho aqui, ele é um pouco “missionário”, porque assim, a gente acaba indo além da coisa só do cuidado técnico que a gente tem que ter com o nosso usuário, a gente acaba fazendo um pouco mais, e a saúde mental ela demanda amor, ela demanda capacidade de se colocar no lugar do outro, sabe a coisa da empatia, mas que os outros serviços. Então hoje trabalhar dentro da saúde mental pra mim acaba sendo uma coisa gratificante, porque mesmo as coisas não funcionando, mesmo o sistema não funcionando, processo de trabalho não funcionando, as coisas não indo bem, mas eu fazendo aquilo pelo usuário, conseguindo fazer alguma coisa eu me sinto feliz, me sinto grata. (#7)

A Saúde Mental ela é a minha escolha profissional, eu gosto, eu gosto muito e ao mesmo tempo é muito difícil porque é um serviço público, e o serviço público no nosso país, de um modo geral é muito falho e isso traz muita angústia pro funcionário e essas questões institucionais, elas são às vezes muito difíceis de lidar, eu já tive períodos assim... [pausa longa] de estar muito desanimada... Eu já tirei uma licença aqui do CAPS no período de 2014 à 2016 já por conta de uma dificuldade nesse sentindo, mas voltei. Mas assim, é uma escolha, independente das escolhas institucionais e políticas ali do momento. (#8)

O aspecto gratificante, presente no discurso de todos os entrevistados, sinaliza um agir missionário, que pode descaracterizar uma intervenção implicada politicamente e afetivamente com a transformação dos modos de cuidar e de se relacionar com a loucura (Silva & Fonseca, 2005). Este movimento de uma visão missionária do exercício profissional, ressignifica para eles/as uma prática menosprezada socialmente, gerando angústia e impotência diante dos desafios postos no cotidiano do trabalho, em especial na capacidade da gestão em gerir processos de trabalhos e a capacidade técnica da equipe em oferecer um cuidado resolutivo (Ramminger & Cruz, 2011).

Já teve muito paciente que o tratamento dela é muito difícil, que na minha opinião é um Transtorno Dissociativo, de personalidade, só que no CAPS, ela disse que não se identifica com nenhuma das terapias, e se você passar um antipsicótico, os que são liberados pelo SUS, Haloperidol que é o que tem em Imperatriz hoje, não seria ideal para ela. De uma certa forma, ela vai comigo, às vezes ela vai duas vezes no mês, mas só para gente fazer uma certa terapia com ela, só conversa. Acaba que ela não tem condições de comprar, o município não compra, a família, é aquela família desestruturada, que a maioria são desestruturados, tem muitos traumas na infância, não quer saber da mãe, a mãe às vezes não quer saber do filho. E nesse caso, em especial, a mãe tentou vendê-la, tentou casar ela com um homem mais velho, por causa de dinheiro, que a família era pobre, ela era bonitinha na época. Enfim, a gente não pode fazer muita coisa por ela hoje. (#5)

O fragmento acima traz com muita precisão os limites vividos pelo profissional, diante da complexidade do sofrimento psíquico da usuária (Jorge, Diniz, Lima, & Penha 2015). Independente da formação acadêmica, são situações que assinalam para pressupostos de dialogicidade, horizontalização das relações, resistência à frustração e criatividade. Pressupostos subjacentes a proposta do AM requer sujeitos dispostos a

concretizá-las (Cunha & Campos, 2011; Viana & Campos, 2018). Um desses sujeitos é o trabalhador de CAPS, foco central desse estudo: um profissional que deve exercer múltiplas funções.

A formação, portanto, permite desenvolver habilidades necessárias ao AM, mas não garante por si sua concretização, haja vista os obstáculos sinalizados por Vasconcelos (2010), Anjos Filho e Sousa (2017) e Zanatta (2017) na construção do trabalho em equipe dos profissionais de CAPS. Esses autores apontam para uma demanda fortemente mobilizadora, fato perceptível nos entrevistados, conforme registro do diário de campo, aliado as exigências formais colocadas para os serviços, desde as questões jurídicas, a gestão coletiva das atividades e as demandas dos demais serviços da rede. Ramminger e Cruz (2011), sinalizam que o excesso de complexidade gera no trabalhador de CAPS um uso “exacerbado de si”.

Depreende-se que a vivência profissional, somada a trajetória que o profissional constrói, pode ser capaz de desenvolver habilidades profissionais essenciais ao exercício do AM, em especial a disponibilidade para troca de saberes, a cogestão e a democratização das relações, como sinaliza Campos e Domitti (2007). Para isso, é preciso apostar numa formação fundamentada na reflexão crítica da prática, que extraia do cotidiano o material da aprendizagem. Alia-se a isto o que os relatos trouxeram quanto a importância de um direcionamento institucional para que se garanta espaços coletivos de dialogicidade (Viana & Campos, 2018). Segundo esses dois autores, não basta oferecer qualquer formação ou curso, mas se propõe o direcionamento para uma formação continuada na perspectiva de metodologias ativas, onde o conhecimento esteja vinculado a uma vivência e os conteúdos sejam produzidos a partir da problematização da realidade vivida. Sendo assim, promover essa dialogicidade impactaria no bem-estar e na saúde mental do trabalhador, o que também deveria ser foco de ações no contexto do AM.

Perspectivas sobre o cuidado psicossocial em saúde mental

A segunda categoria partiu dos seguintes tópicos: desafios encontrados por estes profissionais ao prestar cuidado em saúde mental; distinções entre a atuação em saúde mental e em outras áreas; concepções sobre o que é cuidar em saúde mental; e a descrição de vivências exitosas de cuidado. Os achados encontrados nesta categoria possibilitaram avaliar como as percepções dos funcionários de CAPS sobre o cuidado em saúde mental estavam em consonância ou não com a noção de AM como um instrumento de intervenção profissional. A Tabela 3 descreve os principais aspectos levantados nessa categoria a partir da fala dos profissionais.

Tabela 3
Cuidado psicossocial em saúde

Categories	Unidades de sentidos
Desafios da saúde mental	Gestão do cuidado psicossocial com resolutividade Organização dos processos de trabalho pelos gestores Rompimento com a cultura manicomial
Diferenciação da saúde mental em relação a outras áreas	Preconceitos Usuários com situações de maior complexidade Consideração dos aspectos psicossociais Uso de tecnologias leves com maior intensidade
Compreensão psicossocial do cuidado	Condução diária a partir da necessidade do usuário Envolve intervenção no campo da clínica ampliada Cuidado em rede Disponibilidade para estar com o outro em sofrimento psíquico Atendimento integrado, em equipe Atenção especial a saúde do profissional cuidador
Experiências exitosas vinculadas a vivência do trabalho em rede	Serviços e profissionais mobilizados para ajudar o usuário Atendimento em equipe AM na coordenação do cuidado

O processo da Reforma Psiquiátrica, que ocorreu no Brasil a partir de 1970, emergiu a partir das lutas dos movimentos sociais em defesa dos direitos dos pacientes com transtornos mentais, apoiados por denúncias constantes de abandono e maus tratos, pouca resolutividade do cuidado oferecido (Maciel, 2012; Hirdes, 2009). Esse movimento colocou em cheque a proposta hegemônica do modelo de assistência centrado nos hospitais psiquiátricos. Refere-se, portanto, a produção de mudanças nos processos de cuidado em saúde mental, caracterizada pelo rompimento com o paradigma biomédico para afirmação do paradigma psicossocial.

O paradigma psicossocial advoga um cuidado centrado na pessoa em seu contexto comunitário e social e não na doença (Pinto et al., 2012). Surge então os CAPS, como uma das principais estratégias para a operacionalização desse rompimento. Para Delgado (2007), os CAPS não deveriam ser apenas um estabelecimento de saúde novo, mas um modo novo de operar o cuidado, principalmente no que se refere à mudança da relação da clínica com o território. Tal redirecionamento imprimiu aos trabalhadores de saúde mental demandas de novas práticas na perspectiva de uma proposta comunitária e

territorializada (Hirdes, 2009; Leão & Barros, 2012). Para isto, um dos grandes desafios é a construção de uma clínica que atenda a esta nova demanda, em que o cuidado deve estar centrado no sujeito (Jorge, Pinto, Quinderé, Pinto, Sousa, & Cavalcante, 2011; Onoko-Campos, 2001; Silva Júnior, Merhy, & Carvalho, 2007).

A gente trabalhou na clínica psiquiátrica, saiu da clínica psiquiátrica mas muitos ainda continuam com a clínica dentro de si, tirar a clínica de você, de dentro de você e se integrar ao novo modelo, é isso que tá atrapalhando. (#6)

Olha, infelizmente, o serviço, ele ainda reproduz práticas lá do Hospital Psiquiátrico, práticas manicomial, tipo o usuário vem para a consulta, pega a receita, vai embora, o usuário tem a hora de tomar o remédio, o usuário tem um jeito de tomar o remédio, tem a hora da comida. Então assim, eu acho que, infelizmente, ainda no CAPS III a gente ainda tem essa reprodução de práticas de dentro do manicômio, dentro do serviço de CAPS III. (#7)

Os dois relatos acima explicitam a questão do paradigma biomédico como predominante nas práticas cotidianas do CAPS III. Cabe ressaltar que os dois entrevistados em questão, na sua trajetória profissional, tiveram sua inserção na saúde mental em hospital psiquiátrico, demonstrando uma maior sensibilidade a essa percepção. Os demais, embora não tenham feito menção especificamente aos paradigmas, relataram lacunas na sua capacidade pessoal ou da equipe em dar conta da complexidade do cuidado psíquico.

Eu fico me questionando se talvez o meu jeito de ser enquanto pessoa, enquanto profissional no sentido de oferecer um acolhimento e ela [uma paciente] nesse processo de adoecimento dela, não conseguiu, talvez, fazer essa separação. Eu lembro que no último atendimento, ela trazia muito a questão de chantagem, de dizer que ia se matar, era algo que a equipe toda já estava muito, muito... Não sabendo mais o que fazer. Uma situação familiar muito conflituosa. Então ela se sentiu extremamente confrontada e disse: 'Ah, então manda me matar logo que é mais bonitinho', eu falei 'Não, essa não é a questão', e acabou que depois disso ela não voltou mais, ela se sentiu extremamente contrariada e já não voltou mais. (#10)

Na vinheta se destaca que a responsabilização do que dá certo e do que não dá não foi compartilhada entre os profissionais, mesmo pressupondo ser uma intervenção

psicossocial, gerando sentimento de frustração e culpabilização na trabalhadora. Isso coaduna com o apontado por Pinho, Souza e Esperidião (2018), a partir da sua pesquisa que sistematizou processos de trabalho de profissionais. Tal ideia também se confirmou em outros oito relatos, demonstrando a presença de uma ambiguidade que fragiliza a intervenção psicossocial na medida que, por um lado, aponta para a impotência sentida pelos profissionais diante da complexidade de uma determinada situação de cuidado e, por outro, pode fortalecer na equipe o entendimento de um trabalho interdisciplinar e integrado como uma prática necessária na busca de resolutividade das demandas do usuário (Anjos Filho & Sousa, 2017).

Foi o caso inclusive multiprofissional, porque ele [paciente] não sabia fazer geladão. Então alguém aqui ensinou a parte culinária, aí aprendeu a fazer serviços gerais, lavando ambulância, aí depois colocaram ele em uma oficina mecânica e ele aprendeu a fazer retífica de motores e hoje trabalha em uma oficina. Passou a ser atendido no ambulatório, faz a troca de receita e segue a vida dele. Quando estava internado ele não tinha vida, no momento que chega, realmente, a orientar a família, fazer o monitoramento e tudo mais e a família aceitar essa responsabilidade, hoje o cara casou, tem sua vida, pode não ter filho ainda, mas tem a sua vida, trabalha. (#7)

Na vinheta acima, o profissional faz uma relação da evolução do paciente a partir da sua inserção no mercado de trabalho, a qual conseguiu com o auxílio da equipe multiprofissional. Porém, a continuidade do cuidado no CAPS se dava atualmente apenas pela medicação. Desse modo, a partir da narrativa dos entrevistados, verificou-se que os pressupostos biomédicos e psicossociais estavam presentes de modo concomitante no cotidiano dos processos de trabalho em saúde mental e colocavam em ação perspectivas por vezes, conflitantes.

Falta de interesse, falta de compromissos às vezes, falta de conhecimento, de achar que o usuário em saúde mental, ele é um usuário apenas da rede de saúde mental, mais especificamente do CAPS. Então essa visão limitada do indivíduo, porque o usuário ele é usuário de toda a rede de vários serviços, tem muito esse preconceito, ou não querer assumir esse trabalho que é realmente difícil. Então se 'tem transtorno mental é CAPS, eu não tenho nada a ver com isso.' (#1)

Eu acho que faltou o colega lá fazer uns exames básicos, um exame de sangue. Porque quando chega um paciente que a gente encaminha de lá [Hospital], já chega 'não, é paciente do CAPS'. Só que não existe paciente do CAPS, existe paciente da rede de saúde do SUS, aí eu passo... o paciente passou três dias lá no HMI (Hospital Municipal de Imperatriz), não fizeram um hemograma do paciente. Poderia ter sido feito. E quando voltou para mim eu estava no AD, eu atendi ele muito rápido e mandei para o CAPS III e ficou lá. Eu não podia ter feito isso, eu tinha que ter mandado de volta para o HMI. Infelizmente o paciente veio a óbito. (#5)

Observa-se que o estigma que a loucura carrega perpetra nos serviços de saúde e nas ações dos profissionais, incapacitando-os para um olhar ao paciente com sofrimento psíquico como pessoa que pode apresentar outras situações de saúde a serem cuidadas (Amarante, 2007). Evidencia-se, a partir dos relatos acima, a dificuldade dos demais contextos da saúde em acolher o paciente com transtorno mental, seja pelo estigma que loucura traz, seja pela intensa setorização que caracteriza os serviços de saúde, comprometendo sobremaneira o cuidado integral da sua saúde (Campos & Domitti, 2007).

O rompimento dessas barreiras por parte dos funcionários e da sociedade em torno do imaginário da loucura como algo perigoso e assustador, também precisa ser levado em consideração, como sinaliza Maciel, Maciel, Barros, da Nova Sá e Camino (2008). Esta resistência da rede em atender e acolher usuários da saúde mental já foi apontada por outros estudos como um dos obstáculos para o avanço da metodologia de AM (Oliveira & Campos, 2015; Cunha & Campos, 2011). O AM pressupõe a desconstrução da concepção da loucura como um desvio social (Foucault, 1972), sinaliza que é preciso desnaturalizar conceitos e ter a capacidade de reconstruí-los, segundo a necessidade de quem precisa ser assistido.

São vários desafios. Primeiro de proporcionar um atendimento que vá de encontro com as necessidades do paciente com transtorno mental, nem tudo a gente pode fazer sozinha, tem que ter uma equipe junto, tem que ter, a gente depende muito... (#3)

O que se expõe aqui a partir dos relatos é que, embora haja uma consciência nos serviços quanto a acolher e cuidar da pessoa portadora de sofrimento psíquico com integralidade, tendo um olhar para suas diversas dimensões humanas, faltam condições básicas para a efetivação desse cuidado tais como, horário para realização de reunião de equipe, a constituição e manutenção de uma equipe de referência, a realização de estudos de caso e grupos terapêuticos, profissionais em número compatível com a demanda, a disponibilidade de carro para realização de visitas e até de itens básicos como medicações, comida e água.

Com relação à atual administração a gente já vem naquela luta de procurar aprimorar o serviço e de repente se depara com uma situação em que tenha deixado a saúde mental de lado, eu não sei qual é o fundamento... (#6)

Eu vejo ainda os serviços lutando por coisas tão básicas, tão básicas, tão fundamentais pro serviço funcionar e aí por mais que eu compreenda que o trabalho em saúde seja um trabalho autônomo, que a gente tem um empoderamento do nosso trabalho e que se a gente ficar reclamando a gente nunca vai andar, porque sempre vai faltar alguma coisa, por outro lado também, você ficar batalhando e tentando convencer de que tem que ter comida, se funcionário pode ou não pode comer, ou seja, são coisas absurdas entende? (#4)

Os profissionais entrevistados respondiam a esse contexto de restrições extremas com um nível grande de sofrimento. Com isso, entende-se que embora apresentassem o desejo e expressassem ter um entendimento conceitual do cuidado psicossocial, da clínica ampliada e da primazia das tecnologias leves, contraditoriamente, quando descreviam a dinâmica do cuidado nos dispositivos de saúde em que trabalhavam, as práticas eram difusas e com poucas possibilidades de intervenção psicossocial, revelando a dificuldade em firmar o cuidado na perspectiva psicossocial.

Por exemplo, vem para fazer uma triagem, então se ele não é um caso digamos assim sério é encaminhado para o ambulatório, que agora 'está' havendo uma mudança lá também, parece que agora vai ser para atenção básica, é uma coisa aí que eu não entendi direito. Se o usuário está com sofrimento mais intenso então ele é atendido pelo médico do dia, porque não é todo dia que tem médico também. Uma colega fica na parte de artesanato, eu fico na parte pedagógica estimulando

a leitura e a escrita, com um projeto pré-alfabetização, letramento e numeramento. Eles vêm, ficam, tem a sinuca que jogam, mas eu acredito que deveria ter mais oficinas. Não temos, às vezes tem umas palestras. (#3)

Não obstante a precarização das condições de trabalho, nove dos dez entrevistados atribuem ao apoio da equipe, da rede ou ao AM as experiências exitosas e resolutividade dos atendimentos. Para este grupo de profissionais, a gestão do cuidado psicossocial com resolutividade exigia o rompimento da lógica manicomial num processo que envolvia a reflexão de cada profissional e também a transformação da organização dos processos de trabalho da equipe e dos gestores.

No momento é a visão que eu tenho nesse contexto atual. Eu acho que a clínica da dependência ela é muito difícil, ela é muito complexa, ela é muito desafiadora, isso exige muito do profissional, porque a gente precisa estar constantemente repensando o trabalho, repensando o que fazer, a gente não pode tá naquele lugar assim não, 'a recuperação é quando esse usuário tiver abstinente para a vida toda'. Que a gente vê que infelizmente não é só uma compreensão do senso comum, mas em muitos casos de muitos membros da equipe, a gente precisa de um entrosamento, de uma articulação, de falar a mesma língua e isso não acontece por vários motivos e aí isso vai abrindo margens para muitas dificuldades, nesse fazer terapêutico com o usuário. Então eu acho assim, que esse está em equipe, questões relacionadas, a compreensão que a gestão tem, a forma como deve encaminhar, algumas discordâncias a respeito disso e eu acho que assim, é muito importante que uma equipe de CAPS esteja no estudo permanentemente, reunião, supervisão se possível, quando ela não tem isso fica difícil caminhar. (#8)

Nesse sentido, a saúde mental traz especificidades próprias para o trabalho em saúde por envolver lidar constantemente com o sofrimento psíquico e com a concepção do cuidado em saúde mental como um construto social, marcado por aspectos culturais, sociais e econômicos (Jorge et al., 2015). Esta é uma definição que coaduna com a compreensão dos profissionais entrevistados, os quais definem o cuidado em saúde mental, como um cuidado integral, que envolve vários aspectos do ser humano, indicando ser essa uma das principais diferenças em relação as outras áreas.

Nas outras áreas eu não vejo que o médico ele tem assim um contato, realmente, mais, digamos assim, quando você atende, você é dermatologista, você atende a pele do paciente, quando você é cirurgião você vai operar a barriga, fazer alguma

coisa, mas quando você está atendendo a mente parece que você está realmente atendendo o paciente, a pessoa por inteiro. (#5)

Percebeu-se que as concepções sobre o cuidado psicossocial em saúde mental apresentadas por este grupo de trabalhadores de CAPS da cidade de Imperatriz/MA não são suficientes para garantir a ausência de práticas manicomiais, sinalizando, portanto, o papel fundamental de gestores da política no gerenciamento desse cuidado (Mielke, Kantorski, Jardim, Olschowsky, & Machado, 2009). Sete dos dez entrevistados percebiam os processos de trabalho eram marcados por uma gestão sem identificação com a equipe de trabalhadores, resistente a críticas, pouco democrática, com viés na perspectiva desses, persecutória e inibidora da dialogicidade.

Na saúde mental você tem que trabalhar tanto os profissionais, no caso eu estou vendo eles cada vez mais doentes e não é só físico é também psicológico, uma constante pressão, menos funcionários. Com relação aos pacientes está deixando aquém, porque falta medicação, falta transporte, falta a liberdade para profissionais como os assistentes sociais, psicólogos, fazer visitas domiciliares. Tenho experiências de trabalhar com governos, até com gestores e tudo mais, já teve gestores bons anteriores, ele dar o apoio e vai querer que você continue fazendo melhor. Atualmente, eu tenho receio de começar a mostrar muito conhecimento e ele se sentir ameaçado, e aí quando ele se sente ameaçado quer te tirar do setor, eu tô vendo aqui o negócio parece que tá desandando. Se eu fosse realmente botar assim, 'olha você está no caminho errado' e começasse a criticar, eu acho que ele já tinha me botado à disposição, como aconteceu com vários profissionais aqui muito bons, simplesmente por querer trabalhar e não lhe dão as condições. (#6)

Mielke et al. (2009), com base em um estudo qualitativo em um município da Região Sul do Brasil, apontam que o cuidado psicossocial se dá com menos entraves onde se consegue assegurar espaços coletivos de decisão e construção, com cogestão, uma coordenação eleita por seus pares e familiares e uma rotina de atividades que possibilitava práticas diversificadas de cuidado, como grupos terapêuticos, trabalho com as famílias, projeto terapêutico singular e AM. Os dados levantados no presente estudo contrastam também com o estudo realizado por Pinto et al. (2012) em dois municípios do Estado do Ceará, que embora tenha identificado a presença de práticas asilares, havia a inserção de

práticas inovadoras e a principal dificuldade era com as conexões necessárias na rede de cuidado e percepções epistemológicas e éticas no exercício desse cuidado.

No presente estudo, os relatos de #1, #2, #5, #8 e #10 apresentavam uma noção de cuidado alinhada aos princípios da integralidade.

O cuidado em saúde mental ele é um cuidado diário onde todos os dias a gente... Está conhecendo novas realidades, descobrindo quem é aquele usuário, a família, formas de lidar com ele, está ensinando, está aprendendo. É uma construção diária e às vezes aquilo que funciona hoje para um usuário amanhã não funciona, então acredito que no cuidado na saúde mental a gente tem que está buscando conhecimento, se reinventando, tendo criatividade na prática e tendo compromisso de acolher o usuário como um indivíduo que ele não é apenas paciente, mas que ele é um ator, que ele é... Ele é um indivíduo vai além do transtorno mental, então é essa visão mais humana e ampliada. Assim, a saúde mental ela tem toda uma questão social antes, toda uma questão familiar que às vezes colabora para o adoecimento mental, então o que eu acredito que não pode faltar é essa clínica ampliada, a visão mesmo ampliada em relação ao tratamento de saúde, as causas do que está levando ao adoecimento do indivíduo e também o trabalho em rede. (#1)

A análise crítica dos relatos dos interlocutores que protagonizavam a implantação e consolidação do paradigma psicossocial revelou que há uma composição multiprofissional de pessoal, com um baixo grau de coordenação, alto nível de queixas, pouca integração entre as distintas especialidades e os demais serviços da rede. As dificuldades gerenciais aliadas à cultura de exclusão e asilamento herdado pelos trabalhadores de CAPS, dificultava a implantação de intervenções como o AM, contudo, entende-se que a disponibilidade para o trabalho em equipe, o reconhecimento da perspectiva do cuidado integral e da clínica ampliada, valorizando a escuta e o vínculo (Merhy et al., 2014), são fatores que favorecem a implantação do AM como uma prática do cotidiano desses profissionais.

AM como estratégia de ordenação do cuidado em saúde mental

A terceira categoria foi construída a partir dos relatos dos profissionais a respeito

da sua compreensão sobre o AM, suas potencialidades e entraves do AM e de como percebiam a influência do AM nas suas ações profissionais. Os relatos evidenciaram diferentes perspectivas sobre o AM, ora como estratégia de ordenação do cuidado em saúde mental, ora como mais uma das tarefas ou ações que deviam ser desempenhadas pelos profissionais. A Tabela 4 mostra os pontos-chaves levantados nessa categoria no que tange a compreensão do AM partir dos relatos dos profissionais.

Tabela 4
Compreensão de AM

Categorias	Unidades de sentido
Entendimento vinculado a ideia de capacitação	Especialista da saúde mental que vai subsidiar os profissionais da atenção básica, como o NASF e o próprio CAPS
Entendimento vinculado a ideia de estratégia de intervenção do trabalho em equipe e/ou em rede	Realização de atendimentos, orientações e consultas conjuntas Nova forma de fazer saúde envolvendo mais de uma equipe de saúde; construção de um cuidado em rede Nova estratégia onde equipes de diferentes serviços discutem o Projeto Terapêutico do paciente Suporte técnico pedagógico a outros profissionais da saúde mental Trabalho desenvolvido junto a atenção básica a partir da discussão de caso Práticas integrativas de cuidado entre os dispositivos da atenção básica e saúde mental
Desconhecimento	Muito complicado

O AM tem origem em discussões sobre a organização do trabalho em saúde no ano de 1999 (Campos & Domitti, 2007) e sua principal forma de institucionalização envolveu a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), pela Portaria nº 154/2008 (Ministério da Saúde, 2008). A partir disso, o NASF passou a ser o personagem principal que opera o AM, prerrogativa estendida aos profissionais de CAPS, no que concerne aos transtornos mentais (Bezerra & Dimenstein, 2008).

O AM em saúde mental se apresenta como “uma proposta de mudança do arranjo

organizacional e das responsabilidades profissionais e gerenciais, de modo a facilitar a cogestão em locais onde é necessário um trabalho em equipe” (Campos, Figueiredo, Pereira Júnior, & Castro, 2014, p. 988). Seu objetivo seria viabilizar a interconexão entre os serviços primário, secundário e terciário em saúde e entrelaçar secretarias diversas, visando um acolhimento integral ao cidadão, que envolve não só sua saúde física, mas também a psíquica e social (Dimenstein, Severo, Brito, Pimenta, Medeiros, & Bezerra, 2009).

É ajudar os profissionais que não estão conseguindo trabalhar em algum caso por meio de um suporte, ir no serviço ou o profissional ir ao nosso serviço. (#2). O apoio matricial é o especialista que tem conhecimento de alta complexidade, especialista em alguma coisa, no caso da saúde mental ele tem que ser direcionado para a atenção básica. (# 6). É um trabalho desenvolvido junto da atenção básica. (# 8).

Na concepção de #2 e #6 e #8, o AM pressupõe uma equipe especializada em saúde mental, que com seu núcleo de saber específico, vai matriciar as equipes da atenção básica, consideradas como equipe de referência desse AM (Campos & Domitti, 2007; Bonfim, Bastos, Góis, & Tófoli, 2013). Nesta perspectiva “o AM amplia as possibilidades de realização da clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões” (Morais & Tanaka, 2012, p. 163).

Esta concepção do AM, como um possibilitador da ampliação da clínica, ficou mais evidente neste estudo quando os entrevistados fizeram o relato de suas experiências exitosas. Como explicitado anteriormente, o AM ou o trabalho em equipe se apresenta como fator essencial para um cuidado integralizado do usuário, o que confirma esta possibilidade de ampliação da clínica, como relata # 10: “ Uma estratégia que vários profissionais, de diferentes serviços vão se unir para tentar contribuir com o paciente. E #9: “Consiste em práticas de integração entre os dispositivos”.

Assim, as possibilidades de intervenção estão intimamente vinculadas com a

disposição interna do sujeito, profissional de saúde, sentir-se convocado a realizar (Yasui & Costa-Rosa, 2008). Os relatos dos participantes #9 e #10 concordam com a ideia do AM como uma metodologia para realizar a gestão em atenção em saúde por possibilitar a redução da fragmentação do cuidado, tão enraizado na prática dos profissionais da área (Campos & Domitti, 2007). Para Campos (2006), o AM envolve co-responsabilização pelos casos e a troca de saberes entre os profissionais e serviços de saúde. Esse é um entendimento também dos profissionais de CAPS entrevistados nesse estudo, que diante da complexidade do trabalho, como a forma de cuidar e olhar o paciente, aliado a necessidade de construção e desconstrução dos conteúdos sistematizados, exige do trabalhador um movimento constante de dar-se de si (Ramminger & Brito, 2011).

Tem que ter uma coisa de disponibilidade para o outro, a saúde mental exige da gente a nossa pessoa, ela exige uma disponibilidade humana de estar com outro em sofrimento psíquico. Se for pensar no CAPS, eu acho que faz parte também do cuidado ter os instrumentos necessários para que os profissionais trabalhem. Então quando eu penso, eu penso em várias coisas, eu penso na nossa pessoa, eu penso nessa organização do trabalho, eu esqueci a palavra que eu queria dizer, mas é isso é você ter os instrumentos necessários... (#4)

Segundo #4, a lida com o sofrimento psíquico do outro é uma premissa do trabalho em saúde mental, portanto, a falta de logística necessária para a realização do trabalho, as tensões impostas pela gestão e o pouco apoio se alia às dificuldades pessoais do trabalhador, quanto a sua motivação, identificação e preparo prático-teórico para o enfrentamento do cuidado psicossocial, tende a comprometer o trabalhador caso não encontre uma forte significância no seu agir (Lutterbach, 2017). O conjunto dessas dificuldades faz com que a ideia de um trabalho colaborativo se apresente como uma das respostas possíveis à prática desse profissional. Os participantes #7, #3 e #1 sinalizam esse entendimento.

Uma nova estratégia de atenção, onde equipes, estão juntas, por exemplo, equipe de CAPS com a equipe de estratégia saúde da família, com a equipe NASF

discutindo o projeto terapêutico dos usuários. (#7). O AM se dá entre as equipes de saúde pensando no paciente. (#3). Eu acredito se a atenção básica a rede de saúde mental e serviços de saúde trabalhassem mais o AM a rede estaria mais articulada, seria possível esse usuário, ele ter esse atendimento integral em saúde o apoio, o atendimento ele seria compartilhado. (#1).

Nos relatos acima, o AM pode ser definido como a produção de um cuidado colaborativo entre duas ou mais equipes de saúde, de forma compartilhada. Configura-se numa estratégia assistencial que proporciona uma retaguarda especializada para as demais equipes de saúde (Chiaverini, 2011).

Em um estudo similar desenvolvido em Porto Alegre, (Gerhardt Neto, Selau Medina, & Hirde, 2014) foi apontado para uma articulação entre o CAPS e a Atenção Primária a partir do AM, constituindo o território como espaço de coprodução de saúde e clínica ampliada, transcendendo o modelo centrado na doença. Contraposto a isso, na realidade dos CAPS de Imperatriz/MA, particularmente para o grupo de profissionais entrevistado, o AM é uma iniciativa bastante incipiente, convivendo com vários entraves, desde questões referentes a gestão dos processos de trabalho às estruturais dos serviços. Outros estudos realizados na região nordeste apresentam um quadro similar ao de Imperatriz (Ribeiro, 2014; Pinto et al., 2012; Jorge et al., 2015; Bezerra & Dimenstein, 2008; Anjos Filho & Sousa, 2017). Esses autores, desenvolveram estudos na região nordeste, em diferentes momentos, porém, os achados sinalizam dificuldades similares, quanto a precarização do trabalho, falta de formação em saúde mental dos gestores, dificuldades epistemológicas sobre o entendimento da proposta do AM.

O AM é tido como uma ferramenta importante para o trabalho em equipe, mas ainda é uma realidade distante dos trabalhadores que percebem também uma lacuna entre a gestão e as pessoas envolvidas. Neste sentido, o relato de #5 coloca o apoio matricial como uma estratégia muito complicada, porque a interligação de tantos profissionais e tantos serviços não seria possível de ser operacionalizada. Por sua vez, outro profissional

(#4) mencionou a ideia de AM como vinculada à capacitação, divisão de tarefas, e não exatamente de um fazer conjunto: “De toda forma a gente pode pensar num AM para discutir o que é esse acolhimento noturno, eu posso acolher noturnamente um paciente para protegê-lo” (#4).

Percebe-se que no conjunto, os profissionais entrevistados, embora estejam trabalhando em dispositivos de saúde mental por um tempo considerável e possuem formação específica na área da saúde mental, apresentam poucas vivências efetivas de AM. Acredita-se que a experiência de cada profissional com o AM vai determinar como este poderá utilizar esse dispositivo na sua atuação e, conseqüentemente, como este pode vir a transformar o trabalho coletivo em saúde mental. A Tabela 5 apresenta os principais conteúdos elencados pelos entrevistados no que tange a percepção da influência do AM na sua prática.

Tabela 5

Influência do AM na atuação do profissional

Categories	Unidades de sentidos
Impacto no profissional	Suporte fundamental para não se sentir sozinho diante de casos muito complexos Reduz sensação de impotência e frustração Aumenta o aprendizado Visualização do resultado do seu trabalho Estimula movimento profissional diferenciado; maior conhecimento da rede Ampliação do trabalho no território
Impacto na equipe	Melhora qualidade do cuidado Mudança na cultura dos profissionais

Dos dez profissionais entrevistados três não tiveram nenhuma vivência de AM (#5; #8; #9), portanto, não se manifestaram quanto ao impacto percebido no profissional, mas se manifestaram em relação ao impacto na equipe. Desses três profissionais, dois eram médicos, o que pode indicar a possibilidade da sobrecarga em atender individualmente um grande número de pacientes e não sobrar tempo para nenhuma

atividade que não fosse a consulta e a dispensação de receita. Isto se confirmou quando afirmaram não desenvolver nenhuma atividade no território, a não ser, muito eventualmente, visitas domiciliares.

O AM, no âmbito da motivação do trabalhador, se apresenta como ordenador do cuidado psicossocial, caracteriza-se por ser plural, heterogêneo, interdisciplinar (Campos, 2009). Operacionalizar isto no espaço do serviço público requer uma fusão de saberes dos profissionais que compõe o serviço, aliado à disposição destes em se implicar nessa construção, numa clínica nomeada por Leal e Delgado (2007), como a clínica da reforma, da inclusão social, do cotidiano, do território, da gestão. Nesse sentido, as narrativas de #1, #6, #7 apontam otimismo quanto a efetividade do AM, mas destacam a necessidade de motivação e engajamento do profissional em protagonizar tal estratégia.

Quando a gente tem um caso muito complicado e a gente faz de tudo ali, tudo que o serviço pode ofertar e a gente vê que o caso não evolui, que às vezes está se agravando, a gente acaba se sentindo frustrada, não ver uma saída para aquela situação. Então aí com o apoio matricial, com a rede eu acredito que amplia nossa visão. (#1). Se você, realmente, tiver disponível e tiver aceitação desse apoio matricial como sendo possível ele dar certo. (#6). Eu acho que é simples mas dá trabalho, mas dá para fazer, eu acho que falta um pouco mais de capacidade, de querer fazer, de ir, porque é um trabalho que eu acho que dá certo, acho não, tenho certeza que dá certo. (#7).

Esse movimento de protagonismo implicaria na realização de uma clínica “produto de um coletivo desejante, capaz de resistir aos mecanismos de captura e disciplinarização da vida” (Sundfeld, 2010, p. 1079). Os mecanismos de captura passam pela naturalização do sofrimento psíquico aliado às deficiências do serviço público, que promove no trabalhador uma impotência que o engessa (Sundfeld, 2010). O trabalhador fica imerso numa rotina de um trabalho morto, centrado nos papéis, registros automáticos da produção, cumprimento da carga horária, protocolos rígidos, que o distancia, cada vez mais das possibilidades de um cuidado psicossocial (Merhy, 1999).

A participante #1 percebe que mesmo diante de uma situação complexa, de difícil

resolução, a vivência de AM, ampliou sua visão, isto é, abriu novas possibilidades de intervenção. Ela especifica isto no relato de sua vivência de AM, junto ao atendimento de uma indígena adolescente, que envolveu interconsulta e mobilização de vários segmentos da rede de atendimento. Assim, o querer fazer, no relato de #1 e #7, está vinculado ao entendimento de profissionais cogestores de seu trabalho e usuários cogestores de seu tratamento, diante de demandas e urgências da saúde mental. Essa posição foi enfatizada pelo entrevistado #6 que salienta ainda dois novos elementos: a disponibilidade e a aceitação. Desse modo, se implicaria uma escolha consciente desse profissional.

No conjunto dos achados, a vivência profissional dos trabalhadores entrevistados, os direciona para o acolhimento da proposta do AM. Porém, incluir esta prática na sua rotina de trabalho, coloca em cheque uma predisposição subjetiva para lidar com incertezas, para romper com a subjetividade dominante da disputa profissional, para um saber compartilhado (Campos & Domitti, 2007). Uma relação entre equipes de saúde que possuem lógicas de trabalho diferentes, necessita abrir-se a escuta, ao olhar diferenciado do outro, para não incorrer em disputas ou cobranças que não colaboram para o desenvolvimento de um trabalho em conjunto (Martinez, Silva, & Silva 2016).

Outro aspecto de influência do AM na prática profissional apontado pelos entrevistados é que este era um instrumento de aprendizagem, na perspectiva de educação permanente. A possibilidade de troca de informações e mesmo o embasamento no conhecimento específico sobre saúde mental que tiveram que preparar, os leva a estudar e retomar aspectos teóricos. Somava-se a isto as informações trazidas pelos profissionais matriciados, gerando novas aprendizagens, como se verifica nos relatos a seguir.

É uma experiência que acrescenta porque a gente tem o contato com esses profissionais, a gente aprende como fazer AM, quando surge um caso novo a gente já tem ideia de como fazer. (#2). Eu vi pessoas estudando, dialogando a respeito da situação, pessoas incluídas, quebrando seus preconceitos, porque o AM é rico porque faz a gente pensar e a gente pode pensar diferente. (#4). Eu

acho que é aprendido, eu tive noção realmente do que era AM, no atendimento do M. porque antes eu achava: 'não eu só ligo e ai ele liga pra mim e a gente resolve'. Agora fazer ações junto com outros serviços, eu vi que funcionou. Aprendi muito. (#3).

O AM como instrumento de formação permanente funda-se na sua dimensão técnico pedagógica, conforme síntese apresentada por Bispo Júnior e Moreira (2018), que o elenca como: Aprimoramento do repertório de conhecimentos, dos modos de compreender e de fazer e dos profissionais; busca do apoio de outras áreas para fortalecer a atuação e cumprir suas tarefas; ações realizadas conjuntamente e apoio técnico-pedagógico entre as equipes como mecanismo de formação e educação permanente.

A melhoria na qualidade do cuidado oferecido ao usuário é outro desdobramento percebido da atuação no AM. Percebeu-se que a narrativa daqueles que aliaram sua formação com a vivência profissional de AM expunha os impactos positivos dessa estratégia para o cuidado com muita certeza, salientando a significância desse fazer para o trabalhador.

Eu acho que o AM pode garantir a continuidade do cuidado do usuário. Pode não, garante. Então assim, eu acho que o AM é o grande lance para a saúde mental. (#1). Ofertar mesmo um cuidado maior, uma atenção maior e somar força, no sentindo de não se sentir sozinho dentro de um serviço. (#10).

Em situação análoga, outras perspectivas expressas por entrevistados indicam o AM como uma atividade a mais, em meio a tanta coisa a ser feita pelo profissional de saúde.

Então fica complicado porque você se desgasta muito e com o AM talvez exija de nós um movimento, ele exige ou a minha saída ou a minha recepção do outro. Eu ainda fico com a fantasia de que a gente entende como um trabalho a mais, entende? (#4)

Eu acho muito importante, mas tem que ser feito com a família nem sempre é feito com a família, grande ilusão, eu mesma já fiz isso... O técnico vai lá, 'ele vem que dia senhora?'; 'Segunda, terça e quarta'; 'e para onde ele está indo mais? Não ele só está indo pra escola', e ali fica. (#3)

Relatos como esses indicam que, muitas vezes, os profissionais recebem uma nova diretriz como o AM como algo a mais a ser feito, revelando como essas demandas exigem desacomodar-se da sua rotina de trabalho. Para além da falta de estrutura e poucos recursos humanos, o processo de trabalho, em situações em que o AM foi implementado, demonstrava para esses trabalhadores que era possível atuar em cogestão, reduzindo a demanda de trabalho por meio de um atendimento resolutivo.

Nesse caso, emerge esse sentimento de ambivalência. Pode-se especular que a resistência em aplicar amplamente o AM possa se ligar a dificuldade de trabalhar e refletir em equipe, bem como ao fato de o AM ser, por vezes, uma imposição da gestão, não se permitindo espaços de (co) construção dos fluxos com as equipes e, portanto, adaptada as condições e especificidades de cada serviço. A falta de cogestão e pactuação entre as equipes, compromete a corresponsabilização do cuidado (Oliveira & Campos, 2015).

Não obstante a isto, as experiências de AM, vivenciadas por esses profissionais, trouxeram impactos positivos na equipe. Conforme relatos abaixo.

Serve para integrar os conhecimentos (AM), e não só para fazer um simples encaminhamento, você tem que ter aquele cuidado de verificar a situação biopsicossocial do paciente e, se possível, resolver, a questão da resolutividade, resolver na atenção básica para diminuir o fluxo na saúde mental, mas caso o paciente precise de um atendimento mais especializado, aí a gente pode estar dando esse suporte. (#9). Um novo modelo contrário que fosse referência e contrareferência, ele tem referência, mandava para a contrareferência e a referência deixaria de existir. Utilizar todos os serviços ao seu redor em favor do usuário. (#6).

Cabe ressaltar que o consenso em torno desta percepção, não se reflete numa prática hegemônica entre os profissionais e nos serviços onde atuavam. Por exemplo, dentre os profissionais que não tiveram vivência de AM, dois são médicos e outro psicóloga. Em estudos realizados nas regiões sul e sudeste do país, médicos e psicólogos aparecem como principais atores das equipes de AM (Viana & Campos, 2018; Minozzo & Costa, 2013; Filizola et al., 2008), enquanto que um estudo realizado nas regiões norte

e nordeste, esses profissionais contribuía pouco para ações coletivas como o AM, pois ficavam assoberbados pela demanda, focada no fornecimento de receita ou de atendimentos individual (Bezerra & Dimenstein, 2008). Este fato que remete a uma possibilidade diferenciada de organização dos processos de trabalho.

Outra mudança na equipe, citada pelos trabalhadores como consequência do AM era o fortalecimento da perspectiva psicossocial no atendimento do paciente psiquiátrico, questionando a permanência de práticas asilares e centradas no serviço.

A ideia cultural de que o paciente psiquiátrico ele tem que ter um lugar fechado para ser colocado, independente do que venha acontecer, sujeito está agressivo é psiquiátrico e não observa outras demandas. (#6). Beneficiar mais o paciente. Com o AM esse paciente teria uma atenção melhor, ele seria atendido em suas necessidades, ele não ia ficar caminhando só da casa dele pro CAPS, ele ia ter outros espaços também e isso ia ajudar nesse tratamento. (#3).

Entende-se que o exercício do AM permitia então mudanças na forma como cada profissional entendia o modelo de atenção e também na forma como a equipe podia operacionalizar o cuidado sob a ótica da reforma psiquiátrica, experimentando a efetividade da perspectiva psicossocial e do cuidado territorializado. Isto implica em desenvolver estratégias de intervenção junto aos usuários e com a comunidade, combatendo o estigma e a exclusão social relacionadas historicamente à saúde mental (Iglesias & Avellar, 2014).

O AM é justamente essa saída, para discutir lá onde ele mora, lá na comunidade dele o que é capaz de produzir, de fazer para melhorar a situação de vida dele, é um trabalho fundamental. E outra coisa: ainda falta os profissionais se comprometerem um pouco mais com isso. (#7)

Amplia a visão da equipe de forma em geral e também no serviço em si ele não fica sobrecarregado com esse atendimento, e a gente pode sair de dentro do CAPS e trabalhar, amplia esse trabalho no território, o AM. (#1)

Ao mesmo tempo, vale ressaltar que, ao serem questionados sobre ações desenvolvidas pelo CAPS no território, os entrevistados relataram atividades um tanto

limitadas como palestras esporádicas, realização de visitas domiciliares e experiências pontuais de AM que tiveram a oportunidade de vivenciar, conforme relato de #4 : “Eu não saio de dentro do CAPS. Alguns profissionais fazem visita ao paciente, visita familiar ou busca ativa”.

Acredita-se que o baixo investimento em ações de prevenção e promoção da saúde no SUS, aliado à limitação no número de profissionais de saúde, resulta em dificuldades dos serviços de transcender ações curativas e reabilitadoras (Bispo Júnior & Moreira, 2018). Segundo Bispo Júnior e Moreira (2018), essa situação constrói um imaginário nos profissionais e nos gestores de que o AM é algo impossível de ser feito, reduzindo o investimento em uma atuação efetiva nesse sentido.

Os dados revelaram também a falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre o funcionamento da rede, a falta de sensibilização da equipe que recebe o AM como uma atividade a mais, o desconhecimento do objetivo da intervenção das diversas equipes de saúde, gerando conflitos de interesse na condução comum de um determinado caso. Neste contexto, a possibilidade da realização do AM, na visão desses profissionais, será viabilizada a partir da gestão e organização dos processos de trabalho que favoreçam sua operacionalização (ver Tabela 6).

Tabela 6
Organização do trabalho para o AM

Categories	Unidades de sentidos
Foco na equipe	Orientações gerais entre os serviços Definir um dia específico da semana para trabalhar o AM Acompanhar o PTS do usuário no território com a atenção básica Colocar-se no lugar do outro e ter comprometimento com o usuário
Foco na gestão	Retomar a função do ativador de rede Condições favoráveis de trabalho; estímulo ao trabalhador Desburocratizar o trabalho; centrar no serviço e não na gestão Retomar experiências anteriores quando serviço tinha profissionais de referência para atender cada unidade Estruturar equipe de profissionais do CAPS responsável pelo AM
Obstáculos para a organização do AM como uma ação de CAPS	Falta de motivação dos profissionais e da gestão Retirada do ativador de rede Desconhecimento sobre como fazer AM Desconhecimento da rede pelos profissionais de saúde
Potencialidades do AM	Amplia visão de casos que parecem sem solução; Suporte fundamental para organização de um trabalho de equipe Compartilhamento reduz sobrecarga de trabalho e favorece articulação da rede Favorece atendimento integral; compartilhamento de saberes; integra conhecimentos Coloca profissionais para estudar, dialogar, quebrar preconceitos Faz o profissional pensar que o cuidado pode ser diferente Substituição do modelo de referência e contrarreferência Utilizar todos os serviços a favor do usuário Trabalho fundamental de articulação no território; garante espaço da saúde mental na atenção básica

Estudo recente realizado por Viana e Campos (2018) em três localidades da região sudeste do país, concluiu que a plena utilização da metodologia de AM é fortemente influenciada pelo contexto institucional, pelos modelos de gestão e de atenção. Nesse sentido, ressalta-se a necessidade de construir os processos de trabalho de um novo arranjo organizacional como o AM em conjunto com os profissionais de CAPS, atores centrais para a efetivação de um cuidado psicossocial. Conforme relato abaixo.

Eu acredito que se a gestão, a coordenação ela tiver uma visão adequada do que é o cuidado em saúde mental, clinica ampliada, AM ela coloca isso para funcionar, ela estimula a equipe, ela cobra da equipe, ela faz junto com a equipe, mas se não tiver essa visão, a equipe muitas vezes até fica estagnada. (#1)

Então na gestão passada eles fizeram, teve esse pontapé, e hoje como teve essa mudança de gestão ouve-se falar que vai ter, mas nunca aconteceu, e continua se falando que vai acontecer, mas até então eu não vi nada de concreto acontecendo. (# 10)

O relato de #1, expressa a necessidade do gerenciamento da gestão dos processos de trabalho, o que não significa que o profissional esteja excluído ou totalmente a mercê deste, porém é preciso que haja espaço para esta cogestão. No relato de #10, isto fica mais evidenciado, na medida que fala sobre um trabalho interrompido, sem ter tido uma pactuação juntos aos trabalhadores, gerando desconfiança quanto o modelo de atenção que deverá ser construído.

Portanto um modelo de gestão que priorize espaços coletivos de informações, troca de saberes, associado ao conhecimento teórico prático sobre saúde mental, favorece a implantação de práticas como o AM. Os profissionais entrevistados, destacam a importância da realização do trabalho junto a atenção básica e dois deles (#6 e #9), sinalizam que isso possibilitaria a redução do fluxo de atendimento. Por outro lado, os entrevistados ressaltaram que a prática também acaba acolhendo demandas equivocadas de encaminhamento realizado pela rede, a exemplo do que outro estudo encontrou (Minozzo & Costa, 2013). Nesse sentido, verifica-se uma relação direta entre as experiências de AM vivenciadas pelos profissionais e sua compreensão sobre sua estratégia, como discutido na subcategoria anterior.

A partir de suas experiências, os profissionais destacaram propostas para uma melhor efetivação e organização do AM, descrevendo ações que teriam como foco a equipe e a gestão (ver Tabela 6). Considerando a equipe, o foco deveria ser o empoderamento dos profissionais que, a partir de sua identificação e motivação para o trabalho em saúde mental (ver categoria trajetórias e vivências dos trabalhadores de CAPS), fazem do AM uma rotina do seu cotidiano de trabalho e o utilizam como uma ferramenta de cuidado (Pinto et al., 2012).

Acho que uma simples orientação às vezes por telefone eu acho que já funciona como AM. Um momento em que a equipe está atuando em uma situação que ela não sabe como lidar e quando ela entra em contato com um outro serviço, acredito que ali acaba sendo um AM. (#1)

Minha vivência de AM, foi numa unidade básica de saúde, foi organizado pela ativadora de rede, eu via ali profissionais, técnicos de enfermagens, eu como psicóloga, educador físico, todo mundo reunido para discutir um caso...Eram de instituições diferentes e foi muito bacana, então conseguiu-se entender melhor aquela pessoa, entendeu? (#4)

Conforme os trabalhadores, o AM se concretiza desde ações no âmbito da relação de comunicação entre os profissionais, como a organização de um cuidado em rede, com o encontro dos diversos atores de saúde, para encaminhar e discutir um determinado caso.

Para além de aspectos que a própria equipe podia modificar para efetivar o AM, os trabalhadores enfatizaram muito ações que a gestão deveria adotar, fazendo-se inclusive reivindicações específicas com base em suas experiências anteriores. Por exemplo, foi indicado que a retomada da função de ativador de rede pela gestão era muito importante. Além disso, destacaram-se a necessidade de: manter condições favoráveis de trabalho que estimulassem os profissionais e desburocratizasse os processos de trabalho.

Foi idiotice tirar a função de ativador de rede, porque nós estamos tão embebidos pelo serviço, a gente entra lá dentro e quase não sai, muita coisa acontece. O ativador de rede é aquele cara que fala assim '*ei galera, um bora pra cá*', entende? Eu acho que isso faz muita falta, eu acho que foi uma ideia fantástica do Ministério e que os municípios deviam seguir né, porque é essa pessoa que conseguia fazer com que as equipes se reunissem, entendeu? (#4)

Sobre a figura do "ativador de rede" cabe destacar que essa foi uma iniciativa da segunda fase do Projeto Percursos Formativos da RAPS: Engrenagens da Educação Permanente na RAPS (Ministério da Saúde, 2016). Neste projeto o Ministério da Saúde custeava o profissional para desempenhar o papel de ativador de rede. Assim, no ano de 2016, esse profissional realizou oficinas com foco na Atenção à Crise nos diversos pontos da RAPS de Imperatriz, realizando a articulação entre os serviços da rede, além de

coordenar o AM junto a Atenção Básica e auxiliar na organização dos profissionais por territórios para que os casos fossem cuidados de forma conjunta. Essa iniciativa era norteadada pela metodologia de roda de conversa entre os diversos atores envolvidos no processo, pela construção do projeto terapêutico em rede e de estudos de casos.

Segundo vários relatos (#7, #8, #4, #6, #10), esta atividade foi cancelada em 2017 com a mudança de gestão. Desse modo, percebeu-se que a ideia de um ativador de rede foi colocada de diferentes formas pelos profissionais, ainda que todos sinalizassem como algo que deveria ser uma diretriz definida pela gestão. Alguns indicaram que deveria ter uma equipe de profissionais específica para realizar o AM, outros que teria uma pessoa responsável para articular a rede e favorecer do ponto de vista logístico e técnico a operacionalização do AM e, uma outra proposta ainda concebia a divisão dos usuários por territórios e ter um profissional de referência para cada território, como relata #8 : “Assim, eu penso naquilo que já tinha sido feito, de alguns funcionários ficarem como referência de determinadas regionais de saúde, parece que são sete agora em Imperatriz” (#8).

Um estudo realizado no município de Campinas, por Ballarin, Blanes e Ferigato (2012), também com profissionais de CAPS, indicou que a forma de organização do cuidado baseado em mini equipes de referência divididas por território, já é uma realidade em curso. Tais propostas requerem uma revisão dos processos de trabalho na perspectiva da gestão e da clínica, para que o AM possa atingir suas potencialidades.

Na perspectiva dos participantes, os principais obstáculos para a organização do AM estavam vinculados as questões relativas a motivação do trabalhador e ao desconhecimento de como operacionalizar o AM. No que se refere as questões relativas a motivação, trata-se das narrativas que abarcam conflitos, desejos, relações de poder, afetos, interesses, dimensões de um trabalho que se concretiza por processos grupais em

constante relação (Fortuna, Mishima, Matumoto, & Pereira, 2005).

Alguns dos profissionais, entendiam que a falta de motivação de outros profissionais era um obstáculo para a efetivação do AM. Nessa perspectiva, adotava-se uma postura moralizante como se alguns simplesmente decidissem não agir conforme a estratégia do AM por indolência. Por outro lado, os entrevistados reconheciam o papel das insuficiências estruturais e de recursos humanos, bem como a falta de comunicação com a gestão que frequentemente tomava decisões sem reconhecer as necessidades e experiências dos serviços e dos profissionais sobre o AM.

Assim, pode-se entender que a falta de vontade ou motivação de alguns profissionais com relação ao AM, para além de uma falha individual, também pode se articular com vivências frustrantes com a gestão e outras tentativas de direcionamento dos processos de trabalho que impedem os trabalhadores de se apropriar do seu próprio trabalho.

Uma das coisas é a falta de desejo, de vontade de fazer e eu acho que às vezes recurso tem, por exemplo, já falei o carro, porque para matriciar tem que ter um carro para levar, para ir ali. Agora já tem um carro lá, a disposição, para todo mundo, para quem precisar. (# 3)

Eu acho que falta assim, vontade de algumas pessoas, por exemplo, você quer, eu posso querer, mas eu não tenho acesso a digamos assim, a recursos, não só recurso dinheiro, mas recurso pessoal, de logística. E tem pessoas que tem que poderiam ajudar nesse sentido e passar em cima de certas barreiras. (# 5)

E aí isso tem a ver com amor, tem a ver com aquilo que eu já falei, com se colocar no lugar, em fazer um pouco mais, enquanto não acontecer isso eu vou ficar sempre nessa minha angústia aqui. (#7)

Os relatos de #10 e #8 nos permitem visualizar claramente que, ao invés de ser uma simples falta de desejo dos profissionais, os obstáculos que se colocam ao AM dizem respeito a aspectos da construção coletiva do trabalho de saúde, de falhas na comunicação, e da dificuldade de agir colaborativamente.

O AM pode gerar um certo conflito, dependendo das pessoas que estão presente ali, porque teve uma discussão de um caso na unidade básica que eu era a referência, e eu percebia que as equipes, principalmente dos agentes comunitários de saúde, estavam muito ariscas em relação a equipe do CAPS, achando que nada havia sido feito para aquele determinado caso, enquanto eu estava com o prontuário em mãos, com registro de anos de intervenção, de atendimentos, de visitas eles achavam que nada tinha sido feito. (#10)

A equipe da atenção básica, as colegas que trabalham lá, elas têm uma queixa assim enorme em relação a saúde mental, que os funcionários morrem de preguiça de fazer visita domiciliar, que precisa do médico e o médico não vai, então existe uma “*queixação*”, é grande. (#8)

O participante #10 faz referência a um encontro entre duas equipes de saúde diferentes, com saberes diferenciados, objetos e processos de trabalho diferenciados. Segundo ela, o que poderia ser uma rica troca de experiência resultou em uma relação de cobranças, falta de espaço da escuta do outro, aliado ao nível de mobilização emocional que o caso provocou em especial nas agentes comunitárias. Percebe-se que o trabalho do apoiador matricial implica dimensões subjetivas dos sujeitos, no sentido de conseguir fazer uma leitura do que está sendo afetado (Merhy, 2014). Numa situação assim não adianta fornecer esclarecimentos já que a escuta está comprometida, faz-se necessário buscar direcionar as falas para o objetivo inicial do encontro, clareando onde o grupo se propõe a chegar (Viana & Campos, 2018).

A informação de #8, sinaliza para um outro aspecto delicado dessa relação que é o desconhecimento da prática de cada equipe, aliado a uma concorrência latente entre elas, que demonstra a complexidade da construção de uma relação de trabalho entre coletivos (Ballarin et al., 2012). O AM se apresenta como uma alternativa possível para isto, portanto é fundamental o conhecimento por parte dos funcionários e da gestão acerca de tal prática.

O desconhecimento sobre como o AM pode ser operacionalizado no cotidiano de trabalho, a falta de espaço e apoio para a experimentação nesse campo era outro obstáculo importante. Embora todos os entrevistados manifestassem ter uma definição conceitual

precisa sobre o AM, provavelmente por que todos eram especialistas em saúde mental, quando questionados sobre como esta prática poderia ser organizada no município, alguns (#6, #9, #3) responderam de modo evasivo: “É bom falar dos outros né, na hora de inventar coisa (AM) ... Como era que eu faria?” (#3). Os demais tiveram como referência vivências pessoais pontuais ou do município que já haviam experimentado.

A falta de clareza sobre o AM apontada pelos entrevistados se referia sempre a uma externalidade: à equipe, outros profissionais. O fato de não se aperceberem como pessoas que também sabiam pouco sobre AM, pelo menos em termos de experiências práticas, coloca para o outro a responsabilidade da sua efetivação. Nessa direção, vários estudos têm apontado que é preciso investir em formação continuada dos profissionais como forma de superar alguns dos obstáculos do AM, haja vista ser esta prática recente no cenário brasileiro (Campos & Domitti, 2007; Ballarin et al., 2012; Jorge et al., 2015).

No contexto do município de Imperatriz, os relatos revelaram que a descontinuidade das ações implementadas pela mudança de gestão se aliava a ausência de empoderamento dos profissionais, o que limita a implementação de práticas que exigem inovação e criatividade como o AM. Conforme Ballarin et al. (2012), a prática do AM é um processo de constante construção, portanto, cada desafio precisa ser enfrentado e superado, movidos pela convicção das potencialidades que esta prática se reverte.

O AM viabiliza a construção de um cuidado através de uma prática clínica terapêutica, com princípios menos rígidos, aberta ao inusitado, à criatividade, apostando em elementos disparadores que possam dar vasão a transformação de atitudes, num movimento cooperativo, mediante a dor dilacerante que o sofrimento psíquico causa na pessoa portadora de transtorno mental (Alves & Francisco, 2009).

Os achados apontam que para além de um arranjo organizacional, o AM se coloca como o ordenador do cuidado psicossocial na medida que possibilita mudanças na equipe

quanto a sua percepção do usuário, favorece ações no território, constrói um cuidado na perspectiva psicossocial, organiza o fluxo da saúde mental na atenção básica (ver Tabela 6). O AM se propõe a construir pontes entre a gestão e a clínica impactando diretamente na organização dos processos de trabalho (Pinho et al., 2018).

Por fim, destaca-se que esta categoria permitiu estabelecer conexões entre as trajetórias profissionais, as vivências de trabalho, a compreensão do cuidado em saúde mental, sobre o AM e como essa estratégia influenciava uma releitura de suas próprias experiências e uma reflexão sobre suas práticas cotidianas no CAPS. Verificou-se uma diversidade de vivências que demarcavam diferentes atitudes em torno do AM.

Conclusões do Relatório

O objetivo desse estudo foi compreender as percepções dos profissionais de CAPS em relação ao AM e sua influência nas suas vivências de trabalho. Para isso, foram entrevistados profissionais dos serviços do município de Imperatriz/MA, região do Nordeste com aproximação cultural maior com a região Norte, considerada o Portal da Amazônia (Martins & Kamimura, 2012). Os resultados aqui apresentados expressam percepções apreendidas a partir de um contexto específico. Este recorte gera limitações ao mesmo tempo em que abre novas possibilidades, uma vez que reflete as particularidades e recorrências quanto a estratégia do AM em uma região do país pouco contemplada nos estudos da área (Pinho et al., 2018).

Depreendeu-se que as percepções de AM dos profissionais desse estudo estavam diretamente relacionadas com o contexto em que a coleta de dados foi realizada, marcado por troca recente de gestão e de mudança abrupta de um número significativo de profissionais de seus postos de trabalho. Além disso, somam-se as vivências de AM que

cada participante teve ou não, no curso de sua trajetória profissional, a oportunidade de experimentar.

Os relatos salientam uma clareza conceitual acerca do AM, como uma possibilidade de ordenação do cuidado em saúde mental na perspectiva psicossocial, na medida que favorecia o trabalho em equipe, ampliava a visão dos profissionais quanto as possibilidades de intervenção, fomentava ações no território e subsidiava a construção de um cuidado respeitando as diversas dimensões do usuário. As vivências de AM que foram possíveis para muitos dos profissionais foram positivas e sublinhavam sua vontade de redirecionar as práticas da atenção voltando-as para o cuidado territorializado e compartilhado. Por outro lado, vários desafios para a implementação cotidiana do AM foram visualizados o que, por vezes, desmotivava os profissionais e gerava sentimentos de frustração. Dentre esses desafios, se destacaram a instabilidade nas ações de AM causadas por mudanças na gestão, a conviência com práticas biomédicas, a resistência e a dificuldade de trabalhar em equipe sob a lógica da interdisciplinariedade, dentre outros.

A realização desse estudo contou com alguns aspectos facilitadores, como a proximidade da pesquisadora com a temática, a disponibilidade dos entrevistados em participar, o acesso a dados do município e a logística para a realização do mesmo. Os aspectos dificultadores foram o cancelamento da licença profissional da pesquisadora para a realização do mestrado e mudanças abruptas de gestão e corpo de funcionários dos CAPS, imprimindo nos dados um teor passional, fruto de perdas sofridas por esses profissionais, seja de colegas de trabalho, seja da ingerência de sua prática profissional, ou o interrompimento do desenvolvimento de experiências como o AM.

Referências

- Abrahão, A. L., & Merhy, E. E. (2014). Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 18*(49), 313-324. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0166>.
- Alves, E. D. S., & Francisco, A. L. (2009). Ação psicológica em saúde mental: uma abordagem psicossocial. *Psicologia: ciência e profissão, 29*(4), 768-779. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000400009
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 120p.
- Anjos Filho, N. C. D., & Souza, A. M. P. D. (2017). A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Interface (Botucatu), 21*(60), 63-76. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0428>.
- Ballarin, M. L. G. S., Blanes, L. D. S., & Ferigato, S. H. (2012). Apoio matricial: um estudo sobre a perspectiva de profissionais da saúde mental. *Interface (Botucatu), 16*(42), 767-778. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012000300014>.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70 LDA.
- Bezerra, E., & Dimenstein, M. (2008). Os CAPS e o trabalho em rede: Tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicologia: Ciência e Profissão, 28*(3), 632-645. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932008000300015>.
- Bispo Júnior, J. P. B., & Moreira, D. C. (2018). Núcleos de apoio à saúde da família: concepções, implicações e desafios para o apoio matricial. *Trabalho, Educação e Saúde, 16*(2), 683-702. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00122>

- Bonfim, I. G., Bastos, E. N. E., Góis, C. W. D. L., & Tófoli, L. F. (2013). Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: Uma análise da produção científica e documental. *Interface (Botucatu)*, 17(45), 287-300.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013005000012>.
- Campos, G. W. D. S. (2006). Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. *Trabalho, Educação e Saúde*, 4(1), 19-32.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462006000100003>.
- Campos, G. W. D. S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de saúde pública*, 23(2), 399-407. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>
- Campos, G. W. S. (2009). Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: Teoria Paidéia e Reformulação Ampliada do Trabalho em Saúde. In: Campos, G. W. S., Minayo, M. C. S., Akerman, M., Drumond Júnior, M., & Carvalho, Y. M. *Tratado de saúde coletiva* (pp. 53-92). Rio de Janeiro: Hucitec - Fiocruz.
- Campos, G.W. S., Figueiredo, M. D., Pereira Júnior, N., & Castro, C. P. (2014). A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18(1), 993-985.
<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>.
- Chiaverini, D. H. (2011). *Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental*. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília: Ministério da Saúde – Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. 236p. Retrieved from http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudenta1.pdf
- Conselho Nacional de Saúde (CNS). (2005). *Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016*. Retrieved from <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>

- Cunha, G. T., & Campos, G. W. D. S. (2011). Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde e Sociedade*, 20(4), 961-970. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013>.
- DATASUS. (2018). *TabNet – Ministério da Saúde*. Retrieved from <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/ma.htm>
- Delgado, P. G. G. (2007). Por uma clínica da reforma: Concepção e exercício. In: Lobosque, A. M. *Caderno de Saúde Mental*. Belo Horizonte: ESP-MG. p. 59-65.
- Delgado, P. G. G. (2012). Violência e saúde mental: os termos do debate. *O social em questão*, 15(28), 187-98. Retrieved from <http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/9artigo.pdf>
- Dimenstein, M., Severo, A. K., Brito, M., Pimenta, A. L., Medeiros, V., & Bezerra, E. (2009). O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e sociedade*, 18(1), 63-74. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000100007>
- Domitti, A. C. P. (2006). *Um possível diálogo com a teoria a partir das práticas de apoio especializado matricial na atenção básica de saúde*. Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.
- Filizola, C. L. A., Miloni, D. B., & Pavarini, S. C. I. (2008). A vivência dos trabalhadores de um CAPS diante da nova organização do trabalho em equipe. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(2). <https://doi.org/10.5216/ree.v10i2.8061>
- Fiocruz. (2015). *Inovações e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil. Seminário Internacional de Saúde Mental: Documento Técnico Final*. Fiocruz. Fundação Calouste Gulbenkian. Organização Mundial de

- Saúde. Ministério da Saúde. 90 p.
- Flick, U., & Gibbs, G. (2009). *Análise de dados qualitativos*. Porto Alegre: Artmed.
- Fortuna, C. M., Mishima, S. M., Matumoto, S., & Pereira, M. J. B. (2005). O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Revista latino-americana de enfermagem*, 13(2), 262-268. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000200020>.
- Foucault, M. (1972). *A história da loucura*. 5. ed. São Paulo: Perspectiva. 120p.
- Gerhardt Neto, M. R., Selau Medina, T. S., & Hirdes, A. (2014). Apoio matricial em saúde mental na percepção dos profissionais especialistas. *Aletheia*, (45), 139-155. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942014000200011
- Hirdes, A. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 297-305. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036>
- Iglesias, A., & Avellar, L. Z. (2014). Apoio Matricial: um estudo bibliográfico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(9), 3791-3798. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014199.00322013>.
- Jorge, M. S. B., Diniz, A. M., Lima, L. L., & Penha, J. C. (2015). Apoio matricial, projeto terapêutico singular e produção do cuidado em saúde mental. *Texto & Contexto Enfermagem*, 24(1), 112-120. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015002430013>.
- Jorge, M. S. B., Pinto, D. M., Quinderé, P. H. D., Pinto, A. G. A., Sousa, F. S. P., & Cavalcante, C. M. (2011). Promoção da Saúde Mental-Tecnologias do Cuidado: Vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3051-3059. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800005>
- Leal, E. M., & Delgado, P. G. G. (2007). *Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo*

- de desinstitucionalização. Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos.* Rio de Janeiro: Cepesc, 137-154.
- Leão, A. & Barros, S. (2012). Território e serviço comunitário de saúde mental: as concepções presentes nos discursos dos atores da reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde e Sociedade, 21*(3), 572-586. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000300005>.
- Lutterbach, M. G. C. (2017). *A contribuição da terapia comunitária integrativa (TCI) na produção do cuidado e formação em saúde na atenção psicossocial.* Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Niterói, RJ, Brasil.
- Maciel, S. C. (2012). Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, 4*(8), 73-82. Retrieved from <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2021>
- Maciel, S. C., Maciel, C. M. C., Barros, D. R., da Nova Sá, R. C., & Camino, L. F. (2008). Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. *Psico-USF, 13*(1), 115-124. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712008000100014>
- Martinez, J. F. N., Silva, M. S., Silva, A. M. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Goiânia (GO): percepções dos profissionais e gestores. *Saúde em Debate, 40*(110), 95-106. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611007>
- Martins, F. R. S., & Kamimura, Q. P. (2012). Análise da ocupação do espaço territorial do município de Imperatriz–MA. In *Anais do The 4th International Congress on University Industry Cooperation. Taubaté/SP–Brazil.*
- Merhy, E. E. (1999). O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciência & saúde coletiva, 4*(2), 305-314. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231999000200006>.

- Merhy, E. E. (2008). Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E. E., & Onocko, R. (Eds.). *Agir em saúde: um desafio para o público* (pp. 71-112). São Paulo, Hucitec.
- Merhy, E. E., Gomes, M. P. C., Silva, E., Santos, M. D. F. L., Cruz, K. T. D., & Franco, T. B. (2014). Redes Vivas: Multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Saúde Debate*, 52, 153-64.
- Mielke, F. B., Kantorski, L. P., Jardim, V. M. D. R., Olschowsky, A., & Machado, M. S. (2009). O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 159-164.
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100021>
- Minayo, M. C. S. (1993). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2a. ed. São Paulo: ABRASCO. 269p.
- Ministério da Saúde. (2008). *Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008*. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília. Retrieved from http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html
- Ministério da Saúde. (2016). *Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015*. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Brasília: Ministério da Saúde. 143p. Retrieved from <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015---.pdf>
- Minozzo, F., & Costa, I. I. (2013). Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. *Psico-USF*, 18(1), 151-159.
<https://doi.org/10.1590/S1413-82712013000100016>

- Morais, A. P. P., & Tanaka, O. Y. (2012). Apoio matricial em saúde mental: alcances e limites na atenção básica. *Saúde e Sociedade, 21*(1), 161-170.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000100016>.
- Oliveira, M. M., & Campos, G. W. S. (2015). Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. *Ciência & Saúde Coletiva, 20*(1), 229-238.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.21152013>
- Onoko-Campos, R. O. (2001). Clínica: a palavra negada—sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em Debate, 25*(58), 98-111. Retrieved from
<https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/rosana2001clinicaapalavranegada.pdf>
- Pinho, E. S. S., Souza, A. C. S., & Esperidião, E. (2018). Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva, 23*(1), 141-152. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018231.08332015>
- Pinto, A. G. A., Jorge, M. S. B., Vasconcelos, M. G. F., Sampaio, J. J. C., Lima, G. P., Bastos, V. C., & Sampaio, H. A. C. (2012). Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Ciência & Saúde Coletiva, 17*(3), 653-660. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300011>
- Prefeitura Municipal de Imperatriz. (2018). *Imperatriz*. Retrieved from
<http://www.imperatriz.ma.gov.br/portal/imperatriz/a-cidade.html>
- Ramminger, T., & Brito, J. C. (2011). "Cada CAPS é um CAPS": uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. *Psicologia & Sociedade, 23*, 150-160. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102->

71822011000400018.

- Ribeiro, M. (2014). Os Centros de Atenção Psicossocial como espaços promotores de vida: relatos da desinstitucionalização em Alagoas. *Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade De São Paulo*, 24(3), 174-182. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v24i3p174-182>
- Sampieri, R. H., Collado, C. H., & Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de pesquisa*. 3a. ed. São Paulo: McGraw-Hill. 583p.
- Sato, L., Hespanhol Bernardo, M., & Oliveira, F. (2008). Psicologia social do trabalho e cotidiano: a vivência de trabalhadores em diferentes contextos micropolíticos. *Psicologia para América Latina*, (15). Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2008000400010
- Silva Júnior, A. G. D., Merhy, E. E., & Carvalho, L. C. (2003). Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In Pinheiro, R., & Mattos, R. A. (Eds.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde* (pp. 113-128). 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO. 228p.
- Silva, A. L. A., & Fonseca, R. M. G. S. (2005). Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(3), 441-449. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000300020>
- Sundfeld, A. C. (2010). Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20(4), 1079-1097. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400002>.
- Vasconcellos, V. C. (2010). Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. *SMAD-Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 6(1), 1-22. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v6i1p1-22>

- Viana, M. M. D. O., & Campos, G. W. D. S. (2018). Formação Paideia para o Apoio Matricial: uma estratégia pedagógica centrada na reflexão sobre a prática. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(8), e00123617. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00123617>.
- Yasui, S., & Costa-Rosa, A. (2008). A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em debate*, 32(78-79-80), 27-37. Retrieved from <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341773003>
- Zanatta, A. B. (2017). *Trabalho e adoecimento dos profissionais da saúde mental que atuam nos CAPS de Campinas-SP*. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP, Brasil.

III – Artigo Científico

TÍTULO EM PORTUGUÊS: Apoio Matricial como Estratégia de Ordenação do Cuidado em Saúde Mental: A Percepção dos Profissionais de CAPS

TITULO EM INGLÊS: The Matrix Support as a Mental Health Care Management Strategy: the Perception of Psychosocial Support Center (PSC)

AUTORAS

Marlene Costa Lima¹

Tonantzin Ribeiro Gonçalves²

Resumo

Trata-se de um estudo qualitativo e exploratório, de corte transversal, que buscou compreender a percepção dos profissionais dos Centro de Atenção Psicossocial - CAPS acerca do apoio matricial (AM) como estratégia de ordenação do cuidado psicossocial em saúde mental. Foram utilizadas entrevistas semiestruturadas com dez profissionais da área da saúde mental (CAPS) do município de Imperatriz/MA. Os dados foram trabalhados a partir da análise de conteúdo temática. Depreendeu-se que esses profissionais compreendem o AM como uma ferramenta indispensável para a organização do cuidado psicossocial, mas este ainda é utilizado de modo incipiente no seu cotidiano de trabalho devido a desafios relativos a: coexistência do modelo psicossocial com o biomédico; falta de condições de trabalho; falta de Educação Continuada e Permanente da rede de atenção; à burocratização e verticalização das ações da gestão; e a motivação para o trabalho entre

¹ Mestranda em Psicologia Clínica – Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos.

² Professora dos Programas de Pós-Graduação em Psicologia e em Saúde Coletiva – Unisinos.

as equipes. Algumas vivências exitosas de AM para esses trabalhadores foram resultados da cogestão dos processos de trabalho por parte dos profissionais, trabalhadores e usuários. Recomenda-se que haja um direcionamento do trabalho por parte da gestão, com a definição de uma equipe de matriciadores e um planejamento para sua realização, construindo processos de trabalho que favoreça tal prática.

Palavras-chave: Apoio Matricial; Cuidado Psicossocial; CAPS.

Abstract

This is a cross-sectional, qualitative and exploratory study that sought to understand the perception of the professionals of the Center for Attention Psychosocial (CAPS) about the matrix support (MS) as a strategy for ordering psychosocial care in mental health. Semi-structured interviews were used with ten mental health professionals (CAPS) of the Imperatriz city. The data were elaborated from the thematic content analysis. It was understood that these professionals understand MS as an indispensable tool for the organization of psychosocial care, but this is still used in an incipient way in their daily work due to challenges related to: coexistence of the psychosocial model with the biomedical model; lack of working conditions; lack of continuing; and permanent education of the care network; bureaucratization and verticalization of management actions; and the motivation for the work between the teams. Some successful experiences of MS for these works were results of the co-management, with the definition of a team of matrix people and a planning for its accomplishment, constructing work processes that favors such practice.

Key-words: matrix support – psychosocial care – psychosocial care center

Introdução

A saúde mental, é uma temática de relevância internacional, em função do ônus que causa não só ao portador de sofrimento psíquico, como aos seus familiares e comunidades interligadas, como empresas, escolas, sistemas de saúde (WHO, 2017). As estatísticas globais são influenciadas por especificidades de cada região ou país, contudo, segundo o relatório da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2017), até o ano de 2015, 322 milhões de pessoas no mundo sofriam de depressão, 264 milhões de transtorno de ansiedade, e 700 milhões de pessoas de algum transtorno mental.

No Brasil, a saúde mental é considerada um problema de saúde pública, considerando que 12% da população precisa de alguma assistência contínua ou eventual na área da saúde mental (Ministério da Saúde, 2008). Nesse sentido, o país tem procurado avançar, sustentado por um aparato legal, formado a partir da organização dos trabalhadores da saúde, através do movimento da Reforma Psiquiátrica, na busca por um cuidado psicossocial que dê conta de substituir o paradigma biomédico e hospitalocêntrico. A Reforma Psiquiátrica provocou fortes mudanças na forma de cuidar e compreender os transtornos mentais (Bernardi & Kanan, 2015).

O doente mental por muito tempo foi tratado por políticas excludentes e segregadoras centrada no modelo hospitalocêntrico (Jorge, Pinto, Quinderé, Pinto, Sousa, & Cavalcante, 2011). No Brasil, a busca por mudar esse modelo é fruto da organização dos profissionais da saúde mental num movimento que ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica (Jorge et al., 2011). O movimento da Reforma Psiquiátrica se fundamenta numa proposta de desinstitucionalização, “que significa deslocar o centro da atenção da instituição para a comunidade, distrito, território” (Hirdes, 2009, p. 299).

Refere-se, portanto, a uma mudança nos processos de cuidado em saúde mental,

a partir da compreensão da gestão da clínica, numa perspectiva psicossocial. Esta nova clínica, referida como ampliada, é incorporada pela Política Nacional de Humanização (Ministério da Saúde, 2010) indicando-se as seguintes características: disponibilização dos diversos saberes para o usuário de forma integrada; construção de diagnósticos de forma compartilhada entre profissionais de diferentes formações; responsabilização dos profissionais com o sujeito e não com o diagnóstico; tomar o usuário como parte ativa do seu tratamento; privilegiar técnicas relacionais como a escuta em grupos, atividades integrativas; a inclusão do profissional de saúde como alguém a ser cuidado também.

Neste contexto, o Apoio Matricial (AM) se apresenta como uma ferramenta importante para o fortalecimento do cuidado na perspectiva psicossocial. O AM é uma estratégia de organização de trabalho entre equipes diferentes de saúde, baseado na compreensão da cogestão, que oferece suporte técnico especializado para a Atenção Primária em Saúde –APS (Minozzo & Costa, 2013).

No campo da saúde mental, o AM busca ordenar o cuidado psicossocial numa lógica territorial, rompendo com práticas burocratizadas. De forma pedagógica, procura habilitar outros serviços de saúde para o acolhimento da demanda de saúde mental, possibilitando a troca de saberes, a organização dos fluxos na rede de atenção à saúde e das ações no território (Cunha & Campos, 2011; Pinto et al., 2012; Minozzo & Costa, 2013; Jorge, Diniz, Lima, & Penha, 2015; Oliveira & Campos, 2015; Bispo Júnior & Moreira, 2018; Viana & Campos, 2018).

A definição de AM tem origem em discussões sobre a organização do trabalho em saúde no ano de 1999 (Campos, 2006) e foi formalizada através da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), pela Portaria nº 154/2008 (Ministério da Saúde, 2008b). A partir disso, o NASF passou a ser o personagem principal do AM, prerrogativa estendida aos profissionais de CAPS (Centro de Apoio Psicossocial), no que concerne

aos transtornos mentais (Bezerra & Dimenstein, 2008).

Os CAPS, por sua vez, se constituem como um dispositivo de atenção à saúde mental, voltados para promover a inserção social das pessoas em sofrimento psíquico por meio de ações intersetoriais e interdisciplinares (Ministério da Saúde, 2008b). Neste cenário, o AM, visa “ampliar as possibilidades de realizar-se a clínica ampliada e a integração dialógica entre distintas especialidades e profissões” (Morais & Tanaka, 2012, p. 163).

O AM seria uma metodologia para realizar a gestão em atenção em saúde que possibilita a redução da fragmentação do cuidado, tão enraizado na prática dos profissionais da área (Campos & Domitti, 2007). Assim, pode ser definido como a produção de um cuidado colaborativo entre duas ou mais equipes de saúde, de forma compartilhada (Chiaverini, 2011).

Segundo estudo realizado por Oliveira e Campos (2015), o trabalho interprofissional aparece com a nomenclatura de cuidado compartilhado ou cuidado colaborativo, mas o termo AM, seja na sua dimensão conceitual ou metodológica, é utilizado apenas no Brasil. A revisão sistemática realizada por Kelly, Perkins, Fuller, & Parker (2011), indicou que a concretização de um trabalho colaborativo em saúde está estreitamente vinculada a uma equipe preparada teoricamente e com experiência na área, que possa desenvolver comunicação adequada e definir claramente os papéis dos atores envolvidos.

Percebe-se que isto se dá de forma diferenciada em cada país em decorrência das peculiaridades dos seus sistemas de saúde (Kelly et al., 2011), sendo que a busca por uma metodologia que favoreça resolutividade do cuidado em saúde é comum entre vários estudos (Foy et al., 2010; Pinto et al., 2012; Viana & Campos, 2018). A maior parte das pesquisas sobre AM na literatura brasileira foca a perspectiva dos profissionais da

Atenção Básica (Bonfim, Bastos, Góis, & Tófoli, 2013; Iglesias & Avellar, 2014), sendo escassos os estudos abordando os profissionais do CAPS, especialmente na região Norte do país (Costa, Colugnati & Rozani, 2015; Pinho, Souza, Esperidião, 2018).

A articulação do AM realizado pelo CAPS na atenção básica é um dos 23 indicadores e metas para 2017-2021 do pacto Interfederativo 2016 no Brasil (Governo do Distrito Federal, 2016), respaldado pela Carta das Nações Unidas (Ministério da Saúde, 2015). Ao mesmo tempo em que se aponta essa prioridade, a Política Nacional de Saúde Mental vem sofrendo uma série de retrocessos, desde dezembro de 2017, imposta por um contexto político de desmonte da rede substitutiva (Sousa & Jorge, 2019). Diante desse cenário, o presente estudo buscou compreender a percepção dos profissionais de CAPS acerca do apoio matricial (AM) como estratégia de ordenação do cuidado psicossocial em saúde mental.

Percurso Metodológico

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, exploratório e de corte transversal. A coleta de dados foi realizada na cidade de Imperatriz/MA. Nos últimos anos, a cidade tornou-se um polo universitário, comercial e de serviços de saúde, recebendo em torno de 700 mil pessoas de cidades vizinhas dos Estados do Maranhão, Pará e Tocantins (Prefeitura Municipal de Imperatriz, 2018). Para atender a esta demanda, o município dispõe de uma rede de saúde mental composta por um CAPS III, um CAPS AD, um CAPS IJ, um Serviço de Residência Terapêutica, um ambulatório de saúde mental, um consultório de rua, serviços de urgência e emergência, cinco equipes de NASF e 28 equipes de Estratégia de Saúde da Família –ESF (DATASUS, 2018).

A coleta de dados foi realizada com 10 profissionais de nível superior dos CAPS III, AD III e IJ exatamente por buscar apreender as percepções dos profissionais de saúde

mental de CAPS em relação ao AM como estratégia de ordenação do cuidado psicossocial. Foram incluídos profissionais de nível superior com mais de dois anos de vivência na saúde mental, que não estivessem em desvio de função. Os participantes contemplaram os diversos serviços de saúde mental da cidade, uma diversidade de profissões, sendo comum a todos o vínculo de trabalho estatutário e o perfil de uma formação específica em saúde mental. Dentre os participantes, sete eram mulheres e três homens (ver Tabela 1).

Tabela 1

Dados gerais sobre os profissionais de Saúde Mental (N=10)

Participantes	Idade	Sexo	Profissão	Tempo de serviço	Formação
#1	33	F	Assist. Social	5 anos	Esp. Saúde mental/ saúde da família/gestão da clínica
#2	28	F	Ed. Físico	5 anos	Cursos de aperfeiçoamento em saúde mental
#3	58	F	Pedagogo	10 anos	Especialista em saúde mental/Educação inclusiva/gestão da clínica
#4	43	F	Psicólogo	16 anos	Especialista em AD/Mestre em saúde coletiva
#5	39	M	Médico	10 anos	Especialista em saúde mental
#6	52	M	Enfermeiro	16 anos	Especialista em saúde mental
#7	34	F	Enfermeira	11 anos	Especialista em saúde mental/ Estratégia da família
#8	36	F	Psicólogo/psicanalista	14 anos	Especialista em saúde mental
#9	39	M	Médico psiquiatra	13 anos	Especialista em saúde mental/ Psiquiatria
#10	31	F	Psicóloga	3 anos	Especialista em saúde mental e neuropsicopedagogia

Foram utilizadas entrevistas em profundidade com roteiros semiestruturados, a fim de apreender a perspectiva do sujeito entrevistado, colhendo com profundidade sua narrativa (Sampieri, Collado, & Lucio, 2006). As entrevistas duraram, em média, duas horas. A pesquisadora também coletou informações gerais sobre os participantes e

manteve um diário de campo no qual registrou suas impressões quanto as entrevistas.

Quanto aos aspectos éticos, esta pesquisa seguiu as recomendações éticas para a realização de estudos com seres humanos, de acordo com a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2016). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unisinos e somente se iniciou a coleta de dados após sua aprovação na Plataforma Brasil, parecer nº 2.549824. Todos os participantes foram esclarecidos sobre os propósitos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a análise dos dados foi empregada a análise temática de conteúdo (Bardin, 2009; Flick & Gibbs, 2009; Minayo, 1993) que possibilita a organização dos dados e o entendimento de percepções e vivências como se propôs o presente estudo. A análise seguiu três etapas. Na fase da pré-análise, todos os áudios foram ouvidos e realizada uma leitura geral de toda a transcrição para permitir ao pesquisador ter um entendimento generalizado dos dados e se apropriar das ideias e informações que os dados trouxeram. (Bardin, 2009).

Num segundo momento, foi realizada uma categorização inicial dos relatos com o intuito de construir uma lógica dos conteúdos apresentados nos dados. Após diversas leituras das entrevistas, foram definidas categorias finais e os relatos foram classificados, realizando-se uma limpeza, retirando cacoes verbais, repetições e falas confusas que não coadunavam com a temática do roteiro proposto (Flick & Gibbs, 2009).

A categorização final teve como norte os objetivos do estudo e contemplam os eixos do roteiro da entrevista proposto. No presente artigo foi contemplado a categoria, AM como estratégia de ordenação do cuidado em saúde mental.

Na última etapa da análise, se realizou o relato e interpretação dos dados, discutindo-os a luz da conceitualização do AM e achados de outros estudos, como propõe Minayo (1993).

Resultados

O AM como estratégia de ordenação do cuidado psicossocial em saúde mental

Esta categoria foi construída, a partir de quatro subcategorias: Percepções sobre o cuidado psicossocial; Compreensão do apoio matricial; Influência do apoio matricial na atuação do profissional; Organização do trabalho para o apoio matricial. Com esse caminho buscou-se traçar a relação entre as percepções dos trabalhadores de CAPS referentes ao cuidado psicossocial e ao AM, bem como compreender a percepção dos profissionais de CAPS acerca do apoio matricial (AM) como estratégia de ordenação do cuidado psicossocial em saúde mental.

Percepções dos profissionais de CAPS sobre cuidado psicossocial

Nessa subcategoria são detalhadas as percepções dos profissionais de CAPS sobre o cuidado psicossocial. De modo geral, os profissionais relataram diversos aspectos que, na sua concepção, caracterizavam o cuidado psicossocial como, a atenção em rede, o trabalho em equipe, a necessidade de centralizar as ações nos usuários, e a integralidade do cuidado. Ainda, como pode ser visto na Tabela 2, os profissionais descreveram algumas experiências exitosas que influenciavam nessa percepção, identificando desafios para consolidar o cuidado na perspectiva psicossocial.

Tabela 2
Cuidado psicossocial em saúde

Cuidado psicossocial em saúde	
Compreensão psicossocial do cuidado	Condução diária a partir da necessidade do usuário Envolve intervenção no campo da clínica ampliada Cuidado em rede Disponibilidade para estar com o outro em sofrimento psíquico Atendimento integrado, em equipe Atenção especial a saúde do profissional cuidador
Experiências exitosas vinculadas a vivência do trabalho em rede	Serviços e profissionais mobilizados para ajudar o usuário Atendimento em equipe AM na coordenação do cuidado

O paradigma psicossocial do cuidado em saúde mental advoga um cuidado centrado na pessoa em seu contexto comunitário e social e não na doença (Pinto et al., 2012). Nesse sentido, os CAPS surgem como uma das principais estratégias para operacionalizar esse rompimento. Para Leal e Delgado (2007, p. 02), eles não deveriam ser apenas um estabelecimento de saúde novo, mas instituir “um modo novo de operar o cuidado”, principalmente no que se refere à mudança da relação entre profissional, doença e usuário. A entrevista abaixo refere que a lógica manicomial ainda predomina no cotidiano do serviço.

Olha, infelizmente, o serviço, ele ainda reproduz práticas lá do Hospital Psiquiátrico, práticas manicomiais, tipo o usuário vem para a consulta, pega a receita, vai embora, o usuário tem a hora de tomar o remédio, o usuário tem um jeito de tomar o remédio, tem a hora da comida. Então assim, eu acho que, infelizmente, ainda no CAPS III a gente ainda tem essa reprodução de práticas de dentro do manicômio, dentro do serviço de CAPS III. (#7)

Os demais entrevistados, embora não tenham feito menção especificamente a tais práticas, relataram lacunas na sua capacidade pessoal ou da equipe em atender a complexidade do cuidado psíquico, confirmando outros achados (Pinho et al., 2018). Essa ideia se confirmou em outros oito relatos, demonstrando a presença de uma ambiguidade que fragiliza a intervenção psicossocial na medida em que, por um lado, aponta para a

impotência sentida pelos profissionais diante da complexidade de uma determinada situação de cuidado e, por outro, pode salientar para a equipe a importância de um trabalho interdisciplinar e integrado como uma prática necessária na busca de resolutividade das demandas do usuário (Anjos Filho, & Sousa, 2017).

Foi o caso inclusive multiprofissional, porque ele (paciente) não sabia fazer geladão. Então alguém aqui ensinou a parte culinária, aí aprendeu a fazer serviços gerais, lavando ambulância, aí depois colocaram ele em uma oficina mecânica e ele aprendeu a fazer retífica de motores e hoje trabalha em uma oficina. Passou a ser atendido no ambulatório, faz a troca de receita e segue a vida dele. (#6)

O profissional acima faz uma relação da evolução do paciente a partir da sua inserção no mercado de trabalho, a qual conseguiu com o auxílio da equipe multiprofissional. Porém, a continuidade do cuidado deste paciente passou a ocorrer no CAPS apenas pela busca da medicação. Entende-se que o desafio de consolidação de um cuidado psicossocial se torna problemático ao se considerar um cenário de recrudescimento da luta antimanicomial na política nacional, marcado por decisões na esfera federal, como a inclusão dos hospitais psiquiátricos como parte da rede de assistência psicossocial (Sousa & Jorge, 2019).

A partir da narrativa dos entrevistados, verificou-se que os pressupostos biomédicos e psicossociais estavam presentes de modo concomitante no cotidiano dos processos de trabalho em saúde mental e colocavam em ação perspectivas por vezes, conflitantes. No relato abaixo, a gravidade a que tais conflitos podem levar para o paciente fica patente.

Eu acho que faltou o colega lá fazer uns exames básicos, um exame de sangue. Porque quando chega um paciente que a gente encaminha de lá [Hospital], já chega 'não, é paciente do CAPS'. Só que não existe paciente do CAPS, existe paciente da rede de saúde do SUS, aí eu passo... o paciente passou três dias lá no HMI (Hospital Municipal de Imperatriz), não fizeram um hemograma do paciente. Poderia ter sido feito. E quando voltou para mim eu estava no CAPS AD, eu atendi ele muito rápido e mandei para o CAPS III e ficou lá. Eu não podia ter feito isso, eu tinha que ter mandado de volta para o HMI. Infelizmente o

paciente veio a óbito. (#5)

Esta resistência da rede em atender e acolher usuários da saúde mental já foi apontada por outros estudos como um dos obstáculos para o avanço da metodologia do AM (Oliveira & Campos, 2015; Cunha & Campos 2011). Uma proposta que pressupõe a desconstrução da concepção da loucura como um desvio social. Foucault (1972), sinaliza que é preciso desnaturalizar conceitos e ter a capacidade de reconstruí-los, segundo a necessidade de quem precisa ser assistido. Porém, os profissionais salientavam as carências estruturais e de qualificação de recursos humanos como obstáculos diários a serem enfrentados.

Eu vejo ainda os serviços lutando por coisas tão básicas, tão básicas, tão fundamentais pro serviço funcionar e aí por mais que eu compreenda que o trabalho em saúde seja um trabalho autônomo, que a gente tem um empoderamento do nosso trabalho e que se a gente ficar reclamando a gente nunca vai andar, porque sempre vai faltar alguma coisa, por outro lado também, você ficar batalhando e tentando convencer de que tem que ter comida, se funcionário pode ou não pode comer, ou seja, são coisas absurdas entende? (#4)

Não obstante a precarização das condições de trabalho, nove dos dez entrevistados atribuíam ao apoio da equipe, da rede ou ao AM as experiências exitosas e resolutividade dos atendimentos. Para este grupo de profissionais, a gestão do cuidado psicossocial com resolutividade exigia o rompimento da lógica manicomial num processo que envolvia a reflexão de cada profissional e também a transformação da organização dos processos de trabalho da equipe e dos gestores, segundo o relato: “Eu acho que a clínica da dependência ela é muito difícil, ela é muito complexa, ela é muito desafiadora, isso exige muito do profissional, porque a gente precisa estar constantemente repensando o trabalho, repensando o que fazer...” (#8).

Nesse sentido, considera-se que a saúde mental traz especificidades próprias para o trabalho em saúde por envolver lidar constantemente com o sofrimento psíquico e com a concepção do cuidado em saúde mental como um construto social, marcado por

aspectos culturais, sociais e econômicos (Jorge et al., 2015). Esta é uma definição que coaduna com a compreensão dos profissionais entrevistados, os quais definiam o cuidado em saúde mental como um cuidado integral que envolvia várias dimensões do ser humano, indicando ser essa uma das principais diferenças em relação as outras áreas da saúde.

Nas outras áreas eu não vejo que o médico ele tem assim um contato, realmente, mais, digamos assim, quando você atende, você é dermatologista, você atende a pele do paciente, quando você é cirurgião você vai operar a barriga, fazer alguma coisa, mas quando você está atendendo a mente parece que você está realmente atendendo o paciente, a pessoa por inteiro. (#5)

O profissional acima refere que a possibilidade de acolher a pessoa e não a doença é uma característica própria da saúde mental em relação as outras áreas da saúde. Tal posição pode não ser compartilhada por outros profissionais, principalmente se eles forem de outras áreas. Por exemplo, no estudo realizado por Prata et al. (2017), os profissionais da Atenção Primária de Saúde (APS) percebiam que a área da Saúde Mental se isolava e criava um sistema próprio que dificultava o diálogo. Nesse sentido, entende-se ser importante desconstruir uma suposta hierarquia entre serviços e profissionais de áreas diferentes, facilitando, justamente, a co-construção de entendimentos comuns que levem em conta a integralidade no processo saúde-doença

Não obstante a isto, identificou-se que os profissionais entrevistados nesse estudo, apresentavam uma noção de cuidado alinhada aos princípios da integralidade (Pinho et al., 2018), considerando quase inevitável essa visão ao lidar com usuários de serviços de saúde mental.

É uma construção diária e às vezes aquilo que funciona hoje para um usuário amanhã não funciona, então acredito que no cuidado na saúde mental a gente tem que estar buscando conhecimento, se reinventando, tendo criatividade na prática e tendo compromisso de acolher o usuário como um indivíduo, que ele não é apenas paciente. Assim, a saúde mental ela tem toda uma questão social antes, toda uma questão familiar que às vezes colabora para o adoecimento mental...

(#1)

A análise crítica dos relatos dos interlocutores que protagonizavam a implantação e consolidação do paradigma psicossocial revelou que há uma composição multiprofissional de pessoal, com um baixo grau de coordenação, alto nível de queixas, pouca integração entre as distintas especialidades e os demais serviços da rede. As dificuldades gerenciais aliadas à cultura de exclusão e asilamento herdado pelos trabalhadores de CAPS, dificultava a implantação de intervenções como o AM. Por outro lado, entende-se que a disponibilidade para o trabalho em equipe, o reconhecimento da perspectiva do cuidado integral e da clínica ampliada, valorizando a escuta e o vínculo (Merhy, Gomes, Silva, Santos, Cruz, & Fran, 2014), são fatores que favorecem a implantação do AM como uma prática do cotidiano desses profissionais.

Compreensão do apoio matricial

Os relatos evidenciaram diferentes perspectivas sobre o AM entre os profissionais, ora como estratégia de ordenação do cuidado em saúde mental, ora como mais uma das tarefas ou ações que deviam ser desempenhadas pelos profissionais. A Tabela 3 mostra os pontos chaves levantados pelos relatos dos profissionais nessa subcategoria.

Tabela 3
Compreensão de AM

Compreensão de apoio matricial	
Entendimento vinculado a ideia de capacitação	Especialista da saúde mental que vai subsidiar os profissionais da atenção básica, como o NASF e o próprio CAPS
Entendimento vinculado a ideia de estratégia de intervenção do trabalho em equipe e/ou em rede	Realização de atendimentos, orientações e consultas conjuntas Nova forma de fazer saúde envolvendo mais de uma equipe de saúde; construção de um cuidado em rede Nova estratégia onde equipes de diferentes serviços discutem o Projeto Terapêutico do paciente Suporte técnico pedagógico a outros profissionais da saúde mental Trabalho desenvolvido junto a atenção básica a partir da discussão de caso Práticas integrativas de cuidado entre os dispositivos da atenção básica e saúde mental
Desconhecimento	Muito complicado

Dos dez participantes entrevistados oito concebiam o AM como uma estratégia de intervenção do trabalho em equipe e/ou em rede e equipes diferenciadas de saúde: “Uma estratégia, a qual, vários profissionais, de diferentes serviços vão se unir para tentar contribuir com o paciente” (#10). O AM em saúde mental se apresenta como “uma proposta de mudança do arranjo organizacional e das responsabilidades profissionais e gerenciais, de modo a facilitar a cogestão em locais onde é necessário um trabalho em equipe” (Campos, Figueiredo, Pereira Júnior, & Castro, 2014, p. 988).

Na concepção de #2 e #6 e #8, o AM pressupõe uma equipe especializada em saúde mental, que com seu núcleo de saber específico, vai matriciar as equipes da atenção básica, consideradas como equipe de referência desse AM (Campos & Domitti, 2007; Bonfim et al., 2013).

É ajudar os profissionais que não estão conseguindo trabalhar em algum caso por meio de um suporte, ir no serviço ou o profissional ir ao nosso serviço. (#2). O apoio matricial é o especialista que tem conhecimento de alta complexidade, especialista em alguma coisa, no caso da saúde mental ele tem que ser direcionado para a atenção básica. (# 6). É um trabalho desenvolvido junto da atenção básica. (# 8).

Outros entrevistados colocaram o AM como uma estratégia de efetivação de um cuidado integralizado. Há por parte dos profissionais uma intencionalidade em vislumbrar um cuidado de forma plena, porém se confrontam com redes de cuidado, fragilizadas em seus fluxos e conexões (Pinto et al., 2012). Os participantes #7, #3 e #1 sinalizam esse entendimento.

Uma nova estratégia de atenção, onde equipes, estão juntas, por exemplo, equipe de CAPS com a equipe de estratégia saúde da família, com a equipe NASF discutindo o projeto terapêutico dos usuários. (#7).

O AM se dá entre as equipes de saúde pensando no paciente. (#3).

Eu acredito se a atenção básica a rede de saúde mental e serviços de saúde trabalhassem mais o AM a rede estaria mais articulada, seria possível esse usuário, ele ter esse atendimento integral em saúde o apoio, o atendimento ele seria compartilhado. (#1).

Para Campos (2006), o AM envolve co-responsabilização pelos casos e a troca de saberes entre os profissionais e serviços de saúde. Esta concepção do AM, se apresenta como fator essencial para um cuidado integralizado do usuário, o que confirma esta possibilidade de ampliação da clínica, como relatam #9 e #10: "Consiste em práticas de integração entre os dispositivos"; "Uma estratégia que vários profissionais, de diferentes serviços vão se unir para tentar contribuir com o paciente".

Percebe-se que a clareza conceitual presente nos relatos dos entrevistados, foi resultado da trajetória profissional e formativa na área da saúde mental. Pode-se inferir que a compreensão teórica, não se refletiu numa prática homogênea, embora o fato de todos os profissionais terem passado por capacitação ou curso específico de saúde mental, na perspectiva da Reforma psiquiátrica, não significa que a prática de todos será igual (Ramminger & Brito, 2011).

Os profissionais elencaram uma série de obstáculos que impede o avanço do AM, desde questões relativas a gestão até aspectos estruturais dos serviços. Neste sentido, o

relato de #5 colocou o AM como uma estratégia muito complicada, porque a interligação de tantos profissionais e tantos serviços não seria possível de ser operacionalizada. Por sua vez, outro profissional (#4) mencionou a ideia de AM como vinculada apenas à capacitação, divisão de tarefas, e não exatamente de um fazer conjunto.

Influência do AM na atuação do profissional

Acredita-se que as experiências dos profissionais com o AM podem determinar como e se essa estratégia de cuidado e intervenção será empregada no sentido de colaborar para a construção de um trabalho coletivo em saúde mental. Nessa subcategoria, se buscou descrever as vivências de AM dos trabalhadores no contato direto com a APS e as repercussões do uso dessa estratégia na equipe e no próprio profissional. A Tabela 4 apresenta os principais conteúdos elencados pelos entrevistados no que tange a percepção da influência do AM na sua prática.

Tabela 4

Influência do AM na atuação do profissional

<i>Influência do AM na atuação do profissional</i>	
Impacto no profissional	Suporte fundamental para não se sentir sozinho diante de casos muito complexos Reduz sensação de impotência e frustração Aumenta o aprendizado Visualização do resultado do seu trabalho Estimula movimento profissional diferenciado; maior conhecimento da rede
Impacto na equipe	Ampliação do trabalho no território Melhora qualidade do cuidado Mudança na cultura dos profissionais

Dos dez profissionais entrevistados três não tiveram nenhuma vivência de AM (#5; #8; #9), portanto, não identificaram repercussões na sua própria atuação como profissionais, mas sim no trabalho da equipe por esta ter vivenciado experiências

esporádicas de AM ou mesmo porque detinham conhecimentos teóricos. Desses três profissionais, dois eram médicos, o que pode indicar a possibilidade da sobrecarga em atender ao alto nível de medicalização e a falta de tempo para outras atividades que não fossem a consulta e dispersão de receita. Esses dois profissionais também afirmaram não desenvolver nenhuma ação no território, a não ser, muito raramente, visitas domiciliares.

No âmbito da motivação do trabalhador, o AM como ordenador do cuidado psicossocial, caracteriza-se por ser plural, heterogêneo, interdisciplinar (Campos, 2009). Nesse sentido, as narrativas de #1, #6, #7 apontaram otimismo quanto a efetividade do AM, mas destacaram a necessidade de o profissional estar motivado e engajado em protagonizar tal estratégia: “Se você, realmente, tiver disponível e tiver aceitação desse apoio matricial como sendo possível ele dar certo” (#6).

Esse movimento de protagonismo implica na realização de uma clínica “produto de um coletivo desejante, capaz de resistir aos mecanismos de captura e disciplinarização da vida” (Sundfeld, 2010, p. 1079). Os mecanismos de captura passam pela naturalização do sofrimento psíquico aliado às deficiências do serviço público, que promove no trabalhador uma impotência que o engessa (Sundfeld, 2010). Esse fica imerso numa rotina de um trabalho morto, centrado nos papéis, registros automáticos da produção, cumprimento da carga horária, protocolos rígidos, que o distanciam, cada vez mais das possibilidades de um cuidado psicossocial (Merhy, 1999).

Outro aspecto apontado nas entrevistas de influência do AM na prática profissional apontado pelos entrevistados é que este foi um instrumento de aprendizagem na perspectiva de educação permanente. A possibilidade de troca de informações e mesmo o embasamento no conhecimento específico sobre saúde mental que tiveram que preparar, os levou a estudar e retomar aspectos teóricos. Somava-se a isso as informações trazidas pelos profissionais matriciados, que geravam novas aprendizagens, como se verifica

nesse relato: “Eu vi pessoas estudando, dialogando a respeito da situação, pessoas incluídas, quebrando seus preconceitos, porque o AM é rico porque faz a gente pensar e a gente pode pensar diferente” (#4).

O AM como instrumento de formação permanente funda-se na sua dimensão técnico-pedagógica, promovendo ações conjuntas e trocas entre os profissionais. O AM tem o potencial de aprimorar o repertório de conhecimentos, os modos de compreender e de fazer e dos profissionais, favorecendo ainda o apoio da equipe para fortalecer a atuação e cumprir suas tarefas. (Bispo Júnior & Moreira, 2018).

A melhoria na qualidade do cuidado oferecido ao usuário é outro desdobramento percebido da atuação no AM pelos entrevistados. A narrativa daqueles que vivenciaram o AM expunha os impactos positivos dessa estratégia para o cuidado com muita clareza, salientando a significância desse fazer para o seu trabalho, como ilustra a fala de #1: “Eu acho que o AM pode garantir a continuidade do cuidado do usuário. Pode não, garante. Então assim, eu acho que o AM é o grande lance para a saúde mental”.

Como evidenciam os relatos abaixo, as experiências de AM vivenciadas por esses profissionais trouxeram impactos positivos na equipe, fortalecendo a perspectiva psicossocial no atendimento do paciente e impondo o questionamento da permanência de práticas asilares e centradas no serviço.

Amplia a visão da equipe de forma em geral e também no serviço em si ele não fica sobrecarregado com esse atendimento, e a gente pode sair de dentro do CAPS e trabalhar, amplia esse trabalho no território, o AM. (#1)

Serve para integrar os conhecimentos (AM), e não só para fazer um simples encaminhamento, você tem que ter aquele cuidado de verificar a situação biopsicossocial do paciente e, se possível, resolver, a questão da resolutividade, resolver na atenção básica para diminuir o fluxo na saúde mental... (#9)

Entende-se que o exercício do AM permitia mudanças na forma como cada profissional entendia o modelo de atenção e como a equipe podia operacionalizar o

cuidado sob a ótica da reforma psiquiátrica, experimentando a efetividade da perspectiva psicossocial. Ao mesmo tempo, vale ressaltar que, ao serem questionados sobre ações desenvolvidas pelo CAPS no território, os entrevistados relataram atividades um tanto limitadas como a realização de palestras esporádicas, de visitas domiciliares e outras experiências pontuais de AM que tiveram a oportunidade de vivenciar. Acredita-se que o baixo investimento em ações de promoção da saúde no SUS, de modo geral, aliado à limitação no número de profissionais de saúde, resulta em dificuldades dos serviços de transcender ações curativas e reabilitadoras (Bispo Júnior & Moreira, 2018). Essa situação constrói um imaginário nos profissionais e nos gestores de que o AM é algo impossível de ser feito, reduzindo o investimento em uma atuação efetiva nesse sentido. (Bispo Júnior e Moreira,2018)

Organização do trabalho para o AM

Os relatos dos profissionais revelaram que uma diversidade de vivências demarcava distintas propostas dos profissionais de CAPS deste estudo, para uma melhor efetivação e organização de um trabalho de AM. A Tabela 5 demonstra que alguns modos de organização tinham como foco ações nas quais a equipe possuía mais autonomia para gerenciar, enquanto outras formas indicavam aspectos que dependiam de decisões da gestão.

Tabela 5

Organização do trabalho para o AM

Organização do trabalho para o AM	
Foco na equipe	Ter orientações gerais entre os serviços, mesmo de forma simples. Definir um dia específico da semana para trabalhar o AM. Acompanhar o Projeto Terapêutico Singular - PTS no usuário no território junto com a atenção básica. Colocar-se no lugar do outro e ter comprometimento com o usuário.
Foco na gestão	Retomar a função do ativador de rede. Investir em condições favoráveis de trabalho, estimulando o profissional. Desburocratizar o trabalho; Descentralizar da gestão. Retomar experiências anteriores, onde cada serviço tinha profissionais de referência para atender determinada unidade. Estruturar equipe de profissionais do CAPS responsável pelo AM.

De modo geral, os entrevistados enfatizaram que a construção de processos de trabalho em um novo arranjo organizacional como o AM dependia em grande parte da inclusão de ações e do modelo de atenção estruturado pela gestão. É preciso uma gestão que favoreça e estimule a participação dos profissionais de CAPS, atores centrais para a efetivação de um cuidado psicossocial. Tal entendimento coaduna com os achados de um estudo recente realizado por Viana e Campos (2018) em três localidades da região Sudeste e que discute como a plena utilização do AM é fortemente influenciada pelo contexto institucional, pelos modelos de gestão e de atenção. Nesse sentido, a interrupção de ações, a falta de pactuação ou de estímulo direto na gestão dos processos de trabalho, pode gerar desconfiança nos trabalhadores quanto ao modelo de atenção a ser adotado. Para os profissionais, o êxito do AM dependia de haver canais para a cogestão do trabalho.

Eu acredito que se a gestão, a coordenação ela tiver uma visão adequada do que é o cuidado em saúde mental, clínica ampliada, AM, ela coloca isso para funcionar, ela estimula a equipe, ela cobra da equipe, ela faz junto com a equipe, mas se não tiver essa visão, a equipe muitas vezes até ficar estagnada. (#1)

Então na gestão passada eles fizeram, teve esse pontapé, e hoje como teve essa mudança de gestão ouve-se falar que vai ter, mas nunca aconteceu, e continua se falando que vai acontecer, mas até então eu não vi nada de concreto acontecendo. (# 10)

Portanto, um modelo de gestão que priorize espaços coletivos de informações, troca de saberes, associado ao conhecimento teórico e prático sobre saúde mental, favorece a implantação de práticas como o AM (Campos & Domitti, 2007). Os entrevistados destacaram a importância do trabalho junto à atenção básica e dois deles (#6 e #9), inclusive, sinalizaram que isso possibilitaria a redução da demanda de atendimento. Por outro lado, os profissionais ressaltaram que, com isso, também acabavam acolhendo demandas equivocadas de encaminhamentos realizados pela rede, a exemplo do que outro estudo encontrou (Minozzo & Costa, 2013).

Ainda considerando a compreensão dos profissionais quanto à organização do AM estes indicaram ações específicas a serem adotadas pela gestão com base em suas experiências anteriores. Por exemplo, vários trabalhadores entendiam que a função de ativador de rede deveria ser retomada pela gestão. Além disso há a necessidade de manter condições favoráveis de trabalho que estimulassem os profissionais, bem como de desburocratizar os processos de trabalho.

Foi idiotice tirar a função de ativador de rede, porque nós estamos tão embebidos pelo serviço, a gente entra lá dentro e quase não sai, muita coisa acontece. O ativador de rede é aquele cara que fala assim *'ei galera, um bora pra cá'*, entende? Eu acho que isso faz muita falta, eu acho que foi uma ideia fantástica do Ministério e que os municípios deviam seguir né, porque é essa pessoa que conseguia fazer com que as equipes se reunissem, entendeu? (#4)

A figura do ativador de rede foi uma iniciativa da segunda fase do Projeto Percursos Formativos da RAPS: Engrenagens da Educação Permanente na RAPS (Ministério da Saúde, 2016). Neste projeto, o Ministério da Saúde custeava o profissional para desempenhar o papel de “Ativador de Rede”. Tal iniciativa era norteadada pela metodologia de roda de conversa entre os diversos atores envolvidos no processo. Segundo relatos de #7, #8, #4, #6, #10, esta atividade foi cancelada em 2017 com a

mudança de gestão.

Desse modo, a ideia de um ativador de rede foi colocada de diferentes formas pelos profissionais, ainda que todos sinalizassem como algo que deveria ser uma diretriz definida pela gestão. Alguns indicaram que deveria ter uma equipe de profissionais específica para realizar o AM, outros que teria uma pessoa responsável para articular a rede e favorecer do ponto de vista logístico e técnico a operacionalização do AM e, uma outra proposta ainda concebia a divisão dos usuários por territórios e ter um profissional de referência para cada território.

Considerando aspectos e ações das equipes para a efetivação da reorganização da atenção, os profissionais destacaram a necessidade de empoderamento dos profissionais que, a partir de sua identificação e motivação para o trabalho em saúde mental, poderiam fazer do AM uma rotina do seu cotidiano de trabalho e o utilizar como uma ferramenta de cuidado, como encontrado em outro estudo (Pinto et al., 2012).

Conjuntamente, entende-se que as propostas levantadas pelos profissionais requerem uma revisão dos processos de trabalho na perspectiva da gestão e da clínica, dependendo disso que o AM possa atingir suas potencialidades. Tal modificação é permeada de desafios e obstáculos, sendo os principais deles vinculados as questões referentes a organização dos processos de trabalho e ao desconhecimento de como operacionalizar o AM (Campos & Domitti, 2007; Ballarin, Blanes, & Ferigato, 2012; Jorge et al., 2015).

Em um cenário de pouca autonomia, a compreensão de Franco e Merhy (2012) sobre o processo de trabalho coloca o trabalhador como sujeito principal, numa perspectiva do trabalho vivo, conceito que ele transfere para a assistência da saúde mental a partir da valorização das tecnologias leves, definidas como ações vinculadas a escuta qualificada, e construção de vínculo. Portanto uma lógica em que o trabalhador direciona

o caminho do cuidado, a partir da escuta qualificada do usuário, e não somente dos protocolos. (Franco & Merhy, 2012). O trabalhador passa a ter o controle do seu próprio trabalho, pois o trabalho vivo se constrói no ato, no momento em que o trabalhador está interagindo com o usuário (Franco & Merhy, 2012).

Infere-se que o agir cotidiano do trabalhador, ofereceu a partir do direcionamento do trabalho vivo, níveis consideráveis de liberdade, contudo a partir dos relatos dos profissionais do município de Imperatriz, percebeu-se que a descontinuidade das ações implementadas pela mudança de gestão e o baixo empoderamento dos profissionais limitou a implementação de práticas inovadoras e criativas. Mesmo assim, os achados apontaram que, para além de um arranjo organizacional, o AM se coloca como uma estratégia ordenadora do cuidado psicossocial na medida em que, possibilita mudanças na equipe quanto a sua percepção do usuário, favorece ações no território, constrói um cuidado na perspectiva psicossocial e organiza o fluxo da saúde mental na atenção básica.

Considerações Finais

Segundo os achados desse estudo, os profissionais manifestaram uma compreensão acerca do AM bastante alinhada às definições conceituais adotadas pela Política Nacional de Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2001), refletindo trajetórias profissionais de investimento e especialização na área da Saúde Mental. Embora partindo de um mesmo ideário sobre o AM, os profissionais de CAPS mostraram diferentes posições diante das propostas de organização do AM.

Dessa forma, uma parte dos profissionais creditava à gestão toda a responsabilidade de operacionalização do AM, enquanto outros se percebiam como atores desse processo e sinalizavam a importância de construir processos de trabalho que

fortalecessem essa prática no seu cotidiano profissional. Essa construção perpassa pelo entendimento de Franco e Merhy (2012), quanto a emancipação do profissional como responsável direto do produto do seu trabalho, na perspectiva do trabalho vivo, que se concretiza na relação profissional com o usuário, com a equipe, com a rede. Aliou-se a isso, uma compreensão de gestão baseada na dialogicidade, no qual o trabalho vivo, constrói um coletivo implicado com a proposta do AM, conectando saberes e serviços a favor do usuário (Merhy, 2008).

A partir do conjunto do corpus desse trabalho pode-se afirmar que o AM foi marcado por iniciativas pontuais em Imperatriz/MA, sendo estruturado pela gestão uma proposta desenvolvida no ano de 2016. Depois disso, o AM ainda era uma prática distante do cotidiano dos entrevistados, haja vista que no momento da coleta dos dados a rede de saúde mental, estava passando por mudanças abruptas que implicaram na remoção de funcionários entre os serviços de saúde da cidade, bem como na redução do quadro de funcionários, o que exigiu a reorganização de atividades nos locais de trabalho.

Neste sentido, colocar o AM como estratégia de ordenação do cuidado psicossocial em saúde mental defronta-se com a superação de vários obstáculos vinculados a gestão dos processos de trabalhos e na apropriação reflexiva e operativa da metodologia do AM pelo coletivo das equipes de saúde. Os achados também indicaram que muitos profissionais, ainda que restritos pelo baixo apoio da gestão e da falta de recursos, buscavam discutir e desenvolver modos possíveis de adaptar e modificar seu trabalho cotidiano sob a perspectiva do AM e do cuidado territorializado, baseando-se em experiências exitosas de articulação de rede.

Esse estudo contribuiu para cobrir uma lacuna no que concerne ao olhar voltado para o profissional de saúde mental de CAPS. Os resultados demonstram percepções apreendidas a partir do contexto específico do município de Imperatriz/MA. Este recorte

gera limitações ao mesmo tempo em que abre novas possibilidades, uma vez que reflete as particularidades e recorrências quanto a estratégia do AM em uma região do país pouco contemplada nos estudos da área (Pinho et al., 2018). Para além de contemplar a perspectiva da gestão, futuros trabalhos poderiam incluir também a percepção dos usuários quanto ao cuidado implementado a partir do AM.

O AM como ordenador do cuidado psicossocial no território ganha maior significância frente ao cenário atual, de recentes retrocessos da política de saúde mental que reforçam a convivência do modelo psicossocial com o modelo biomédico-hospitalocêntrico (Sousa & Jorge, 2019). Pode-se inferir que o fortalecimento de estratégias como o AM, se transforma em instrumento de enfrentamento desse retrocesso, pois no presente estudo, o AM foi visto como possibilitador de ordenação do cuidado em saúde mental na perspectiva psicossocial, na medida que favorece o trabalho em equipe, amplia a visão dos profissionais quanto as possibilidades de intervenção, fomenta ações no território e subsidia a construção de um cuidado respeitando as diversas dimensões do usuário.

Referências

- Anjos Filho, N. C. D., & Souza, A. M. P. D. (2017). A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Interface (Botucatu)*, 21(60), 63-76.
<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0428>
- Ballarin, M. L. G. S., Blanes, L. D. S., & Ferigato, S. H. (2012). Apoio matricial: um estudo sobre a perspectiva de profissionais da saúde mental. *Interface (Botucatu)*, 16(42), 767-778. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012000300014>.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70 LDA.
- Bernardi, A. B., & Kanan, L. A. (2015). Características dos serviços públicos de saúde mental (Capsi, Capsad, Caps III) do estado de Santa Catarina. *Saúde em Debate*, 39(107), 1105-1116. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151070533>.
- Bezerra, E., & Dimenstein, M. (2008). Os CAPS e o trabalho em rede: Tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(3), 632-645.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932008000300015>
- Bispo Júnior, J. P. B., & Moreira, D. C. (2018). Núcleos de apoio à saúde da família: concepções, implicações e desafios para o apoio matricial. *Trabalho, Educação e Saúde*, 16(2), 683-702. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00122>
- Bonfim, I. G., Bastos, E. N. E., Góis, C. W. D. L., & Tófoli, L. F. (2013). Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: Uma análise da produção científica e documental. *Interface (Botucatu)*, 17(45), 287-300.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013005000012>
- Campos, G. W. D. S. (2006). Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. *Trabalho, Educação e Saúde*, 4(1), 19-32.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462006000100003>

- Campos, G. W. D. S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de saúde pública*, 23(2), 399-407. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>
- Campos, G. W. S. (2009). Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: Teoria Paidéia e Reformulação Ampliada do Trabalho em Saúde. In: Campos, G. W. S., Minayo, M. C. S., Akerman, M., Drumond Júnior, M., & Carvalho, Y. M. *Tratado de saúde coletiva* (pp. 53-92). Rio de Janeiro: Hucitec - Fiocruz.
- Campos, G.W. S., Figueiredo, M. D., Pereira Júnior, N., & Castro, C. P. (2014). A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18(1), 993-985. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>
- Chiaverini, D. H. (2011). *Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental*. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília: Ministério da Saúde – Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. 236p. Retrieved from http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudementa1.pdf
- Conselho Nacional de Saúde (CNS). (2016). *Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016*. Retrieved from <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- Costa, P. H. A., Colugnati, F. A. B., & Ronzani, T. M. (2015). Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3243-3253. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.14612014>
- Cunha, G. T., & Campos, G. W. D. S. (2011). Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde e Sociedade*, 20(4), 961-970.

12902011000400013

DATASUS. (2018). *TabNet – Ministério da Saúde*. Retrieved from

<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/ma.htm>

Flick, U., & Gibbs, G. (2009). *Análise de dados qualitativos*. Porto Alegre: Artmed.

Foucault, M. (1972). *A história da loucura*. 5. ed. São Paulo: Perspectiva. 120p.

Foy, R., Hempel, S., Rubenstein, L., Suttorp, M., Seelig, M., Shanman R., ... &

Shekelle, P. G. (2010). Meta-analysis: Effect of Interactive Communication

Between Collaborating Primary Care Physicians and Specialists. *Annals of Internal*

Medicine, 152(4), 247-258. [https://doi.org/10.7326/0003-4819-152-4-201002160-](https://doi.org/10.7326/0003-4819-152-4-201002160-00010)

00010

Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2012). Cartografias do Trabalho e Cuidado em

Saúde. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 6(2), 151-163.

<http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v6i2.1120>

Governo do Distrito Federal. (2016). *Pactuação interfederativa 2017-2021. Caderno de*

Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores. Secretária de Atenção à Saúde.

Retrieved from <http://www.saude.df.gov.br/wp->

[content/uploads/2017/11/PACTUACAO-INTERFEDERATIVA-2017-2021.pdf](http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/PACTUACAO-INTERFEDERATIVA-2017-2021.pdf)

Hirdes, A. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. *Ciência & Saúde*

Coletiva, 14(1), 297-305. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036>

Iglesias, A., & Avellar, L. Z. (2014). Apoio Matricial: um estudo bibliográfico. *Ciência*

& Saúde Coletiva, 19(9), 3791-3798. [http://dx.doi.org/10.1590/1413-](http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014199.00322013)

81232014199.00322013

Jorge, M. S. B., Diniz, A. M., Lima, L. L., & Penha, J. C. (2015). Apoio matricial,

projeto terapêutico singular e produção do cuidado em saúde mental. *Texto &*

Contexto Enfermagem, 24(1), 112-120. <http://dx.doi.org/10.1590/0104->

07072015002430013

- Jorge, M. S. B., Pinto, D. M., Quinderé, P. H. D., Pinto, A. G. A., Sousa, F. S. P., & Cavalcante, C. M. (2011). Promoção da Saúde Mental-Tecnologias do Cuidado: Vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3051-3059. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800005>
- Kelly, B. J., Perkins, D. A., Fuller, J. D., & Parker, S. M. (2011). Shared care in mental illness: A rapid review to inform implementation. *International journal of mental health systems*, 5(31), 1-12. <http://dx.doi.org/10.1186/1752-4458-5-31>
- Leal, E. M., & Delgado, P. G. G. (2007). *Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: Cepesc, 137-154.
- Merhy, E. E. (1999). O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciência & saúde coletiva*, 4(2), 305-314. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231999000200006>
- Merhy, E. E. (2008). Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E. E., & Onocko, R. (Eds.). *Agir em saúde: um desafio para o público* (pp. 71-112). São Paulo, Hucitec.
- Merhy, E. E., Gomes, M. P. C., Silva, E., Santos, M. D. F. L., Cruz, K. T. D., & Franco, T. B. (2014). Redes Vivas: Multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Saúde Debate*, 52, 153-64.
- Minayo, M. C. S. (1993). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2a. ed. São Paulo: ABRASCO. 269p.
- Ministério da Saúde. (2001). *Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o

- modelo assistencial em saúde mental. Retrieved from
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm
- Ministério da Saúde. (2008a). *Política Nacional de Saúde Mental*. Retrieved from
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134&janela=1.
- Ministério da Saúde. (2008b). *Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008*. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília. Retrieved from
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html
- Ministério da Saúde. (2010). *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4a. ed. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Retrieved from http://bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/services/e-books/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf
- Ministério da Saúde. (2015). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Brasília: OPAS. Retrieved from
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
- Ministério da Saúde. (2016). *Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015*. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Brasília: Ministério da Saúde. 143p. Retrieved from
<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015---.pdf>
- Minozzo, F., & Costa, I. I. (2013). Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e

- Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. *Psico-USF*, 18(1), 151-159.
<https://doi.org/10.1590/S1413-82712013000100016>
- Morais, A. P. P., & Tanaka, O. Y. (2012). Apoio matricial em saúde mental: alcances e limites na atenção básica. *Saúde e Sociedade*, 21(1), 161-170.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000100016>
- Oliveira, M. M., & Campos, G. W. S. (2015). Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1), 229-238.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.21152013>
- Oliveira, R. M., Facina, P. C. B. R., & Siqueira Júnior, A. C. A realidade do viver com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)*, 65(2), 309-316.
Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a17.pdf>
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2001). Relatório mundial da saúde. Saúde mental: Nova concepção, nova esperança. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Pinho, E. S. S., Souza, A. C. S., & Esperidião, E. (2018). Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(1), 141-152. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018231.08332015>
- Pinto, A. G. A., Jorge, M. S. B., Vasconcelos, M. G. F., Sampaio, J. J. C., Lima, G. P., Bastos, V. C., & Sampaio, H. A. C. (2012). Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 653-660. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300011>
- Prata, N. I. S. S., Groisman, D., Martins, D. A., Rabello, E. T., Mota, F. S., Jorge, M. A., ... & Vasconcelos, R. V. (2017). Saúde mental e atenção básica: território, violência e o desafio das abordagens psicossociais. *Trabalho, Educação e*

- Saúde*, 15(1), 33-53. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00046>
- Prefeitura Municipal de Imperatriz. (2018). *Imperatriz*. Retrieved from <http://www.imperatriz.ma.gov.br/portal/imperatriz/a-cidade.html>
- Ramminger, T., & Brito, J. C. (2011). "Cada CAPS é um CAPS": uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. *Psicologia & Sociedade*, 23, 150-160. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822011000400018>
- Sampieri, R. H., Collado, C. H., & Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de pesquisa*. 3a. ed. São Paulo: McGraw-Hill. 583p.
- Sousa, F. S. P., & Jorge, M. S. B. (2019). O Retorno Da Centralidade Do Hospital Psiquiátrico: Retrocessos Recentes Na Política De Saúde Mental. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17(1). <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00172>
- Sundfeld, A. C. (2010). Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20(4), 1079-1097. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400002>
- Viana, M. M. D. O., & Campos, G. W. D. S. (2018). Formação Paideia para o Apoio Matricial: uma estratégia pedagógica centrada na reflexão sobre a prática. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(8), e00123617. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00123617>

IV - Considerações Finais da Dissertação

O objetivo desse estudo foi compreender as percepções dos profissionais de CAPS em relação ao AM e sua influência nas suas vivências de trabalho. Depreendeu-se que as percepções de AM estavam diretamente relacionadas com a trajetória profissional dos entrevistados e não necessariamente com sua formação acadêmica. Nesse sentido, o AM se apresentou como uma possibilidade metodológica para o trabalho em equipe ao estimular a horizontalidade, a autonomia do trabalhador e a construção de soluções compartilhadas.

Embora partindo de um mesmo ideário sobre o AM, os profissionais de CAPS mostraram diferentes posições diante das propostas, muitas vezes permeadas por sentimentos de frustração, fruto da constante fragmentação das ações do serviço público (Minozzo & Costa, 2013). Ainda que não se tenha verificado discrepâncias conceituais em relação AM, isto não se refletia numa prática homogênea e cotidiana entre os profissionais. A partir dos achados do *corpus* desse trabalho pode-se inferir que o modelo biomédico ainda predominava em relação ao modelo psicossocial, em especial na gestão dos processos de trabalho, gerando no trabalhador pouca motivação para o desenvolvimento de práticas inovadoras, criativas, embasada pela compreensão do trabalho vivo (Franco & Merhy, 2012).

Para que o CAPS venha a ocupar o lugar estratégico do processo de desinstitucionalização da loucura faz-se necessário: uma ampliação da atuação desses serviços, articulando-se com a atenção básica; a organização dos processos de trabalho da rede para o acolhimento adequado de situações de crise psiquiátrica; a reinserção social dos usuários; e, principalmente, que não se reinstitucionalizem práticas manicomialis. Tais movimentos requerem que os CAPS de fato ocupem o seu papel de construir um cuidado

intersetorial, em rede, rompendo com a ideia de doença e construindo processos de saúde pautados pelo respeito à singularidade (Onocko & Furtado, 2006; Fiocruz, 2015).

Uma política não se concretiza pelo simples fato de estar legalizada, faz-se necessário sujeitos que a internalize e transforme em atitude na sua práxis profissional, implicando num processo complexo de rompimento com formas cristalizadas de trabalho, para a abertura a inovações, isto necessariamente perpassa pelo entendimento dos atores envolvidos nesta nova prática (Bezerra & Dimenstein, 2008).

A partir do conjunto do *corpus* desse trabalho pode-se afirmar que o AM foi marcado por iniciativas pontuais em Imperatriz/MA, estruturando-se como proposta da gestão em saúde no ano de 2016. Os profissionais relataram que no momento atual falava-se muito em AM, mas que a efetivação da estratégia ainda era uma realidade distante do seu cotidiano de trabalho. Dessa forma, uma parte dos profissionais creditava à gestão toda a responsabilidade pela operacionalização do AM. Outra parte se percebia como sujeito principal desse processo e sinalizava a importância de pensar e implementar processos de trabalho que fortalecessem essa prática no seu cotidiano profissional.

Os obstáculos vinculados as questões da relação do trabalhador com seu trabalho, logística, ou da própria clínica que o trabalho entre coletivos impõe, precisa de um gerenciamento para ser superado (Cunha & Campos, 2011). Ainda que esses profissionais tivessem uma experiência consolidada na área da saúde mental, com uma trajetória profissional marcada por uma formação específica ou afim na área da saúde mental, isto não determinava, isoladamente, uma atuação condizente com a perspectiva do AM.

O AM requer o desenvolvimento de habilidades relativas à reflexividade e vigilância epistemológica de transformar a prática num processo de educação permanente, disponibilidade para a dialogicidade, para estabelecer relações horizontalizadas e de socializar o conhecimento, respeito a diversidade de ideias e estar

disponível para a troca de saberes (Campos & Domitti, 2007). Tais habilidades, além de disponibilidade, requerem um contexto favorável para estabelecimento de relações solidárias entre profissionais, gestão e usuários que vai muito além da formação acadêmica.

Os relatos das vivências exitosas relacionadas às do AM constituíram outro canal de compreensão desse profissional no presente estudo, pois indicavam uma experiência resolutiva dentro do SUS (Pinto et al., 2012), no sentido de ter sido uma estratégia de ordenação do cuidado psicossocial.

Essa potencialidade, de ordenar o cuidado psicossocial se confronta com a superação de vários obstáculos apresentados pelos entrevistados, centrados na gestão dos processos de trabalhos e na superação epistemológica sobre a metodologia do AM. “Assim, demanda trabalhar a partir do reconhecimento do conflito e da mútua transformação inerentes ao processo dialético que orienta as relações pessoais e institucionais” (Oliveira & Campos, 2015, p. 234).

Por fim, baseado nos achados desse estudo, depreende-se que o nivelamento entre trajetória, vivência e conhecimento teórico da temática AM, por si não garante sua organização. A promoção de rupturas culturais como com a predominância do paradigma biomédico nas práticas profissionais e de relações verticalizadas na gestão em saúde, requer investimento constante e tempo, pois o avanço da metodologia do AM, deu-se de forma paulatina e diversificada nas regiões do Brasil (Ballarin, Blanes, & Flerigato, 2012).

Assim, é fundamental aprofundar processos de trabalho que favoreçam ações na lógica do AM, que a formação permanente seja fincada na reflexão crítica da prática, e que os mecanismos de democratização das relações sejam garantidos com o

fortalecimento de instrumentos coletivos como a reunião de equipe, assembleia de usuários, e ações inter setoriais.

O desdobramento desse estudo possibilitaria um mapeamento por regiões das ações de AM, analisando não apenas percepções dos obstáculos e potencialidades, mas os caminhos de superação desses obstáculos, a partir da identificação de experiências exitosas. Em estudos futuros seria enriquecedor dar voz aos usuários quanto a essa temática.

V - Referências da Dissertação

- Athié, K., Fortes, S., & Delgado, P. G. G. (2013). Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: Uma revisão crítica (2000-2010). *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 8(26), 64-74. Retrieved from <https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/536>
- Ballarin, M. L. G. S., Blanes, L. D. S., & Ferigato, S. H. (2012). Apoio matricial: um estudo sobre a perspectiva de profissionais da saúde mental. *Interface (Botucatu)*, 16(42), 767-778. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012000300014>.
- Bernardi, A. B., & Kanan, L. A. (2015). Características dos serviços públicos de saúde mental (Capsi, Capsad, Caps III) do estado de Santa Catarina. *Saúde em Debate*, 39(107), 1105-1116. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151070533>.
- Bezerra, E., & Dimenstein, M. (2008). Os CAPS e o trabalho em rede: Tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(3), 632-645. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932008000300015>.
- Bispo Júnior, J. P. B., & Moreira, D. C. (2018). Núcleos de apoio à saúde da família: concepções, implicações e desafios para o apoio matricial. *Trabalho, Educação e Saúde*, 16(2), 683-702. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00122>
- Bonfim, I. G., Bastos, E. N. E., Góis, C. W. D. L., & Tófoli, L. F. (2013). Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: Uma análise da produção científica e documental. *Interface (Botucatu)*, 17(45), 287-300. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013005000012>
- Campos, G. W. D. S. (2006). Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. *Trabalho, Educação e Saúde*, 4(1), 19-32. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462006000100003>

- Campos, G. W. D. S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de saúde pública*, 23(2), 399-407. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>
- Campos, G.W. S., Figueiredo, M. D., Pereira Júnior, N., & Castro, C. P. (2014). A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18(1), 993-985. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>
- Costa, P. H. A., Colugnati, F. A. B., & Ronzani, T. M. (2015). Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3243-3253. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.14612014>
- Cunha, G. T., & Campos, G. W. D. S. (2011). Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde e Sociedade*, 20(4), 961-970. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013>.
- Fiocruz. Fundação Calouste Gulbenkian. (2015) Inovações e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil. Seminário Internacional de Saúde Mental: Documento Técnico Final. Organização Mundial de Saúde Ministério da Saúde. 90 p. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2012). Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 6(2), 151-163. <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v6i2.1120>
- Iglesias, A., & Avellar, L. Z. (2014). Apoio Matricial: um estudo bibliográfico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(9), 3791-3798. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014199.00322013>.
- Jorge, M. S. B., Diniz, A. M., Lima, L. L., & Penha, J. C. (2015). Apoio matricial,

- projeto terapêutico singular e produção do cuidado em saúde mental. *Texto & Contexto Enfermagem*, 24(1), 112-120. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015002430013>.
- Jorge, M. S. B., Pinto, D. M., Quinderé, P. H. D., Pinto, A. G. A., Sousa, F. S. P., & Cavalcante, C. M. (2011). Promoção da Saúde Mental-Tecnologias do Cuidado: Vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3051-3059. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800005>
- Merhy, E. E., Gomes, M. P. C., Silva, E., Santos, M. D. F. L., Cruz, K. T. D., & Franco, T. B. (2014). Redes Vivas: Multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Saúde Debate*, 52, 153-64.
- Ministério da Saúde. (2002). *Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Retrieved from http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
- Ministério da Saúde. (2015). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Brasília: OPAS. Retrieved from http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
- Ministério da Saúde. (2016). *Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015*. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Brasília: Ministério da Saúde. 143p. Retrieved from <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015---.pdf>
- Minozzo, F., & Costa, I. I. (2013). Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e

- Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. *Psico-USF*, 18(1), 151-159.
<https://doi.org/10.1590/S1413-82712013000100016>
- Oliveira, M. M., & Campos, G. W. S. (2015). Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1), 229-238.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.21152013>
- Onocko-Campos, R. T., & Furtado, J. P. (2006). Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(5), 1053-1062. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500018>.
- Pinto, A. G. A., Jorge, M. S. B., Vasconcelos, M. G. F., Sampaio, J. J. C., Lima, G. P., Bastos, V. C., & Sampaio, H. A. C. (2012). Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 653-660. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300011>
- Sampieri, R. H., Collado, C. H., & Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de pesquisa*. 3a. ed. São Paulo, McGraw-Hill, 583 p. <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v6i2.1120>
- Silva Júnior, A. G. D., Merhy, E. E., & Carvalho, L. C. (2003). Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In Pinheiro, R., & Mattos, R. A. (Eds.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde* (pp. 113-128). 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO. 228p.
- Viana, M. M. D. O., & Campos, G. W. D. S. (2018). Formação Paideia para o Apoio Matricial: uma estratégia pedagógica centrada na reflexão sobre a prática. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(8), e00123617. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00123617>.
- World Health Organization (WHO). (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates* (No. WHO/MSD/MER/2017.2). Retrieved from

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=609D2069A0F15FF492C3E49617E8CE53?sequence=1>

Apêndice A – Roteiro da entrevista com os profissionais de saúde

Dados gerais

Idade:

Sexo:

Escolaridade:

Formação:

Tempo de trabalho na unidade:

Primeiro eixo - Trajetória e vivência profissional dos trabalhadores de saúde mental

1. Me conte um pouco sobre sua trajetória profissional. (Caso não mencione, explorar formação, cursos que fez, experiências profissionais).
2. Agora me fale como e quando começou sua inserção profissional na área da saúde mental.
3. Como é para você trabalhar na área de saúde mental? Como você se sente nesse trabalho? No que é diferente e no que é parecido com outras áreas de trabalho na saúde?
4. Na sua avaliação, o que é desafiador no desenvolvimento do seu trabalho?
5. Como é trabalhar com outros profissionais da saúde no seu local de trabalho? O que isso representa para você? Você vê alguma dificuldade nisso? Você costuma ter reuniões de equipe no seu cotidiano de trabalho?

Segundo eixo - Concepções dos trabalhadores sobre o cuidado em saúde mental

1. Agora eu gostaria que você me falasse o que compreender como cuidado em saúde.
2. Como você definiria o cuidado em saúde mental? O que é importante contemplar? Quais dificuldades você enxerga nessa área?
3. Como se dá a dinâmica dos cuidados em saúde mental no local onde você trabalha? Qual a sua participação? Há algo que poderia ser diferente? O quê?
4. Eu gostaria que você me relatasse um caso/situação de cuidados em saúde mental no qual você tenha participado e que considerou como tendo um bom resultado. O que achas que contribuiu para esse resultado?
6. Agora, me conte um caso/situação que você já vivenciou profissionalmente em saúde mental que não teve um bom resultado. O que achas que contribuiu para esse resultado?

Terceiro eixo - O apoio matricial como um instrumento de intervenção profissional:**Potencialidades e limites**

1. Me fale quais ações de atenção comunitária e territorialidade o serviço de saúde mental em que você atua desenvolve.
2. Agora eu queria te perguntar o que você compreende como apoio matricial?
3. Como se dá o apoio matricial no seu cotidiano de trabalho? Qual a sua participação nesse processo?
4. Eu gostaria que você me relatasse uma situação em que você atuou no apoio matricial. Como foi para você essa experiência? Você acha que sua experiência no apoio matricial modificou alguma coisa no seu trabalho ou no trabalho da sua equipe? O quê?
5. Na sua opinião, quais os aspectos positivos e negativos do apoio matricial em saúde mental? Quais os entraves e potencialidades dessa estratégia? Há algo que poderia ser realizado de outro modo? O quê?

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade do Vale do Rio dos Sinos Programa de Pós-Graduação em Psicologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este é um convite para você participar da pesquisa intitulada “**APOIO MATRICIAL E VIVÊNCIAS DO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE CAPS**” que tem como pesquisadora responsável, Marlene Costa Lima, mestranda do curso de pós-graduação em psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Esta pesquisa pretende compreender como os profissionais de saúde mental de CAPS percebem o apoio matricial nas suas vivências de trabalho. A sistematização desta informação fortalecerá a realização de práticas exitosas na saúde mental.

Ao participar da pesquisa, você responderá a uma entrevista sobre sua trajetória profissional, suas percepções a respeito do trabalho em saúde mental e sobre suas experiências e concepções quanto ao apoio matricial. A entrevista será gravada em áudio e durará no máximo uma hora, sendo que você pode escolher o local e horário que mais for conveniente.

Sua participação envolve riscos muito pequenos como, por exemplo, sentir-se desconfortável com alguma pergunta ou ao fazer algum relato sobre sua vivência de trabalho. Em caso de algum problema que você possa ter relacionado com a pesquisa, você terá direito a assistência gratuita por psicólogos da rede pública de saúde. Você pode se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo, bem como se recusar a responder as perguntas que lhe causem constrangimento de qualquer natureza.

Você sempre poderá obter informações sobre o andamento deste estudo e/ou seus resultados. Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para a pesquisadora: Marlene Costa Lima, Celular-(99) 981594379 ou pelo e-mail, marlenecostalima50@gmail.com.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhuma informação que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados pela pesquisadora responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de cinco anos, sendo após isso, apagados.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com a pesquisadora responsável. Sua participação no estudo se confirma com sua assinatura neste documento.

Imperatriz, ___/___/_____

Participante da pesquisa

Nome: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora responsável

Nome: Marlene Costa lima

Assinatura: _____

Anexo A – Parecer Consubstanciado do CEP**UNIVERSIDADE DO VALE DOS SINOS -UNISINOS****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA****Título da Pesquisa:** APOIO MATRICIAL E VIVÊNCIAS DO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE CAPS**Pesquisador:** MARLENE COSTA LIMA**Área Temática:****Versão:** 1**CAAE:** 83643318.0.0000.5344**Instituição Proponente:** unisinos**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 2.549.824**Apresentação do Projeto:**

Estudo denominado APOIO MATRICIAL E VIVÊNCIAS DO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE CAPS. Apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia sob a orientação da Profa. Dra. Tonantzin Ribeiro Gonçalves. O projeto objetiva compreender as percepções dos profissionais de CAPS (10 profissionais de nível superior, com formação acadêmica diversificada que trabalham nos CAPS da cidade de Imperatriz/MA) em relação ao apoio matricial (definido como a produção de um cuidado colaborativo entre duas ou mais equipes de saúde, de forma compartilhada proporcionando uma retaguarda especializada para as demais equipes de saúde) e sua influência nas suas vivências de trabalho.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos transcritos a seguir são exequíveis com a metodologia desenvolvida no projeto.

Objetivo geral:

Continuação do Parecer: 2.549.824

Compreender o entendimento dos profissionais de saúde mental de CAPS em relação ao apoio matricial e sua influência nas suas vivências de trabalho.

Objetivos específicos:

Descrever as concepções dos trabalhadores sobre o cuidado em saúde mental.

Analisar como os trabalhadores com diferentes trajetórias profissionais vivenciam o trabalho em saúde mental e as experiências de apoio matricial.

Identificar como o apoio matricial repercute nas vivências de trabalho dos profissionais de CAPS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios descritos no projeto e no TCLE de forma apropriada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é importante no processo de avaliação de estratégias de suporte à descentralização supervisionada e apoiada da atenção voltada à saúde mental.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

É apresentado um Termo de anuência do local que sediará o estudo e um TCLE que contém todos os elementos necessários à participação voluntária dos sujeitos de pesquisa.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1072091.pdf	24/02/2018 15:50:27		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetopdf.pdf	24/02/2018 15:45:54	MARLENE COSTA LIMA	Aceito
Outros	projeto.pdf	22/02/2018 12:10:38	MARLENE COSTA LIMA	Aceito
Outros	Entrevista2.pdf	22/02/2018 12:07:18	MARLENE COSTA LIMA	Aceito
Outros	Entrevista1.pdf	22/02/2018 12:05:43	MARLENE COSTA	Aceito

			LIMA	
--	--	--	------	--

Página 02 de

Continuação do Parecer: 2.549.824

Outros	CurriculoLattes.pdf	22/02/2018 12:03:06	MARLENE COSTA LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termodeconsentimento.pdf	22/02/2018 12:01:00	MARLENE COSTA LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeanuencia.pdf	22/02/2018 11:57:51	MARLENE COSTA LIMA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	22/02/2018 11:50:57	MARLENE COSTA LIMA	Aceito
Outros	identidade.jpg	22/02/2018 11:47:06	MARLENE COSTA LIMA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	22/02/2018 11:29:00	MARLENE COSTA LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Marlene_Lima.pdf	19/03/2018 11:25:26	José Roque Junges	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LEOPOLDO, 19 de Março de 2018

Assinado por:
José Roque Junges
(Coordenador)