



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA-
UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA – UFSB
CENTRO DE FORMAÇÃO EM CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTADO E SOCIEDADE**

MARÍLIA MARTINS DE ARAÚJO REIS

**ALCANCES E DESAFIOS DO PROCESSO DE MATRICIAMENTO
ENTRE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA NA REDE
MUNICIPAL DE EUNÁPOLIS**

PORTO SEGURO – BAHIA

2021



MARÍLIA MARTINS DE ARAÚJO REIS

**ALCANCES E DESAFIOS DO PROCESSO DE MATRICIAMENTO
ENTRE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA NA REDE
MUNICIPAL DE EUNÁPOLIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Estado e Sociedade, Centro de Formação em Ciências Humanas e Sociais da Universidade Federal Sul da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Estado e Sociedade, na Linha de Pesquisa Sociedade, Cultura e Ambiente.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sandra Adriana Neves Nunes.

PORTO SEGURO – BAHIA

2021

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados internacionais de catalogação na publicação (CIP)
Universidade Federal do Sul da Bahia – Sistema de Bibliotecas

R375a Reis, Marília Martins de Araújo, 1970 -
Alcances e desafios do processo de matriciamento entre saúde
mental e atenção básica na rede municipal de Eunápolis. / Marília
Martins de Araújo Reis. – Porto Seguro, 2021.
207 f.

Orientadora: Sandra Adriana Neves Nunes
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Sul da Bahia.
Programa de Pós-Graduação em Estado e Sociedade. Campus
Sosígenes Costa.

1. Apoio Matricial. 2. Saúde Mental. 3. Atenção Básica. 4. Alcances. 5.
Saúde Mental - Desafios. I. Nunes, Sandra Adriana Neves. II. Título.

CDD – 362.20425

Elaborado por Lucas Sousa Carvalho - CRB-5/ 1883



Universidade Federal Do Sul Da Bahia – UFSB
Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação – PROPPG
Programa de Pós-graduação em Estado e Sociedade - PPGES
Ata de Defesa de Mestrado

Aos dias 28 de maio do ano de 2021, às 08h30min, via webconferência através da sala virtual com link de transmissão <https://meet.google.com/nnb-vtry-gdb>, reuniram-se os membros da banca examinadora composta pelos docentes Prof^a. Dr^a. Sandra Adriana Neves Nunes (Presidente), Prof. Dr. Rafael Andres Patino Orozco (membro interno) e Prof^a. Dr^a. Raquel Siqueira Silva (membra externa ao programa), a fim de arguirem a mestranda **Marília Martins de Araújo Reis**, na defesa de sua dissertação cujo trabalho de pesquisa intitula-se “**ALCANCES E DESAFIOS DO PROCESSO DE MATRICIAMENTO ENTRE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA NA REDE MUNICIPAL DE EUNÁPOLIS**”. Aberta a sessão pelo presidente da banca, coube à candidata, na forma regimental, expor o tema da sua dissertação dentro do tempo regulamentar, sendo em seguida questionada pelos membros da banca examinadora, tendo dado as explicações que foram necessárias.

Os membros da banca consideraram projeto de dissertação:

(X) Aprovado

() Aprovado com modificações

() Não aprovado, devendo ser realizada nova defesa no prazo de ___ meses.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Sandra Adriana Neves Nunes (UFSB / PPGES)
Presidente da banca

Prof. Dr. Rafael Andres Patino Orozco (UFSB/PPGES)
Membro interno

Prof^a. Dr^a. Raquel Siqueira Silva (UFC)
Membra externa

Marília Martins de Araújo Reis
Candidata

Webconferência, 28 de maio de 2021

*“O botão sequer deu flor,
E já sinto o perfume!
Vejo a copa, com seu verde lume
Sinto o fruto, polpa tenra, em seu
sabor...
Cai a chuva forte,
Bate em meus lombos o rigor da
tempestade.
Mesmo no vale da sombra da morte
Sonho uma linda sorte,
Esperança não tem idade...
Ainda que se esconda o sol
Sob as nuvens cinzas da severidade
E venha o torpor das lutas
Impotência nas labutas,
Ausência de vaidade,
Vejo a criança correndo
O sonho acontecendo
Meu amanhã vem nascendo...
Principiando a eternidade.”*

*(Resiliência, M.M.A.R., março de
2021)*

*“Não tenha medo de dar um grande
passo, caso ele seja recomendável; é
impossível atravessar um abismo com
dois saltos pequenos”.*

Autor Desconhecido

DEDICATÓRIA

A todos que não desistiram de contribuir com a melhoria de suas comunidades, de exercer sua cidadania fazendo a parte que lhes cabe. De grão em grão, ergue-se a montanha.

A todos que lutam por uma RAPS efetiva, nos moldes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que militam na Luta Antimanicomial, abraçando o “lugar de fala” daqueles que antes e hoje, são silenciados e invisibilizados pelos preconceitos, pela “psicofobia” ainda vigente no país.

À Democracia. Aos Direitos Humanos. À dignidade, ao respeito e à igualdade.

À minha mãe, ao meu pai, meus maiores heróis. Quem sabe um dia chego aos pés de sua bondade, mainha... E ao exemplo de sua “escrevivência”, painho...

Aos nossos entes queridos, os quais a pandemia, a doença nos arrancaram... Ariomar Melgaço Reis, que deixou de herança o melhor e mais doce de nós dois, nossos filhos, Julie e Davi... E a Antônio Timóteo dos Anjos Sobrinho, meu tio-poeta tão querido... pelos pedaços de chocolate partilhados na minha infância, pela inspiração às minhas escritas, com seu bom humor e carreira poética exemplares. Sei que o céu está em risos...

AGRADECIMENTOS

Foram grandes os obstáculos, mas ainda maior a fé e a persistência. A famosa resiliência, para a qual não fui treinada, resistiu. Enfim, mais uma etapa se cumpre na caminhada maravilhosa do existir. Agradeço a Deus pela sensação plena de que sempre estive e está ao meu lado em todos os presentes e desafios que a vida me apresenta, dos quais, o Mestrado e suas escritas. Painho do Céu, meu Paizinho, *Ruah* Divina, fizestes possíveis e impossíveis diante das inusitadas surpresas que a Pandemia nos trouxe. Gratidão de todo coração!

Mais uma vez, como em tudo que realizamos, agradeço aos meus pais, Amalinho e Terezinha, pela nobreza da renúncia, pelo amor sem medida, pela confiança em mim e investimento em minha autoestima. Vocês são a resiliência em pessoa, em todo tempo.

Agradeço à Universidade Federal do Sul da Bahia, em especial o Programa de Pós-Graduação Estado e Sociedade, pelo acolhimento ao meu projeto/sonho, atribuindo-me o primeiro lugar em uma classificação que nem imaginava alcançar no Mestrado. Grata pela oportunidade de crescimento pessoal e profissional, pelos conhecimentos partilhados, por cada docente e trabalhador, que fez desta trajetória um banquete de generosidade ao dividir saberes e fazeres.

À minha querida orientadora Sandra Adriana Neves Nunes. Faltam-me palavras para expressar o quanto sua sensibilidade, sua orientação, seus conhecimentos, sua experiência, sua grandeza, humanidade e horizontalidade me fortaleceram ao longo desta tarefa solitária que é escrever uma Dissertação.

Aos professores Raquel Siqueira Silva e Rafael Andres Patino Orozco, membros da banca, que bondosamente trouxeram maturidade e ricos complementos para a pesquisa. Vocês são especiais em minha trajetória acadêmica.

Aos colegas do PPGES, companheiros solidários de lutas e de sorrisos. Saudades das aulas presenciais, dos almoços na cantina, do bom humor. Vocês tornaram mais leve este tempo de incertezas pandêmicas. Que venham em breve o reencontro e os abraços de corpo e de alma!

Agradeço a Luciane Gonçalves, pelo carinho e paciência, pela colaboração durante a pesquisa, pela bondade dedicada. Não sou digna, mas sou grata eternamente por sua presença em minha vida. Aos meus filhos, pela inspiração para continuar, pela compreensão em minhas ausências. Amo-os *ad infinitum!*

À Prefeitura Municipal de Eunápolis, através dos profissionais e usuários da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cada sujeito da pesquisa, pela confiança e paciência dedicadas a este trabalho. Sem vocês, nada seria escrito. Por vocês e pelos usuários da RAPS, escrevemos

na esperança de uma Saúde Mental mais efetiva e não desistimos de uma sociedade democrática e sem manicômios. E a todos que possam ter contribuído de alguma forma, toda gratidão.

RESUMO

O Matriciamento ou Apoio Matricial constitui-se em uma tecnologia social utilizada em Saúde Pública, que ocorre por meio de processo dialógico entre profissionais e participantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), de cunho transdisciplinar, intersetorial e em rede, tendo como *locus* o território. Tal tecnologia fundamenta-se em documentos do Ministério da Saúde, apresentando-se como uma forma de cuidado substitutivo dos hospitais psiquiátricos, tendo produzido impacto reconfigurativo nas relações interprofissionais, ao priorizar a corresponsabilidade do cuidado, nos diversos níveis de atenção. O interesse em estudar o Matriciamento entre Saúde Mental (SM) na Atenção Básica (AB) e como os profissionais de saúde avaliam sua prática em termos de alcances e desafios originou-se da experiência com o Projeto Percursos Formativos da RAPS/Projeto Engrenagens da Educação Permanente, realizados no período de 2013 – 2016 no município de Eunápolis, na Linha de cuidado “Saúde Mental na Atenção Básica”, dentre os quais um dos objetivos relevantes era a implantação do Matriciamento nos territórios. Assim, este trabalho teve por objetivo analisar os alcances e desafios encontrados na prática profissional no processo de Matriciamento entre SM e AB, no contexto do trabalho em rede no município de Eunápolis. Tratou-se de uma pesquisa de campo, qualitativa, do tipo estudo de caso, cujos dados foram coletados em duas etapas: na primeira, realizou-se pesquisa teórica e documental sobre a RAPS e o fenômeno do Matriciamento e, na segunda, foi conduzida uma pesquisa de campo, com uso de questionário sociodemográfico para caracterização dos participantes e de entrevista semiestruturada, cujos resultados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo de Bardin. Os resultados apontaram a existência de desafios, mais referidos que alcances, em vista da precariedade ou mesmo da não ocorrência do Matriciamento. Tais desafios revelaram dificuldades para a implementação e manutenção do Apoio Matricial entre SM e AB, incluindo fatores que vão desde aspectos relativos a subjetividades, que afetam, por exemplo a comunicação e integração entre as equipes, até a insuficiências na formação profissional, que criam no trabalhador uma percepção de despreparo e insegurança para atuar na rede. Também foram observadas, a partir das entrevistas, problemas relacionados a questões de infraestrutura e de gestão, dentre outros. Quanto aos alcances percebidos, quando da ocorrência do Matriciamento, apontou-se para o aumento da resolutividade em saúde, a quebra de preconceitos com pessoas com transtornos mentais e a melhoria da comunicação e do acesso em saúde, por exemplo. Conclui-se, a partir desta pesquisa, que existe a necessidade de investimento em Educação Permanente para o trabalho em rede e aprimoramento dos profissionais da RAPS local, no sentido de capacitá-los para implantar e manter as ações matriciais. Espera-se que este estudo, ao problematizar o Apoio Matricial, possa promover a ampliação de reflexões acerca da formação profissional no aspecto das ações coletivas e da importância em promover práticas democráticas em saúde, conforme preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Finalmente, infere-se que este trabalho traga a possibilidade de contribuir para melhorias na efetividade em Saúde Mental no território estudado.

Palavras-chave: Apoio Matricial; Saúde Mental; Atenção Básica; Alcances; Desafios em saúde mental.

ABSTRACT

Matrixing or Matrix Support is a social technology used in Public Health, which occurs through a dialogic process between professionals and participants in the Psychosocial Care Network (PCN – RAPS), of a transdisciplinary, intersectoral and networked nature, having the territory as a locus. Such technology is based on documents from the Ministry of Health, presenting itself as a form of substitute care for psychiatric hospitals, having produced a reconfiguring impact on interprofessional relationships, by prioritizing the co-responsibility of care, at the different levels of care. The interest in studying the Matrixing between Mental Health (MS) in Primary Care (AB) and how health professionals evaluate their practice originated from the experience with the RAPS Training Paths Project / Permanent Education Gears Project, carried out in the period of 2013 - 2016 in the municipality of Eunápolis, in the “Mental Health in Primary Care” line of care, among which one of the relevant objectives was the implementation of matrix support in the territories. This work aimed to analyze the scope and challenges found in professional practice in the Matrixing process between Mental Health (MH) and Primary Care (PC), in the context of networking in the municipality of Eunápolis. It was a qualitative field research, of the case study type, whose data were collected in two stages: in the first, theoretical and documentary research was carried out on the RAPS and the phenomenon of Matrixing and, in the second, it was conducted a field research, using a sociodemographic questionnaire to characterize the participants and a semi-structured interview, the results of which were analyzed using Bardin's Content Analysis. The results pointed to the existence of challenges, more than achievements, in view of the precariousness or even the non-occurrence of Matrixing. Such challenges revealed difficulties for the implementation and maintenance of Matrix Support between SM and AB, including factors ranging from aspects related to subjectivities, which affect, for instance, the communication and integration between the teams, to the insufficiencies in professional training, which create in the perception of unpreparedness and insecurity to work in the network. Problems related to infrastructure and management issues, among others, were also observed from the interviews. As for the perceived achievements, when the Matrixing occurred, it was pointed out to increase the problem solving in health, the breaking of prejudices with people with mental disorders and the improvement of communication and access in health, for example. It is concluded, from this research, that there is a need for investment in Permanent Education for networking and improvement of local RAPS professionals, in order to enable them to implement and maintain matrix actions. It is hoped that this study, by problematizing Matrix Support, can promote the expansion of reflections about professional training in the aspect of collective actions and the importance of promoting democratic health practices, as recommended by the Unified Health System. Finally, it is inferred that this work brings the possibility of contributing to improvements in the effectiveness of Mental Health in the studied territory.

Key words: Matrix Support; Mental health; Basic Attention; Scopes; Challenges in mental health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa do município de Eunápolis – Bahia.....	35
Figura 2 - Mapa da Macrorregião de Saúde Extremo – Sul – Bahia	36
Figura 3 – Mapa da Região de Saúde Porto Seguro - Bahia.....	37
Figura 4 - Sociograma da Rede de Atenção Psicossocial.....	71
Figura 5 – Organização do Intercâmbio do Projeto Percursos Formativos da RAPS.....	88
Figura 6 – Municípios participantes do Projeto Percursos Formativos da RAPS por módulo (Brasil, dez/2014)	88
Figura 7 - Organograma funcional da Rede de Atenção Psicossocial - Governos Federal, Estadual da Bahia e Municipal de Eunápolis	102
Figura 8 - Organograma da Administração pública municipal com ênfase à Rede de Atenção Psicossocial em Eunápolis	103
Figura 9 – Diagrama de dificuldades e desafios para o Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica	149

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Regiões de Saúde operacionais da Atenção Básica e respectivas populações de Cobertura – Eunápolis- Bahia	38
Tabela 2 - Características sociodemográficas e profissionais dos entrevistados	94
Tabela 3 – Duração da aplicação do Questionário/ Entrevistas por sujeito	108

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Características dos profissionais da Atenção Básica e Saúde Mental dos participantes por profissão e especialização	96
Quadro 2 – Documentos pesquisados relativos à descrição e funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial ao nível Federal, do Estado da Bahia e do município de Eunápolis	98
Quadro 3 – Unidades de registro e Categorias de análise da Análise de Bardin	109
Quadro 4 - Alcances e desafios para o Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica	150

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica (de Saúde)

APS – Atenção Primária de Saúde (sinônimo de Atenção Básica - AB)

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CESM – Centro Especializado em Saúde Mental.

CETAD - Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas

CMSE – Conselho Municipal de Saúde de Eunápolis

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CRAS – Centro de Referência em Assistência Social

CREAS – Centro Especializado em Assistência Social

ESF – Equipe de Saúde da Família

FISM – Fórum Intersetorial de Saúde Mental

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio À Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde

PEEP – Projeto Engrenagens da Educação Permanente

PPF-RAPS – Projeto Percursos Formativos da Rede de Atenção Psicossocial

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SESAB – Secretaria Estadual de Saúde da Bahia

SM – Saúde Mental

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFBA – Universidade Federal da Bahia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 METODOLOGIA	34
2.1 TIPO DE PESQUISA	34
2.2 LOCAL DA PESQUISA	34
2.2.1 Eunápolis: de maior povoado do mundo, à cidade promissora do Extremo - sul Baiano	34
2.2.2 A Saúde como cenário de estudo - Atenção Básica e Saúde Mental	36
2.3 ETAPAS DA PESQUISA E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	41
2.3.1 Etapa de Pesquisa Documental	41
2.3.2 Etapa de Pesquisa de Campo	41
2.3.3 Instrumentos de coleta de dados	43
2.4 ANÁLISE DE DADOS	43
3 GARANTIAS ÉTICAS PARA OS PARTICIPANTES DA PESQUISA	46
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	48
4.1 A Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial no Brasil - um breve percurso histórico	48
4.2 O Panorama atual da Reforma Psiquiátrica: Fragilidades e ameaças à Política de Saúde Mental no Brasil.....	57
4.3 A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil – uma breve descrição organizacional, funcional e de serviços preconizada pelo Ministério da Saúde.....	64
4.4 Saúde Mental na Atenção Básica – um desafio persistente na contemporaneidade	72
4.5 Apoio Matricial em Saúde Mental – uma estratégia - chave para o cumprimento dos propósitos da RAPS no Brasil	80
4.6 O Projeto Percursos Formativos da RAPS e Projeto Engrenagens da Educação Permanente e a experiência de Eunápolis - um diferencial em Saúde Mental no extremo sul baiano.....	86
4.7 Estudos que avaliam os alcances e desafios do Matriciamento no Brasil	90
5 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE EUNÁPOLIS – DO FUNCIONAMENTO, AOS ATORES E À OPERACIONALIDADE DO MATRICIAMENTO ENTRE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA	94

5.1 Caracterização dos participantes da pesquisa - os profissionais da Atenção Básica e Saúde Mental: perfil sociodemográfico dos atores matriciais e algumas considerações	94
5.2 Configuração e funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial no município de Eunápolis – caracterização e desafios da continuidade no trabalho em rede	98
5.3 Análise dos alcances e desafios para o Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica no contexto eunapolitano – o que dizem os trabalhadores?	108
5.3.1 Conceituando o Matriciamento – conhecimento, concepções e “não concepções”	110
5.3.2 As experiências dos sujeitos – triangulações entre passado, presente e futuro sobre a frequência do fenômeno matricial	114
5.3.3 Avanços, mudanças, melhorias versus desafios, dificuldades, retrocessos, no Matriciamento – uma análise das percepções dos profissionais de SM e AB	120
5.3.4 Caminhos e possibilidades na busca de soluções para o processo de Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica – um olhar dos atores locais.....	151
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	157
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	160
APÊNDICES	178
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA COLETA PRESENCIAL	179
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA COLETA ON LINE	180
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	181
APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA	182
APÊNDICE E – ENTREVISTAS TRANSCRITAS	183
ANEXOS	206
ANEXO 1 – TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA NA SECRETARIA DE SAÚDE DE EUNÁPOLIS	207

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS), o Ministério da Saúde (MS) e pesquisadores em todo o mundo têm demonstrado grande preocupação com a alta prevalência dos transtornos mentais nas últimas décadas. Segundo o Ministério da Saúde, 3% da população sofre de problemas mentais severos e persistentes, correspondendo a 5,5 milhões de brasileiros que requerem cuidado continuado em Saúde Mental (SM). Além disso, 6% têm transtornos psiquiátricos graves advindos do uso abusivo de álcool e outras drogas e outros 12% da população demanda algum atendimento contínuo ou eventual em SM (BRASIL, 2008a; 2008b).

Outro dado preocupante é o fato do mundo do trabalho, da produtividade humana, sofrer impactos alarmantes em decorrência dos transtornos mentais. A este respeito, o estudo de Thornicroft e Tansella (2008) aponta que de 12 a 15% dos problemas de Saúde Mental no mundo têm levado à incapacitação laboral. Dada a complexidade do problema, os autores sugerem que se faz necessário uma atuação mais integrada dos órgãos responsáveis por este cuidado em Saúde em nível tripartite. Observa-se, porém, via de regra que a atuação dos serviços de Saúde tem sido fragmentada, mostrando-se insuficiente para atender as necessidades contemporâneas em Saúde Mental. Em busca de caminhos e soluções para estas demandas crescentes, com uma visão de cuidado integral, o *Movement for Global Mental Health* (MGMH) posicionou-se favorável ao estabelecimento de sistemas de serviços em rede, com a inclusão da Atenção Primária à Saúde (APS) (THORNICROFT; TANSELLA, 2008).

Este cuidar em Rede, de base comunitária, denota a importância da prevenção ao adoecimento mental, ressaltando o fator processual do desenvolvimento dos transtornos mentais, os quais se iniciam geralmente com o sofrimento psíquico, de causas complexas, vindo a eclodir em uma crise aguda, quando não há o suporte necessário, que envolve o cuidado psicológico/psicossocial nos territórios, nas “portas de entrada” dos Sistemas de Saúde, que no caso do SUS, compreende a Atenção Primária em Saúde (ou Atenção Básica). Sob esta perspectiva, a OMS, juntamente com Organização Mundial dos Médicos de Família (*World Organization of Family Doctors/WONCA*), estabeleceram em um documento que elenca alguns princípios fundamentais para integrar a saúde mental nos cuidados primários (WHO, WONCA; 2009)¹, dentre eles: a política e os planos têm que incorporar cuidados primários para a saúde mental; é necessária a formação adequada dos profissionais de cuidados primários; profissionais e instituições especializadas em saúde mental devem estar disponíveis para apoiar

¹ Todas as referências em idioma estrangeiro são de tradução da autora.

os cuidados primários; a integração é um processo, não um acontecimento; a colaboração com outros setores governamentais não relacionados com a saúde, com organizações não governamentais é necessária. Em suma, de acordo com esse documento, integração em AB e SM, disponibilidade dos profissionais e formação técnica adequada, processualidade do cuidado, atuação em rede e articulação com diferentes pontos de atenção nos territórios são fatores importantes para efetividade do cuidado em Saúde Mental. Athié *et al.* (2013) reportaram em sua pesquisa que a articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Primária pelo olhar dos especialistas de Saúde Mental se relaciona ao processo de reforma psiquiátrica e a ampliação do modelo assistencial não hospitalocêntrico.

Conforme os estudos de Kohn, Saxena, Levav e Saraceno (2004), em países em desenvolvimento estes agravos estão aliados à alta prevalência, com baixa disponibilidade de serviços especializados. Pesquisa da *World Health Organization* (WHO, 2011) revelou que países periféricos apresentam uma associação negativa entre doença mental e nível socioeconômico. Somado a isto, dados de pesquisas como a de Whiteford, Napa, Thornicroft e Safena (2007) demonstraram que mundialmente “a taxa média de falta de atendimento para quadros como depressão, distímia, transtornos bipolares, transtorno de pânico, ansiedade generalizada, transtorno obsessivo compulsivo ultrapassa os 50%” (WHITEFORD; NAPA; THORNICROFT; SAFENA, 2007, p. 886, tradução nossa).

Assim, é estimado que no mundo a oferta de atendimento especializado seja inferior à demanda, o que não se difere em terras brasileiras. De fato, ainda que no Brasil, a demanda a serviços especializados seja crescente, Ximenes Neto, Felix, Oliveira e Jorge (2009) relataram que, dos 31 e 50% da população que tiveram pelo menos um episódio de transtorno mental ao longo da vida, 20 a 40% destes necessitaram realmente de atendimento especializado. Há então, muitos casos em que estes indivíduos com episódios agudos poderiam ser atendidos na Atenção Básica. Reforçando essa linha de raciocínio, Figueiredo e Onocko-Campos (2009) afirmaram que: “(...) A Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde estimam que quase 80% dos usuários encaminhados aos profissionais de saúde mental não trazem, a priori, uma demanda específica que justifique a necessidade de uma atenção especializada” (FIGUEIREDO; ONOCKO-CAMPOS, 2009, p. 130). Sugere-se então que a maioria dos encaminhamentos realizados para especialistas em Saúde Mental poderia ter recebido atendimento na Atenção Básica.

Frente a este contexto, é possível enunciar que o Apoio Matricial ou Matriciamento emerge como uma tecnologia social essencial para atuação integrada entre Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde, que promove o compartilhamento do cuidado e melhora o acesso e

a efetividade em Saúde Mental. O Apoio Matricial é uma tecnologia social da saúde pública bastante inovadora, ainda em fase de implementação no Brasil e hoje, no atual contexto político, encontra-se sob ameaça de descontinuidade. Tal fato impõe a necessidade de que sejam formuladas propostas de pesquisas que permitam a análise de seus alcances e dificuldades ou desafios, de modo a disponibilizar conhecimentos que promovam sua sustentabilidade. Dito isso, surge, então, por parte da pesquisadora, o interesse em estudar o Matriciamento em Saúde Mental na Atenção Básica e, mais especificamente, como os profissionais de saúde avaliam a prática das ações matriciais sob a perspectiva dos alcances e desafios. Ressalta-se que este interesse brotou da experiência com o Projeto Percursos Formativos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)/Projeto Engrenagens da Educação Permanente, realizado no período de 2013 – 2016 no município de Eunápolis, na Linha de cuidado Saúde Mental na Atenção Básica, tendo como uma das metas centrais a implantação do Matriciamento - Apoio Matricial – nos territórios eunapolitanos.

O Matriciamento é uma tecnologia social dialógica, que afirma os sujeitos e a coletividade, apoiado nas propostas da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Luta Antimanicomial, iniciadas nos anos 1970 no Brasil (AMARANTE *et al.*, 2008; REIS, 2019). Tenório (2002) afirma que, antes desses movimentos que se opuseram ao modelo manicomial, as pessoas com transtornos mentais eram interdidas em sua cidadania. Para Reis (2019), a partir desses movimentos são produzidos uma reforma de serviço e também uma reforma do modelo assistencial, marcados pela humanização e valorização do trabalho em equipes profissionais, ampliando as perspectivas dos sujeitos, com serviços diferenciados, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), criados pela Portaria/SNAS nº 224, de 29 de Janeiro de 1992 (BRASIL, 1992), atualizada pela Portaria nº 336 - 19 de Fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002). Os CAPS desenvolvem uma diversidade de estratégias de tratamento, que buscam promover a autonomia e o protagonismo dos usuários, aliada à perspectiva de fortalecimento de pertencimento ao território de origem, de modo a favorecer a inclusão social.

O espaço de cuidado realizado pelos CAPS se processa principalmente nos variados pontos de atenção, através da articulação em rede, com o usuário sempre em liberdade, corresponsabilizado entre equipes, famílias e comunidade, que é um cuidado totalmente distinto do oferecido pelos hospitais psiquiátricos. Severo (2009) corrobora com esta afirmação, enfatizando que esta sociabilidade proposta para os usuários pela RAPS não deve ser promovida apenas nos espaços dos CAPS, o que infelizmente ocorre em diversos municípios. Tal fato causa dependência e cronificação dos pacientes e da rede em relação aos CAPS, que se torna insuficientes para atender de forma adequada, uma vez os usuários permanecem muito tempo

em suas sedes, aumentando a demanda interna e limitando assim a circulação e articulação das equipes multiprofissionais com os pontos de atenção nos territórios.

Franco (2018) descreveu em seu trabalho intitulado “A humanização do trabalho em saúde sob análise” que o processo de trabalho da AB ainda possui baixa resolutividade por ter sido constituído sob uma formação médico-centrada, com processos de prática clínica centrada na medicalização. Esse tipo de trabalho, para o autor, restringe as tecnologias que se baseiam no acolhimento, nos processos educacionais e no vínculo, os quais promovem a autonomia do usuário no autocuidado e, conseqüentemente, poderiam evitar o excesso de demanda para os serviços especializados. A proposta do Apoio Matricial em Saúde Mental vem justamente desta perspectiva, aproximando a SM de outras instâncias e recursos do território de pertença dos sujeitos, ligados ao contexto cotidiano dos mesmos, tornando possível o fortalecimento de vínculos e a ampliação da interação da Atenção Psicossocial como “porta de entrada” do SUS: os serviços da Atenção Básica (AB). Seguindo a mesma linha de pensamento, Reis (2019) entende que sem as articulações entre os diferentes serviços e pontos de atenção não é possível vislumbrar a construção de novos caminhos de cuidado que proporcionem maior autonomia a todos os seus participantes – famílias, usuários, profissionais e comunidade – abrindo aos usuários portas à cidadania e à garantia de direitos constitucionais.

Percorrendo um breve histórico do Matriciamento ou Apoio Matricial, Tesser e Poli Neto (2017) asseveram que esta interação entre equipes tem sido praticada em muitos países do Ocidente, Espanha, Austrália, Irlanda, e Reino Unido, adotando-se diversos nomes, como *collaborative care* e *sharedcare*. Estes autores destacam a importância deste cuidado compartilhado, relatando que “(...) em meta-análise sobre o cuidado compartilhado, Foy *et al.* (2010)² detectaram a comunicação interprofissional como principal fator associado à sua efetividade” (TESSER & POLI NETO, 2017, p. 944). No entanto, Bispo e Moreira (2017) relatam que o arranjo do Apoio Matricial é autenticamente brasileiro, extrapolando a configuração do cenário internacional em que há apenas a troca de conhecimento entre profissionais e compartilhamento dos atendimentos, como no Reino Unido e Canadá. Oliveira e Campos (2015) em artigo que analisa institucionalmente o Apoio Matricial, relataram que no Canadá, Espanha, Austrália, Reino Unido e Irlanda há a convergência na valorização do cuidado colaborativo, enfatizando, porém, que o Matriciamento no Brasil não é apenas uma ferramenta, mas uma *praxis*, sendo que sua proposta ultrapassa as das recomendações da

² FOY, R.; HEMPEL, S.; RUBENSTEIN, L.; SUTTOR P. M.; SEELIG, M.; SHANMAN, R.; SHEKELLE, P.G.; Meta-analysis: effect of interactive communication between collaborating primary care physicians and specialists. **Ann Intern Med** 2010; 152(4):247-258

literatura internacional, caracterizando-se assim, de forma distinta:

O Apoio é uma Práxis. Práxis e não somente uma tecnologia ou uma ferramenta. **É um método dialético, uma constelação de conceitos que podem ser combinados de várias maneiras conforme o objetivo e a especificidade do caso.** O Apoio Matricial foi construído mediante a influência combinada de um referencial epistemológico e político e de uma heurística centrada no estudo de casos. Baseou-se em apostas teóricas e políticas oriundas da tradição dos Sistemas Públicos e Universais de Saúde e do SUS em particular. Especificamente, baseou-se **na concepção ampliada sobre a produção de saúde e na aposta da constituição de instituições e de práticas em saúde de caráter democrático** (OLIVEIRA E CAMPOS, 2015, p. 233,234) (grifos nossos).

Assim, o Apoio Matricial é um fenômeno decorrente da contemporaneidade, relacionando-se à democracia participativa, em saúde, sob uma perspectiva interdisciplinar que desafia e propõe enriquecimento através da grande diversidade presente nas interações profissionais. No Brasil, o Matriciamento foi elaborado por Gastão Wagner Campos no ano de 1999 (CAMPOS; DOMITTI, 2007), enquanto estratégia inovadora de produção de saúde entre equipes, como processo de construção compartilhada. Tal construção culmina, segundo a proposta do documento “Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica” (BRASIL, 2011a), em ações de intervenção pedagógico-terapêutica transdisciplinar e intersetorial, para garantia da criação de um arranjo organizacional que oferte a retaguarda assistencial. Esta retaguarda promove um suporte técnico-pedagógico em saúde mental aos profissionais que atuam nas equipes de Atenção Básica, aumentando a capacidade resolutiva das equipes de saúde locais e reduzindo assim, segundo Brasil (2004b), a lógica de encaminhamentos a serviços especializados. Neste âmbito, o Matriciamento foi proposto primeiramente pela Coordenação da Saúde Mental e Coordenação de Gestão da AB do MS em 2003, através de uma *Edição Circular Conjunta N° 01/03*, denominada *Saúde Mental na Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários – Inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica* (BRASIL, 2004a).

Com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008, o Apoio Matricial é incorporado nas Redes, através da *Portaria GM N° 154, de 24/1/2008* (MS, 2008), em equipes que reúnem profissionais especializados com a finalidade de matriciar na rede, focando as Equipes de Saúde da Família (ESF), recomendando a presença de ao menos um profissional de saúde mental em sua composição. Chakour e Santos (1997) ressaltam que os NASF compartilham saberes técnicos diversos, no intuito de articular nos territórios, implementando o Apoio Matricial junto às ESF, nas UBS, nos territórios. Conceitos como “equipe de referência”, e “Apoio Matricial” são adotados e o Matriciamento se torna uma tecnologia social de reorganização da Atenção Básica, na prática do cuidado compartilhado e do apoio pedagógico às Equipes de Saúde da Família. Segundo os Textos Básicos de Saúde,

“Clínica ampliada e compartilhada” (BRASIL, 2009), uma das estratégias que não opera com o modelo tradicional ambulatorial é o Projeto Terapêutico Singular (PTS), para o qual o Matriciamento é fator *sine qua non*. Este Plano, que se apoia na atuação da rede de apoio, é construído compartilhadamente entre equipes, articulando interprofissionalmente, discutindo o caso em um processo de trabalho e atuação técnica que considera a singularidade de cada sujeito.

Estas configurações de trabalho foram inspiradas nos princípios da Reforma Psiquiátrica e ganharam maior impulsionamento com o surgimento do SUS, com uma SM voltada para ações nos territórios em vista da diminuição progressiva das internações de pessoas com transtornos mentais em Hospitais psiquiátricos. Como já foi dito, a referida Reforma trouxe uma reconfiguração de práticas, de acordo com o paradigma psicossocial. Segundo Emerich, Yasui e Barros (2018), “O paradigma da Atenção Psicossocial busca transmutar (...) a doença – e produzir compreensões e (...) práticas que levem em conta a complexidade do sofrimento psíquico, sua multideterminação, as inúmeras interações (...)” (EMERICH; YASUI; BARROS, 2018, p. 69). Assim, de acordo com os autores, esse novo paradigma promoveu reflexões e mudanças profundas na atuação das equipes, já que o Apoio Matricial pode ser realizado por meio de atendimentos compartilhados, reuniões de discussão de casos e lançamento de hipóteses com pactuações sobre que rumos práticos ocorrerão na corresponsabilização do cuidado.

Como é possível notar, o olhar psicossocial sobre o usuário amplia o escopo de ações e contrapõe-se ao modelo, ainda fortemente presente, da visão tradicional do cuidado. Esse modelo tradicional, hospitalocêntrico, é baseado na visão biomédica da doença e na fragmentação da atuação, advindas de formações profissionais também fragmentadas e disciplinares. Porque coexistem os dois modelos de cuidado (o tradicional e o psicossocial), o desafio na realidade cotidiana do atendimento ao usuário dos serviços de saúde mental ainda é enorme.

Frente a este contexto, na tentativa de organizar uma política pública de Saúde que supere o modelo hospitalocêntrico, biomédico, visando a universalidade do acesso e a integralidade da atenção, em um país diverso e desigual em múltiplos sentidos, e repleto de iniquidades sociais e econômicas, são criadas em 2010 as Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2010). A OMS as concebe como forma de garantir o cuidado integral e universal. No Brasil, no intuito de promover a construção de vínculos de cooperação e solidariedade entre as equipes de trabalho e os diferentes níveis de gestão, as RAS iniciam pela Portaria nº 4.279/2010, para organizar diferentes ações e serviços de saúde, integrando-os de forma sistêmica e

articulando apoio técnico, logístico e de gestão (BRASIL, 2010). Assim, as RAS podem ser vistas como estratégias para enfrentar a fragmentação do cuidado, garantindo a universalidade, a integralidade do cuidado e da atenção (OMS, 2008).

Merhy *et al.* (2009) apontam que a complexidade do cuidado emerge nos fazeres específicos do profissional de saúde, ao se deparar com entraves no cotidiano e que tais fatos demandam o surgimento de novos arranjos tecnológicos que facilitem aos usuários reconhecerem nos profissionais a parceria necessária para produção de saúde através das redes. São as RAS que, segundo Kuschnir (2014, *apud* Reis, 2019), possibilitam a coordenação dos diferentes serviços, considerando as particularidades de cada território. Destaca-se que os fazeres da Clínica Ampliada são pertinentes ao Matriciamento e às demandas das RAS, levando em conta estas particularidades territoriais e subjetivas dos usuários. Porém, Campos e Amaral (2007) afirmam que esta forma de trabalhar demanda uma mudança de visão do objeto de trabalho na clínica, pois considera o sujeito em seus potenciais e necessidades. Articular e dialogar na multiformidade dos saberes é essencial para compreender os sujeitos, os processos de saúde e adoecimento, envolvendo os usuários e estimulando sua autonomia na participação do seu PTS, tendo em vista que eles também são construtores de condutas em saúde (BRASIL, 2009).

Neste cenário, no ano de 2011, a Portaria 3.088/2011 emerge regulamentando a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2011b), instituída para o cuidado de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ela preconiza a implementação do PTS, bem como traz a proposta de articular de pontos de atenção à saúde, alicerçando-se em pontos como a promoção da autonomia e da liberdade das pessoas, da equidade, do combate a preconceitos e estigma socioculturais, na oferta de serviços com qualidade e que primem pela Redução de danos, centrada nas necessidades dos sujeitos. Santos *et al.* (2007) afirmam neste sentido, em seu trabalho intitulado *Reforma Psiquiátrica como eixo integrador na formação profissional em saúde*, que a Educação dos futuros e atuais profissionais, deve se mover no sentido de:

“Diminuir o impacto do estigma da enfermidade mental” constituindo-se em um dos “maiores desafios para melhorar a atenção aos transtornos mentais na comunidade. A estigmatização desses transtornos é particularmente intensa (...) o que representa significativos **obstáculos ao sucesso do tratamento.** As principais consequências da discriminação (...) o distanciamento social e as desvantagens relacionadas à obtenção de emprego e moradia. O estigma da doença mental (...) exacerba a sobrecarga da doença, levando ao prejuízo das relações sociais.” (SANTOS *et al.*, 2007, p. 209) (grifos nossos)

Ressalta-se que, o estímulo ao empoderamento dos usuários no exercício da cidadania, com participação no controle social, o fortalecimento de vínculos no território e o uso de

estratégias de Educação Permanente para usuários e profissionais de diferentes equipes são relevantes à Portaria em questão, sugerindo-se que seja possível iniciar ações de quebra de paradigmas e preconceitos neste âmbito em todos os níveis de escolaridade.

Para o cumprimento da Portaria 3.088/ 2011 é imprescindível o Apoio Matricial. Reis (2019) defende que a ação matricial é apoiada por uma visão sistêmica que questiona estruturas de poder, pois rompe com a fragmentação enrijecida das especialidades profissionais e desestabiliza a hegemonia médica, uma vez que é uma estratégia transdisciplinar, democrática e horizontal de cuidado. Reforça-se que o Matriciamento facilita ao usuário a autopercepção do seu direito à liberdade, de pertença à comunidade, como igual condição aos demais integrantes, sugerindo-se que, na concepção honnethiana de reconhecimento (HONNETH, 2003), possa vir a afirmar subjetividades e coletividades, uma vez que Honneth (2003) pressupõe que os conflitos sociais têm origem na luta pelo reconhecimento intersubjetivo e social, sendo o gerador de mudanças sociais, através do qual os indivíduos e grupos só constituem suas identidades e são reconhecidos quando aceitos nas relações com o próximo (amor), na prática institucional (justiça/direito) e na convivência em comunidade (solidariedade). Complementarmente, Morais (2010) e Campos e Domitti (2007) afirmam, deste modo, haver desafios diversos, tanto para desenvolver, como para manter ações matriciais, efetivando práticas da Clínica Ampliada.

Tais dificuldades advêm de diversos fatores, que vão da formação profissional em Saúde ainda tradicional, até a estrutura física dos serviços e a predominância da organização vertical e hierárquica dos processos em Saúde, os quais resultam em encaminhamentos, marcados pela fragmentação do cuidado e precarização dos processos comunicacionais (MORAIS, 2010). Esta forma de atuar dificulta corresponsabilização do cuidado no território, o retarda em muito a resolutividade dos casos.

Em 2011 foi organizado um *Guia prático de matriciamento em saúde mental* (BRASIL, 2011c), apontando que o Matriciamento impulsiona mudanças nas relações entre os profissionais de saúde, por apresentar alternativa possível para lidar com casos, em vista do temor e do despreparo das Equipes de Saúde da Família em atuar em Saúde Mental com as pessoas dos seus territórios de ação. Enquanto alternativa, o Apoio Matricial remodela relações entre profissionais de saúde e ao mesmo tempo amplia possibilidades inclusão do usuário em seu território, valorizando-o enquanto sujeito, e estimulando o protagonismo deste, de seus familiares e dos profissionais participantes no cuidado.

Melo *et al.* (2016), Reis (2019), Morais (2010) e Merhy (2002) são alguns dos autores que evidenciaram que a proposta inter/ transdisciplinar do Matriciamento constitui-se em

desafio no dia-a-dia de trabalho dos profissionais de Saúde. Um dos desafios apontados por Morais (2010) consiste na dificuldade em romper com paradigmas arraigados no segmento da SM, gerando tensões, diálogos, pactos, que delineiam a forma de trabalho. Brasil (2011b) traz então a importância de um modelo ampliado de saúde incluir o conhecer deste cotidiano de trabalho, permeado pelas relações de afetos, dos vínculos diferenciados e trocas que, segundo Merhy (2002³, *apud* MELO *et al.*, 2016), constituem o “trabalho vivo” – caracterizado por sua imprevisibilidade, por sua ocorrência no ato, presentificado, que envolve todos os humanos interagentes no cuidado, e suas diferenças presentes. Dessa forma, o autor sugere que esta complexidade abriga a dificuldade e o despreparo para compartilhar a gestão dos problemas de modo horizontalizado por parte das equipes.

Diante do exposto, pode-se concluir que os profissionais de Saúde são os principais condutores das práticas substitutivas do modelo manicomial no cuidado em Saúde Mental, incluindo o Matriciamento. Autores, como Emerich, Yasui e Barros (2018), apontam que as mudanças severas de paradigmas trazidas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, que decorreram no *modus operandi* com a RAPS, alteram concepções significativas para o universo da SM, como a concepção da loucura e do paciente psiquiátrico, da formação dos profissionais enquanto técnicos, dos seus modos de trabalho e sobre o sofrimento psíquico. Tais mudanças implicarão em transformações na formação profissional, onde se afirma que “Formados e formatados em um modelo hegemônico, os profissionais se veem diante da responsabilidade de implantar uma proposta de mudança (...), que requer uma ruptura (...) radical” (EMERICH; YASUI; BARROS, 2018, p. 70) em relação ao que foi aprendido e ensinado durante muito tempo, configurando assim uma situação complexa, que exige mudanças. Corroborando esse ponto de vista, Morais (2010) defende que a formação profissional, em todos os seus níveis, constitui-se um dos principais desafios para o Matriciamento. Da mesma forma, Onocko-Campos *et al.* (2011) alertam para o perfil tradicional dos cursos de graduação e técnicos, além da baixa qualificação das equipes da AB e SM, enquanto fatores prejudiciais para as ações coletivas.

Morais (2010) reforça a importância da promoção de cursos de capacitação, contudo alerta que mesmo que constem nos relatórios de gestão cursos para os trabalhadores da Saúde Mental e AB, estes ainda são insuficientes para capacitar para trabalhar os aspectos subjetivos presentes na esfera da saúde mental dos indivíduos. Ressalta-se que Reis (2019) e Morais (2010) apontam para esta carência de preparo técnico em SM, a qual necessita ter enfoque

³ MERHY, E. E. A micropolítica do trabalho vivo em ato: uma questão institucional e território de tecnologias leves. In: MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 41-66.

questionador da formação vigente, considerando aspectos multi e transdisciplinares para suas práticas.

Pesquisas que investigam a percepção do preparo técnico dos profissionais de Saúde Mental e da Atenção Básica são recorrentes no Brasil. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), em convergência com o estudo de Figueiredo e Onocko-Campos (2009), afirmam que profissionais da AB reconhecem não ter preparo para intervir adequadamente junto à pacientes com sofrimento psíquico grave. Brasil (2005) afirma que mais da metade das Equipes de Saúde da Família fizeram alguma forma de intervenção em SM, e Figueiredo e Onocko – Campos (2009) ressaltam que a maior parte destes profissionais relatou despreparo, insegurança e receio para realizar cuidados em SM com pacientes com transtornos mentais em geral.

Diante desse cenário, vale contrapor que o Matriciamento também se constitui em espaço e recurso pedagógicos, oportunos para promover o aprendizado coletivo e para desenvolver habilidades e competências profissionais. Como afirmado por Campos e Domitti (2007), o Apoio Matricial trouxe para a Saúde no Brasil importantes mudanças nas relações entre profissionais de saúde, propondo rupturas/melhorias em diversos níveis e possibilitou a partilha do cuidado entre SM, AB e os mais variados pontos de atenção, facilitando, portanto, a articulação em rede e ampliando a resolutividade no que se refere ao sofrimento mental dos usuários.

Estudar os alcances, desafios e dificuldades para o Matriciamento entre SM e AB é tema desafiante, em vista dos poucos trabalhos realizados com este enfoque, em especial no nordeste brasileiro. Ainda assim, é possível encontrar estudos conduzidos nessa região, mais precisamente em Fortaleza – Ceará, a exemplo da pesquisa feita por Moraes e Tanaka (2012). Os autores entrevistaram profissionais das ESFs e as famílias, e tiveram como objetivo identificar alcances e limites do Matriciamento em Saúde Mental em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Eles concluíram que o Matriciamento possibilitou reordenar o ingresso do usuário, garantindo-lhe o acesso aos serviços de SM. Dentre os alcances do Matriciamento, percebidos pelos participantes, destacam-se a sensibilização e compromisso dos profissionais do Programa de Saúde da Família com a saúde mental na Atenção Básica, a produção de novas práticas clínicas e institucionais junto às Equipes de Saúde da Família (ESF), a tomada de decisão compartilhada, com a participação do usuário e família, não somente dos profissionais e a promoção da cooperação.

Outra pesquisa investigou as controvérsias na prática profissional no processo de Matriciamento entre Saúde Mental (SM) e Atenção Básica (AB), no contexto do trabalho em rede no município de Eunápolis, entre os anos de 2013 a 2017 (REIS, 2019). A autora

identificou vários avanços com o Matriciamento, tais como: melhoras no acolhimento ao usuário com transtornos mentais; ampliação do acesso e circulação de conhecimentos e informações da AB sobre a SM; quebra de paradigmas; aumento da resolutividade; ampliação da oferta de cuidados no território; maior proximidade e integração entre as duas áreas – SM e AB; aumento da continuidade dos tratamentos, sensibilização das Equipes de SM e AB, dentre outros. Ademais, o estudo possibilitou concluir que no período de 2013 a 2016 houve a ampliação da articulação nos espaços, das estratégias de atenção compartilhadas, da concepção de integralidade dos sujeitos, e do protagonismo entre os atores nos territórios. Do ponto de vista das implicações do Matriciamento para as subjetividades dos usuários dos serviços, a pesquisadora concluiu que esse dispositivo contribuiu para a promoção da autonomia das pessoas com sofrimento psíquico e transtornos mentais enquanto cidadãos, em concordância com os estudos de Tenório (2012) e afirmações recentes do Conselho Regional de Enfermagem (COREN, 2019).

Compreendendo-se que se trata de uma estratégia de saúde interativa em sua essência, o qual proporciona radicais transformações na prática dos profissionais, com vistas ao aumento da resolutividade para demandas em Saúde Mental, esta pesquisa de Mestrado elegeu priorizar como centro da investigação, a visão dos profissionais envolvidos no processo de Matriciamento acerca de sua prática e de sua interação profissional com seus colegas de trabalho, no contexto do trabalho em rede. Parte-se, assim da seguinte pergunta de pesquisa: Quais os alcances e desafios encontrados na prática dos profissionais de saúde no processo de Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica, no contexto do trabalho em rede do município de Eunápolis?

Dessa forma, alinhando-se com o pensamento de Souza e Jorge (2018), que reconhecem que o Matriciamento é um arranjo significativamente inovador, que continuamente vem sendo implementado pelo Sistema Único de Saúde e que, por isso, as pesquisas que buscam investigar o fenômeno em seus diversos aspectos permanecem sendo relevantes e partindo da premissa de que conhecer a perspectiva dos profissionais envolvidos no processo de Matriciamento é essencial para compreender como ele se dá na prática, a presente pesquisa pretendeu, então, como objetivo geral, “Analisar os alcances e desafios encontrados na prática profissional no processo de Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica, no contexto do trabalho em rede no município de Eunápolis”. Nesta perspectiva, elencou-se os seguintes objetivos específicos: a) Descrever e analisar o funcionamento da RAPS no município de Eunápolis em relação ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde; b) Caracterizar os participantes sociodemograficamente e

profissionalmente; c) Descrever o nível de conhecimento e a experiência dos profissionais em relação ao Matriciamento; d) Identificar os alcances e desafios percebidos pelos participantes em sua prática profissional no processo de Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica no contexto do trabalho em rede no município de Eunápolis; e) Categorizar e descrever os alcances e os desafios encontrados para o Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica; f) Analisar os alcances e desafios identificados com base nos referenciais acadêmicos e em documentos do Ministério da Saúde. A pesquisa está integrada na Linha de Pesquisa “Sociedade, Cultura e Ambiente”, do Programa de Pós-Graduação em Estado e Sociedade da Universidade Federal do Sul da Bahia.

No que diz respeito à relevância social, entende-se que os resultados produzidos por pesquisas como esta têm o potencial de fortalecer as Redes de Atenção em Saúde (RAS) e as ações de Matriciamento, em nível local, uma vez que eles podem servir de diagnóstico da situação do Matriciamento no território. Além disso, considerando que o Matriciamento é uma prática que busca a efetividade do direito participativo dos usuários, comunidade/parcerias territoriais e trabalhadores do SUS, visando melhorias nas ações preventivas e de cuidado entre AB e Saúde Mental, estudos que busquem identificar e analisar os desafios que sua implementação enfrenta, bem como os alcances ou avanços que tem representado para uma determinada realidade, provam ter inegável relevância social.

A relevância social desta pesquisa, fica mais explícita ainda, se considerarmos o cenário atual de retrocessos e ameaças à Saúde Pública no Brasil, impostas pelo atual governo federal. Dito de forma mais detalhada, vive-se no Brasil contemporâneo sob ameaças antidemocráticas que afetam direta e prejudicialmente ao SUS - Saúde Pública - e em especial, à Política de Saúde Mental no Brasil, ambos ícones da conquista de direitos e do exercício democrático para o povo, bem como de suas práticas democráticas em Saúde, a exemplo do Matriciamento. Pode-se citar como exemplos de ações retrógradas, a volta da legitimação do sistema manicomial através da Portaria 3.588 de 21 de Dezembro de 2017 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a); o retorno de tecnologias violentas e limitantes, como a eletroconvulsoterapia, a internação de crianças e adolescentes com transtornos mentais, dentre outros confirmados na Nota Técnica 11/2019 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019a); alterações do modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS), no âmbito do SUS, que extingue as equipes NASF através da Portaria nº 2.979/19 (BRASIL, 2019b), que institui o programa *Previne Brasil*.

Autores como Emerich, Yasui e Barros (2018) relataram a fragilização da Saúde Pública no Brasil no ano de 2017, evidenciando documentos federais de desde 2016 e anos subsequentes como “a Emenda Constitucional 95/2016, que limita por 20 anos os gastos públicos; (...)

portarias que modificam os modos de funcionamento (...) da atenção básica; (...) a Portaria 3.588/17 que alterou a portaria da (...) (RAPS), reconhecendo os Hospitais Psiquiátricos como lócus de cuidado” (EMERICH, YASUI E BARROS, 2018, p. 89). Além disso, pode-se citar a ampliação de recursos para Comunidades Terapêuticas (CT), tal qual, no ano de 2018, recebeu a aprovação pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), através de resolução que centraliza o cuidado de pessoas em uso de álcool e outras drogas a uma política focada na abstinência, contraposta à política de Redução de Danos.

Em contrapartida e num movimento de resistência, após a publicação da Nota Técnica N° 11/2019 pelo MS, diversos Conselhos de profissão manifestaram-se em desacordo com as decisões tomadas, a exemplo do Conselho Regional de Enfermagem (COREN, 2019), que produziu uma Carta de Repúdio, argumentando sobre a agressão sumária e injusta que tais medidas representam para com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, a qual adotou referências legais reconhecidas internacionalmente para suas práticas e cuidados em Saúde Mental. O COREN ressaltou o caráter violador de direitos humanos, ao afirmar que “Sabe-se, no entanto, que o hospital psiquiátrico se constitui como um local de restrição de liberdade e violação de direitos das pessoas em sofrimento mental” (COREN, 2019, p.1).

Outro agravante, também destacado na referida Nota de Repúdio do COREN, diz respeito ao fato de que a Nota Técnica N. 11/2019 MS colabora para promoção da culpabilização dos sujeitos por problemas mais complexos, reduzindo sua autonomia, já que as políticas públicas de Saúde, independentemente de quais sejam, pautam-se na ética, no respeito à liberdade e na valorização integral do sujeito, de sua cultura, utilizando os dispositivos que estão no seu território, de modo a atender melhor à complexidade do sujeito social. Para o COREN (2019), o cuidado através da abstinência e da internação prolongada proposta nas CT é nociva, uma vez que a centralidade da abstinência como forma de cuidado, reduz a autonomia do usuário e sua capacidade de adaptação ao seu contexto de vida, visto priva-lo da liberdade, constituindo-se em uma forma “(...) ultrapassada que se embasa na (...) supervalorização do fracasso, responsabilidade unilateral do usuário, relação de superioridade entre profissional-usuário” (COREN, 2019, p. 1).

Mais acontecimentos que denotam retrocesso foram relatados pelo Conselho Nacional de Saúde, com conclusões registradas no *Relatório da 16ª Conferência Nacional de Saúde (CNS)* recentemente ocorrida, no ano de 2019 (CNS, 2019; REDE APS, 2019). O CNS é um organismo de participação coletiva nas decisões, previsto em lei, no que se refere à Saúde no Brasil, sendo organismo representativo da participação social. O referido Relatório reportou que diversas decisões relacionadas à Saúde e à Saúde Mental foram tomadas pelo governo, sem

a consulta ao CNS, desconsiderando o posicionamento contrário deste. Conforme o Relatório citado, neste âmbito, o MS publicou novas portarias, com medidas ligadas à saúde pública, segurança pública, meio ambiente, com cortes de recursos em programas especiais.

Somadas a estas medidas preocupantes no âmbito do SUS, está também a publicação da Portaria nº 2.979/19, uma vez que esta altera o modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) e institui o programa *Previne Brasil*, que extingue o NASF, modificando o acesso dos usuários por meio de listas de pacientes para serem assistidos por médicos e enfermeiros, retrocedendo à ideia de serviços que priorizam o procedimento individual (REDE APS, 2019). O NASF é constituído por um Programa do MS que prevê equipes multiprofissionais fundamentais às ações articuladas e implementadas nos territórios, cujo Apoio Matricial é sua tecnologia social estratégica de atuação. Estas equipes articulam entre a Saúde Mental e Atenção Básica, além de outros diversos pontos de atenção das RAS, de modo transdisciplinar.

O *Previne Brasil* não prevê o financiamento para este programa, eliminando incentivos para as ESF, denotando assim a “extinção da prioridade para a Estratégia Saúde da Família” (REDE APS, 2019, p. 7). Houve protestos, militâncias e publicações provenientes dos especialistas e grupos representantes da Saúde Pública no Brasil (Associação Brasileira de Saúde Mental - ABRASME; Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO), além de outras de referência nacional, solicitando a revogação da Portaria nº 2.979/19 (BRASIL, 2019b), visto a mesma reduzir o acesso, a qualidade e ampliação do cuidado no território. Mesmo diante dos protestos, em consenso com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), o Governo segue implementando estas medidas.

Dentre outras medidas que ameaçam o cuidado em liberdade, de modo compartilhado em SM, ao final do ano 2020, em plena Pandemia do vírus COVID-19, os *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, publicação científica de referência nacional, compôs uma edição histórica intitulada *Antes que exploda, mova-se! RAPS – Em defesa da Saúde Mental*, na qual registrou um acontecimento que produziu abalos no sistema de saúde no Brasil. Segundo a publicação, no mês de dezembro de 2020 o Ministério da Saúde, conjuntamente com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), instaurou um Grupo de Trabalho com a finalidade de revogar 99 portarias que visam desmontar o sistema de saúde mental e a Política Nacional de Saúde Mental do Sistema Único de Saúde. Esta situação ficou conhecida como o “Revogaço”, que provocou uma mobilização coletiva nacional em torno da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica Brasileira, em protesto a estas medidas (OLIVEIRA, 2020), culminando na organização da Frente Ampliada em Defesa da Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica e

Luta Antimanicomial (FASM).

Assim, supõe-se que, diante desse cenário desolador, são ainda mais urgentes estudos que ponham em destaque a importância social, histórica e política das práticas democráticas em Saúde Coletiva, como uma forma de resistência aos ataques antidemocráticos que o país vem sofrendo nos últimos anos, após o golpe que tirou a Presidenta Dilma Rousseff do poder, em especial na área da saúde pública e saúde mental. Especificamente, tais práticas democráticas no campo da saúde mental, incluindo o Matriciamento, precisam ser continuamente estudadas e reforçadas porque tem implicações para a produção de subjetividades, visto que, por meio do cuidado horizontal e integral, agem como facilitadoras da autonomia, do bem-estar subjetivo, do vínculo entre profissional-usuário-comunidade e da condição de cidadania dos sujeitos.

A relevância científica desta pesquisa, por sua vez, é revelada pela escassez de estudos sobre a temática proposta, considerando a região Nordeste, e, mais especificamente, o Estado da Bahia. Conforme revisão de literatura realizada, os estudos se concentram na região sudeste, nos Estados do Paraná e São Paulo. As pesquisas encontradas referentes ao Nordeste localizaram-se nos Estados do Piauí e Ceará. Na Bahia, apenas um estudo realizado na cidade de Salvador foi publicado, além do estudo conduzido por pesquisadora no município de Eunápolis (REIS, 2019).

Além disso, a presente pesquisa avança com relação as demais publicadas, que tendem a apontar mais desafios do que avanços. Nesse sentido, a presente pesquisa busca preencher uma lacuna, que permitirá apontar os alcances, ou os pontos positivos, além das dificuldades ou desafios, encontradas pelos profissionais da SM e da AB na implementação do Matriciamento no município escolhido, e seus resultados poderão permitir um diagnóstico mais preciso da realidade local.

Finalmente, frente a todos os aspectos abordados que justificam a relevância social e científica desta pesquisa, justamente num cenário de grave crise da Saúde Pública brasileira, espera-se que o presente estudo possa cumprir o papel de analisar a experiência de implementação do Apoio Matricial na cidade de Eunápolis, BA, complementando a pesquisa realizada pela mesma pesquisadora em Curso de Especialização em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Sul da Bahia no ano de 2018. É intenção desta pesquisadora, que seu estudo venha trazer resultados inspiradores para aperfeiçoar e fortalecer o Apoio Matricial local, bem como estimular novas pesquisas que impulsionem a continuidade das articulações intersetoriais, mais especificamente entre SM e AB, conciliando a dimensão acadêmica com a busca de melhorias para a qualidade de vida em saúde.

A dissertação está estruturada em cinco capítulos. O primeiro consta desta

“Introdução”, que traz informações sobre a escolha do tema pesquisado, contextualizando-o no cenário brasileiro atual quanto à Saúde Mental Pública. Também estão contidos a delimitação do problema, a pergunta de pesquisa e os objetivos geral e específicos que norteiam a presente pesquisa, bem como suas relevâncias científica/acadêmica e social. No segundo capítulo, a **“Metodologia”** de pesquisa é descrita, contendo informações sobre o local da pesquisa, o município de Eunápolis, Bahia, e dos serviços da Saúde Mental que compõem a Rede de Atenção Psicossocial e a Atenção Básica que integram o estudo. Inclui-se neste capítulo também o tipo de pesquisa, abordando a causa da escolha, descrevendo os instrumentos de coleta de dados e o método de análise de dados desenvolvidas para alcançar os objetivos delineados. Esse capítulo é finalizado com a exposição dos cuidados e garantias éticas assegurados aos participantes.

No terceiro capítulo foi apresentada a **“Fundamentação Teórica”** do trabalho, abordada em seções fundamentadas em pesquisa bibliográfica, que englobou livros impressos e *e-books*, Teses, Dissertações, monografias, artigos de periódicos de sites científicos na Internet. A primeira seção **“A Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial no Brasil - um breve percurso histórico”** traça, como diz o título, de um breve histórico sobre as transformações ocorridas no âmbito da Saúde Mental Pública no Brasil, desde a contemporaneidade da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial no Brasil com as lutas pela Reforma Sanitária no país, como fomentos na década de 1970, denotando sua complexidade, até o contexto atual. Para tal, pesquisou-se documentos que registram esta trajetória, bem como autores de referência como Tenório (2002), Amarante (1995), Delgado *et al.* (2007), demonstrando o processo histórico de formulação crítica e prática, permeado pelos movimentos sociais, os quais elaboraram as propostas de transformação do modelo clássico para o proposto pela referida Reforma.

Na segunda seção, denominada **“A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil – uma breve descrição organizacional, funcional e de serviços preconizados pelo Ministério da Saúde”**, descreveu-se a Saúde Mental no Brasil, desde sua estrutura organizacional em nível Federal e Estadual, seu funcionamento e serviços, baseado em documentos do Governo Federal, do Ministério da Saúde, do Governo Estadual- Secretaria de Saúde da Bahia e pesquisa bibliográfica na temática. Na terceira seção, intitulada **“Panorama atual da Reforma Psiquiátrica: Fragilidades e ameaças à Política de Saúde Mental no Brasil”**, abordou-se o processo de desenvolvimento em que ainda se encontra a Reforma Psiquiátrica Brasileira, visto sua complexidade, mas também os avanços obtidos, em vista de ser um passo fundamental para a busca da cidadania das pessoas com transtornos psiquiátricos, favorável ao cuidado

corresponsabilizado. Esta seção descreve a situação atual de desafios da SM frente às medidas de Governo, desde 2017, marcadas por uma visão conservadora e questionável diante dos valores democráticos, uma vez que demonstram valorizar o cuidado em lugares que privam os sujeitos da liberdade, ao invés de modos de cuidado baseados na construção coletiva, como o Matriciamento. Para isto abordou-se autores que analisam criticamente o contexto, como Vasconcelos (2012), Queiroz (2016), Rotelli (2015), Barroso e Silva, (2011) e documentos como o Relatório da Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no ano de 2019, dentre outros.

A quarta seção, **“Saúde Mental na Atenção Básica – um desafio persistente na contemporaneidade”**, trata da importância da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família na construção do cuidado em Saúde Mental nos territórios, baseado nos princípios fundamentais do SUS. São descritos desafios, bem como abordados documentos do Ministério da Saúde que fundamentam a participação, articulação e relevância da AB no processo de Matriciamento. Na quinta seção, intitulada **“Apoio Matricial em Saúde Mental – uma estratégia - chave para o cumprimento dos propósitos da RAPS no Brasil”**, abordou-se o surgimento do Apoio Matricial, enunciado por Campos (1999) com uma proposta de reforma das organizações e do trabalho em saúde, enquanto tecnologia social inclusiva, transdisciplinar de trabalho entre equipes. Também tratou dos novos conceitos de equipe ou profissional de referência e de apoio especializado matricial, baseados no cuidado corresponsabilizado, continuado, no acolhimento e não na cultura da referência e contra referência, que atua nos moldes fragmentados dos encaminhamentos dos usuários.

Na seção seis - **“O Projeto Percursos Formativos da RAPS e Projeto Engrenagens da Educação Permanente e a experiência de Eunápolis - um diferencial em Saúde Mental no extremo sul baiano”** - baseado na pesquisa de Reis (2019; 2020) e em documentos do Ministério da Saúde, é descrita brevemente a experiência inspirativa desta pesquisa, através da qual ocorreu a implementação do Matriciamento no município de Eunápolis, ocorrida no período de 2013-2016. Esta seção ilustra uma experiência prática de sucesso no município em estudo, através da parceria com o Governo Federal, a qual atendeu aos moldes da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Na seção sete, que finaliza a “Fundamentação Teórica”, tratou-se dos **“Estudos que avaliam os alcances e desafios do Matriciamento no Brasil”**, onde são elencados estudos realizados sobre o Matriciamento em nível nacional e no Nordeste, apontando os desafios e avanços identificados no processo matricial.

O quarto capítulo da Dissertação **“A Rede de Atenção Psicossocial no município de Eunápolis – do funcionamento, aos atores e à operacionalidade do Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica”**, abordou os resultados da pesquisa **“Alcances e desafios do**

processo de Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica na rede municipal de Eunápolis”, junto com as discussões, explanados em três seções.

A primeira seção, denominada **“Caracterização dos participantes da pesquisa - os profissionais da Atenção Básica e Saúde Mental: perfil sociodemográfico dos atores matriciais e algumas considerações”**, caracterizou-se os participantes sociodemograficamente e profissionalmente, a partir dos dados coletados nos questionários, e parcialmente de informações complementares obtidas nas entrevistas. Também foi possível abordar acerca do nível de conhecimento e a experiência profissional dos participantes da pesquisa.

Na segunda seção, **“O Funcionamento da RAPS no município de Eunápolis – caracterização e desafios de continuidade”**, descreveu-se o funcionamento da RAPS em Eunápolis, apontando aspectos organizacionais e funcionais baseados em documentos municipais, estaduais e federais (Ministério da Saúde). Foi possível observar consonâncias e divergências na dinâmica da Rede de Atenção Psicossocial, que apontaram a presença de fatores políticos, subjetivos e coletivos de influência no modo de funcionamento.

E a terceira seção, **“Análise dos alcances e desafios para o Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica no contexto eunapolitano – o que dizem os trabalhadores?”**, realizou-se a identificação, descrição e análise dos alcances e desafios percebidos pelos participantes em sua prática profissional no processo de Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica no contexto do trabalho em rede no município de Eunápolis. Através da análise de conteúdo de Laurence Bardin (2006), foi possível desenvolver a análise dos resultados das entrevistas, abordando-os através de cinco categorias identificadas: Conceituação e conhecimento sobre Matriciamento; Experiências e frequência do Matriciamento; Desafios e dificuldades relativos ao Matriciamento; Avanços percebidos em relação ao Matriciamento; Sugestões para melhorias no processo de Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica. Em suma, cada categoria foi analisada em diferentes pontos levantados a partir dos conteúdos expressos nas falas dos sujeitos participantes, fundamentando-os e dialogando com o aporte teórico da pesquisa bibliográfica e documental. Nesta seção procurou-se também elencar, de forma didática, os desafios e alcances apontados, de modo a sugerir possíveis contribuições a futuras pesquisas na temática.

Finalizando-se, no quinto capítulo explica-se as principais **conclusões** de pesquisa apresentando uma síntese dos resultados obtidos, bem como as limitações do estudo e seus pontos positivos e as considerações finais. A esse capítulo é seguida a lista de referências bibliográficas utilizadas. Constará, ao final da Dissertação, os Anexos e os Apêndices.

2 METODOLOGIA

2.1 TIPO DE PESQUISA

Tratou-se de uma pesquisa descritiva e exploratória composta de duas etapas: Na primeira etapa, realizou-se uma pesquisa teórica e documental sobre o fenômeno do Matriciamento, o contexto da Saúde Mental e Rede de Atenção Psicossocial e na segunda etapa, foi conduzida uma pesquisa de campo, na Secretaria Municipal de Saúde do Município de Eunápolis, com a finalidade de identificar, explorar, coletar dados sobre este fenômeno. Minayo (2001) ressalta que o estudo exploratório consiste na parte empírica da construção teórica elaborada, complementando Piovesan e Temporini (1995) que afirmam que este tipo de estudo “permite (...) aliar as vantagens de se obter os aspectos qualitativos das informações à possibilidade de quantificá-los (...). Esta associação realiza-se em nível de complementaridade, possibilitando ampliar a compreensão do fenômeno em estudo” (PIOVESAN; TEMPORINI, 1995, p. 322).

Consistiu também em um estudo de caso, pois tratou-se de uma categoria de pesquisa que considera como unidade de análise um grupo específico de sujeitos, no caso, os trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito da Saúde Mental e Atenção Básica de Saúde. Conforme Martinelli (1999), o estudo de caso considera a unidade estudada como um todo, ou seja, o caso pode ser uma comunidade, instituição, família ou indivíduo que deve ser analisado detalhadamente, o que converge com Triviños (1995), ao afirmar que, o estudo de caso possibilita uma aproximação da realidade circunscrita, pois analisa o objeto profundamente, respeitando sua natureza e abrangência.

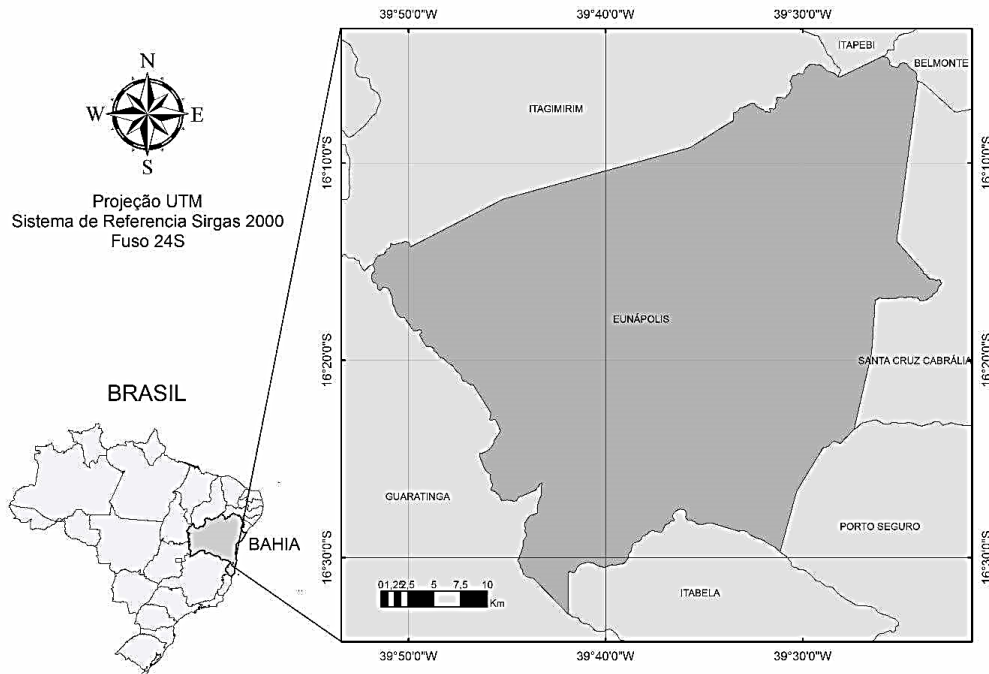
2.2 LOCAL DA PESQUISA

2.2.1 Eunápolis: de maior povoado do mundo, à cidade promissora do Extremo – sul Baiano

Eunápolis é um município nordestino, situado no extremo-sul do Estado da Bahia (Figura 1), a 526 Km da capital baiana, Salvador, situado na confluência das BR's 101 e 367, na região Extremo Sul do Estado. O município se desenvolveu em torno das obras de construção da BR 101, sendo que seu território é atravessado pela referida BR. Desta empreitada, vai surgindo um povoado, considerado o maior povoado do mundo, até sua emancipação em 12 de maio de 1988, pelo Decreto nº 4770. Atualmente, com população estimada de 115.290 habitantes, em uma área de 1.425,970 km², tem IDH de 0,6777, considerado médio em relação

ao IDH do Brasil (OLIVEIRA, 2015) e Produto Interno Bruto -PIB R\$ 2 628 454 mil (IBGE, 2018).

Figura 1- Mapa do município de Eunápolis- Bahia.



Fonte: IBGE (2015).

Possui como bioma a Mata Atlântica, atualmente com grande extensão de terra, cerca de 18.0095 hectares, investida em Silvicultura, com plantio de eucalipto (IBGE, 2018). Oliveira, 2015), em sua Dissertação de Mestrado que versa sobre as transformações espaciais e socioambientais do município, relata que “(...) Por ser um centro comercial importante para a região em que se encontra e possuir, funcionando em seu território desde o ano de 2005, a indústria Veracel Celulose S/A (...) significa crescimento, melhoria na qualidade de vida e novas oportunidades” (OLIVEIRA, 2005, p. 16). Destaca-se também que com o crescimento urbano, Eunápolis teve um aumento de instituições de Ensino Superior, na modalidade à distância e presencial, possuindo atualmente duas Faculdades particulares (Pytagoras e UNISUL-Bahia) que ofertam cursos de nível superior em Saúde, como Enfermagem, Fisioterapia e Medicina, potencializando assim a assistência em saúde local. Deste modo, é um dos municípios que mais cresce no interior baiano sob o aspecto econômico, porém, este crescimento revela outros dados preocupantes, com o aumento de vulnerabilidades sociais. Oliveira (2015) aponta que:

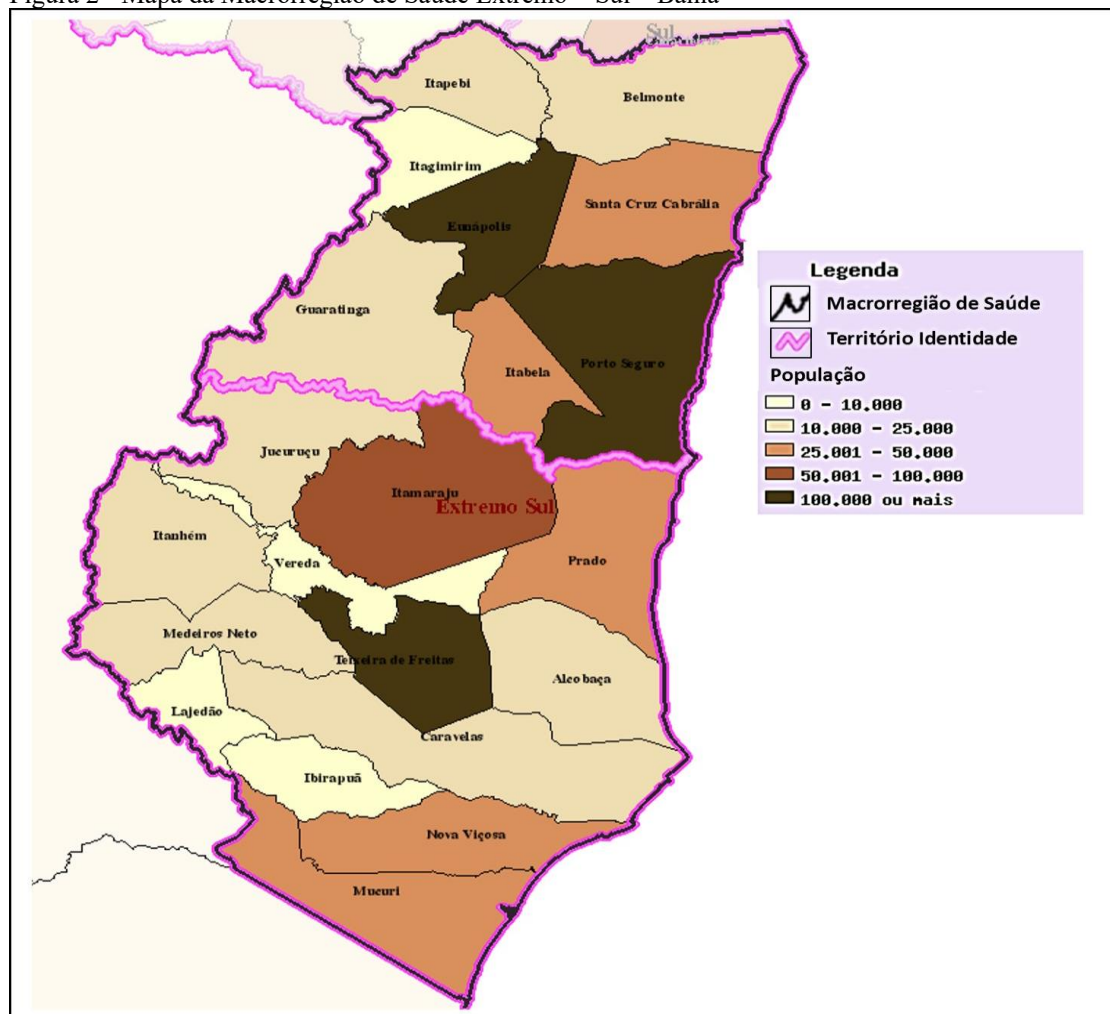
(...) a cidade apresenta grande criminalidade, ocupando a 19ª posição no ranking do número de homicídios no Brasil. O aumento dos índices de criminalidade em Eunápolis, evidencia um gravíssimo problema relacionado à urbanização acelerada com ampliação do quadro de exclusão social, que acomete várias cidades da Bahia (OLIVEIRA, 2015, p. 101).

Rabelo e Lima (2007) reportam que as relações sociais possuem quatro dimensões com indicadores que apontam para o desenvolvimento, as quais: Educação, Lazer, Habitação e Saúde. Pode-se dizer então que, o acesso à Saúde em uma localidade aponta para sua condição de desenvolvimento e qualidade de vida da população. Segundo Oliveira (2015), o crescimento da população eunapolitana em 20%, entre os anos 2000 e 2012, aumentou as demandas nas quatro dimensões referidas, o que denota a necessidade de desenvolvimento para melhoria e ampliação do acesso.

2.2.2 A Saúde como cenário de estudo - Atenção Básica e Saúde Mental

A cidade estudada faz parte do Território Identidade denominado Costa do Descobrimento, o qual está inserido na Macrorregião de Saúde Extremo-sul (Figura 2). A Macrorregião de Saúde do Extremo Sul é composta pelos 21 municípios, cuja população geral é estimada em 834.500 habitantes (IBGE, 2019).

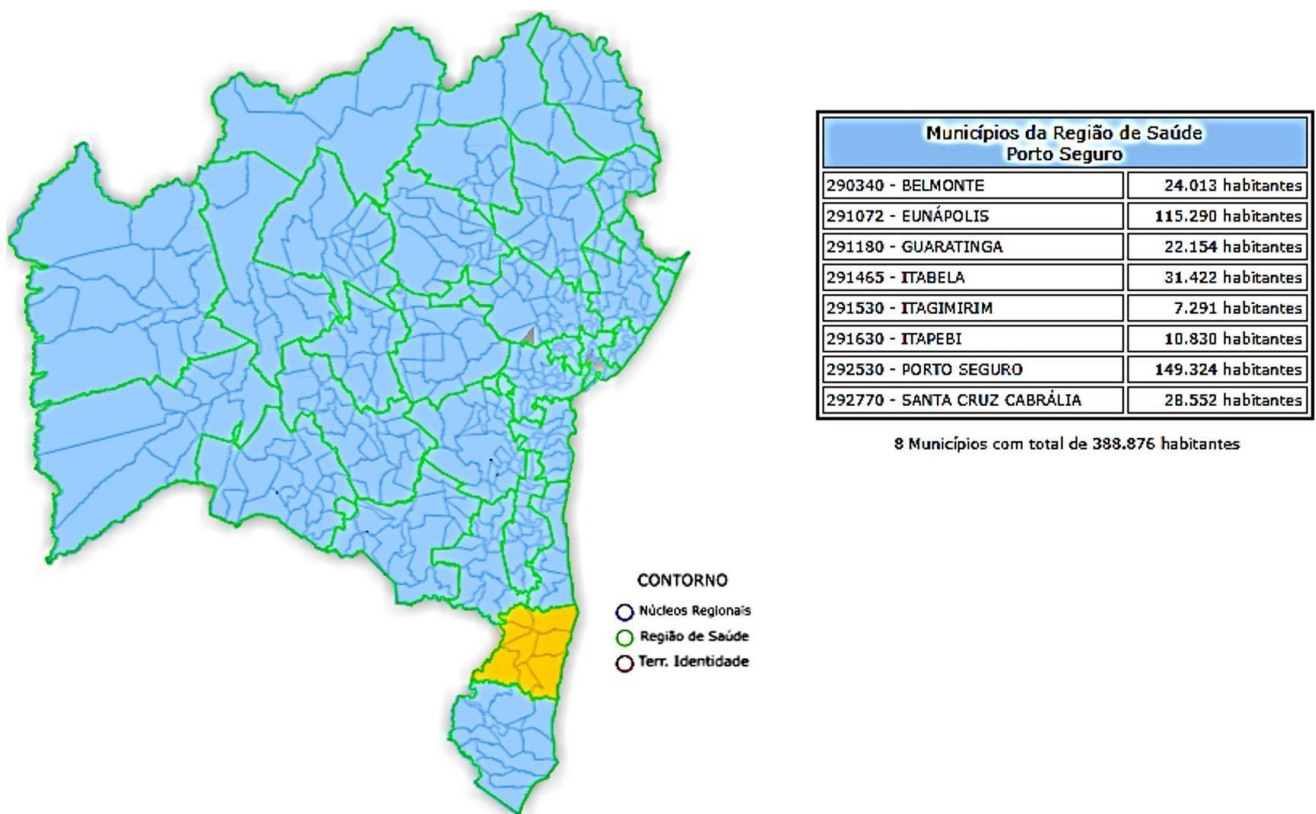
Figura 2 - Mapa da Macrorregião de Saúde Extremo – Sul – Bahia



Fonte: Adaptado pela autora de SESAB/GEOPORTAL, Disponível em: <http://geolivres.saude.ba.gov.br/geoportall/download.phtml>.

Nesta Macrorregião, Eunápolis compõe o Núcleo Regional de Saúde Extremo-sul – Teixeira de Freitas, pertencendo Eunápolis à 18ª Região de Saúde - Porto Seguro (Figura 3) - juntamente com outros sete municípios, os quais Belmonte, Guaratinga, Itabela, Itagimirim, Itapebi, Porto Seguro e Santa Cruz Cabrália (SESAB, 2019a; 2019b). Os municípios da Região de Saúde Porto Seguro totalizam uma população de 381.727 habitantes, segundo dados do IBGE (2019), correspondendo o município de Eunápolis a 30,2% do total da população regional.

Figura 3 – Mapa da Região de Saúde Porto Seguro – Bahia.



Fonte: SESAB (2019b)

O município estudado apresenta os setores de Atenção Básica e Saúde Mental em funcionamento, com serviços cadastrados ativos, segundo o Ministério da Saúde (2021a). Conforme a Prefeitura Municipal de Eunápolis (2021), a Atenção Básica possui 542 servidores lotados, distribuídos em 37 Unidades Básicas de Saúde (UBS). A Saúde Mental, segundo o Ministério da Saúde (2021a), tem 51 trabalhadores, distribuídos em 4 serviços (três CAPS e um CESM).

Organizacionalmente, a Lei Administrativa da cidade estudada, Lei nº 1.107, de 20 de dezembro de 2016 (PREFEITURA MUNICIPAL DE EUNÁPOLIS, 2016f), prevê a

composição de seis superintendências, dentre as quais, a Superintendência de Atenção Básica, que administra a Coordenação da Atenção Básica, e a Superintendência de Atenção Especializada, a qual gerencia divisões e coordenações relativas à área Hospitalar, UTI, Centro Especializado Odontológico, Policlínica, SAMU e a Coordenação da Saúde Mental. Tais coordenações gerem os responsáveis pelos programas e serviços que integram suas respectivas áreas.

Por critério de proximidade, para melhor operacionalizar as ações no período do Projeto Percursos Formativos da RAPS, entre 2013- 2016, a Atenção Básica (AB) / Atenção Primária em Saúde (APS), dividiu o território eunapolitano em cinco Microrregiões de Saúde, com Unidades Básicas de Saúde (UBS) / Equipes de Saúde da Família (ESF) distribuídas. Observando a dados da pesquisa realizada por Reis (2020), que aborda o período de 2013-2017, em relação à documentos da Prefeitura Municipal de Eunápolis (2021), evidenciou-se mudanças, com uma nova disposição das microrregiões de saúde, que passaram a denominar-se Regiões de Saúde, além do surgimento de novas UBS, como demonstrado na Tabela 1. Cada Região de saúde possui um coordenador.

Os dados populacionais explanados na Tabela 1 revelaram que a população de Eunápolis possui 100% de cobertura da Atenção Básica, com 109.219 habitantes ativos. Vale pontuar que, a Atenção Básica dispunha até o ano de 2019, de duas equipes multiprofissionais de apoio, antes denominadas NASF/ NASF – AB, em decorrência da extinção do NASF pelo Governo Federal, passou a ter atualmente apenas uma equipe (REDE INTERSETORIAL DE EUNÁPOLIS, 2019c) com nova denominação – Equipe Multidisciplinar - que atua junto às Equipes de Saúde da Família para ampliar a resolutividade.

TABELA 1 – REGIÕES DE SAÚDE OPERACIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA E RESPECTIVAS POPULAÇÕES DE COBERTURA - EUNÁPOLIS- BA.

REGIÃO	POPULAÇÃO DE COBERTURA
Região 1	
UBS Wanderley Nascimento I	4605
UBS Wanderley Nascimento II	3656
UBS Frei Angélico	3399
UBS João Jacinto dos Santos* (Mundo Novo)	1258
UBS Olímpia Gomes Leite* (Gabiarra)	
UBS Íris Lopes** (Roça do Povo)	852
UBS Maravilha** (Projeto Maravilha)	2866
UBS Rosa Neto	3545
Total	20181
Região 2	

UBS Stela Reis	3560
UBS Arnaldão	S/DADOS
UBS Moisés Reis I	3284
UBS Moisés Reis II	4456
UBS Walda Moura	6675
UBS Valdenor Cordeiro I	4483
UBS Valdenor Cordeiro II	642
Total	23100
Região 3	
UBS Lourdes Seixas	2890
UBS Mário Meira Amorim I	2482
UBS Mário Meira Amorim II	2758
UBS Antônio Soares Lopes I	2638
UBS Antônio Soares Lopes II	2013
UBS Josélia Borges	1873
Dr. Tadeu Tavares Leite	923
Total	15577
Região 4	
UBS Dinah Borges I	3306
UBS Dinah Borges II	5838
UBS Dinah Borges III	1620
UBS Dr. José Ramos Neto I	2602
UBS Dr. José Ramos Neto II	3265
UBS Osvaldo De Mello	4344
UBS Izabel Araújo	3307
UBS João Nunes** (Colônia)	3992
Total	28274
Região 5	
UBS Raimundo Fernandes I	2448
UBS Raimundo Fernandes II	1842
UBS Raimundo Fernandes III	2621
UBS Ilda Lopes I	1820
UBS Ilda Lopes II	3328
UBS São João Batista	4735
UBS Antônio Lima Ribeiro	5293
Total	22087
Total geral da população de cobertura	109.219 Ativos

Fonte: Adaptado pela autora com base em Reis (2020, p. 120,121) e Prefeitura Municipal de Eunápolis (2021).

NOTA: * Correspondem a dois pontos de atenção em uma única localidade da Zona Rural do município.

** Zona Rural do Município.

Por sua vez, a Saúde Mental pública eunapolitana possui uma estrutura composta por quatro unidades de atendimento com sedes distribuídas nos territórios, dispondo cada um de uma equipe multiprofissional à serviço da RAPS, as quais:

- 01 Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) – destinado ao atendimento de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes;
- 01 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) – para atendimento de pessoas em uso abusivo de álcool e outras substâncias psicoativas;
- 01 Centro de Atenção Psicossocial Infância e Adolescência (CAPS IA) – atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais (até 17 anos).
- 01 Centro Especializado em Saúde Mental (CESM) – serviço instituído pela Prefeitura Municipal, através do Decreto N° 4597/2013, de 05 de novembro de 2013 (DIÁRIO OFICIAL DE EUNÁPOLIS, 2013). Atende pessoas com transtornos mentais leves e moderados.

O município estudado também dispõe de serviços de Urgência e Emergência, o SAMU e o Hospital Regional de Eunápolis (HRE), que participam do cuidado em rede, na Rede de Atenção Psicossocial, principalmente em casos de crise, não possuindo, porém, leitos psiquiátricos hospitalares. No âmbito da Saúde Mental, ressalta-se que, no período de 2013 a 2016 foi implementado no município o Projeto Percursos Formativos da RAPS/ Projeto Engrenagens da Educação Permanente - Ministério da Saúde, através do qual deram-se início a implantação e ações de Apoio Matricial na Linha de Cuidado “Saúde Mental na Atenção Básica”, de modo bem-sucedido na ocasião (REIS, 2019). Segundo Reis (2019), os serviços de SM iniciaram o Matriciamento com as Unidades Básicas de Saúde identificadas como mais vulneráveis por Comissão da RAPS, constituída pela Secretaria Municipal de Saúde. Ainda que seja uma experiência bem-sucedida, a insuficiência de profissionais e de equipes NASF para a grande demanda dos territórios, reduziu a implementação destas ações na ocasião.

Em síntese, observa-se que mesmo com o crescimento populacional nos últimos anos, o município continuou com apenas um hospital público que atende às demandas da região. Este fato e a falta de profissionais especializados no SUS, indicam possivelmente no âmbito tratado, a redução no acesso a atendimentos especializados pela de baixa renda. Porém, acrescenta-se que, atualmente, o HRE conta com leitos de UTI, demonstrando também avanço na complexidade da oferta de cuidado. Além disto, é possível observar que em relação a outros municípios da sua região, Eunápolis possui um suporte de destaque de especialidades através da rede complementar de saúde (privada), sendo considerada um polo regional na Saúde e em alguns segmentos relevantes. Oliveira (2015) ilustra que:

A partir da síntese dos papéis que Eunápolis desempenha, associados aos serviços comerciais, de educação e de saúde, é possível compreender a polarização que a cidade exerce na região da Costa do Descobrimento, resultando em fluxos de pessoas, capitais e mercadorias, o que permite afirmar sua característica de **principal polo de**

comércio varejista, atacadista, de serviços financeiros, de saúde e de educação (...). Em termos comparativos com outros municípios da microrregião, esta cidade destaca-se pelo maior número de especialidades oferecidas e pela rede de clínicas com atendimento particular e por meio de plano de saúde (OLIVEIRA, 2015, p. 97- 99, **grifos nossos**).

2.3 ETAPAS DA PESQUISA E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Inicialmente foi feito o primeiro contato com a Secretaria de Saúde para solicitação de autorização da pesquisa e assinatura de termo de anuência. Após a aprovação do CEP, foi dado início à Etapa de Pesquisa Documental e Bibliográfica. Em seguida, iniciou-se a Etapa de Pesquisa de Campo, com a coleta de dados, que constou das seguintes fases: 1) Abordagem, convite dos profissionais para conhecimento/compreensão da pesquisa e envio e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES A e B) 2) Agendamento de datas para realizar a aplicação dos questionários e entrevistas. 3) Realização da aplicação dos questionários e das entrevistas.

2.3.1 Etapa de Pesquisa Documental

Na Etapa de pesquisa teórica e documental, que ocorreu no período de janeiro de 2019 a agosto de 2020 foi realizada pesquisas em publicações do Ministério da Saúde e produções acadêmicas/bibliográficas que abordam o Matriciamento ou Apoio Matricial ou Ações Matriciais e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em seu escopo. Para tal, foram utilizados como fontes de pesquisa, sites do Ministério da Saúde e bases de dados como Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD); Scielo; Periódicos CAPES; Biblioteca Virtual em Saúde, LILACS, além de livros impressos e digitais. Utilizou-se como termos para busca nas bases de dados “Matriciamento”, “Apoio Matricial”, “Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica”, “Apoio Matricial entre Saúde Mental e Atenção Básica”, “Saúde Mental na Atenção Básica”, “Ações Matriciais”. Para conhecimento da RAPS local, utilizou-se sites da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), da Prefeitura de Eunápolis, documentos do Conselho Municipal de Saúde de Eunápolis (CMSE), da Rede Intersetorial de Eunápolis. A finalidade dessa etapa foi de fundamentar teoricamente o trabalho, descrevendo o Matriciamento e gerar embasamento para analisar o funcionamento da RAPS local, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

2.3.2 Etapa de Pesquisa de Campo

A Etapa de campo desenvolveu-se, como dito, na Secretaria Municipal de Saúde do Município de Eunápolis. Para unidade de análise, escolheu-se a equipe de profissionais da

Secretaria de Saúde de Eunápolis, atuantes na Rede de Atenção Psicossocial de Eunápolis (RAPS), em especial profissionais da Atenção Básica e da Saúde Mental.

A coleta de dados ocorreu através da realização de entrevista semiestruturada⁴ e questionário sociodemográfico, que foram aplicados aos sujeitos, sendo dezesseis trabalhadores: quatro gestores (dois da AB e dois da SM), quatro profissionais de nível superior da assistência (dois da AB e dois da SM), quatro profissionais de nível técnico da assistência (dois da AB e dois da SM) e quatro Agentes Comunitários de Saúde. Ressalta-se que a entrevista semiestruturada, segundo Minayo (1996) permite ao pesquisador aproximar os fatos ocorridos na realidade, da teoria existente sobre o assunto em análise, a partir da combinação entre ambos. Para Manzini (1990), este tipo de instrumento permite uma maior espontaneidade dos entrevistados, ampliando assim a possibilidade de obter informações relevantes. Sendo assim, pode-se dizer que com este instrumento o processo de coleta de dados é considerado tão importante quanto os resultados.

A realização das entrevistas semiestruturadas e questionário sociodemográfico estava inicialmente marcada para ter início em outubro de 2020, mas em virtude da pandemia do COVID- 19, o acesso aos participantes foi dificultado, uma vez que é composta por profissionais de Saúde que estão na linha de frente no combate à pandemia, havendo-se então que prorrogar o período da coleta de dados, concluído em janeiro de 2021. As entrevistas foram realizadas de forma anônima e individual com cada participante, após contato inicial do pesquisador com os profissionais de Saúde, para conhecer a pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após este contato e concordância, realizou-se o preenchimento do questionário, preferencialmente em via virtual (Internet), ou por telefone, em vista dos tempos isolamento social e medidas preventivas de saúde, decorrentes de pandemia do COVID-19. Deste modo, os desafios como a dificuldade de acesso, foram sanados através da coleta à distância, com a qual os participantes da pesquisa colaboraram efetivamente.

Por ocasião da coleta de dados, existiam 471 profissionais cadastrados na Atenção Básica e Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021a), dos quais dezesseis, como referido, foram convidados a participar da pesquisa. Definiu-se os seguintes critérios de inclusão, para os sujeitos: ter maioridade, ser de ambos os sexos, com formação em Ensino Fundamental, Médio e/ou Superior, e que atue em cada uma das cinco Microrregiões de Saúde da AB do município, e em cada uma das 4 unidades de atendimento em Saúde Mental - Centro

⁴ Optou-se por um roteiro de entrevista semi-estruturada, para que a pesquisadora esteja aberta às perguntas que poderão surgir à medida que o diálogo entre pesquisador e entrevistado for acontecendo. Isso traz uma flexibilidade para aprofundar ou confirmar algumas hipóteses iniciais de estudo.

de Atenção Psicossocial (CAPS) II; CAPS Álcool e outras Drogas; CAPS Infância e Adolescência; e o Centro Especializado em Saúde Mental (CESM). Como critérios de exclusão dos sujeitos, adotou-se: não ter maioridade, ou que estar afastados por motivo de doença no período da coleta de dados, ou que demonstrarem muito desconforto, insegurança, apreensão e/ou constrangimento em responder os instrumentos, no início ou durante o processo de pesquisa. A escolha destes profissionais deu-se devido ao fato de serem parte dos principais protagonistas das ações de Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica.

2.3.3 Instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados foi conduzida através de um questionário sociodemográfico (APÊNDICE C), composto por 20 questões, e de uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE D) com cinco questões abertas. O objetivo do questionário foi de caracterizar os participantes da pesquisa sociodemograficamente. Constou com itens relativos à idade, gênero, profissão; tempo de graduação; segmento da instituição da graduação (pública ou privada); setor de trabalho (Saúde Mental ou Atenção Básica); tempo de atuação no setor de trabalho). O da entrevista, por sua vez, foi de aprofundar o conteúdo sobre avanços e desafios do Matriciamento para posterior análise de conteúdo, contendo perguntas que abordaram assuntos como os conhecimentos sujeitos sobre o Matriciamento, sua ocorrência no cotidiano profissional, os avanços e desafios para o fenômeno estudado. As perguntas que compuseram a entrevista, foram pré-organizadas em categorias para análise (conceitos sobre Matriciamento; avanços considerados para o Matriciamento; desafios considerados para o Matriciamento; outras categorias foram definidas conforme os dados obtidos).

2.4 ANÁLISE DE DADOS

Para a análise dos dados obtidos no questionário, foi empregada a estatística descritiva, para identificar as frequências, porcentagens, média e desvio padrão, como meios de descrever os participantes da pesquisa, em termos sociodemográficos e com relação à formação e ao trabalho dos participantes.

No que se refere às entrevistas, escolheu-se para a análise dos dados a abordagem qualitativa, principalmente ao levar-se em conta que o campo da saúde constitui uma realidade ampla, de fenômenos complexos que exigem a integração de conhecimentos de várias disciplinas. Conforme Bower *et al.* (2006, *apud* OLIVEIRA, 2014) métodos qualitativos, além de outros, são utilizados para estudos sobre o cuidado colaborativo que envolve relações

interativas do trabalho inter e transdisciplinar, em rede, aproximando-se da temática do Apoio Matricial.

Especificamente, os conteúdos que emergiram das entrevistas foram analisados por meio da Análise de Conteúdo de Bardin (2006). Para Chizzotti (2006) esse método se constitui como “um conjunto de técnicas de análises das comunicações, que tem como objetivo ultrapassar as incertezas e enriquecer a leitura dos dados coletados (CHIZZOTTI, 2006, p. 98). O objetivo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas”. Seguindo a mesma linha de raciocínio, Bardin (2006) afirma que essa é a técnica adequada quando se faz uso de uma entrevista. Nas palavras da autora, diz respeito a

um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (Bardin, 2006, p.42).

De acordo com a Bardin (2006), esse procedimento se organiza em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A pré-análise é a fase em que o material a ser analisado é organizado para torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. Na fase da pré-análise, deve ocorrer a leitura flutuante, com a finalidade de levar o pesquisador a se familiarizar com o conteúdo e nela, também, o pesquisador deve selecionar o material coletado, de modo a definir o que será considerado para a análise posterior (Mozzato; Grzybovsk, 2011). A etapa seguinte, a de exploração do material, se dá com a finalidade de definir categorias (sistemas de codificação) e identificar unidades de registro (de análise) e unidades de contexto (parte de conteúdo considerada como unidade base, objetivando à categorização e ao cômputo de frequências dessa unidade base) nos documentos. Para Taets (2016) essa é uma etapa muito importante, pois nela ocorre a investigação dos dados por meio de ações de condensação e de formação de relevo das informações analisadas, culminando nas interpretações inferenciais da etapa seguinte. Finalmente, na terceira fase, se dá o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, momento no qual são colocados em prática a intuição e a análise reflexiva e crítica do pesquisador (Bardin, 2006). Para Mozzato e Grzybovsk (2011), a análise propriamente dita do material se inicia depois de uma codificação, categorização e quantificação dos conteúdos manifestos, seguidos pela interpretação dos

resultados. Assim, o processo de análise de conteúdo proposto por Bardin (2006) se inicia com decomposição do material coletado, segue com a identificação e distribuição por categorias de dimensões semânticas apresentadas nas falas, e finaliza com a descrição dos resultados, após a categorização e a interpretação, essa última feita à luz da Fundamentação Teórica que norteia o trabalho de pesquisa.

Portanto, em síntese, as etapas destinadas a análise dos dados tanto quantitativos como qualitativos gerados nessa pesquisa foram as seguintes: 1) Primeiro contato do pesquisador com as respostas das entrevistas para familiarização; 2) Organização/tabulação dos dados sociodemográficos e transcrição das entrevistas; 3) Análise descritiva dos dados do questionário sociodemográfico (exemplos: profissão; tempo de graduação; segmento da instituição da graduação (pública ou privada); setor de trabalho (Saúde Mental ou Atenção Básica); tempo de atuação no setor de trabalho; 4) Organização dos dados das entrevistas (conceitos sobre Matriciamento; avanços considerados para o Matriciamento; desafios considerados para o Matriciamento; Definição de outras categorias conforme os dados obtidos); 5) Análise das entrevistas - análise de conteúdo de Bardin e 6) Proposições/inferências relacionando-as com o referencial teórico/ documental pertinente.

3 GARANTIAS ÉTICAS PARA OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Todo trabalho de pesquisa tem por objetivo agregar valor social, acadêmico e pessoal àqueles que a ele integram e de modo algum promover-lhes prejuízos que qualquer sorte. Para tal, é preciso obedecer a critérios éticos que orientam a pesquisa, pois havendo humanos, sempre haverá riscos, sendo essencial ao pesquisador, como parte condutora do processo, tê-los esclarecidos. A presente pesquisa apresentou uma proposta que não expôs a riscos de potencial prejuízo biopsicossocial, material/ econômico, visto não apresentar conteúdos ameaçadores à integridade dos sujeitos participantes. Procurou-se zelar por todas as etapas necessárias ao exercício ético da pesquisa, havendo sido submetido o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Sul da Bahia, via Plataforma Brasil e somente se iniciado com o parecer favorável (Parecer número: 4.468.834; CAAE: 29763620.0.0000.8467).

Observou-se, porém, que o uso da entrevista semiestruturada como instrumento de coleta de dados poderia implicar ou não aos participantes os seguintes riscos: cansaço ou desconforto; possibilidade de não contar com a sinceridade dos participantes ao responder por temores de exposição e constrangimento; possibilidade de abalo no vínculo de confiança para com gestores e colegas de trabalho; omissões na resposta de algumas questões; negativa de respostas; mudanças de gestão e do quadro de profissionais dos setores estudados. Poderia também suscitar desconfortos semelhantes, referentes ao trabalho, como medo de exposição e possibilidade de fragilização do vínculo de confiança para com gestores e colegas de trabalho. Para evitar tais riscos, ou pelo menos tentar reduzi-los ao máximo, garantindo maior qualidade e fidedignidade das respostas, bem como um clima de segurança aos sujeitos, tomou-se as seguintes precauções: o questionário foi respondido dentro do prazo conforme a disponibilidade de tempo e comodidade dos sujeitos, evitando cansaços, reforçando-se a garantia de total anonimato sobre a identidade dos sujeitos.

Entrevistas também estão sujeitas a riscos do entrevistado não comparecer para sua realização. Para reduzir ao máximo a possibilidade de ausências, as entrevistas foram marcadas com a antecedência necessária, permitindo condição confortável para os sujeitos entrevistados. As respostas dos instrumentos foram voluntárias e sigilosas, resguardando a identidade pessoal dos participantes e deste modo, sua exposição a possíveis constrangimentos; aceitando participar do estudo, ao assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices A e B), os profissionais foram informados de que seus dados não seriam identificados na pesquisa sendo de exclusivo acesso ao pesquisador; os sujeitos gozaram de

total liberdade de recusar a responder o instrumento, ou mesmo de dar continuidade em sua participação em qualquer etapa da pesquisa.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 A Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial no Brasil - um breve percurso histórico

A Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial no Brasil foram contemporâneas às lutas pela Reforma Sanitária no país, como fomentos na década de 1970, promotoras de transformações dos modelos vigentes em “atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado” (BRASIL, 2005, p. 7). Ambas foram fundamentadas no enfrentamento ao Estado autoritário e em críticas à ineficiente saúde pública, com caráter privatista do governo e viabilizadas através de esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes e trouxeram transformações inéditas ao contexto dos cuidados em saúde ao longo das últimas décadas.

O documento produzido pela *Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*, o qual trata especificamente dos alcances da reforma Psiquiátrica no Brasil, enfatizou que “o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde” (BRASIL, 2005, p. 7), havendo acompanhado também um contexto de mudanças em nível internacional, porém, com características próprias. Sugere-se que estas afirmações sejam atribuídas às profundas mudanças de paradigmas intrínsecos às práticas em Saúde Mental no contexto brasileiro, seja nos modos de cuidado, na visão das pessoas com/e dos transtornos psiquiátricos, nas perspectivas da formação profissional e da cultura vigente.

Dentre estas mudanças, encontra-se o Matriciamento, como prática de cuidado, que se baseia nos princípios da referida Reforma, como instrumento que “rema no sentido contrário” à institucionalização, costurando interdisciplinarmente na cultura, nos territórios, a possibilidade de lugar de fala para as pessoas com transtornos mentais, constituindo-se em um tecnologia social desafiadora em saúde pública, enquanto prática democrática inclusa no modelo substitutivo dos hospitais psiquiátricos. Ressalta-se que o Apoio Matricial proposto por Campos (1999), reflete os princípios da Reforma Psiquiátrica conforme elencados por Amarante⁵ (1996 *apud* MORAIS, 2010), os quais: “Desinstitucionalização; Noção de território;

⁵ AMARANTE, P. D. C. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41910/3/amarante->

Organização da atenção à saúde mental em rede; Intersetorialidade; Atenção integral, contínua e de qualidade" (AMARANTE, 1996 *apud* MORAIS, 2010, p. 19).

Deste modo, pode-se dizer que a Reforma Psiquiátrica no Brasil, culminou de um processo de ampla complexidade, repercutindo em nível tripartite sobre os governos e em diversos âmbitos:

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005, p. 7).

Assim sendo, pode-se dizer que a Reforma Psiquiátrica Brasileira foi um movimento de cunho político, social e científico que recebeu, por sua vez, grande influência do movimento de reforma italiano, como modelo inspirativo, segundo afirmado por Reis (2019). Os movimentos de Reforma Psiquiátrica já haviam sido iniciados nos países Europeus desde a década de 1950, chegando apenas ao Brasil ao final dos anos 1970 (QUEIROZ, 2016). Segundo Tenório (2002), apesar da ocorrência do movimento da Psiquiatria Comunitária e preventiva (cuja proposta era a de resolver a questão da liberdade dentro dos manicômios), ambas apenas se configuraram como reações ao modelo asilar realizadas nas décadas de 1960 e 1970, precursoras do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Este veio de fato a se pronunciar veementemente, na segunda metade da década de 1970, caracterizando-se pela restauração da democracia e consideração à cidadania de sujeitos denominados até então “doentes mentais”, tutelados por obrigatoriedade, ou seja: a marca distintiva e essencial desta reforma é “o reclame da cidadania do louco” (TENÓRIO, 2002, p. 28), podendo-se a considerar os aspectos psicossociais das pessoas com transtornos mentais e sua liberdade fora do manicômio. Este novo contexto denota que a institucionalização se concretiza nos territórios, na cultura, na construção coletiva de novos paradigmas. Em consonância, Amarante (1996) reporta que:

O conceito de cidadania dos doentes mentais (...), se relaciona à ampliação dos direitos sociais, jurídicos e políticos dos mesmos. Mas não apenas isso, (...) Trata-se, sobretudo, de **ampliar ou diversificar, em um prático trabalho de de institucionalização, o próprio conceito de cidadania**, no sentido de admitir a pluralidade de sujeitos, com suas diversidades e diferenças num mesmo patamar de sociabilidade. Trata-se, ainda, não de deixar o louco viver a sua loucura, porém de, em **um novo contexto de cidadania, dar-lhe o real direito ao cuidado**. Não de ser excluído, violentado, discriminado, mas de receber ajuda em seu sofrimento, em sua positividade e em sua possibilidade de ser sujeito. Enfim, trata-se de **trabalhar efetivamente para que ele seja um sujeito de desejos e projetos**. A

desinstitucionalização é um processo ético porque, em suma, inscreve-se em uma dimensão contrária ao estigma, à exclusão, à violência (...) **se exercitada quanto ao reconhecimento de novos sujeitos de direito, de novos direitos para os sujeitos**, de novas possibilidades de subjetivação daqueles que seriam objetivados pelos saberes e práticas científicas, **e inventa - prática e teoricamente - novas possibilidades de reprodução social desses mesmos sujeitos** (AMARANTE, 1996, p. 114, 115, grifos nossos).

Neste sentido, Amarante (1995) afirma que a referida reforma corresponde ao “processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria” (AMARANTE, 1995, p. 91), consistindo para este autor na superação do paradigma da clínica enquanto forma privilegiada e principal dispositivo de cuidado até então.

Com a Reforma Psiquiátrica, a humanização e valorização do trabalho com serviços diferenciados, utilizando equipes interdisciplinares, passam a ser relevantes, implicando em novas conexões de saberes, além do saber dominante médico, operando assim um deslocamento do foco da doença para melhorias na qualidade de vida dos sujeitos. Abre-se o leque para a criatividade e a diversidade de estratégias de intervenção no território em prol de estimular a autonomia dos usuários, onde o foco na doença mental se desloca para o da saúde mental, conceito que consiste no novo objeto da psiquiatria, cuja noção se associa estreitamente “a um processo de adaptação social, denotando um padrão de normalidade externo à singularidade do sujeito e à clínica, no seu sentido mais generoso (...)” (TENÓRIO, 2002, p. 31). Denota-se então o afastamento da figura médica da doença, levando-se agora em consideração os aspectos subjetivos e a existência concreta das pessoas com transtornos mentais, ampliando o escopo de práticas e saberes, antes restritos aos conhecimentos tradicionais psicológicos e psiquiátricos. Esta mudança implica em transformações tanto na concepção do dito “louco”, bem como nas formas de tratamento, que visam manter o usuário em sua comunidade, sem o risco de “normalizar o social”, propondo a possibilidade destes indivíduos habitarem socialmente, sem a necessidade de asilamento, onde a rede social adquire a potência de suporte, com a ampliação de poderes e como recurso opositor à segregação/ manicômios. Destaca-se que o conceito de comunidade se alarga para o de território, por influência da psiquiatria democrática italiana, afirmando o território como:

(...) algo que demarca a regionalização da assistência, mas que é muito mais do que isso: o território não é o bairro de domicílio do sujeito, mas **o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo**. A noção de território aponta, assim, para a ideia de territórios subjetivos. Em lugar de psiquiatria comunitária e preventiva, fala-se hoje em atenção psicossocial e território (TENÓRIO, 2002, p. 32, grifos nossos).

Dos movimentos de redemocratização que agitavam o país, inicialmente as reações eram apenas sobre os excessos cometidos pelo sistema asilar, mas não em prol de sua extinção. Tenório (2002) ressalta que em 1978 foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o qual harmonizava reivindicações trabalhistas e a humanização da saúde, cujo fomento disparou a luta em direção ao seu patamar antimanicomial, culminando na formulação de formas alternativas do sistema de saúde, denominando-se assim de Movimento da Reforma Sanitária: um movimento pela reformulação do sistema nacional de saúde, que se confunde com todo o processo de redemocratização do país e remodelagem da política de saúde mental vigente. Em suma, Delgado *et al.* (2007) acrescenta que, coincidente ao momento de crise do sistema público de saúde, denúncias de maus-tratos aos pacientes nos manicômios foram adicionadas aos movimentos dos trabalhadores de saúde, denunciando a precarização das condições de trabalho dos profissionais de SM, o que impulsionou e fortaleceu a visão de cuidados em SM de base comunitária. Rememorando os anos 1980, ainda que com mudanças significativas no governo, com as eleições de Tancredo Neves, as críticas e mudanças ainda consistiam na melhoria das condições do sistema asilar, havendo a prevalência de hospitais e clínicas psiquiátricas privadas, mas mantidas com financiamento público. Tenório (2002) discorre que:

Foram sobretudo **os governos militares que consolidaram a articulação entre internação asilar e privatização da assistência**, com a crescente contratação de leitos nas clínicas e hospitais conveniados. O direcionamento do financiamento público para a esfera privada durante o regime militar deixa-se ver, por exemplo, no fato de que entre 1965 e 1970 a população internada em hospitais diretamente públicos permaneceu a mesma, enquanto a clientela das instituições conveniadas remuneradas pelo poder público saltou de 14 mil, em 1965, para trinta mil, em 1970 (Resende, 1987, p. 61). Anos depois, esses números se multiplicariam, mantendo, porém, uma proporção de 80% de leitos contratados junto ao setor privado e 20% diretamente públicos (Alves, 1999) (TENÓRIO, 2002, p. 34).

Outro fator ainda vigente nos anos 1980 é de que a assistência ambulatorial ainda recebia uma mínima parte do financiamento em detrimento das instituições psiquiátricas. Deste modo, o reforço da crítica ao modelo privatista, temperado pelo contexto sociopolítico que destituiu a hegemonia militar, dentre outros fatores, fortalecem a Reforma Psiquiátrica Brasileira, como observado por Queiroz (2016):

Sem dúvida alguma, o contexto político social de derrocada da autocracia militar e a reabertura do Estado aos princípios democráticos contribuíram de forma significativa para o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Além disso, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, e, cinco anos mais tarde, da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental viabilizou a construção de novos caminhos para a saúde pública e para a saúde mental no país (QUEIROZ, 2016, p.34).

A crítica ao modelo privatista asilar amadurece e em 1987, com a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília, e em seguida, o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental em Bauru – SP (BRASIL, 2017d), nos quais constatou-se que, segundo Bezerra Júnior (1994), a incorporação de propostas reformistas nas políticas oficiais estava sendo neutralizada pela iniciativa privada da estrutura manicomial, pelo conservadorismo psiquiátrico e pelas burocracias do Estado. Tenório (2002) reporta-se a estes eventos como ampliadores da participação de atores sociais engajados no processo de elaboração no Legislativo, unidos a experiências bem-sucedidas sob nova forma de cuidado em Saúde Mental, ampliando as perspectivas para mudanças não somente institucionais, mas no âmbito cotidiano das instituições e sociedade nas formas de olhar a loucura.

A instituição do dia 18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial em 1987 aumentou a mobilização ao agregar outros segmentos sociais em prol da causa. Naquela data, 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso de Trabalhadores da Saúde Mental ocuparam as ruas de Bauru, em São Paulo, e fizeram a primeira manifestação pública organizada no país pelo fim dos manicômios (CFP, 2017). Dois anos depois, em 1989, o deputado Paulo Delgado (PT-MG) defende o Projeto de Lei Nº 3.657/89 (BRASIL, 1989), encontrando resistências e controvérsias, porém, intensificando e popularizando amplamente as discussões sobre o assunto, produzindo uma transformação lenta e continuada na sociedade e na Saúde Mental do país, ao longo de aproximadamente dez anos até a sua aprovação (BRASIL, 2017d; TENÓRIO, 2002). Tenório (2002) relata que no ano de 1989, foi realizada uma intervenção em São Paulo em um único hospital psiquiátrico na Baixada Santista, que se estendeu por quatro meses de ocupação na instituição - a Casa de Saúde Anchieta - na qual foram arrancadas celas e identificados leitos pelo nome dos pacientes, do que se sugere que esta experiência principiou o ato de valorização da personalização e da subjetividade dos sujeitos com transtorno mentais graves. Hirdes (2009) considerara que esta intervenção na cidade de Santos– SP foi um marco na história da psiquiatria brasileira, sendo considerada “a primeira experiência concreta de desconstrução do aparato manicomial no Brasil, e de construção de estruturas substitutivas” (HIRDES, 2009, p. 298), com características de inovação, com intervenção médico legal em *locus* asilar no país.

A década de 1990 caracterizou-se pela persistência dos movimentos sociais na crítica ao modelo tradicional e transformações, com o desenvolvimento de práticas baseadas nos princípios da Reforma Psiquiátrica. Inicia-se com um marco histórico para a Saúde Mental do Brasil, que viabilizou mudanças em nível do MS - a *Conferência Regional para a*

Reestruturação da Assistência Psiquiátrica – ocorrida em 1990, na cidade de Caracas, na qual o Brasil participou representado e signatário. Segundo Hirde (2009), este evento produziu um documento denominado *Declaração de Caracas*, no qual países da América Latina, inclusive Brasil, firmaram compromisso com a promoção da reestruturação da assistência psiquiátrica, que incluía a revisão crítica do “papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico, (...) a dignidade pessoal, os direitos humanos dos usuários e propiciar a sua permanência em seu meio comunitário” (HIRDES, 2009, p. 298), salvaguardando seus direitos civis.

A partir do ano de 1992, sob a inspiração do Projeto de Lei Paulo Delgado, os movimentos sociais conseguem a aprovação das primeiras leis que definem “a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental” (BRASIL, 2005, p. 8), ou seja, a implantação de uma rede extra-hospitalar, dando à Política do MS para a saúde mental maiores definições, baseadas na Reforma Psiquiátrica. A II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, apontou para a necessidade de ampla revisão da legislação específica para a SM, baseada nos princípios da Reforma Psiquiátrica e diretrizes do SUS, sendo temário central daquele evento (BRASIL, 1994). Conforme já citado por Reis (2019), assumiu-se um novo enfoque que decorreu na abolição da exclusividade do modelo organicista, implicando em reformas de serviço e do modelo assistencial, culminando na criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), através da Portaria/SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992 (BRASIL, 1992), atualizada pela Portaria nº 336 - 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002). O atendimento destes serviços de SM supera as vias tradicionais de cuidado, cuja atuação abrange o tratamento do usuário, o suporte/ parceria com/ para sua família e a participação da comunidade, no trabalho em rede.

Nesta mesma década, entram em vigor no país as primeiras normas federais que regulamentam a implantação de serviços de atenção diária, baseadas nas experiências dos CAPS, dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAS) e Hospitais-dia pioneiros, bem como as normas iniciais para fiscalizar e classificar os hospitais psiquiátricos. Ainda que descontínuo, o processo de expansão dos CAPS e NAPS se inicia, mesmo que sem definição específica de financiamento para estes serviços. Destaca-se que é ao final da década de 1990, no ano de 1999, que o psiquiatra Gastão Wagner Campos traz a proposta do Matriciamento enquanto equipamento produtor de saúde, de cunho democrático, pedagógico, transdisciplinar, considerando o novo modelo de assistência que opera nos territórios.

O processo de expansão dos CAPS continua e, no ano 2001, ocorre, enfim, a aprovação da Lei 10.216 de 06 de abril de 2001 (BRASIL, 2001), conhecida como “Lei Paulo Delgado”, que trata da proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo

de assistência, com a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por outros modos de cuidado e tratamento. Tal Lei firma o compromisso do Estado em desenvolver uma política de saúde mental no Brasil, encerrando hospitais psiquiátricos e iniciando serviços inovadores de cunho comunitário e de participação social no acompanhamento de sua estruturação (BRASIL, 2017d; HIRDES, 2009). Em fins de 2001, embalada pela promulgação da “Lei Paulo Delgado”, ocorre em Brasília a III Conferência Nacional de Saúde Mental, com ampla participação e controle social, envolvendo aproximadamente 23.000 pessoas, dentre as quais usuários dos serviços, familiares, movimentos sociais e profissionais de saúde, cujas deliberações compuseram um Relatório Final caracterizado pelos consensos e pactuações dos princípios, diretrizes e estratégias democráticos em prol da mudança da atenção em saúde mental no Brasil, baseados na Reforma Psiquiátrica. Os CAPS passam a ser fundamentais para a implementação do novo modelo de assistência, apontando também para o cuidado dos usuários de álcool e outras drogas, firmando o controle social “como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil” (BRASIL, 2005, p. 9).

Conforme Brasil (2015), no ano 2000, são criados os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), pela Portaria N. ° 106/2000 (BRASIL, 2000a), do Ministério da Saúde, regulamentada pela Portaria N. ° 1.220/2000 (BRASIL, 2000b), com fins de cadastro e financiamento no SIA/SUS (BRASIL, 2004c), serviços estes destinados aos usuários com vínculos familiares rompidos. Organiza-se então, de forma concreta e legitimada o processo de desinstitucionalização de pessoas internadas por períodos extensos e além dos STR, cria-se o Programa “De Volta para Casa”, pela Lei Federal 10.708, sancionada em 2003, (BRASIL, 2003a; 2005). No ano 2002 foi publicada pelo MS a Portaria 2.048/GM, de 05 de novembro de 2002 (BRASIL, 2002a), a qual dispõe sobre o funcionamento dos Serviços de Urgência e Emergência e em 2003, a *Política nacional de atenção às urgências*, que prevê atendimento às urgências psiquiátricas para casos de psicoses, tentativas de suicídio, depressões e síndromes cerebrais orgânicas (BRASIL, 2002a; 2003b). Tais publicações confirmam a assistência à SM em diferentes níveis da atenção em Saúde.

Observa-se então que, entre 2001 e 2005, financiamentos são organizados para a nova política de SM, sendo um período marcado por dois focos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo hospitalar psiquiátrico e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos. O evento de Caracas previa que até 2004 todos os leitos hospitalares fossem extintos, e ainda que não se tenha alcançado a meta, foram significativamente reduzidos (HIRDES, 2009). Também foram implementados neste período os Centros de Convivência e Cultura, em articulação permanente com os CAPS e os espaços do

seu território e cidade, visando a inclusão social dos usuários, obtendo respostas positivas por parte das comunidades, incentivando a participação dos usuários, familiares e seu protagonismo.

No ano de 2004, acontece o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, em São Paulo, com a presença de dois mil trabalhadores e usuários de CAPS e é neste mesmo ano que movimentos da Reforma Psiquiátrica e da Economia Solidária se aproximam e fazem a opção ética, política e ideológica de contribuir para a construção de uma sociedade marcada pela solidariedade. Ocorre então a primeira Oficina Nacional de Experiências de Geração de Renda de Usuários de Saúde Mental, viabilizando o diálogo entre iniciativas de geração de renda no Brasil com as políticas de saúde mental (BRASIL, 2005). Também em 2004, implantou-se o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde, com o objetivo de contribuir para o controle de qualidade dos serviços e identificar os nós, viabilizando intervenções (BARROSO & SILVA, 2011).

Por conseguinte, em 2005 foi retomada a *Declaração de Caracas* (BRASIL, 1990) com um documento que tratava dos *Princípios Orientadores para o Desenvolvimento da Atenção em Saúde Mental nas Américas*, a *Carta de Brasília* (MS; OPAS; OMS, 2005), que visou avaliar os resultados obtidos desde 1990, através do qual os organizadores reconheceram grandes avanços produzidos durante os já quinze anos passados, na reestruturação da atenção psiquiátrica, com experiências exitosas ocorridas em diversos países, sem desconsiderar os obstáculos e dificuldades. Revalidaram coletivamente os princípios vigentes na *Declaração de Caracas* no que fere à “proteção dos direitos humanos e de cidadania dos portadores de transtornos mentais e a necessidade da construção de redes de serviços alternativos aos hospitais psiquiátricos” (HIRDES, 2009, p. 298). Nesta ocasião, chamou-se à atenção para o aumento dos tipos de violências e da vulnerabilidade psicossocial, convocando-se todos os participantes para implementar os princípios éticos, políticos e técnicos da referida Declaração. Vale destacar que o Relatório produzido pela *Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*, sobre a Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil, em novembro de 2005, trouxe dados estatísticos que revelaram que o Estado da Bahia era o segundo colocado na Região Nordeste com o maior número de leitos e hospitais psiquiátricos, perdendo apenas para Pernambuco. Em nível nacional, a Bahia ocupava a sexta colocação em número de leitos psiquiátricos e a sétima, para o maior número de hospitais psiquiátricos entre os Estados brasileiros, sendo o Estado de São Paulo o detentor da primeira colocação (BRASIL, 2005).

No ano de 2006, o Brasil já contava com 1.010 CAPS habilitados, com crescimento

contínuo ao longo dos anos seguintes em todas as Regiões do Brasil, chegando a 2014 com 2.209 unidades (BRASIL, 2015). O documento *Saúde Mental em Dados 12* demonstrou que, além disto, houve o decréscimo do financiamento para gastos hospitalares, inversamente proporcional ao financiamento em gastos em Atenção Comunitária/ territorial (BRASIL, 2015). Observou-se também que no período de 2005 a 2013 houve investimentos em Reabilitação Psicossocial, através do Trabalho, Cultura e Inclusão Social na RAPS, bem como contribuições para o fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares da RAPS. Tais dados demonstram que a Reforma Psiquiátrica Brasileira continuava em desenvolvimento progressivo e bem-sucedido de suas ações.

Acrescenta-se que em junho de 2008 ocorreu o I Seminário Nacional de Saúde Mental nas Grandes Cidades, de 2008 (Campinas – SP) que, segundo Dias *et al.* (2010), e fundado na Portaria Nº 1.899/08 (Institui Grupo de Trabalho sobre a Saúde Mental nos hospitais gerais) (BRASIL, 2008), em harmonia com a Portaria nº 224/ 1992 (Normas para o atendimento ambulatorial e hospitalar no âmbito do SUS) (BRASIL, 1992), com a Lei Federal nº 10.216/2001(“Lei Paulo Delgado”) (BRASIL, 2001) e com a Portaria GM nº 1612/2005 (Aprova normas de funcionamento e credenciamento/habilitação dos serviços para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas) (MS, 2005), operou deliberações para implementações de Leitos de Atenção Integral à Saúde Mental nos hospitais gerais no Brasil, cumpridas pelo Governo Federal, atendendo às recomendações internacionais e nacionais pertinentes. Foram impulsionadas a implantação, a expansão e a qualificação destes leitos, os quais fazem parte de uma rede de atenção que objetiva o acolhimento noturno de usuários em situação de crise, que precisam de cuidados contínuos que são definidos pela equipe de referência do usuário através do seu projeto terapêutico individual. A articulação com a rede de atenção é fundamental para o funcionamento adequado deste dispositivo, evitando que sejam o único recurso de saúde mental, principalmente quando em pequenos municípios, com até 100 mil habitantes (DIAS *et al.* , 2010).

No ano de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi normatizada pela Portaria 3.088/2011, que determinou a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades relacionadas ao uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011b), demonstrando com clareza a relevância da atuação em Rede. De 2013 a 2016 houve investimentos inovadores e significativos do MS em termos da Formação e Educação Permanente em Saúde Mental, com objetivo de melhorar o cuidado com usuários e familiares através das equipes de saúde, no contexto interdisciplinar e intersetoriais nos territórios. Como exemplo de formação e qualificação dos profissionais da

Rede de Atenção Básica à Saúde, baseado no paradigma da Redução de Danos, cita-se o Projeto *Caminhos do Cuidado*, o qual “se configura na formação em saúde mental de agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem da equipe de Saúde da Família (eSF), com ênfase nas necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas” (BRASIL, 2015, p. 34).

Em média, até dezembro de 2014, 96% das formações foram ofertadas a municípios brasileiros. Também entre 2013-2016 ocorreu o *Projeto Percurso Formativo da RAPS*, que através do intercâmbio de experiências entre profissionais, além da circulação de saberes por meio de um ativador de redes (*Projeto Engrenagens da Educação Permanente*), operou em diferentes linhas de cuidado em SM, envolvendo 21 Estados das cinco Regiões do país, em torno de 96 nos municípios brasileiros, 1.600 intercambistas, 3.200 participantes das oficinas de atualização envolvendo usuários, familiares e profissionais da Rede, segundo o documento *Saúde Mental em Dados 12* (BRASIL, 2015). Tal projeto atuou nos moldes dos princípios da Reforma Psiquiátrica, fortalecendo a implementação das ações de Matriciamento nas localidades, dentre outros benefícios a todo o coletivo que envolve a Saúde Mental no país.

4.2 O Panorama atual da Reforma Psiquiátrica: Fragilidades e ameaças à Política de Saúde Mental no Brasil

Barroso e Silva (2011) relatam que a Reforma Psiquiátrica Brasileira ainda se encontra em processo de desenvolvimento, sendo um passo fundamental para a busca da cidadania das pessoas com transtornos psiquiátricos, ainda que se caracterize por uma grande complexidade, permeada por desafios, amplificado pelo panorama político atual. Houve avanços notórios, tais como a ampliação da oferta de serviços nos territórios proporcionados pelo aumento de investimentos do MS, como já demonstrado, mas, também, ela vem enfrentando muitos percalços, uma vez que é atravessada por diferentes fatores políticos, sociais e culturais, muitas vezes contraditórios com os seus princípios. Além disso, levando-se em conta que a Reforma Psiquiátrica caminhou paralelamente com a Reforma Sanitária no Brasil, as ameaças que contornam a Política de Saúde Mental e a Saúde Pública no atual governo com características ultraconservadoras, também se aproximam, incluindo propostas de privatização do que é direito constitucional – uma Saúde pública integral para todo cidadão brasileiro.

Em sua Tese de Doutorado, Queiroz (2016) reporta que a melhoria no acesso e na qualidade na atenção em saúde mental em uma Rede de Atenção Psicossocial ainda é um dos maiores desafios, frente ao objetivo de garantir serviços de saúde com qualidade, atendimento

integral, inclusivo a todos. Conta-se ainda com a dificuldade em relação a profissionais especializados, bem como com as resistências culturais do modo “médico-centrado” e exclusivamente medicamentoso, advindo da desinformação e preconceitos ainda presentes na cultura, de modo geral. As dificuldades de acesso perpassam a falta ou insuficiência de serviços nos municípios, a formação ainda não especializada dos profissionais, a precarização das condições de trabalho, o que dificulta o fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários/comunidade e, por vezes, a continuidade dos tratamentos (REIS, 2019).

Mas dentre tantos desafios contemporâneos, a Reforma Psiquiátrica Brasileira tem sofrido afrontas nos últimos anos, as quais simbolizam retrocesso e contradição com seus princípios, advindos da direção do Governo Federal, aquele que mais deveria prezar pelo cumprimento das decisões democráticas, primando pela garantia dos direitos conquistados e adquiridos na Constituição, nas leis e nos estatutos, preconizados também nas diversas Conferências Nacionais de Saúde e Conferências de Saúde Mental, com a participação de representantes da sociedade civil, Governos tripartites, trabalhadores e grupos sociais, em harmonia com os princípios do Sistema Único de Saúde. Para tornar explícitos tais retrocessos, pode-se fazer referência ao fato de que, em 2016, foi publicada a Emenda Constitucional 95/2016 (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2016), que limita por 20 anos os gastos públicos, além de portarias que modificam os modos de funcionamento dos equipamentos da Atenção Básica, atingindo diretamente o funcionamento da RAPS nos moldes antes previstos. Em seguida, o ano de 2017 finalizou-se com a publicação da Portaria 3.588 de 21 de dezembro de 2017 (Portaria Interministerial n.º 2, de 21 de dezembro de 2017), que altera a portaria da RAPS e reabre os hospitais psiquiátricos como “lugar de cuidado”, com ofertas ambulatoriais e com incentivo financeiro, à expansão, além de incluir a internação de crianças a partir de 12 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017a).

Em 2018, uma nova publicação, a Portaria nº 3.449, de 25 de outubro de 2018, “institui Comitê com a finalidade de consolidar normas técnicas, diretrizes operacionais e estratégicas no contexto da política pública sobre o álcool e envolvem outras drogas, que a articulação, regulação e parcerias com organizações da sociedade civil denominadas Comunidades Terapêuticas” (BRASIL, 2018, p. 1). Tal medida denota a concordância com o uso do método da abstinência e de internações institucionais prolongadas, privando os usuários da liberdade e direito de convívio contínuo com a família e comunidade externa (EMERICH, YASUI E BARROS, 2018). Ressalta-se que estudos, dentre os quais de Rigotto e Gomes (2002), destacam a existência de referência negativa dos entrevistados às suas passagens por clínicas de desintoxicação, a quais foram afirmadas de forma prática e contundente no *Relatório da*

Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017, documento produzido recentemente pelo Conselho Federal de Psicologia, em parceria com o Ministério Público Federal (CFP, 2018), cujo resultado das vistorias apontaram para a existência de graves violações de direitos e violências contra os internos. Enfatiza-se que as análises deste documento “estão fundamentadas em um amplo marco legal e normativo acerca dos direitos da pessoa com transtorno mental, de prevenção e combate à tortura, das políticas de drogas e dos princípios que pautam os direitos fundamentais estabelecidos pela Constituição Federal de 1988” (CFP, 2018, p. 12), e constam de relatos de situações concretas, o que demonstra que o cotidiano vivenciado nesses espaços de privação de liberdade tem características complexas que dão margem a violações. É importante trazer a ressalva de que as Comunidades Terapêuticas se diferenciam nos dois cenários: o cenário anterior a 2010, onde não havia ênfase destas instituições ao nível do Estado, e o cenário a partir de 2010, no qual estão conectadas com poder público, além dos segmentos políticos-religiosos, o que coloca em xeque a condição laica no Estado.

Além destas controversas legislações atuais, seguiu-se em 2019 a Nota Técnica N° 11/2019 do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019a), confirmando os hospitais psiquiátricos e as Comunidades terapêuticas como serviços, pontos de atenção da RAPS. Esta mesma Nota defende veementemente o retorno de métodos de tratamento considerados na atualidade como desnecessários e muitas vezes utilizados com “caráter punitivo” em relatos de internações em instituições hospitalares psiquiátricas: a eletroconvulsoterapia, mais conhecida como “eletrochoque”, a qual provoca alterações prejudiciais ao Sistema Nervoso Central (cérebro) dos que a ela se submetem e, assim sendo, era adotada em tempos pregressos apenas como último recurso para o caso de crise. Neste documento este método é defendido como “o de melhor” para a população, prevendo financiamento para compra de equipamentos:

Quando se trata de **oferta de tratamento efetivo aos pacientes** com transtornos mentais, há que **se buscar oferecer no SUS a disponibilização do melhor aparato terapêutico para a população. Como exemplo, há a Eletroconvulsoterapia (ECT)**, cujo aparelho passou a compor a lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) do Fundo Nacional de Saúde, no item 11711. Desse modo, o Ministério da Saúde passa a financiar a compra desse tipo de equipamento para o tratamento de pacientes que apresentam determinados transtornos mentais graves e refratários a outras abordagens terapêuticas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019a, p. 6, grifos nossos).

Tais tratamentos (eletroconvulsoterapia) e *loci* de cuidado (hospitais psiquiátricos e Comunidades Terapêuticas) atualmente defendidos pelo Governo Federal, revelam-se contraditórios à proposta pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, visto não promoverem em nada a autonomia dos usuários, inclusive, seu livre arbítrio. Rotelli (2015) reafirma a necessidade de

aprendizagem contínua para compreender que os sujeitos com transtornos mentais podem ser protagonistas de sua própria história e que cada profissional atuante pode acompanhar tal protagonismo. Em concordância, Venturini (2010) relata a importância dos “usuários tornarem-se gerentes responsáveis dos próprios projetos terapêuticos, exercitam um poder contratual” (VENTURINI, 2010, p. 471), tal qual levanta questionamentos sobre a relação entre pessoas com transtornos mentais, seus familiares e profissionais de saúde, pois é previsto que estes participem das decisões sobre o tratamento (VENTURINI, 2003).

Outro ponto crítico para a democracia em Saúde e participação popular nas decisões, foi a exclusão da Sociedade Civil na composição do Conselho Nacional de Álcool e Outras Drogas (CONAD), incluindo a Sociedade Brasileira pelo Progresso da Ciência, além de Conselhos Federais como os de Medicina, Psicologia, Assistência Social e a Ordem dos Advogados do Brasil. O Decreto nº 9.926, de 19 de julho de 2019 (BRASIL, 2019 a) decide que dos 31 representantes, os 13 representantes da sociedade civil e especialistas terão seus assentos retirados do CONAD, o que é considerado por especialistas um "retrocesso", visto tais categorias não participarem mais nas decisões do Governo relacionadas ao tema. Esta atitude reflete um descolamento da realidade, no que diz respeito à Democracia, à forma como se constroem políticas públicas, visto haver relevância tanto do conhecimento e dados científicos, além da participação direta das categorias profissionais envolvidas nas práticas dos serviços diretamente ligadas à população/usuários/famílias e aos territórios.

O trabalho da SM nos territórios, previsto pela Reforma Psiquiátrica, recebeu também outro impacto negativo recente. A Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 (institui o Programa Previne Brasil, novo financiamento da Atenção Básica) (BRASIL, 2019b), também de acordo com a Nota Técnica Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS (BRASIL, 2020) que versa sobre o NASF-AB, evidenciam que as equipes multiprofissionais, com proposta interdisciplinar, os NASF-AB, no formato previsto pela original Portaria GM Nº 154, de 24/1/2008, (republicada em 4/3/2008) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008), está extinto. Fica claro que a partir de janeiro de 2020, o Ministério da Saúde não credenciará mais equipes NASF-AB, com arquivamento das solicitações já enviadas. Ao deixar sob responsabilidade do município a composição das equipes NASF-AB, estes já sobrecarregados com custos, abrem-se portas para a extinção de muitas delas, o que se considera grande perda para a população, visto o NASF-AB ser parceiro de todas as RAS e de outros setores, como as políticas Públicas do SUAS, constituindo-se por inúmeras vezes como porta de diálogo intersetorial e interprofissional para melhorar o acesso.

Os NASF-AB contam com o Apoio Matricial como principal estratégia de articulação/ação entre na AB e entre este e outros setores, sendo o Matriciamento uma tecnologia social de

berço democrático em saúde que, segundo Melo *et al.* (2016), contribui também com as ações da Clínica Ampliada e compartilhada nos territórios. Sem financiamento federal específico e com redução de suas práticas interativas comunitárias para ampliação dos atendimentos ambulatoriais, estas equipes estão sendo desmobilizadas e extintas em diversos municípios brasileiros, amputando assim uma das “pernas” das intervenções transdisciplinares nos territórios, entre AB e Saúde Mental. Os trabalhos de sensibilização e articulação com equipes da porta de entrada do SUS fica então, comprometido e fragilizado com a atual situação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, criados justamente aumentar a resolutividade e o escopo das ações da Atenção Básica (AB).

Ressalta-se que foram encontradas na internet manifestações do Sistema Conselho das Profissões, contrárias à Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 e/ ou à Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS, a exemplo do Conselho Regional de Nutrição (CRN-05, 2019); Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional 7ª Região (CREFITO-07, 2019), Conselho Regional de Psicologia 3ª Região (CRP – 03, 2019), unidos aos Conselho Nacional de Fonoaudiologia (CREFONO-04), Conselho Regional de Assistência Social (CRESS-BA) e Conselho Regional de Medicina Veterinária (CRMV-BA).

Vale lembrar, que tais medidas estão sendo tomadas sem participação do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o que é determinado legitimamente no Brasil. Tais ações demonstram a negação do que foi firmado, sendo o controle social a garantia maior do avanço da Reforma Psiquiátrica no país (BRASIL, 2005). Vasconcelos (2012), por ocasião da *IX Conferência Nacional de Saúde Mental*, em 2011, alertou para a necessidade transformação para não se correr o risco de fragmentação e dispersão política do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA). Este autor fez uma leitura crítica da situação da SM no Brasil, relatando seu enfraquecimento, causada em parte pelo processo de envelhecimento natural das lideranças principais do MNLA, da institucionalização gradativa destas que hoje atuam no interior do aparelho do Estado, na gestão de políticas sociais ou nas universidades. Reporta que os movimentos com valores e organização de base foram perdendo seu espaço e poder de ação e, no Governo Lula, a situação de institucionalização emparelhamento políticos foi acentuada, onde “A privatização, terceirização e precarização das relações de trabalho no conjunto das políticas sociais no País acentuam essas tendências ao estimularem a rotatividade contínua dos seus trabalhadores, recrutando quadros cada vez mais jovens, menos politizados” (VASCONCELOS, 2012, p. 59). Tem-se, então, uma geração atual de profissionais que não tiveram contato com a História da Saúde Mental no Brasil, tão pouco com a geração anterior, mais mobilizada e politizada, com maior compromisso social, o que colaborou para que no Governo Dilma tais traços se acentuassem

ainda mais.

Por fim, em 2019, ocorreu a XVI Conferência Nacional de Saúde, evento máximo da expressão da participação democrática e construção coletiva da Saúde Pública no Brasil, a qual representou uma reação coletiva democrática de resistência às medidas atuais de Governo. Foram apresentadas em seu Relatório Final (BRASIL, 2019c), no *Eixo 1 – Saúde como Direito*, Diretrizes das quais a Nº 47, que firma o compromisso com o fortalecimento da Atenção Básica como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), através da ampliação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) em todas as linhas de cuidado, dando destaque especial à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), nos moldes da Reforma Psiquiátrica (Lei nº10.216/2001):

(...) para garantir e fortalecer as conquistas e avanços advindos da luta antimanicomial, por meio da **revogação da Nota Técnica nº 11/2019, intitulada “Nova Política de Saúde Mental”, e do Decreto nº 9.761/2019, intitulado “Nova Política Nacional sobre Drogas”**, e assegurar a Política de Redução de Danos, para que o cuidado seja efetivado em liberdade nos serviços de base comunitária e no território de forma a **seguir a lógica da Atenção Psicossocial Antimanicomial** com implantação de Caps e suas variadas modalidades, serviços de residência terapêutica, trabalho e geração de renda, consultório na rua, **ampliação de leitos psiquiátricos em hospital geral, ações de apoio matricial na Atenção Básica – Nasf, entre outros, ampliando assim o acesso em todos os níveis de atenção à saúde**, para tanto, é preciso adequar e efetivar o financiamento nas três esferas de governo (BRASIL, 2019c, p. 117, grifos nossos).

A Diretriz 55, 57, 58 e 86 do Eixo 1, também enfatizam a garantia da exclusão das Portarias, Notas Técnicas e Decretos que representam retrocessos e posturas antidemocráticas na Política de Saúde Mental no Brasil, baseando-se nos princípios da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial, e a ampliação dos serviços substitutivos nos territórios, ao proporem:

55) Garantir a efetivação da política de saúde mental, **sem retrocessos e contra a política de internações de longa permanência, mantendo os princípios contidos na Lei nº 10216 (Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira)**, baseada na manutenção, ampliação e fortalecimento dos dispositivos territoriais substitutivos como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), Caps Tipo III, Caps Álcool e Drogas (Caps AD) e Caps infantil (Capsi), assim como os Centros de Convivência e Cultura, Serviços Residenciais Terapêuticos e Unidades de Acolhimento Adulto e Infantil, assegurando a desinstitucionalização e **fechamento dos manicômios e ampliando as Equipes Núcleos de Apoio a Saúde da Família (Nasf) com obrigatoriedade da participação de profissional de saúde mental**.(...)57) **Revogar a Nota Técnica Nº 11/2019 CGMAD/DAPES/ SAS/MS** a qual explicita mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Álcool e outras Drogas. 58) **Garantir e manter a participação social nos conselhos de saúde**, em todos os âmbitos, **revogando o Decreto Federal nº 9759/2019** que extingue e estabelece limites para colegiados da administração pública (...) 86). Garantir a realização da Conferência de Saúde Mental nas três esferas do Governo. (BRASIL, 2019c, p. 118, 120, grifos nossos).

Os demais Eixos, ao abordarem a Saúde Mental, seguem na mesma linha de direcionamento. No *Eixo 2 – Consolidação dos Princípios do SUS*, as Diretrizes 6, 58 e 59 reafirmam o respeito e o cumprimento da Política de Saúde Mental no Brasil, nos moldes dos princípios da Reforma Psiquiátrica, baseados na Lei 10. 216/200, bem como a revogação da Nota

Técnica Nº 10/ 2019. Semelhantemente, no *Eixo 3 - Financiamento adequado e suficiente para o SUS*, confirma-se a demanda de garantia de financiamento nos três níveis de Governo para a RAPS, ressaltando-se que na Diretriz 34 consta mais uma vez a solicitação do funcionamento da RAPS conforme preconizado pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Lei supracitada. O Relatório Final da XVI Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2019c) apresentou também duas Moções de Repúdio, as quais: a Moção Nº 2, com aprovação de 94,9%, enviada ao MS, repudiando o retorno dos Hospitais Psiquiátricos como pontos de atenção da RAPS, e a Moção de Nº 14, com 94,3% de aprovação, endereçada ao MS, ao CNS e à Coordenação da XVI Conferência Nacional de Saúde, tratando da urgência da Convocação da V Conferência Nacional de Saúde Mental. Além disto, dentre as *Propostas para o Plano Plurianual (PPA) 2020-2023*, os itens 7 e 8 primam pela garantia, fortalecimento e ampliação da RAPS e da Política de álcool e outras drogas de adição.

Como refletido por Queiroz (2016), pode-se concluir que a adoção do ideário neoliberal no Brasil no período de avanço das políticas sociais, incluindo-se aqui as políticas de SM, evidenciou que esta opção foi nefasta para o processo de consolidação dos direitos sociais. A atual condição de ameaças à Saúde Pública e à Política de Saúde Mental no Brasil sensibiliza o cenário atual para a necessidade de nova mobilização em torno dos fatos ocorridos principalmente nos anos recentes de 2017 a 2019. Anos antes, Barroso e Silva (2011) já apontavam para a necessidade do desenvolvimento de novos estudos sobre a atualidade da Reforma Psiquiátrica Brasileira, visto a contínua e complexa processualidade de mudança de paradigmas e manutenção de um processo que envolve o atendimento em SM e os seus profissionais ainda hoje presentes.

Deste modo, pode-se deduzir que a situação atual da Reforma Psiquiátrica Brasileira apresenta um quadro delicado e frágil, porém com a confirmação dos seus princípios pelas representações da sociedade civil, trabalhadores e Governos expressas nos documentos da XVI Conferência Nacional de Saúde, bem como da indignação e repúdio geral às recentes Portarias, Notas e Decretos do Governo Federal em relação à Política de Saúde Mental no Brasil, apontando para a necessidade de reformulação, reativação, mobilização ou mesmo do surgimento de um novo Movimento da Luta Antimanicomial (MLAM). Conclui-se alertando para o fato explanado nas palavras ainda atuais, preocupantes, mas esperançosas de Eduardo Mourão Vasconcelos (2012), referência no MLAM no Brasil:

A conjuntura política mais ampla, e particularmente no campo da saúde, saúde mental e do movimento antimanicomial, vem mudando rapidamente nos últimos anos (...). Neste quadro, o MNLA está inteiramente despreparado para atuar e dar as respostas políticas necessárias às atuais ameaças contra a reforma psiquiátrica no País. Se não houver mudanças rápidas em sua identidade, na estratégia mais geral do movimento e nas formas internas de articulação e organização política, o risco é a sua institucionalização,

fragmentação e dispersão política em poucos anos, com imensas perdas em nosso papel de garantir valores e lutas fundamentais dentro do movimento antimanicomial e no processo brasileiro de reforma psiquiátrica. Entretanto, acredito que, **se houver vontade política interna, é possível reverter, parcialmente, essas tendências. E, para isso, é possível se pensar em algumas propostas para concretizar tais mudanças** (VASCONCELOS, 2012, p. 58, grifos nossos).

4.3 A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil – uma breve descrição organizacional, funcional e de serviços preconizada pelo Ministério da Saúde

O Governo Federal, articulado ao Ministério da Saúde, possui uma organização formal para que as Redes de Atenção em Saúde, em especial a Rede de Atenção Psicossocial, operacionalizem de forma organizada, em nível tripartite. Ou seja, Nação, Estado e Municípios atuam alinhadamente, do ponto de vista Organizacional e Funcional. Organizacionalmente, tratando-se do Governo Federal, segundo o Decreto nº 8.901, DOU 11/11/2016 (MS, 2016), a Estrutura Organizacional Básica do Ministério da Saúde possui uma ligação direta, hierarquicamente superior a denominados Órgãos Específicos Singulares, os quais se dispõem em seis Secretarias Nacionais, uma delas a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Esta Secretaria é responsável por gerir três Institutos e sete Departamentos, dentre eles o Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, sob o qual se encontra a Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

A Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas tem sob sua gestão o setor responsável pela Saúde Mental em cada estado brasileiro. No território baiano, este setor se denomina Superintendência de Atenção Integral à Saúde. Identificada na Estrutura e Organograma (SESAB, 2021a) da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), esta Superintendência lidera diretamente a Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC), a qual tem o papel de “coordenar processos de formulação, implantação, implementação e avaliação de políticas e programas estaduais de saúde, que garantam a qualificação, a ampliação do acesso e a integralidade da atenção, por meio da implementação de linhas de produção do cuidado” (SESAB, 2021b, n.p.). A DGC é gestora de um Núcleo e três Coordenações, dentre eles a Coordenação de Políticas Transversais que “visa a interação das diversas áreas da Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC) para atender à saúde da população na perspectiva da integralidade, considerando as especificidades das Regiões de Saúde, com vistas a garantia da qualidade de vida, por meio da equidade, nos ciclos de vida e gênero” (SESAB, 2021c, n.p.).

A Coordenação de Políticas Transversais é responsável por cinco Áreas Técnicas e segundo a SESAB (2021c), inclui-se a Área Técnica Saúde Mental. A Saúde Mental “desenvolve ações voltadas para a implementação das políticas de saúde mental no estado, em consonância

com as diretrizes federais” (SESAB, 2021d, n.p.). O trabalho na Área Técnica Saúde Mental é desenvolvido por seis núcleos: *Monitoramento, Planejamento e Avaliação; Álcool e outras drogas; Infância e Adolescência; Educação Permanente e Desinstitucionalização*, nos quais os técnicos do Estado da Bahia, atuantes na Área Técnica da Saúde Mental, prestam assessoria às Regiões de Saúde do Estado da Bahia, as quais são integradas por municípios. As Regiões de Saúde possuem Bases Regionais, localizadas e atuantes nos municípios que integram a Região de Saúde.

Uma vez explanada a Estrutura e Organograma em níveis Federal e Estadual, é relevante descrever os serviços disponibilizados pela Política de Saúde Mental no Brasil. Esta se expressa e acontece de fato nos territórios, a partir da Rede de Atenção Psicossocial, cujos serviços abrangem diversos setores e através de pontos de atenção ali distribuídos. Conforme já reportado, as diretrizes apontam para o cuidado em contínuo desenvolvimento, funcionando em um modelo de atenção de base comunitária, tendo como principal norteadora da RAPS a Portaria GM/ MS nº 3.088/ 2011 (BRASIL, 2011b), a qual explicita o caráter articulador, intersetorial e territorial do cuidado. Os serviços e pontos de atenção devem atender os componentes apontados na Portaria pelo Art. 5º e 6º (BRASIL, 2011b):

I - Atenção Básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Unidade Básica de Saúde;

b) Equipe de Atenção Básica para populações específicas:

1. Equipe de Consultório na Rua;

2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;

c) Centros de Convivência;

II - Atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

III - Atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) SAMU 192;

b) Sala de Estabilização;

c) UPA 24 horas;

d) Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;

e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

IV - Atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Unidade de Recolhimento;

b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;

V - Atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Enfermaria especializada em Hospital Geral;
- b) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

VI - Estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:

- a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e

VII - Reabilitação psicossocial

Segundo a SESAB, “a implantação da RAPS é um processo progressivo, que se produz no coletivo e com a participação de profissionais, usuários, familiares, gestores dos municípios (SESAB, 2021d, n.p.). É importante ressaltar que em nível municipal, há uma disposição própria de funções e funcionamento de cada cidade, conforme os documentos, decretos e leis municipais que definem sua estrutura organizacional administrativa, bem como a própria existência ou não de serviços e programas ligados à Saúde Mental, cujas implantações variam de acordo com sua complexidade para obter financiamento dos serviços e programas.

Deste modo, para melhor compreender o funcionamento da RAPS, é relevante observar os alguns pontos de atenção que a integram. O Ministério da Saúde emitiu em 19 de fevereiro de 2002, a Portaria nº 336/GM/MS, (BRASIL, 2002) que regulamentou o funcionamento dos serviços de Saúde Mental que integram as RAPS nos municípios – os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) - conformando diferentes especialidades de atendimento à população. Para sua implementação, o documento considera a complexidade, a abrangência populacional e o porte do município. Consta que, no Brasil, até o ano de 2014, havia 2.209 CAPS habilitados (BRASIL, 2015). Seguem descritos brevemente, além de outros pontos de atenção:

- CAPS I - municípios de pequeno porte, com população de 20 mil a 70 mil habitantes, com previsão de funcionamento das 8 às 18 horas em dias úteis.
- CAPS II - municípios de médio porte que apresentam uma população de 70 mil a 200 mil habitantes, com previsão de funcionamento das 8 às 18 horas, em dias úteis. Funciona em dois turnos, podendo ser adotado um terceiro turno até as 21 horas.
- CAPS III - municípios com população superior a 200 mil habitantes. É um serviço de caráter ambulatorial de atenção contínua, ativo durante 24 horas, englobando finais de semana e feriados.
- CAPSi: municípios com mais de 200 habitantes. Sua especialidade em atender crianças e adolescentes, funciona das 8 às 18 horas, em dias úteis, em dois turnos, podendo ser adotado um terceiro turno até as 21 horas.
- CAPS AD - municípios com população acima de 100 mil habitantes. Funciona das 8 às 18 horas, em dias úteis em dois turnos, podendo ser adotado um terceiro turno até as 21 horas. Sua

especialidade é atender de pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo álcool e outras drogas.

- CAPS AD III - Criado pela Portaria nº 130/2012 de 26 de janeiro de 2012, é “destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados” (MS, 2012b, n. p.).

Outros pontos especializados de atenção da RAPS:

- Serviço de Residência Terapêutica (SRT) - Além do CAPS, as Portarias Ministeriais nº 106 /2000 (BRASIL, 2000a) alterada pela Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011 (MS, 2011a) e a Portaria nº 1.220/2000 (BRASIL, 2000b) criaram, com a finalidade de desenvolver o cuidado territorial às pessoas que estiveram institucionalizadas por longos períodos de tempo, tratando-se de serviços de alta complexidade, uma vez que já houve o rompimento dos vínculos familiares e com suas comunidades. São serviços essenciais para Reforma Psiquiátrica. Há três modalidades de SRT, definidos pela Portaria nº 3.090/2011 (MS, 2011a): tipo I – para acolhimento de pessoas com transtorno mental com capacidade máxima de 8 pessoas; tipo II – para acolhimento de pessoas com transtorno mental com alto grau de comprometimento físico, visto elevado nível de dependência, e em decorrência disto, precisam de cuidados especializados permanentes. Seu limite máximo é de 10 moradores.
- Consultório na Rua (CR) – Previsto na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (MS, 2011b), que aprova e revisa diretrizes e normas da Política Nacional de Atenção Básica, teve especificamente suas diretrizes de organização e funcionamento no espectro da APS pela Portaria nº 122, de janeiro de 2012 (MS, 2012a), a qual define que as equipes de Consultório na Rua tem o papel de prestar atenção integral à saúde à população em situação de rua, atuando com a estratégia de Redução de danos com pessoas em uso abusivo de álcool, crack e outras drogas AD III.
- Serviços de Urgência e Emergência – Hospital Geral, que pode disponibilizar leitos psiquiátricos para atendimento de pacientes em crise/ surto, bem como o Serviço de Assistência Móvel de Urgência (SAMU).

Conforme já referenciado, Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011b) institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), enfatizando a perspectiva de rede:

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para **a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS**; (...)

Considerando as recomendações contidas no Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, realizada em 2010; Considerando **a necessidade de que o SUS ofereça uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção** (...) (BRASIL, 2011b, n. p.).

Segundo a referida Portaria, o cuidado em rede designa à RAPS o papel de criação, ampliação e articulação de pontos de atenção, apresentando no seu Artigo 2º, diretrizes para o seu funcionamento, as quais destaca-se resumidamente: o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade; combate a estigmas e preconceitos às pessoas com transtornos mentais; garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social visando à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; a aplicação de estratégias de Redução de Danos; destaque para serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; o desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), dentre outras (BRASIL, 2011b).

Ressalta-se, como já foi dito, que alterações recentes da Portaria incluíram o Hospital Psiquiátrico e as Comunidades Terapêuticas (como Atenção Residencial de Caráter Transitório, com internação de até nove meses) como pontos de atenção e cuidado da RAPS. Tal alteração é questionada por autoridades científicas da Saúde Mental, profissionais e populares atuantes no Movimento da Luta Antimanicomial e apoiadores da Reforma Psiquiátrica Brasileira, em vista da contradição explícita com a diretriz do cuidado em liberdade e da Redução de Danos, dentre outras, para as quais as internações prolongadas são inadequadas, tanto ao cuidado humanizado e facilitador da autonomia, como por divergirem dos princípios da Reforma Psiquiátrica anteriormente citados, apresentados por Amarante (1996, *apud* MORAIS, 2010). De fato, o acréscimo de tais serviços é considerado retrocesso no cuidado em Saúde Mental, uma vez que partem de paradigmas opostos neste âmbito.

As diretrizes originais da Portaria harmonizam-se com os princípios da Reforma Psiquiátrica, convergindo com a mudança de uma prática psiquiátrica tradicional exclusivamente curativa e hospitalocêntrica, “medicocentrada”, para uma prática crítica, transdisciplinar, nos territórios. Como nova forma de pensar o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico, a *Clínica Ampliada* traz em seu escopo a visão de cuidado que ultrapassa a mera ação medicamentos e

classificatória proposta pelos manuais de transtornos mentais que ainda integram o contexto das RAPS, a exemplo do CID-10 e do DSM-V. Vale ressaltar que, Mariana Trajano *et al.* (2017), em referência a estes manuais diagnósticos e a nova forma de cuidado em SM, enfatizam, porém, que, os manuais:

(...) trazem ainda a busca por uma classificação dos transtornos mentais, **porém devem ser usados com cautela e não como único instrumento de compreensão dos transtornos mentais**. Logo, no cuidado em saúde mental, buscamos compreender o sujeito em seu sofrimento psíquico, **sua dimensão histórica e social e não o transtorno mental em si, dissociado da pessoa** (TRAJANO *et al.*, 2017, p. 21, grifos nossos).

Neste âmbito, pode-se afirmar que a Rede de Atenção Psicossocial pretende ofertar um cuidado operacionalizado em seus serviços/pontos de atenção, que não perpetue a herança preconceituosa e estigmatizante de uma classificação de teor positivista e promotora da exclusão e segregação das pessoas com transtornos mentais e sofrimento psíquico intenso. Chama-se a atenção, porém, para o fato de que a doença não pode ser negada, sendo necessário que haja um equilíbrio, com uma visão biopsicossocial do sujeito, aplicada às novas formas de cuidado, buscando a não fragmentação – tanto do sujeito, como do cuidado.

Rosana Onocko-Campos (2001) aborda dificuldades com as novas práticas de cuidado utilizadas pelos serviços substitutivos dos manicômios, em seu artigo denominado *Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental*, destacando a importância do olhar biopsicossocial:

Clínica ampliada: (clínica do sujeito) **a doença nunca ocuparia todo o lugar do sujeito**, a doença entra na vida do sujeito, mas nunca o desloca totalmente.(...) Nem na pior das doenças, nem à beira da morte, poderíamos, nunca, ser totalmente reduzidos à condição de objeto. O sujeito é também histórico: as demandas mudam no tempo (...) criam necessidades novas que aparecem como demandas. Assim, clínica ampliada seria aquela que **incorporasse nos seus saberes e incumbências a avaliação de risco, não somente epidemiológico, mas também social e subjetivo, do usuário ou grupo** em questão. Responsabilizando-se não somente pelo que a epidemiologia tem definido como necessidades, mas também pelas demandas concretas dos usuários (ONOCKO-CAMPOS, 2001, p. 101) (grifos nossos).

Esta mesma autora ressalta, acerca dos cuidados em Saúde Mental pós-Reforma Psiquiátrica Brasileira, que a reorganização do trabalho permite a coexistência dos aspectos subjetivos e objetivos do sujeito e do cuidado, considerando as questões biológicas, sociais, psicológicas, históricas nas novas formas de atuar, observando em suas conclusões que:

Defendemos que a possibilidade de sair da eterna repetição, ousando e reorganizando o trabalho, dependerá: “(...) de criar um dispositivo de trabalho e de jogo, que restabeleça, **área transicional comum**, a coexistência das conjunções e das disjunções, da continuidade e das rupturas, dos ajustamentos reguladores e das irrupções criadoras, de um espaço **suficientemente subjetivizado e relativamente operatório**” (KAËS, 1991, p. 39 *apud* ONOCKO-CAMPOS, 2001, p. 109) (grifos nossos).

Sob este olhar, o trabalho desenvolvido em rede, nos territórios, funcionalmente, é

importante destacar que a RAPS articula com outras Redes de Atenção em Saúde, como preconizado pelo SUS, e nos processos de trabalho que empreendem o dia a dia dos fazeres e saberes, tem amplas conexões, em uma rede rizomática⁶, dinâmica, sem hierarquizações, no âmbito da horizontalidade. Quinderé *et al.* (2014) retrata a configuração dinâmica do funcionamento da RAPS em seu artigo denominado *Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental?*, enfatizando que:

(...) o olhar sobre a micropolítica dos processos de trabalho em saúde possui redes de muitas ligações e conexões. **A característica principal desse sistema são as múltiplas entradas, a multiplicidade e heterogeneidade na sua composição**, isto é, uma rede que se articula, sobretudo no plano do trabalho cotidiano, se realiza com fundamento em muitas articulações, e convive com o diferente (...) em especial no âmbito do rico e dinâmico lugar de trabalho de cada um. **Essas redes são caracterizadas como rizomáticas, conceito inspirado no rizoma e utilizado para demonstrar as características de redes existentes no mundo da vida, e que serve para pensar no caso da saúde** (DELEUZE; GUATTARI, 1995; FRANCO, 2006, de quem são os grifos?). É preciso, portanto, reconhecer a existência de um tipo de rede que se constitui sem modelo, que não parte de uma estrutura, **pois se constrói em ato, com base no trabalho vivo de cada trabalhador e equipe, mediante fluxos de conexões entre si, na busca do cuidado em saúde**, seja em encaminhamentos realizados, procedimentos partilhados, projetos terapêuticos que procuram consistência no trabalho multiprofissional (QUINDERÉ *et al.* 2014, p. 255, grifos nossos).

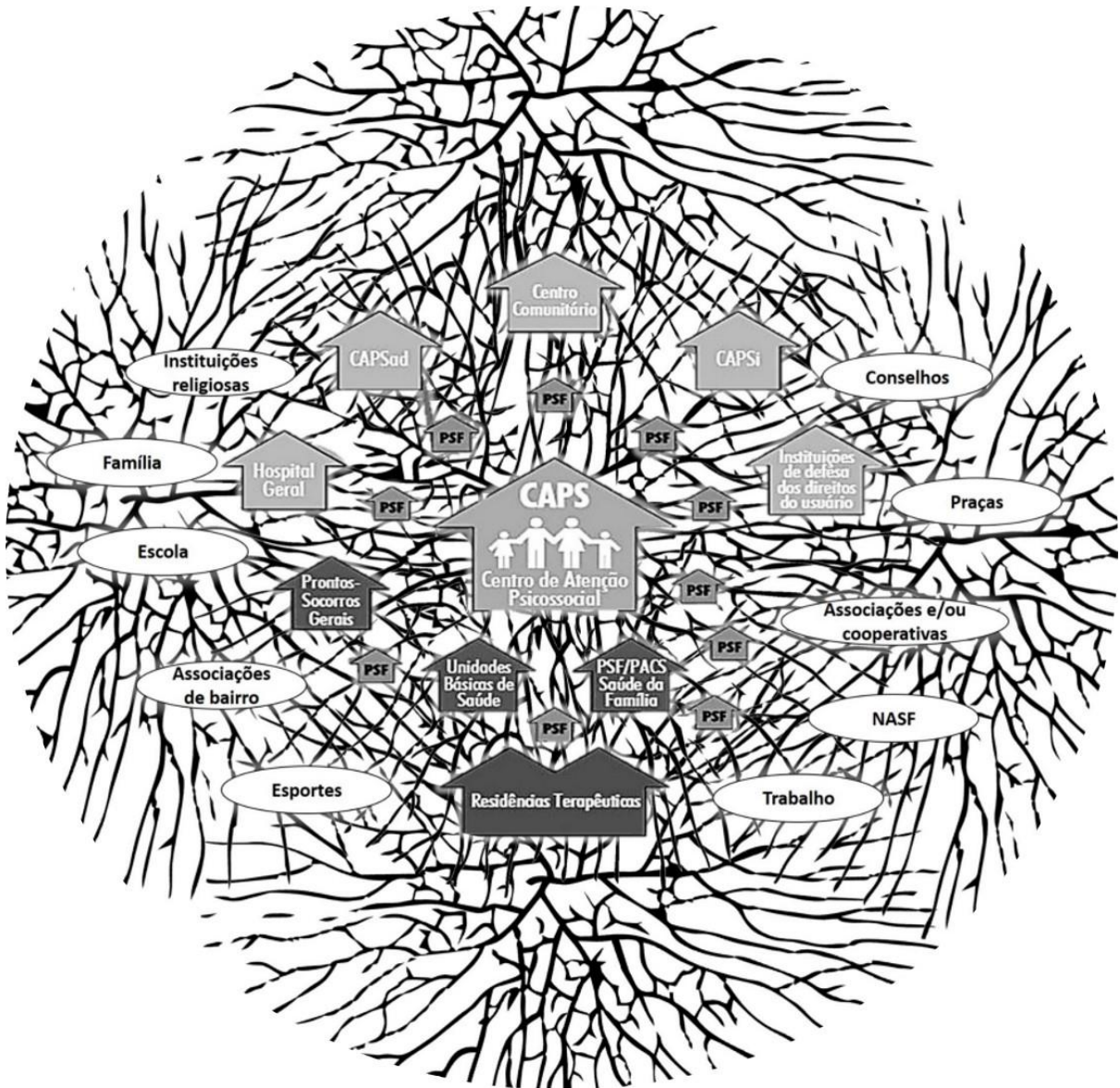
Partindo desta visão rizomática de rede, as ações, o cuidado na RAPS podem possuir diversas “portas de entrada”, desde a porta tradicional da Atenção Básica ou outros pontos de atenção, como os Serviços de Urgência e Emergência. A Figura 4 ilustra simbolicamente esta configuração, onde os diferentes atores da RAPS se integram rizomaticamente.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) apresentam nesta disposição um papel articulador do cuidado em rede com os pontos de atenção, visto sua localização e campo de ação estarem nos territórios, em contato com a cultura, a comunidade, usuários, familiares e demais serviços, incluso a Atenção Básica. Em concordância, Quinderé *et al.* (2014) destaca que:

(...) um dos dispositivos estratégicos mais eficientes para a superação do modelo manicomial são os Centros de Atenção Psicossocial. Por serem comunitários, esses serviços estão inseridos em determinada cultura, num território definido, com dificuldades, problemas e potencialidades. São *locus* onde as crises precisam ser enfrentadas, crises oriundas de uma teia complexa de aspectos individuais, familiares e sociais. **São serviços destinados a articular as ações de saúde mental em rede e junto à atenção básica (Programa Saúde da Família - PSF), ambulatórios, leitos de internação em hospitais gerais e ações de suporte e reabilitação (...)**. (QUINDERÉ *et al.* , 2014, p. 256, 257, grifos nossos).

⁶ Rizoma é um vegetal de tipo tubérculo, que cresce subterrâneo (horizontalmente), mas muito próximo à superfície, e que se compõe essencialmente de uma raiz. Quando o exemplar alcança grandes proporções, é difícil saber quais são seus limites externos; no seu interior, o complexo, digamos, radicular, está composto por células que não têm membrana, e que só podem ser supostas como unidades porque têm núcleos ao redor dos quais se distribuem trocas metabólicas e áreas energéticas. Então, pelo menos no sentido tradicional, o rizoma não tem limites internos que o compartimentalizem. Aquilo que circula nesse interior circula em “toda e qualquer” direção, sem obstáculos morfológicamente materiais que o impeçam (BAREMBLITT, 1998, p. 58 *apud* QUINDERÉ *et al.* , 2014, p. 270).

Figura 4 - Sociograma da Rede de Atenção Psicossocial.



Fonte: Adaptado pela autora com base em Costa *et al.* (2018, p. 3239).

Deste modo, observa-se que o funcionamento da RAPS preconizado em documentos do Ministério da Saúde, revela uma complexidade e contínua atualização enquanto trabalho vivo, harmonizando-se com as concepções trazidas por autores de referência em Saúde Mental no Brasil, e que abordam os desafios cotidianos da operacionalidade em rede, como Amarante (1996), Merhy *et al.* (2009), Moraes (2010), Trajano *et al.* (2017) Onocko-Campos (2001), Quinderé *et al.* (2014), dentre outros.

4.4 Saúde Mental na Atenção Básica – um desafio persistente na contemporaneidade

Os serviços de SM substitutivos dos hospitais psiquiátricos e seu *modus operandi* foram desenhados para caminhar em harmonia com os princípios do SUS, estes enquanto norteadores de novos paradigmas de homem, visões e ações, em que saúde é compreendida como direito constitucional do cidadão brasileiro e como dever do Estado, envolvendo uma visão sistêmica, intersetorial e em rede. Deste modo, baseando-se nas definições destes princípios, adaptados às pessoas com sofrimento e/ ou transtornos mentais, afirma-se que o princípio da *Universalidade* preconiza que a pessoa com sofrimento e/ou transtornos mentais adquirem o *status* de cidadãos e tem direito à Saúde, assegurada pelo Estado, que deve garanti-lo, independentemente de suas características pessoais ou sociais; o princípio da *Equidade* considera que cada pessoa com sofrimento e/ou transtorno mental é única e tem necessidades distintas e assim, necessita ser considerada em suas desigualdades, particularidades, sejam por raça, cor, condição socioeconômica etc., com investimento maior onde houver mais carência; e o princípio da *Integralidade* aplica-se no sentido de que cada pessoa que sofre psiquicamente ou possui um transtorno mental, não corresponde a um “quadro clínico específico, patológico”, ou a “um número de prontuário/leito”, fragmentado, mas deve ser considerado em sua totalidade, constituindo-se como um todo, com diversas necessidades que precisam ser consideradas e atendidas pelo Estado, implicando em uma visão de cuidado intersetorial e multi/inter/transprofissional.

Operando nestas bases valorativas, a Atenção Básica é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza, conforme o Ministério da Saúde, por:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019b, p. 1).

A Atenção Básica (AB), enquanto porta de entrada da Saúde Pública no Brasil e coordenadora do sistema, passa então a ser estratégica em relevância, no cuidado em Saúde Mental (SM). Ao deslocar e ampliar suas práticas para além do tradicional hospital psiquiátrico, em direção a outros pontos de atenção nos territórios, surge a essencial necessidade de articulação da Saúde Mental com os serviços da AB, o qual aproximam ainda mais o cuidado e o cuidador da comunidade de pertença, do cotidiano dos usuários, de sua cultura e familiares, compreendendo-se assim que os cuidados em SM, nos moldes da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial brasileira, passam a extrapolar as questões

institucionais e as paredes de um espaço físico.

E para obter resultados produtores de saúde, o processo de inclusão das pessoas com transtornos mentais é fundamental, considerando suas subjetividades, ao contrário do afastamento dos seus ambientes sociais e de significado afetivo, ou da exclusividade do tratamento medicamentoso sob uma relação vertical hegemônica médica, sem ser considerado de forma integral e sem estímulo à sua autonomia e participação no processo de cuidado. Machado (2015) relata em sua tese de doutorado que versa sobre a SM na AB, que o Programa de Saúde da Família (PSF), atual Estratégia de Saúde da Família, foi considerada fundamental para a consolidação da Atenção Básica brasileira. Prestando atenção integral, equânime e contínua nos territórios, esta Estratégia vem se consolidando, com proporção de cobertura populacional estimada até novembro de 2019 no Brasil, de 64.23%, no Estado da Bahia, de 75,60% e no município de Eunápolis, de 100% de cobertura (BRASIL, 2019c).

A Estratégia de Saúde da Família tem o objetivo de “promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta de atividade física, má alimentação, uso de tabaco (...)” (BRASIL, 2017a, p. 1), dentre outros. Segundo o MS (BRASIL, 2017a), a referida Estratégia funciona através da ação de uma equipe multiprofissional, a Equipe de Saúde da Família (ESF), composta minimamente por médico generalista/ especialista em saúde da família/ médico de família e comunidade, enfermeiro generalista/ especialista em saúde da família, técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e equipe de Saúde Bucal - cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Estes profissionais trabalham nas Unidades Básicas de Saúde, conhecidas anteriormente como “postos de saúde”. As UBS são distribuídas por regiões nos municípios, sendo que o quantitativo de ACS deve cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente e de 12 ACS por equipe. Cada ESF deve cuidar de, no máximo, 4.000 pessoas de área específica, corresponsabilizando-se no cuidado em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b). Em seus Informes Técnicos Institucionais, a descrição do trabalho entre os participantes da ESF dispõe que este se processa em uma relação de trabalho democrática:

baseada na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade, associada à não-aceitação do refúgio da assistência no positivismo biológico, **requer uma nova abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal** entre os componentes de uma equipe (PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 2000, p. 317, *grifos nossos*).

Dentre as diversas atividades base das ESF, por sua proximidade com o território do usuário, encontram-se as de conhecer a realidade das famílias de sua responsabilidade e

identificar os problemas de saúde comuns, situações de risco da população, além de promover ações e parcerias intersetoriais e com a comunidade para o enfrentamento compartilhados dos problemas e garantir a continuidade do tratamento de problemas de saúde com a respectiva equipe de referência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b). Em 1990, na *Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica* (BRASIL, 2005), o Brasil, firmou compromisso em promover uma Política de SM baseada em direitos humanos para seus usuários, que propiciasse sua permanência em sua comunidade de pertença, sendo as equipes da Atenção Básica recurso estratégico para o enfrentamento de sérios problemas de saúde pública, como os agravos relacionados ao uso abusivo de álcool, drogas e muitas outras formas de sofrimento mental. O Relatório produzido após 15 anos da referida Conferência destaca que a existência de elementos subjetivos ao sofrimento que está associado a toda doença, pode atuar como obstáculo à adesão às ações de prevenção, que levem a uma vida mais saudável, enfatizando que “poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – de saúde mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a Atenção Básica” (BRASIL, 2005, p. 30).

Durante a década de 1990, porém, apesar de diversas portarias focalizarem a afirmação dos serviços de SM no país, não trataram enfaticamente da SM na Atenção Básica. Machado (2015) relata que foram feitas tímidas aproximações nestes documentos, mas focava-se na realização das atividades pela Saúde Mental. Como exemplo, tem-se a Portaria GM 224/92, que instituiu os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS)/ Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), unidades de saúde locais/regionalizadas para atendimento por equipe multiprofissional, contudo apenas em alguns municípios no Brasil, onde o Programa de Saúde da Família (PSF) já estava estruturado, procuraram preparar as ESF para os atendimentos (MACHADO, 2015; BRASIL, 2004d).

No período de 2001 a 2013, pode-se dizer que houve um despertar para efetivar as propostas ministeriais em SM, sendo que em 2001, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan –Americana de Saúde(OPAS) reconhecem em seu *Relatório sobre a saúde no mundo 2001 - Saúde mental: nova concepção, nova esperança*, que o tratamento de transtornos mentais na AB é fator essencial e ampliador do acesso aos serviços com maior facilidade e rapidez, proporcionando uma atenção de melhor qualidade (OMS & OPAS, 2001), certamente pelas possibilidades de articulação e parcerias intersetoriais e interprofissionais que a AB pode conectar nos territórios dos usuários e seus familiares. Em março de 2001, técnicos de municípios engajados junto ao Ministério da Saúde (MS) produziram uma oficina

de discussão do de um *Plano de Inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica*, da qual, segundo Machado (2015), gerou-se os documentos *Diretrizes para a política de Saúde Mental na Atenção Básica*” e *Saúde Mental e Atenção Básica - O Vínculo e o diálogo necessários. Inclusão das ações de Saúde Mental*. Naquele mesmo ano a Lei nº. 10.216, “Lei Paulo Delgado” foi sancionada com base na Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Outros documentos foram produzidos no âmbito de melhor desenvolver o trabalho em rede da SM, envolvendo a parceria e importância da AB. Machado (2015) organizou ao longo do tempo, documentos, publicações e portarias, que incluíram o assunto SM na AB: o documento *Desafios da integração com a rede básica*, em 2003, que aponta o Apoio Matricial entre equipes; *Saúde Mental e Atenção Básica - O Vínculo e o diálogo necessários. Inclusão das ações de Saúde Mental*, em 2004; *O SUS de A a Z, garantindo saúde nos municípios*, em 2005; *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção-Relatório de Gestão 2003-2006* e o *Pacto pela Vida*, em 2007; a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), pela *Portaria GM 154/08*; o caderno *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*, em 2010; o documento *Saúde Mental no SUS: As Novas Fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010*, a Portaria nº 3.088 de Dez./2011 e *Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental*, em 2011; a *Portaria nº 3124* redefine vinculação dos NASF 1 e 2 e cria NASF 3, no ano de 2012; o *Caderno da Atenção Básica Nº 34 - Saúde Mental*, em 2013; e em 2014, o *Relatório de Gestão da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS)- 2013*. Um aspecto para o qual Machado (2015) chama a atenção é o fato de que, tanto em 2006, como em 2011, quando foi lançada e reeditada a *Política Nacional de Atenção Básica*, esta não tratou de forma específica dos assuntos de Saúde Mental.

Agrega-se aqui que, no ano de 2013 o MS lança o *Projeto Percursos Formativos da RAPS/ Projeto Engrenagens da Educação Permanente*, com ações de Educação Permanente e intercâmbio de profissionais das equipes de AB e SM de municípios brasileiros, no qual uma das Linhas de Cuidado era especificamente SM na AB (PREFEITURA MUNICIPAL DE EUNÁPOLIS, 2013a). Nos anos de 2017, 2018, 2019 e 2020, resoluções, portarias, notas técnicas e política de financiamento da AB – Atenção Primária à Saúde – tem sido gradativamente lançados em direção ao retrocesso das ações da SM na AB, incluindo a mudança no formato de atuação dos NASF e sua extinção do financiamento do Governo Federal.

Neste âmbito de parcerias intersetoriais e da corresponsabilização do cuidado no território, ressalta-se o documento do MS, o Caderno Nº 34 de Atenção Básica (BRASIL,

2013), que trata da SM na AB, prevê e descreve o cuidado compartilhado entre Saúde Mental e Atenção Básica, tratando especificamente desta parceria. Segundo Reis (2019), este documento destaca ainda que:

“os profissionais da AB estão em posição privilegiada para identificar e acolher questões relativas ao sofrimento psíquico e instituir ações de assistência (...) com problemas de saúde mental” (BRASIL, 2013, p. 112), convergindo para a **responsabilidade e a importância do papel da AB no cuidado em saúde mental e seus prolongamentos no território**, a exemplo da articulação com outros pontos de atenção e implantação efetiva de ações especiais de cuidado (REIS, 2019, p. 46, grifos nossos).

A citada articulação, e o desenvolvimento de ações especiais, inclui modos de trabalho que facilitem a discussão dos casos entre profissionais de uma mesma equipe – a ESF - bem como entre equipes – AB e SM - em busca de respostas e caminhos coletivos de cuidado. Dentre essas ações especiais, o referido Caderno apresenta o Matriciamento ou Apoio Matricial como estratégia de corresponsabilização entre SM e AB, acrescentando o importante papel das equipes NASF, que além dos CAPS, incluem-se como referência em SM e suporte nestas ações nos territórios, a exemplo do desenvolvimento de grupos terapêuticos focados na saúde, ações de Educação Permanente, visitas domiciliares, “consultas conjuntas, construção de projetos terapêuticos singulares, intervenções com as famílias e as comunidades, realização de grupos, discussão de casos clínicos etc.” (BRASIL, 2013, p. 66). Acrescenta-se que a elaboração de Projeto Terapêutico Singular é fruto das ações de Apoio Matricial, reunindo rica colaboração das equipes, fortalecimento dos vínculos equipes- usuários- território, com partilha de responsabilidades do cuidado, o que amplia a garantia do alcance dos objetivos produtores de saúde.

Questionamentos sobre a interação da SM e AB são temas atuais de pesquisa científica, que refletem a inquietação dos profissionais de saúde que colaboram com este cuidado no território. Em sua pesquisa, Machado (2015) indaga “por que, mesmo em boas condições, ainda é tão difícil a atenção em Saúde Mental na Atenção Básica? Por que parece que estamos sempre começando de onde partimos? Será minha experiência muito particular? Como está se dando esta inserção em outros municípios do país?” (MACHADO, 2015, p. 3). As dificuldades da SM na AB não estão somente em casos isolados, mas ocorrem em diversos municípios, sendo um problema de âmbito nacional.

Há mais de uma década o Ministério da Saúde produziu o documento denominado *Saúde Mental e Atenção Básica. O vínculo e o diálogo necessários. Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica* (MS, 2004), que diante do progresso indiscutível da criação dos CAPS para a política do SUS, necessitou resgatar “as potencialidades dos recursos

comunitários à sua volta, pois todos estes recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental” (MS, 2004, p.78), serviços cuja ação sempre devem seguir em direção à comunidade. Para a expansão destes serviços que significam um avanço na resolutividade de problemas com o fortalecimento de vínculos da população com as equipes, fez-se necessária a melhoria da atenção. O processo de reversão da política centrada na atenção hospitalar para o cuidado de pessoas mais acometidas por transtornos mentais e/ou uso de álcool e outras drogas, requeria investimento nos dispositivos nos territórios, e em seus profissionais, amplamente despreparados para a atuação em um modelo cujas ações obedecem ao modelo de redes de cuidado:

As ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. (...) Podemos sintetizar como princípios fundamentais desta articulação entre saúde mental e atenção básica:

- noção de território;
- organização da atenção à saúde mental em rede;
- intersetorialidade;
- reabilitação psicossocial;
- multiprofissionalidade/interdisciplinaridade;
- desinstitucionalização;
- promoção da cidadania dos usuários;
- construção da autonomia possível de usuários e familiares (MS, 2004, p. 77).

Foi evidenciado que, no cotidiano, as equipes de Atenção Básica lidam com problemas de SM, e assim, realizadas oficinas, como a *Oficina de Trabalho para Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica*, em 2001 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001), em vista da complexidade do contexto de trabalho. Registros do Relatório desta Oficina de trabalho constaram que mais da metade das ESF desenvolviam alguma ação de Saúde Mental, em convergência com os dados do MS, que dizem que na Atenção Básica pacientes atendidos têm a possibilidade de apresentar transtornos mentais leves, variando de 33% a 56 % dos casos (BRASIL, 2010 *apud* MACHADO, 2015). Mielke, Cossetin e Olschowsky (2012) relataram que naquela ocasião já eram discutidas ações como “mobilização de recursos comunitários, (...) articulações com grupos de autoajuda, associações de bairros, conselho tutelar (...) promoção de palestras, debates, atividades artísticas e de grupos (...), de acordo com a realidade de cada comunidade” (MIELKE *et al.* , 2012, p. 388), bem como a realização de oficinas comunitárias e a descoberta de espaços alternativos para reabilitação psicossocial nos territórios. Estas autoras também consideraram de relevância em seu estudo a atuação dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) em discutir os problemas de funcionamento das UBS, porém, ressaltaram o papel propulsor de mudanças e fiscalizador destas instâncias legítimas e democráticas, discutindo as ações de SM na AB, seu andamento

e encaminhamentos, quando necessários, aos órgãos competentes.

Outro fator importante nos desafios contemporâneos para ações da SM na AB diz respeito a estudos que evidenciaram que o “sofrimento psíquico comum” (do cotidiano) produz grande impacto sobre agravos prevalentes em saúde, ou seja, que problemas de saúde mental estão relacionados a problemas de saúde física, aumentando o risco, dificultando a adesão aos tratamentos ou piorando o prognóstico. Em concordância, a OMS (2003) apresenta que pessoas com depressão, transtorno de ansiedade e em uso abusivo de substâncias psicoativas têm dificuldade de auto administração de cuidados/ medicamentos, havendo possível agravo pois:

serviços inadequados de tratamento de saúde mental podem comprometer a capacidade dos indivíduos afetados de aderir ao seu tratamento médico. (...) Condições sociais e de vida, ajuste de regime ao estilo de vida, disponibilidade e natureza de apoio social e expectativas de tratamento também podem afetar a adesão. (OMS, 2003, p. 104) (tradução nossa).

O *Caderno Nº 34 de Atenção Básica* (BRASIL, 2013) elencou onze agravos à saúde que estão associados a problemas de saúde mental, com os quais os profissionais das ESF precisam lidar, a exemplo de sintomas depressivos e ansiosos relacionados a doenças cardíaco e cerebrovasculares e diabetes, dentre outros. Estes dados apontam para a importância de maior preparo técnico dos profissionais da AB para lidarem com estas situações de saúde que denotam claramente a importância do cuidado de modo integral aos sujeitos, visto a divisão entre mente e corpo ser apenas possível em nível didático. Em casos de transtornos mentais graves, como psicoses, a AB pode sinalizar precocemente um possível diagnóstico, evitando agravos e demoras no início do tratamento e a deterioração progressiva da personalidade do sujeito, bem como acompanhar no território a manutenção do tratamento farmacológico dos usuários, para reduzir significativamente a frequência de situações de crise (surto psicótico).

Os processos de Educação Permanente tornam-se ainda mais necessários para maior efetividade das ações de SM na AB, visto haver deficiências na formação dos profissionais, geralmente fragmentadas, diante destas novas práticas interativas no novo modelo da atenção em Saúde Mental. Estudos demonstraram que programas de Educação Permanente com oficinas de redes tem agregado valor no suporte à gerência e às equipes das unidades, sensibilizando os atores da AB, SM e pontos de apoio nos territórios e aumentando suas estratégias de ação no dia-a-dia de trabalho (REIS, 2019; BRASIL, 2013).

A exemplo, Reis (2019; 2020) relatou que em sua pesquisa, a realização de *Oficina de Atualização de Trabalho em Rede - Saúde Mental e Atenção Básica* e *Rodas de Sensibilização/ Educação Permanente* com profissionais das equipes da AB, SM e outros pontos de atenção

da RAPS, evidenciaram a promoção da sensibilização para as causas da SM local. De acordo com a autora, esta experiência ocorrida entre os anos de 2013 – 2016 em município baiano, gerou vários benefícios: maior adesão dos profissionais às ações de SM, instrumentalização para o atendimento integral nos territórios, acolhimento mais qualificado e humanizado para com as pessoas com demandas em saúde mental, álcool e outras drogas, maior fortalecimento de vínculos entre equipes- usuários – comunidade e do trabalho em rede, além da implementação e continuidade das ações de Matriciamento.

Outro aspecto fundamental da Política de Saúde Mental no Brasil, que envolve sensivelmente a Saúde Mental na Atenção Básica, diz respeito aos processos de Reabilitação Psicossocial, os quais utilizam estratégias que promovam o protagonismo de usuários e seus familiares para o exercício da cidadania, criando oportunidades de desenvolvimento de iniciativas ligadas aos recursos do território. Esta proposta envolve a ressocialização e inclusão socioeconômica em busca da promoção de maior autonomia das pessoas com transtornos mentais, o que converge com a afirmação de que “os transtornos mentais envolvem não apenas o setor saúde, mas necessariamente vários setores da sociedade como a educação, emprego, justiça e assistência social, entre outros” (BRASIL, 2008a, p. 7), os quais, segundo a publicação *Saúde Mental em Dados 12* (BRASIL, 2015), estarão envolvidos na construção de novos campos de negociação e formas de sociabilidade, promovendo ações nos campos do trabalho/economia solidária, habilitação, educação, cultura e saúde. As ESF, atuantes diretamente nos territórios, tem papel fundamental na articulação destas ações com o intersetor, conectadas, alinhadas com os CAPS, serviços de referência.

Observa-se, no entanto que, na atualidade é prioridade avaliar os serviços de SM e AM, em direção a reduzir obstáculos para o tratamento em SM. Gregório *et al.* (2012) relatou que uma recente pesquisa denominada *Agenda de prioridades de pesquisa para saúde mental no Brasil*, apontou para a necessidade de investimentos em pesquisa na temática SM na AB. Além disso, o autor defende que a pesquisa deve se concentrar na elaboração de intervenções no nível da atenção primária, avaliando urgentemente as políticas existentes dos serviços de saúde mental e utilizando novas tecnologias para treinar e supervisionar não especialistas, dentre outros pontos.

4.5 Apoio Matricial em Saúde Mental – uma estratégia - chave para o cumprimento dos propósitos da RAPS no Brasil

O surgimento do Matriciamento ou Apoio Matricial no Brasil ocorreu no âmbito das práticas em Saúde Mental. Conforme Campos & Domitti (2007), os conceitos de Apoio Matricial e equipe de referência tiveram seu início em 1999, enunciados por Campos (1999) com uma proposta de reforma das organizações e do trabalho em saúde. Partiu de experiências de implantação em serviços de saúde no período de 1990 – 1998, havendo sofrido mudanças ao longo do tempo e por ocasião da publicação *Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde* - três unidades de atenção em saúde mental, duas grandes capitais brasileira, São Paulo e Belo Horizonte, as quais vinham experimentando a experiência com sucesso.

Campos (1999) inclui o Matriciamento na perspectiva dos arranjos organizacionais de gestão democrática, dos “dispositivos”: “(...) artifícios que se introduzem com o objetivo de instaurar algum processo novo – implantação de programas assistenciais, esforço para modificar traços da cultura institucional, ou para reforçar ou alterar valores” (CAMPOS, 1999, p. 394). De fato, o Apoio Matricial gerou impactos transformadores positivos na cultura de Saúde Mental no Brasil, alcançando profissionais e usuários de forma revolucionária, porque não assim dizer.

Em especial, o Apoio Matricial surge de práticas coletivas em processo, com a participação dos trabalhadores envolvidos. Campos (1999) alerta, porém, que de modo geral, as antigas ordens administrativas e organização do processo de trabalho produzem subjetividade de acordo com a lógica dominante e não em conformidade com a ordem defendida por dispositivos transformadores, apontando que a subjetividade e a cultura de uma instituição são socialmente produzidas. Ou seja, este autor define que a estrutura, o funcionamento organizacional, a ordenação específica dos processos de trabalho refletem a cultura e a subjetividade das equipes de trabalhadores, as quais são resultado de múltiplas determinações. Deste modo, pode-se afirmar a complexidade que envolve o surgimento do Apoio Matricial, sua proposta transformadora de paradigmas, seu processo de implementação e manutenção. Dentro desta complexidade, confirma-se que o Matriciamento se baseia em nova configuração e no fortalecimento dos vínculos, partindo-se então:

(...) da suposição de que uma reordenação do trabalho em saúde segundo a diretriz do vínculo terapêutico entre equipe e usuários estimularia a produção progressiva de um novo padrão de responsabilidade pela **co-produção de saúde**. Isto articulado, as diretrizes de **gestão colegiada (Campos, 1998) e de transdisciplinaridade das práticas e dos saberes**, possibilitariam uma superação de aspectos fundamentais do

modelo médico hegemônico, conforme analisado por uma série de autores clássicos (Donnangelo, 1975; Mendes Gonçalves, 1979; Luz, 1988). Um novo arranjo que estimulasse, cotidianamente, a produção de **novos padrões de interrelação entre equipe e usuários, ampliasse o compromisso dos profissionais com a produção de saúde** e quebrasse obstáculos organizacionais à comunicação (CAMPOS, 1999a, p. 395, grifos nossos).

Define-se aqui como *transdisciplinaridade*, a conceituação de Almeida Filho (1997), que reconhecendo a complexidade do universo, do objeto da Saúde Coletiva, propõe a seguinte aproximação: “na possibilidade de comunicação não entre campos disciplinares, mas entre agentes em cada campo, através da circulação não dos discursos (pela via da tradução), mas pelo trânsito dos sujeitos dos discursos” (ALMEIDA FILHO, 1997, p. 17). Este trânsito, que ocorre na horizontalidade dos saberes e práticas, como afirmado por Campos (1999a), e no “entre” seus atores, possibilita múltiplas e positivas trocas no processo de co-produção de saúde. Pires (1998), em seu trabalho converge também a esta tentativa complexa de proposta dinâmica, que coloca os sujeitos na prática cotidiana, com a ideia de atuação em rede.

Como proposta transdisciplinar, o Matriciamento envolve dois conceitos importantes, os quais se fazem necessários para compreensão das ações entre SM, AB e demais pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) nos moldes da Reforma Psiquiátrica: *equipe ou profissional de referência* e *apoio especializado matricial*. A *equipe ou profissional de referência* corresponde aos participantes responsáveis pela condução de um caso, seja individual, familiar ou comunitário, com o objetivo de ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários – em uma matriz organizacional, corresponderia à linha vertical (CAMPOS, 1989; 1998).

Segundo a publicação do Ministério da Saúde *HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial* (BRASIL, 2004), que trata especificamente da funcionalidade destes dois conceitos, as equipes de referência podem se organizar por serviço (s) ou a partir de uma distribuição territorial. Campos (1999) destaca que o papel dos profissionais ou equipes de referência está para além da fiscalização, gerenciamento do tratamento e reabilitação da clientela:

Seria uma espécie de *ombudsman* dos usuários, (...) responsabilidade por administrar os deslocamentos de seus pacientes entre os serviços de saúde e a sociedade. Pensar o papel do profissional de referência como uma espécie de gerente dos casos sob sua responsabilidade é pouco. (...) a principal função dos profissionais de referência seria elaborar e aplicar o projeto terapêutico individual (...) implica em certo diagnóstico, depende de uma aproximação entre cliente, família e profissionais de referência, e implica na instituição de práticas, individuais, de grupo ou mais coletivas (CAMPOS, 1999, p. 397).

Conforme observado, o contato com o território, familiares dos usuários e comunidade

é fundamental para o desenvolvimento das ações de SM, os quais são perfeitamente adequados e previstos pelos moldes de funcionamento articulado da AB e da Saúde Mental. O trabalho de referência é feito de forma coletiva, com o apoio multiprofissional e de outras equipes, a depender do entendimento sobre a situação estudada, sendo que, a principal responsabilidade pelos prolongamentos do projeto é da equipe de referência.

O *apoio especializado matricial*, por sua vez, é um arranjo na organização dos serviços que complementa as equipes de referência, consistindo no trabalho mais específico de cada ator envolvido nas ações coletivas (BRASIL, 2004; CAMPOS, 1999). Campos e Domitti (2007) o definem também como uma metodologia de trabalho complementar, que oferece retaguarda assistencial e suporte técnico pedagógico às equipes de referência, ocorrendo dependentemente de construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os seus participantes - equipe de referência e os especialistas que o ofertam, atuando todos de forma corresponsabilizada. Na matriz organizacional, equivale à linha horizontal.

Nesta operacionalidade, o *apoio especializado matricial* modifica a concepção tradicional de referência e contra referência dos sistemas de saúde, pois não opera com a lógica dos encaminhamentos, na qual o usuário é “repassado” para o setor especializado que o atende isoladamente e devolve um *feedback* do caso (a contra referência) - o que nem sempre ocorre – muitas vezes reduzindo ou estagnando a resolubilidade dos casos. Com o serviço matricial, o usuário sempre será cliente da equipe de referência.

O *apoio especializado matricial* e as atividades matriciais envolvem diversos profissionais atuando em rede, sendo multiformes, criativas, interativas, a exemplo de grupos de atividade física, educação em saúde, oficinas de reabilitação, consultas compartilhadas, oficinas de educação permanente, oficina cultural etc., representando uma infinita gama de possibilidades transdisciplinares. Silva (2017) em pesquisa bibliográfica sistemática, selecionou vinte e cinco artigos nacionais no período de 2011 a 2017 em bases científicas, que enumeraram outras atividades matriciais em Saúde Mental, como: rodas de conversa; visitas compartilhadas; discussões de casos com equipes de saúde da AM e SM; capacitação profissional para a APS; acolhimento e avaliação de usuários pela AB, antes de realizar encaminhamentos; criação conjunta de registros para acolhimento; mapeamento de serviços/equipamentos de apoio disponíveis na comunidade; elaboração de PTS; formação de núcleos temáticos.

A referida publicação *HumanizaSUS* acrescenta a importância da presença dos profissionais que estão mais próximos do usuário – a exemplo dos atuantes na AB – por terem mais propriedade para perceber outros aspectos de sua vida cotidiana, como sua situação

afetiva, familiar, outros problemas orgânicos, inserção social, dentre outros (BRASIL, 2004). Deste modo, pode-se afirmar que a equipe de referência e o Apoio Matricial especializado são novos arranjos organizacionais e também metodologias para a gestão do trabalho (CAMPOS & DOMITTI, 2007), que operam de forma transversal (BRASIL, 2004), apoiando os serviços de saúde com proposta que objetiva fortalecer a rede assistencial, em direção a “enfrentar a tendência à fragmentação da atenção e desresponsabilização assistencial” (CUNHA & CAMPOS, 2011, p. 969).

Ao contribuir para desfragmentar e corresponsabilizar o cuidado em SM, o Matriciamento oportuniza ampliar o acesso, fortalecer os vínculos e a continuidade do cuidado e conseqüentemente, aumenta a resolubilidade em saúde mental nos territórios. O Caderno de Atenção Básica Nº 34 (BRASIL, 2013), inclui o Matriciamento em SM, com a participação ativa da AB, ao referir-se, por exemplo, à assistência às pessoas que utilizam álcool e outras substâncias psicoativas. Tal Caderno refere-se também ao cuidado com crianças, o qual demanda uma visão não biocêntrica, uma atuação em Rede ampliada e necessita do uso do Matriciamento na atenção em SM pela AB, enfatizando a proatividade do cuidado, pois:

a discussão cuidadosa do caso com a equipe de supervisão ou de matriciamento (...) pode ajudar a equipe da AB a olhar (...) para a interação dinâmica entre os fatores (...), evitando que se tornem permanentes prejuízos sociais e de linguagem que poderiam ser alvo de cuidado em tempo hábil (BRASIL, 2013, p. 108, *apud* REIS, 2019, p. 49).

Outro exemplo diz respeito a uma ação transdisciplinar entre os profissionais da Atenção Básica e o Apoio Matricial dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município ou território, em quadros clínicos de cronicidade medicamentosa, que pode ser trabalhada coletivamente no Projeto Terapêutico Singular (PTS), desenvolvido nas ações matriciais.

Outro tópico importante sobre o Apoio Matricial em Saúde Mental, refere-se ao fato de que ele opera nos moldes da *Clínica Ampliada. Clínica Ampliada e compartilhada* é uma diretriz da *Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS* que instaurada desde 2003, promove o cumprimento dos princípios fundamentais do SUS, aperfeiçoando o acolhimento, além de incentivar trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários.

A diretriz da *Clínica Ampliada e Compartilhada* se contrapõe diretamente ao “encaixotamento de saberes”, à fragmentação do cuidado em Saúde de modo amplo. A supracitada Política de Humanização (BRASIL, 2017b) a traduz na perspectiva de que um profissional de saúde pode realizar atividades e ações outras, além da sua especialidade e atribuições, valorizando-se assim o olhar do especialista, da equipe, do usuário, ampliando a

visão sobre o sujeito e suas necessidades em saúde, que envolvem aspectos sociais, psíquicos, culturais, biológicos, dentre outros. Possui fundamento teórico e prático, desfocando na doença e no sofrimento para considerar a complexidade do processo saúde/doença, bem como as particularidades dos sujeitos, usuários e profissionais (BRASIL, 2017b). Na prática, necessita de escuta e diálogo qualificado entre profissionais/ equipes/ usuários como um todo, com atuações que promovam a autonomia do usuário. Campos *et al.* (2017) acresce que esta interação ressignifica o sujeito e sua fala, corresponsabiliza o cuidado, centraliza na saúde, utilizando tecnologias leves do cuidado, como o acolhimento, a escuta sensível, a interação com o território, a visita domiciliar e identifica vulnerabilidades, valorizando principalmente o Acolhimento.

As demais diretrizes desta Política humanizatória da Saúde são resumidamente, *Acolhimento* - reconhecimento do outro e o que ele traz como legítimo e singular à sua necessidade de saúde, com o objetivo de construir relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio afetiva; *Gestão participativa e Cogestão* - promoção da inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão e amplia as tarefas da gestão; *Ambiência* - processo de construção de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que produzam saúde e interações coletivas; *Valorização do trabalho e do trabalhador* - promoção da valorização e saúde dos trabalhadores nos locais de trabalho, aprimorando sua capacidade de compreender e analisar o trabalho por meio de espaços de debates coletivos em busca de inovações no fazer e relacionar-se no trabalho; *Defesa dos Direitos dos Usuários* - garantia do conhecimento, acesso e cumprimento dos direitos garantidos por lei pelos serviços de saúde, desde a recepção até a alta (BRASIL, 2017b). Como observado, o Apoio Matricial ou Matriciamento em Saúde Mental está em total harmonia com as diretrizes da *Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS*, sugerindo-se que esta tecnologia social se expressar como principal estratégia interdisciplinar em Saúde Mental no país para cumprir a proposta da Rede de Atenção Psicossocial, prevista na Portaria 3.088/ 2011 (BRASIL, 2011b), pautada na Reforma Psiquiátrica Brasileira.

O Apoio Matricial em Saúde Mental tem grande força enquanto promotor de ações de livre fala e escuta, cujo aspecto dialógico tem destaque, compartilhando caminhos e responsabilidades de cuidado entre pares, fortalecendo a autonomia de todos os atores. A livre fala expressa o teor democrático deste modo de construção do cuidado. Os estudos de Silva (2017) demonstraram, com base nos artigos selecionados, que as discussões e compartilhamento de casos entre os serviços de AB e as equipes de SM foram as atividades

de Apoio Matricial mais utilizadas. Contudo, o desconhecimento sobre o conceito de Matriciamento foi um achado preocupante e significativo. Este autor ressaltou que, além de orientações diretivas, informativas sobre o assunto, as equipes envolvidas no Matriciamento, como CAPS, NASF e ESF, necessitam de sensibilização acerca do trabalho em si, sobre o cuidado coletivo e a importância da construção de uma rede de atenção que promova a estrutura necessária ao êxito das ações matriciais, como ocorrido em casos de sucesso (SILVA, 2017). A pesquisa de Reis (2019) corrobora esta afirmação, ao demonstrar os resultados favoráveis ao Matriciamento através de oficinas de sensibilização com profissionais não somente da SM e AB, mas de toda a RAPS, como profissionais dos CRAS, CREAS – serviços do SUAS - dentre outros, visto atuarem também nas ações parceiras nos territórios de pertença dos usuários.

Uma experiência exitosa do Apoio Matricial em SM é relatada na Tese de Doutorado de Nascimento (2019), ocorrida em Salvador, no Estado da Bahia, por iniciativa de uma Residência Multiprofissional, em que o Apoio Matricial foi incorporado pelas equipes dos CAPS de referência. Entretanto, a autora acrescentou que o Matriciamento em SM neste município apresentou surgimento tardio, com iniciativas isoladas de alguns CAPS, a partir da construção interna de suas equipes. Foi também identificada equipe de Matriciamento em SM na Atenção Básica de Saúde, atuante na RAPS local. Nascimento (2019) reforça que “Embora seja uma diretriz, o Matriciamento, aqui, está sujeito ao esforço relativo de cada equipe de CAPS, sofrendo avanços e recuos” (NASCIMENTO, 2019, p. 218). Já na capital mineira, cidade de Belo Horizonte, esta mesma pesquisadora observou que o Apoio Matricial em Saúde Mental foi resposta às resistências dos trabalhadores da AB, situação em que as equipes de SM foram postas para capacitar e discutir casos com as ESF, potencializando o cuidado, havendo assim avanços. Em estudo similar, Rodrigues (2018) destacou que o NASF no município do Rio de Janeiro tem alcançado conquistas com as ações matriciais no apoio ao processo de construção do cuidado em SM na AB, principalmente com ações de Educação Permanente, sendo que a integração entre a equipe de apoio e as equipes de ESF, fortaleceu a proposta de trabalho que originou e ampara o Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Silva (2017) observou que os estudos sobre Apoio Matricial em Saúde Mental aumentaram a partir de 2011, atribuindo tal fato à publicação da Portaria 3.088/ 2011 naquele mesmo ano, porém observou uma oscilação no número de publicações nos anos posteriores, 2012 a 2017, dado este que sugere a importância acadêmica e social de prosseguir e intensificar estudos sobre o tema. Em sua pesquisa, Reis (2019) levanta outro elemento que atravessa a estabilidade do Matriciamento em SM e, conseqüentemente, interrupções no processo de

implementação, afetando o cuidado dos usuários nos territórios, como a precarização dos vínculos de trabalho dos profissionais de saúde na AM e SM, tal qual a falta quantitativa e qualitativa de profissionais.

Além destes pontos, Vasconcelos (2010) agrega e reporta seus temores aos riscos de regressão na política de SM no Brasil, pelo fato de uma geração nova de gestores e profissionais não terem tido contato com as mobilizações da Reforma Psiquiátrica. Fato grave este, pois o desconhecimento leva à insensibilização e a apatia. Pode-se supor então que, o Apoio Matricial na Saúde Mental, ainda que evidente em sua riqueza e resultados empoderadores para os usuários e profissionais, por propor uma prática profissional horizontalizada com diversas categorias, baseada na humanização dos cuidados em SM e no respeito aos direitos humanos, confronta estruturas centralizadoras do poder biomédico hegemônico, hospitalocêntrico, deparando-se com desafios constantes na implementação de suas práticas.

O Apoio Matricial em Saúde Mental é, portanto, uma prática inclusiva, ao contrário da restritiva estrutura hospitalar biomédica, abrindo frentes de emprego, oportunidades de participação e valorização de outras categorias profissionais, dos usuários e comunidades. As ameaças atuais, como a extinção das equipes NASF pela recente Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, amputa “um braço” de possibilidades de inclusão social para os usuários da SM nos territórios, comprometendo diretamente o Apoio Matricial em SM, visto este ser a principal e mais importante forma de ação destas equipes, exemplo de oportunidade de atuação transdisciplinar e de ampliação do cuidado em Saúde Mental.

4.6 O Projeto Percursos Formativos da RAPS e Projeto Engrenagens da Educação Permanente e a experiência de Eunápolis - um diferencial em Saúde Mental no extremo sul baiano

Em busca de crescimento e aprimoramento para uma atuação mais ampliada em Saúde Mental nos territórios, a Coordenação da Saúde Mental do município de Eunápolis implementou ações de aperfeiçoamento através da Educação Permanente, afim de adaptar o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial local, ao previsto pelos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Reconhecendo a relevância do Apoio Matricial entre Saúde Mental e Atenção Básica neste processo, no ano de 2013, o município foi inscrito no Projeto Percursos Formativos da Rede de Atenção Psicossocial (PPF-RAPS), os quais ocorreram no período de 2013 a 2016.

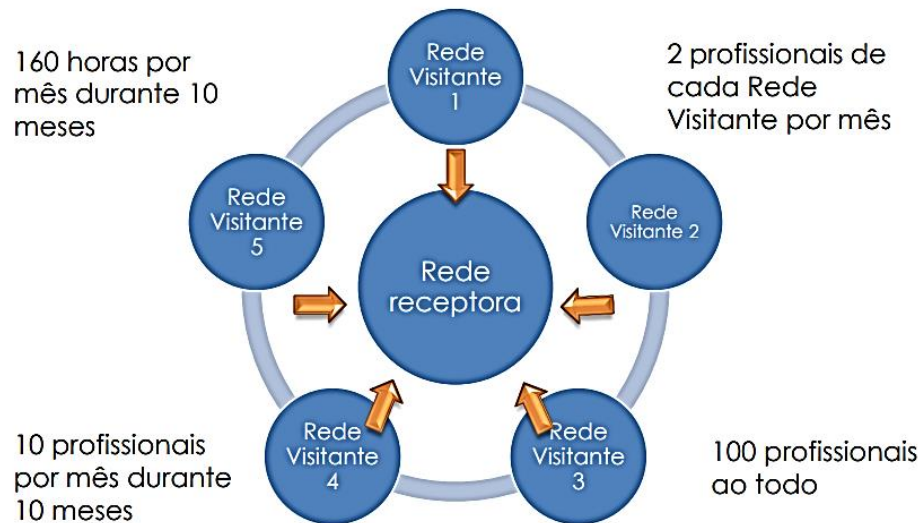
Divulgado em sua primeira edição por Chamada Pública do Ministério da Saúde, o Projeto Percursos Formativos da Rede de Atenção Psicossocial (PPF- RAPS) despontou ao final do ano de 2013, com o objetivo de qualificar suas redes, proporcionando o apoio financeiro a noventa e seis municípios no país para o desenvolvimento de ações de Educação Permanente (EP) na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (PREFEITURA MUNICIPAL DE EUNÁPOLIS, 2013a). A estratégia principal do PPF-RAPS foi o intercâmbio de experiências entre profissionais no qual cidades chamadas de redes receptoras/ preceptoras, as quais indicaram potencialidades para desenvolver propostas e estratégias de intercâmbio na RAPS do seu território, proporcionando a troca de experiências (BRASIL, 2015). Foram disponibilizadas para inscrição em uma das opções, seis Linhas de ação, as quais: Linha 1: Atenção à crise em saúde mental; Linha 2: Saúde Mental Infanto-juvenil; Linha 3: Saúde Mental na Atenção Básica; Linha 4: Demandas associadas ao consumo de álcool e outras drogas; Linha 5: Desinstitucionalização; Linha 6: Reabilitação Psicossocial. Denominou-se de redes visitantes as cidades selecionadas para aprimorar e aprofundar as experiências e conhecimentos na Linha escolhida.

A experiência de Eunápolis foi descrita na pesquisa realizada por Reis (2019; 2020). Segundo este autor, o município de Eunápolis foi inscrito e selecionado para a Linha 3- Saúde Mental na Atenção Básica. Conforme previsto no PPF-RAPS, durante dez meses foram enviadas mensalmente, duplas de profissionais para 30 dias em visita a um município de referência na linha escolhida- a rede preceptora. O intercâmbio ocorreu no período de agosto de 2014 a agosto de 2015, com a participação de dezessete profissionais de Eunápolis, sendo nove pessoas integrantes das Equipes de SM e oito pessoas da AB, das quais a presente pesquisadora, enquanto participante da equipe NASF Juca Rosa, integrando a dupla referente ao mês de agosto/ 2015 (PREFEITURA MUNICIPAL DE EUNÁPOLIS, 2015a).

Eunápolis teve como rede preceptora o município de Embu das Artes – SP, que acolheu inclusive outras duplas de cinco cidades de diferentes Estados brasileiros (BRASIL, 2015) (Figura 6). Em data predeterminada, a rede preceptora enviou representantes às cidades da rede em formação, com a finalidade de conhecer a realidade cotidiana das mesmas. Na ocasião os representantes realizaram uma *I Oficina de Atualização/ Integração* (julho de 2015), na qual participaram seis profissionais da SM e vinte e sete da AB, “representando dezesseis, dos vinte e oito bairros/localidades do município, e ainda três profissionais do Intersetor (Centro de Referência em Assistência Social – CRASS e Centro de Referência Especializado em Assistência Social- CREAS, dentre outros)” (REIS, 2019, p. 37).

Figura 5 - Organização do Intercâmbio do Projeto Percursos Formativos da RAPS

Organização Intercâmbio



Fonte: Ministério da Saúde (2015, p. 10).

Figura 6 - Municípios participantes do Projeto Percursos Formativos da RAPS por módulo (Brasil, dez/2014).

Módulo de Formação	Rede Receptora	Redes Visitantes
Atenção à crise em Saúde Mental	Coronel Fabriciano/MG	Miguel Calmon/BA, Pouso Alegre/MG, Pio XI/PI, Encantado/RS, Vera Cruz/RS
	Resende/RJ	Jacobina/BA, Icó/CE, Imperatriz/MA, Itaúna/MG, Palmas/TO
	São Paulo/SP	Macapá/AP, Vitória da Conquista/BA, Goiânia/GO, Contagem/MG, Parnaíba/PI
Saúde Mental Infantojuvenil	Ouro Preto/MG	Iguatu/CE, Barbacena/MG, Coronel Fabriciano/MG, Campo Grande/MS, Boa Vista/RR
	Recife/PE	Salvador/BA, Ipatinga/MG, Uberlândia/MG, Belém/PA, São José do Rio Preto/SP
Saúde Mental na Atenção Básica	São Lourenço do Sul/RS	Mucuri/BA, Bela Vista de Goiás/GO, Cláudio/MG, Barra de Santa Rosa/PB, Maravilha/SC
	Embu/SP	Eunápolis/BA, Aracuaí/MG, Moju/PA, Teresina/PI, Torres/RS, Guapimirim/RJ
Demandas Associadas ao Consumo de Álcool e outras Drogas	Uberlândia/MG	Rio Pomba/MG, Formiga/MG, Laranjeiras do Sul/PR, Ijuí/RS, Cândido Mota/SP, Capivari/SP
	Recife/PE	Vila Velha/ES, Ouro Branco/MG, Itajaí/SC, Bagé/RS, Palhoça/SC, São Carlos/SP
	Santo André/SP	Acre (Regional de Saúde do Juruá), Horizonte/CE, Guaíba/RS, Araranguá/SC, Sorocaba/SP, Apucarana/PR, Canoas/RS
	São Bernardo do Campo/SP	Maracanaú/CE, Betim/MG, Santa Rosa/RS, Orleans/SC, São Miguel Arcanjo/SP
Desinstitucionalização	São Bernardo do Campo/SP	Morrinhos/GO, Pocinhos/PB, Floriano/PI, Cerquilha /SP, Araguaína/TO
	Sorocaba/SP	Acre (Regional de Saúde do Baixo Acre), Rio Verde/GO, Juiz de Fora/MG, São Sebastião do Paraíso/MG, Ubá/MG
Reabilitação Psicossocial	Santo André/SP	Santo Antônio do Tauá/PA, Caruaru/PE, Joinville/SC, São Vicente/SP, Gurupi/TO
	Barbacena/MG	Manaus/AM, Cabo de Santo Agostinho/PE, Paulistana/PI, Prudentópolis/PR, Andradina/SP

Fonte: Brasil, (2015, *apud* REIS, 2019, p. 36)

Com a finalidade de ‘sensibilizar e fortalecer as ações no município intercambista. Na I Oficina foram construídos Projetos aplicativos, os quais seriam implementados pela RAPS local. Finalizada a oficina, deu-se sequência ao Projeto Engrenagens da Educação Permanente (PEEP) (PREFEITURA MUNICIPAL DE EUNÁPOLIS, 2016b), o qual, foi implementado, segundo Reis (2019), no ano de 2016, como etapa final do PPF-RAPS, implementada em dez meses, de modo articulado com o Plano de Educação Permanente (PREFEITURA MUNICIPAL DE EUNÁPOLIS, 2016a). Ressalta-se que o Edital do PEEP previa critérios para definir um ativador de redes, o qual foi escolhido para acompanhar as ações do Projeto.

Conforme Reis (2019), regularmente este ativador participou de reuniões presenciais para acompanhamento por um tutor do MS, que mentoriava o processo de ativação das redes no município, totalizando seis encontros. Além disto, o ativador de redes emitiu relatórios mensais ao Ministério da Saúde sobre o andamento das ações locais. Em Eunápolis, a Secretaria de Saúde também nomeou uma Comissão Executiva da RAPS (PREFEITURA MUNICIPAL DE EUNÁPOLIS, 2016c), para apoio da gestão e do trabalho coletivo na Rede. Foram realizadas pelo menos dezoito reuniões de planejamento e avaliação das ações em 2016, entre o ativador de redes, a referida Comissão e intercambistas que retornavam ao município, engajados nas propostas transformadoras, realizando juntos estudos, articulação e planejamento das ações, facilitadas pelo ativador de redes. Reis (2019) relatou que o Plano de Educação Permanente foi implementado nos territórios, cujas ações resumidamente foram: a setorialização dos territórios em microrregiões denominadas “Retalhos”, para estratégica distribuição das ações e articulação visando implementar a lógica do Apoio Matricial na Rede; seis Oficinas/ Rodas de sensibilização com as ESF para o trabalho em rede e ações de Matriciamento entre SM e AB; treze Encontros de Acompanhamento com as mesmas ESF, organizando de fato, o Apoio Matricial; cinco Fóruns Intersetoriais de SM, bimestrais, com ampla participação do intersetor. Reis (2019) destacou que:

O Projeto Engrenagens, além do público alcançado pelos cinco Fóruns, teve participação intensiva e focada com seis das trinta Equipes de Saúde da Família (ESF), que representavam três dos cinco Territórios demarcados na RAPS – As ESF Moisés Reis I, II, e III, ESF Diná Borges e ESF Wanderley Nascimento I e II (Juca Rosa) (REIS, 2019, p. 38).

Além disto, de acordo com Reis (2019) também ocorreu o “Mini Percursos” (em 2016) - Intercâmbio profissional realizado em âmbito estadual, em parceria com o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) - UFBA (PREFEITURA MUNICIPAL DE EUNÁPOLIS, 2016d; 2016e), idealizado pela Comissão Executiva e ativador de redes, sob a inspiração do próprio PPF-RAPS, sendo realizado parcialmente, com a participação de 14

intercambistas de Eunápolis; por fim, a formação em Terapia Comunitária Integrativa – prevista para trinta profissionais, prioritariamente, da AB, a qual não ocorreu (PREFEITURA MUNICIPAL DE EUNÁPOLIS, 2015c).

Em resumo, o PPFR-RAPS compreendeu as seguintes etapas: Intercâmbios de Experiências; Oficinas de Atualização; Plano de Educação Permanente e Projeto Engrenagens da Educação Permanente (PEEP), sendo que o município de Eunápolis, contou com o suporte da Secretaria de Saúde naquele contexto, a qual proporcionou condições necessárias para a realização de todo o processo, apoiados pela orientação do MS na formulação, discussão, definição, gestão das ações e diretrizes para a execução dos recursos disponibilizados (REIS, 2019).

4.7 Estudos que avaliam os alcances e desafios do Matriciamento no Brasil

Estudos que apontam para os alcances ou pontos positivos do Matriciamento foram publicados no Brasil, convergindo em muitos aspectos em seus resultados, na medida em que apontam para sinais de crescimento. Elenca-se aqui dezessete itens, referidos nos trabalhos estudados: 1) Amplo reconhecimento do Matriciamento para a ampliação do cuidado das equipes de saúde para com os usuários com transtornos mentais 2) Aumento da compreensão sobre transtorno mental/sofrimento psíquico; 3) Achados e criações no âmbito de novas possibilidades de práticas, espaços de apoio e intervenção na AB e SM; 4) Maior troca de conhecimentos e atendimentos compartilhados; 5) Resolutividade aumentada dos problemas; 6) Aumento da possibilidade de inclusão social; 7) Papel organizativo do Matriciamento, com a reorganização da entrada do usuário para os serviços de SM e ampliação do acesso; 7) Tomada de decisões coletivas e pactuadas com maior garantia de concretização das ações; 8) Desenvolvimento de Plano Terapêutico Singular (PTS); 9) Maior sensibilização e compromisso das ESF e equipes de SM; 10) Maior articulação entre os sujeitos envolvidos e fortalecimento do vínculo e das conexões entre equipes; 11) Melhoria do acolhimento dos usuários nos territórios de pertença; 12); Melhoria na promoção da autonomia e liberdade das pessoas com sofrimento psíquico e transtornos mentais; 13) Maior visibilidade das demandas em SM nas ESF; 14) Instrumentalização mais qualificada dos atores do matriciamento com maior acesso de informações; 15) Emergência de uma visão de integralidade do sujeito; 16) Reflexões coletivas baseadas em fundamentação teórica; 17) Diminuição do estresse das equipes, na medida em que conseguem compartilhar responsabilidades dos caso resultados

(AMARAL *et al.*, 2018; MORAIS & TANAKA, 2012; REIS, 2019; TENÓRIO, 2012; COREN, 2019; LEMES *et al.* 2016; BISPO & MOREIRA, 2017; BRAGA & MOTA, 2014).

Em diferentes territórios, diversas pesquisas também têm sido desenvolvidas no intuito de pesquisar acerca dos desafios ou dificuldades de implementação do Matriciamento. Analisando os estudos de Jorge *et al.* (2014), Onocko - Campos *et al.* (2011), Pereira *et al.* (2018), Bonfim *et al.* (2013), os Cadernos de AB -Nº 39, que discorrem sobre os NASF (BRASIL, 2014) e o *Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental* (BRASIL, 2011c), pode-se enumerar resumidamente vinte e nove limites e desafios para o Apoio Matricial, dos quais:

- 1) Indisposição/ resistências dos profissionais da AB em trabalhar com SM e dificuldades de diálogo entre ambas as áreas;
- 2) Negação de articulação em ações coletivas;
- 3) Questão cultural da estigmatização da loucura e preconceito em como lidar com as pessoas com transtornos mentais, os quais se fortalecem pela ignorância ou pela discriminação e afeta também negativamente a participação dos usuários nas ações, visto os mesmos já terem desenvolvido um “autopreconceito”, com medo de sofrerem novas discriminações;
- 4) O “eficientismo” e exigência de produtividade em saúde gerando a ideia do Matriciamento como sobrecarga, repasse de funções e não como contribuição, demonstrando limite de visão;
- 5) O clientelismo nas formas de contratação do pessoal prejudicando a qualidade dos serviços;
- 6) Fragilização dos vínculos dos usuários dos serviços pela alta rotatividade dos profissionais, com a mudança de profissionais e de políticas de assistência a cada eleição culminando na precarização das contratações de pessoal;
- 7) Burocratização do atendimento;
- 8) Dificuldades por parte da gestão ou pouco compromisso para organização dos encontro de Apoio Matricial e com a articulação de ações entre AB e SM, incluindo a precariedade do diálogo entre profissionais de saúde e gestores acerca de como implantar o matriciamento em saúde mental;
- 9) A tensão entre flexibilidade e desvio do papel dos profissionais do NASF e dificuldades de apoio da gestão a esta equipe;
- 10) Despreparo das ESF para acolhimento e cuidado de pessoas com transtornos mentais pela carência de informação, conhecimento e habilidades para lidar com assuntos e usuários com sofrimento mental e transtornos mentais;
- 11) Dificuldades para reorganização para atuar no Matriciamento;
- 12) Deficiência na formação profissional para trabalhar na lógica do apoio matricial, a carência de aperfeiçoamento em saúde mental, visto a formação não acompanhar os avanços que a prática exige, com a baixa qualificação das equipes da AB e SM para interações, com “estranhamento” entre as equipes;
- 13) Dificuldades para se atuar em Apoio Matricial visto a permanência do centro da atuação predominar no modelo clínico biomédico hegemônico, da atenção curativa e centrada na doença, com proposta de cuidado pela AB centrada na prescrição de psicotrópicos, na medicalização dos sintomas por impotência

dos profissionais diante das vulnerabilidades sociais, dificultando o trabalho interprofissional e a interlocução dos saberes, operando com a política do encaminhamento e a não corresponsabilização do cuidado; 14) Descontinuidade do acompanhamento; 15) Fragmentação da rede; 16) Falta de profissionais; 17) Dificuldades nas condições de trabalho, recursos e infraestrutura, gerando sobrecargas; 18) Pressão da população e da AB para atendimentos individuais, por questões culturais ou de desinformação sobre o trabalho do NASF; 19) Tensões advindas da proposta de corresponsabilização; 20) Responsabilização da população pelos ACS, que as definiram como com poucas propostas alternativas de tratamento na comunidade; 21) Falta de perfil dos profissionais para realizar Apoio Matricial; 22) Desconhecimento da possibilidade de atuação do Apoio Matricial; 23) Dificuldade de entendimento na proposta do Apoio Matricial; 24) Pouca participação dos familiares por afastamento dos serviços; 25) Falta de informação da população sobre a assistência em rede e no território; 26) Pouco diálogo sobre a formação dos profissionais de Saúde, ainda centrada nos muros de cada categoria profissional; 27) Falta de adesão aos tratamentos por parte dos usuários devido ao descrédito que muitos profissionais nas ações de Apoio Matricial; 28) Dificuldades de comunicação entre profissionais e usuários, podendo ser de ordem cognitiva, emocionais ou socioculturais; 29) Escassez de avaliações formais que apontem se os objetivos do Apoio Matricial têm sido alcançados. Além destes pontos, Lazarino *et al.* (2019) aponta para a necessidade de constante recomeço que a rotatividade traz para o Apoio Matricial, frente às repetitivas mudanças de quadro.

Outros estudos sobre Matriciamento, realizados no Estado da Bahia, ainda que tenham enfatizado avanços e desafios para o Apoio Matricial entre Saúde Mental e Atenção Básica, trouxeram resultados que demonstraram fragilidades acerca das ações de Apoio Matricial realizadas pelos NASF, visto ser aquele a ferramenta e a lógica de trabalho destas equipes. Mais precisamente com seis municípios da Região Sudoeste, foi realizado um estudo por Bispo e Moreira (2017) com o objetivo de analisar como os processos de educação permanente são vivenciados e como estão incorporados no cotidiano dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e das Equipes de Saúde da Família (ESF). Concluiu-se haver pouco preparo técnico para implementação destas ações por esta equipe, denotando “um processo formativo frágil para o apoio matricial gera incompreensões, expectativas irreais sobre o trabalho do outro e conflitos entre aqueles que deveriam ser parceiros” (BISPO; MOREIRA, 2017, p. 9). Além disto, foi reportado pela maior parte dos enfermeiros e médicos que participaram da pesquisa que não haviam vivenciado nenhum tipo de formação sobre NASF ou Apoio Matricial.

Um breve artigo desenvolvido por Braga e Mota (2014) abordou o processo de implantação do Matriciamento em Saúde Mental na rede de um município localizado no norte da Bahia, enfatizando o papel organizativo da rede de saúde mental através desta tecnologia social, exemplificando dificuldades, tais como, resistência da Atenção Básica trabalhar com pessoas com transtornos mentais. Outro artigo, escrito por Silva *et al.* (2012), relatou uma experiência na cidade de Salvador, Bahia, de intervenção de Matriciamento na Equipe de Saúde da Família, com foco para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), seu preparo para as ações matriciais, de modo a fomentar a construção de novas formas de relação entre Saúde Mental e Saúde da Família. Este trabalho revelou desafios relativos aos conflitos ligados à subjetividade dos agentes comunitários, visto seu território de atuação profissional ser o mesmo em que ele vive.

Como é possível perceber, a despeito da relevância do tema, ainda são poucos os estudos que tiveram como objeto de investigação o fenômeno do Matriciamento, sendo ainda mais raros estudos conduzidos no estado da Bahia. Assim, pode-se sugerir que essa escassez aponta para a necessidade de ampliação, de aprofundamento da temática, por meio de novos estudos, em diferentes territórios baianos.

5 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE EUNÁPOLIS – DO FUNCIONAMENTO, AOS ATORES E À OPERACIONALIDADE DO MATRICIAMENTO ENTRE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA

5.1 Caracterização dos participantes da pesquisa - os profissionais da Atenção Básica e Saúde Mental: perfil sociodemográfico dos atores matriciais e algumas considerações

A partir dos dados coletados através do questionário, foi possível delinear o perfil sociodemográfico dos participantes, conforme apresentado na Tabela 2. As pessoas pesquisadas, como já citado, eram dezesseis profissionais atuantes na Secretaria de Saúde de Eunápolis, sendo quatro gestores – dois da AB dois da SM; quatro de Nível Superior – dois da AB e dois da SM; quatro de Nível Técnico – dois da AB e dois da SM; quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que atuam na Atenção Básica, sendo dois da Zona Rural e dois da Zona Urbana do Município.

TABELA 2 - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS DOS ENTREVISTADOS

Variáveis	Características sociodemográficas e Profissionais	Frequência	Porcentagem (%)
Idade	37- 47 anos	9	56,25
	49-58 anos	6	37,5
	Acima de 60 anos	1	6,25
Gênero	Feminino	15	93,8
	Masculino	1	6,2
	Outro	0	0,0
Etnia/Raça	Negra	1	6,25
	Parda	10	62,5
	Branca	5	31,25
	Indígena	0	0,0
Escolaridade	Nível Médio/ Técnico	4	25,0
	Nível Superior	12	75,0
Tipo de instituição de ensino em que fez curso superior ou técnico	Pública	5	31,25
	Privada	11	68,75
Experiência anterior de trabalho com Saúde Pública/ Saúde Coletiva, Saúde Mental ou Atenção Básica	Sim	13	81,25
	Não	3	18,75
	Não sei	0	0,0

Tempo de trabalho na prefeitura	Mais de 2 a 4 anos	4	25,0
	Mais de 7 anos até 10 anos	2	12,5
	Mais de 10 anos	10	62,5
Tipo de Vínculo Empregatício	Contratado por processo seletivo	3	18,75
	Nomeado	3	18,75
	CLT/Concursado	10	62,5
Há quanto tempo atua na função atual	Menos de 6 meses	2	12,5
	6 meses	1	6,25
	De 7 a 11 meses	2	12,5
	De 2 a 4 anos	2	12,5
	De 8 a 10 anos	1	6,25
	Mais de 10 anos	8	50,0
É gestor atualmente	Sim	4	25,0
	Não	12	75,0
Já foi gestor no passado	Sim	6	37,5
	Não	10	62,5

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do Questionário.

Como é possível observar na Tabela 2, a participação foi predominantemente feminina, contando com 93,8% de trabalhadoras (N = 15), em sua maioria de raça parda (62,5%), sendo 75% com escolaridade de nível superior de ensino. Além disto, 68,75% estudou em instituição privada. Tais aspectos refletem a ampliação do acesso ao conhecimento formal por mulheres pardas, no país, e também que o cuidado em saúde prevalece sendo executado por pessoas do sexo feminino. A esse respeito Guimarães (2001) afirma que a alocação de mulheres em serviços pessoais, administração pública, saúde e ensino privado, evidenciam a tendência da consolidação da “feminização” de certas atividades, a exemplo das ligadas à saúde e serviços comunitários.

De modo geral, os/as trabalhadores/as concentraram suas idades na faixa etária de 37 a 58 anos (93,45%), com média de idade 47,63 anos (DP = 8,006). Um total de 81,5% tem experiência anterior de trabalho com Saúde Pública/Saúde Coletiva, Saúde Mental ou Atenção Básica, bem como 75% dos participantes têm mais de 7 anos consecutivos de atuação e 50% tem mais de 10 anos na função, conforme mostra a Tabela 2. Além disso, a maioria dos participantes tem vínculo empregatício por CLT/concurso público (62,5%). Assim, pode-se dizer que se tratam de profissionais com estabilidade e maturidade profissional, seja pelo lugar que ocupam no ciclo de vida ou pela experiência no trabalho.

É interessante citar que apenas 37,5% dos sujeitos participantes já teve alguma experiência como gestor. Deste modo, a maioria atua diretamente no “chão de fábrica”, na “ponta”, onde os processos de cuidado se efetuam nos territórios, no âmbito operacional, e não no espaço administrativo.

O Quadro 1 apresenta as profissões e os tipos de cursos de pós-graduação realizados pelos participantes do estudo.

QUADRO 1 - CARACTERÍSTICAS DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE MENTAL DOS PARTICIPANTES POR PROFISSÃO E ESPECIALIZAÇÃO

SUJEITOS	PROFISSÃO	CURSOS DE PÓS – GRADUAÇÃO
Gestor AB 1	Dentista	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão Hospitalar e Sistemas em Saúde • Atenção Básica com ênfase à Saúde da Família • Saúde Pública • Vigilância Sanitária Básico
Gestor AB 2	Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> • Saúde Coletiva com ênfase na AB • Gestão em Saúde • Gestão Hospitalar e Sistemas em Saúde • UTI para Enfermeiro
Gestor SM 1	Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> • Obstetrícia • Saúde do Trabalhador • Gestão em Tuberculose, Sífilis, IST, Hepatite e HIV • Dermatologia e Estética
Gestor SM 2	Assistente Social	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas Públicas e Saúde Mental
Profissional de Nível Superior AB 1 Urbano	Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> • Nefrologia • Enfermagem do Trabalho • Urgência e Emergência • Administração Hospitalar
Profissional de Nível Superior AB 2 Rural	Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> • Saúde Pública • UTI • Enfermagem do Trabalho
Profissional de Nível Superior SM 1	Terapeuta Ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> • Psicomotricidade • Saúde da Mulher • Intervenção no autismo
Profissional de Nível Superior SM 2	Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> • Saúde pública com ênfase na saúde da família • Enfermagem do trabalho • Saúde mental com enfoque na dependência química • Terapias alternativas aplicadas à estética
Profissional de Nível Técnico AB 1	Técnico de Enfermagem	Não possui
Profissional de Nível Técnico AB 2	Técnico de Enfermagem	Não possui

Profissional de Nível Técnico SM 1	Técnico de Enfermagem	Não possui
Profissional de Nível Técnico SM 2	Técnico de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Serviço social na defesa de rede • Saúde Mental • Políticas públicas • Gestão ambiental (Graduações em Licenciatura em Letras, Gestão Ambiental e Contabilidade)
ACS Urbano 1	Agente Comunitário de Saúde	Não possui
ACS Urbano 2	Agente Comunitário de Saúde	Em curso – Educação em direitos humanos, diversidade e questões étnico-sociais ou raciais (Graduação em Serviço Social)
ACS Rural 1	Agente Comunitário de Saúde	Em curso - Direitos Humanos e Ressocialização e Pedagogia Social e Educação Inclusiva (Graduação em Serviço Social)
ACS Rural 2	Agente Comunitário de Saúde	Não possui (Graduação em Serviço Social)

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados obtidos nas questões N° 11 e 13 do questionário.

Com relação ao tipo de profissão exercida, mais da metade dos profissionais são Enfermeiros, seja em Nível Técnico ou Superior, e 75% dos que ocupam função de gestão têm pós-graduação em Gestão na área de Saúde. Tal fato pode ser atribuído à existência de cursos Técnico e Superior de Enfermagem no município, sendo estes os mais antigos ofertados - os cursos de Nível Técnico pelo Instituto Federal da Bahia e Escola Técnica Egídio José da Silva e de Nível Superior pela UNISUL-Bahia, respectivamente instituição pública e as duas demais, privadas. No entanto, se separados em AB e a SM, nota-se que metade dos gestores da SM não têm especialização na área, e da AB, 100% dos gestores são especializados no âmbito de sua atuação. Reis (2019) e Moraes (2010) ressaltaram em seus estudos que a falta de preparo técnico da gestão é um fator que desfavorece o Apoio Matricial entre SM e AB, dificultando a comunicação e a integração entre equipes.

Quanto à formação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), chama a atenção que mesmo não havendo exigência de escolaridade de Nível Superior para ocupar a função, 75% deles apresentaram nível superior em Serviço Social, sendo 50% com pós-graduação, ainda que estas não especificamente na área de Saúde. Tal informação denota também o interesse destes profissionais que lidam diretamente com os usuários e seus familiares nas comunidades, nas “pontas”, pelo crescimento através do acesso ao conhecimento formal, no âmbito universitário, o que também sugere uma maior qualificação de suas práticas.

5.2 Configuração e funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial no município de Eunápolis – Caracterização e desafios da continuidade no trabalho em rede

A partir da pesquisa documental e bibliográfica, delineou-se inicialmente a configuração e o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), nos moldes do Ministério da Saúde (MS), para conforme este parâmetro, tornar possível a descrição, análise e compreensão do funcionamento da RAPS em território eunapolitano neste momento.

A descrição que serviu de parâmetro foi explanada no item 4.2 da Fundamentação Teórica, “A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil – uma breve descrição organizacional, funcional e de serviços preconizada pelo Ministério da Saúde”. Para a descrição da RAPS ao nível nacional, levantou-se documentos nos sites do MS, Governo Federal e da pesquisa bibliográfica. Para a análise da RAPS, em nível do Estado da Bahia e município de Eunápolis, por outro lado, recorreu-se a documentos e sites da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB), bem como da Prefeitura Municipal de Eunápolis e, também, apoiou-se em dados das entrevistas. O Quadro 2 apresenta 41 documentos e dados pesquisados, datando os mesmos do período de 1989 a 2021.

QUADRO 2 - DOCUMENTOS PESQUISADOS RELATIVOS À DESCRIÇÃO E FUNCIONAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AO NÍVEL FEDERAL, DO ESTADO DA BAHIA E DO MUNICÍPIO DE EUNÁPOLIS

DOCUMENTO/ LEI / NORMA	OBJETO
1. Projeto de Lei 3.657/ 1989	Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.
2. Declaração de Caracas MS - 1990	Documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas.
3. Portaria SAS/MS nº 224 de 29 de janeiro de 1992	Normas para o atendimento ambulatorial e hospitalar no âmbito do SUS
4. Portaria GM/MS nº 106, de 11 de fevereiro de 2000	Introdução dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).
5. Portaria nº 1.220 /GM de 7 de novembro de 2000	Regulamenta a portaria 106/2000, para fins de cadastro e financiamento no SIA/SUS.
6. Lei nº 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.

7. Portaria GM/MS nº 336 - 19 de fevereiro de 2002	Estabelece os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)´.
8. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reformas dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas- OPAS, 2005	Trata especificamente dos alcances da reforma Psiquiátrica no Brasil após o encontro de Caracas.
9. Carta de Brasília MS/ OPAS/OMS - 2005	Dispõe dos princípios orientadores para o desenvolvimento da atenção em saúde mental nas Américas.
10. Portaria MS nº 1.612 de 09 de setembro de 2005 (MS, 2005)	Aprova normas de funcionamento e credenciamento/habilitação dos serviços para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas.
11. Portaria GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008	Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.
12. Portaria MS nº 1.899, de 11 de setembro de 2008	Institui o Grupo de Trabalho sobre Saúde Mental em Hospitais Gerais.
13. Portaria MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). OBS.: Inclui as equipes de Consultório na Rua.
14. Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011	Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).
15. Portaria MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011	Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
16. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012	Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.
17. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012	Redefinir o CAPS AD 24 horas e seus respectivos incentivos financeiros (CAPS III).
18. Decreto Municipal Nº 4597/2013, de 05 de novembro de 2013	Institui o Centro Especializado em Saúde Mental – CESM, de atendimento complementar aos centros de atenção psicossocial do Município de Eunápolis e dá outras providências.
19. Saúde Mental em dados – 12 MS - 2015	Dispõe de uma perspectiva ampla e conjugada do estado da arte da RAPS, refletindo a complexidade exigida para se levar saúde mental a toda a população brasileira.
20. Estrutura Organizacional Básica - Decreto nº 8.901, DOU 11/11/2016	Dispõe da estrutura organizacional básica do Ministério da Saúde, no âmbito do Governo Federal.
21. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016.	Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências, como a redução de investimentos na Saúde.
22. Lei 1.107, de 20 de dezembro de 2016	Dispõe sobre a Estrutura Organizacional Administrativa da Prefeitura Municipal de Eunápolis, e dá outras providências.

23. Portaria MS nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017 (Portaria Interministerial n.º 2, de 21 de dezembro de 2017)	Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.
24. Portaria GM/MS Nº 3.449, de 25 de outubro de 2018	Institui Comitê com a finalidade de consolidar normas técnicas, diretrizes operacionais e estratégicas no contexto da política pública sobre o álcool e outras drogas, que envolvem a articulação, regulação e parcerias com organizações da sociedade civil denominadas Comunidades Terapêuticas.
25. Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017 CFP- 2018	Relatório sobre o funcionamento das Comunidades Terapêuticas.
26. Ata de Reunião mensal da Rede Intersetorial de Eunápolis- 12 de junho de 2019.	Trata sobre as mudanças propostas da Secretaria de Saúde para a estrutura física e funcionamento do Centro Especializado em Saúde Mental (CESM) e outros assuntos.
27. Ofício CRP 03/Eunápolis Nº 01, de junho de 2019 do Conselho Regional de Psicologia - Representação CRP 03 em Eunápolis ao CMSE.	Dispõe da solicitação de apreciação e investigação sobre a Secretaria de Saúde do Município intencionar transferir o Centro Especializado em Saúde Mental (CESM) para a Policlínica e modificar seu funcionamento para serviço ambulatorial, sujeito à Regulação pela Atenção Básica, desconformando - o em relação ao funcionamento previsto nas políticas de Saúde Mental.
28. Ata de Reunião mensal da Rede Intersetorial de Eunápolis- 10 de julho de 2019.	Trata sobre o posicionamento e argumentos da Rede Intersetorial de Eunápolis sobre as mudanças propostas para a estrutura física e funcionamento do Centro Especializado em Saúde Mental (CESM) e outros assuntos.
29. Ata de Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Eunápolis (CMSE) do dia 14/ 08/ 2019.	Trata sobre as mudanças propostas da Secretaria de Saúde para a estrutura física e funcionamento do Centro Especializado em Saúde Mental (CESM) e outros assuntos.
30. Decreto nº 9.926, de 19 de julho de 2019	Dispõe sobre o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas.
31. Nota Técnica N º11/2019 - CGMAD/DAPES/SAS/MS	Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas,
32. Portaria MS nº 2.979, de 12 de novembro de 2019	Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.
33. Ata de Reunião mensal da Rede Intersetorial de Eunápolis - 11 de dezembro de 2019.	Trata das mudanças nas equipes NASF a partir da nova Política da Atenção Primária em Saúde e outros assuntos.
34. Relatório Nacional Consolidado da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) CNS-2019	Dispõe as diretrizes e propostas sistematizadas das Conferências Estaduais e do Distrito Federal da 16ª Conferência Nacional de Saúde, conforme definem o Regimento e o Regulamento.
35. Nota Técnica nº 3/2020- DESF/SAPS/MS	Dispõe acerca do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil.
36. Termo de Homologação – Resolução Conselho municipal de Saúde (CMS) nº 016/ 2020, de 25 de novembro de 2020 (Eunápolis)	Dispensa o agendamento via central de Regulação para os atendimentos do Centro Especializado em Saúde Mental (CESM), mantendo o formato de funcionamento conforme o Decreto Municipal Nº 4597/2013, de 05 de novembro de 2013.
37. Dados referentes à Atenção Básica/ Atenção Primária em Saúde do município de Eunápolis	Dispõe de dados sobre os serviços, trabalhadores e funcionamento da Atenção Básica no município de Eunápolis.

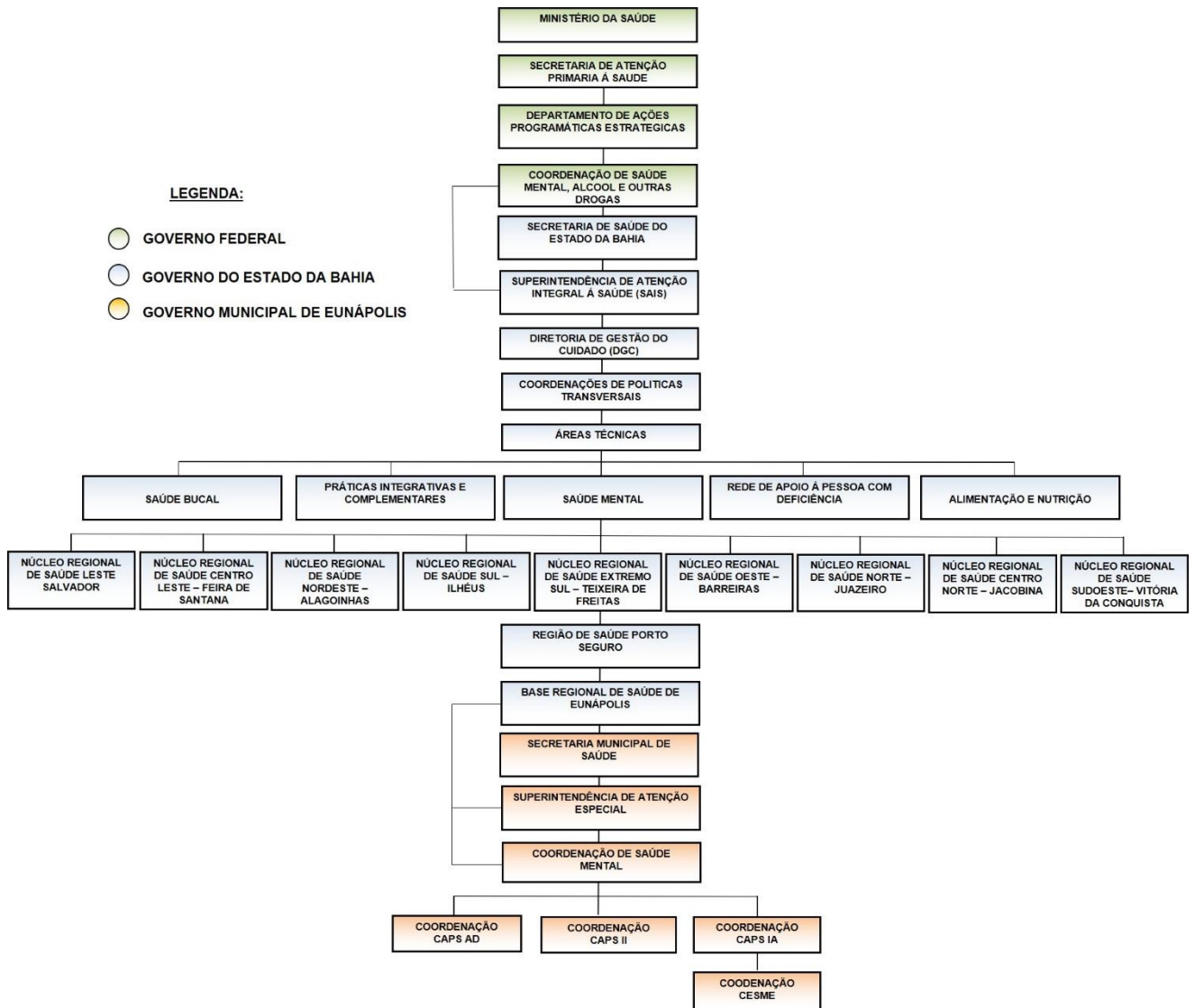
E-Gestor- Prefeitura de Eunápolis (2021)	
38. Estrutura e Organograma SESAB - 2021	Dispõe da estrutura e organograma da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.
39. Sobre a Diretoria de Gestão do cuidado (DGC) SESAB - 2021	Descreve as finalidades da Diretoria de Gestão do Cuidado, que integra a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.
40. Coordenações e Núcleos SESAB - 2021	Dos objetivos das coordenações e Núcleos da DGC.
41. Saúde Mental SESAB - 2021	Descreve o papel da Área Técnica de Saúde Mental da SESAB e suas ações.

Fonte: Elaborado pela autora com base na pesquisa de documentos do Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), Prefeitura de Eunápolis, Rede Intersectorial de Eunápolis, Conselho Municipal de Saúde de Eunápolis (CMSE) e pesquisa bibliográfica.

Observou-se, pelo teor dos documentos pesquisados, que a constituição e funcionamento da RAPS, ao nível nacional, passou por mudanças ao longo do tempo, incluindo o processo de extinção progressiva dos manicômios, ao mais recente retrocesso, com seu retorno, principalmente a partir do ano de 2017. Estes dados entram em concordância com os estudos de Emerich, Yasui e Barros (2018), que apontam para a fragilização da Saúde Pública no Brasil, especialmente no ano analisado pelos autores. Tais mudanças implicam em reflexos altamente delicados no funcionamento da RAPS nos territórios onde ela se concretiza: os municípios brasileiros, uma vez que paradigmas contraditórios de cuidado habitam uma mesma Rede, como já foi dito.

Para descrever a RAPS no município estudado, Eunápolis, baseou-se em dados coletados na SESAB, em documentos locais e nas entrevistas. Analisando-se tais documentos locais – em especial a Lei Administrativa - Lei nº 1.107, de 20 de dezembro de 2016 (PREFEITURA MUNICIPAL DE EUNÁPOLIS, 2016f), que descreve a estrutura administrativa funcional da Prefeitura de Eunápolis, com o Decreto nº 8.901, DOU 11/11/2016 (MS, 2016), que traz a Estrutura Organizacional Básica do Ministério da Saúde, e com os dados estaduais, obtidos através da *Estrutura e Organograma* da SESAB (SESAB, 2021a), *Sobre a DGC* (SESAB, 2021b), *Coordenações e Núcleos* (SESAB, 2021c) e *Saúde Mental* (SESAB, 2021d), organizou-se a Figura 7, com a finalidade de compreender como está disposto o organograma da Saúde Mental, em nível tripartite - desde os órgãos federais, até os municipais, no caso, Eunápolis.

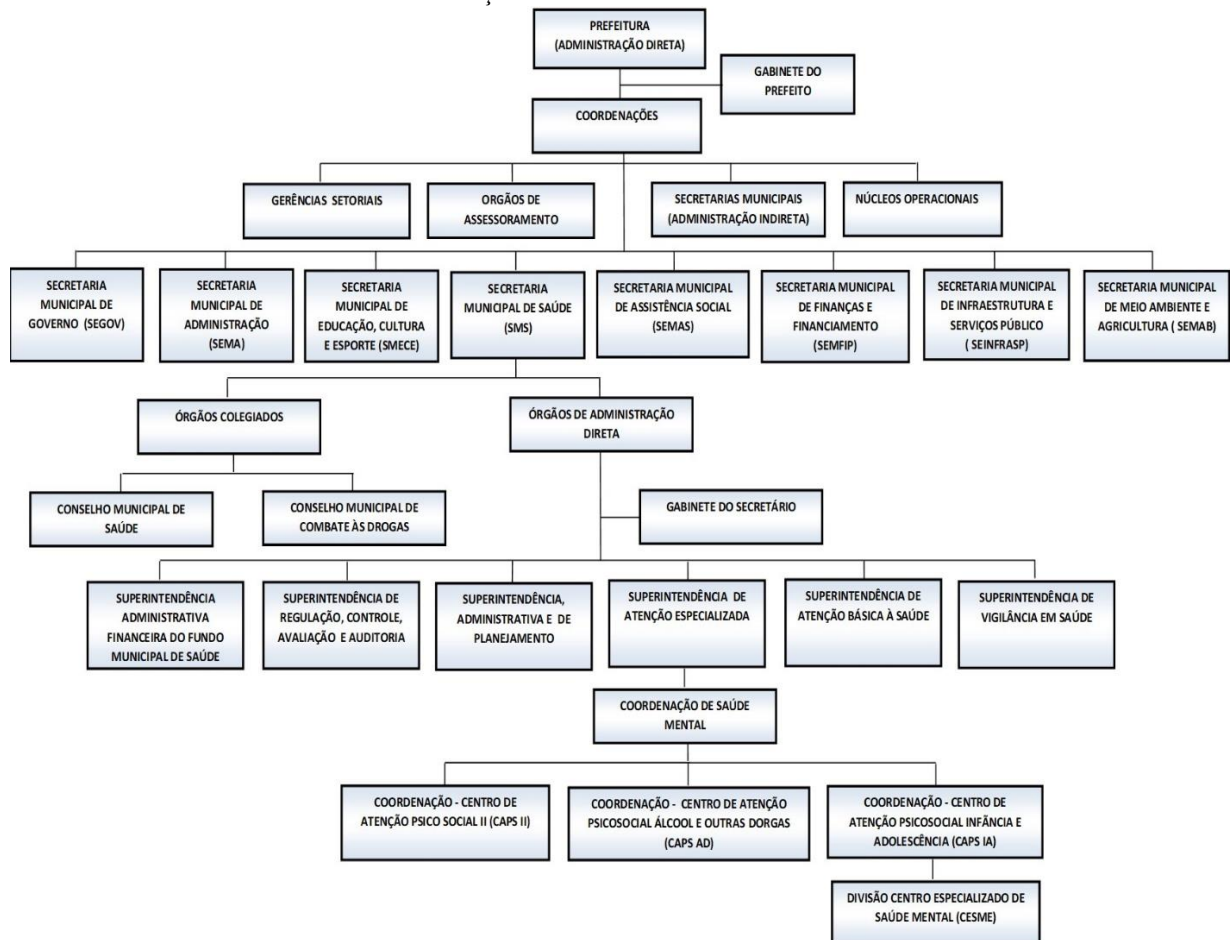
FIGURA 7 - ORGANOGRAMA FUNCIONAL DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - GOVERNOS FEDERAL, ESTADUAL DA BAHIA E MUNICIPAL DE EUNÁPOLIS.



Fonte: Elaborado pela autora com base em Estrutura Organizacional Básica do Ministério da Saúde (MS, 2016), Estrutura Organizacional da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB, 2021) e Lei Municipal nº 1.107/ 2016 (PREFEITURA MUNICIPAL DE EUNÁPOLIS, 2016f) e dados das entrevistas.

Para melhor compreender a gestão da RAPS, resalta-se que, segundo o Ministério da Saúde, cada Estado e Município tem um grau de autonomia para dispor as instâncias de gestão, desde que necessárias à uma efetiva administração das políticas públicas de Saúde e de acordo com os serviços que cada município possui. Os municípios, conforme citado, variam em sua complexidade e abrangência populacional, apresentando assim diferentes configurações das redes e serviços da Saúde Mental. O município de Eunápolis apresenta, segundo a Lei Administrativa já referida, a estrutura organizacional, com ênfase à Saúde Mental do Município como descrita na Figura 8.

FIGURA 8 - ORGANOGRAMA DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL COM ÊNFASE À REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM EUNÁPOLIS.



Fonte: Elaborado pela autora com base na Lei Municipal 1.107/ 2016 (PREFEITURA MUNICIPAL DE EUNÁPOLIS, 2016f).

Conforme a Figura 7, ao nível estadual, pode-se observar que os documentos apontam que a Base Regional de Saúde de Eunápolis deveria atuar hierarquicamente junto à Superintendência de Atenção Especial do município, no âmbito da Saúde Mental, porém, a superintendência referida se encontrava sem gestor na ocasião da pesquisa. A Coordenação da Saúde Mental do município estudado tem operado junto à Base Regional de Saúde sediada em Eunápolis e à Gestão da Secretaria Municipal de Saúde.

As Figuras 7 e 8 apontam que sob a gestão da Coordenação da Saúde Mental estão os serviços que se encontram nos territórios do município: CAPS II, CAPS IA, CAPS AD e CESM. Cada serviço é dotado de uma equipe multiprofissional, porém, incompletas, tanto no período da pesquisa, como anteriormente, segundo informações coletadas nas entrevistas, a exemplo da falta de profissionais da Psicologia em serviços existentes e mesmo de gestor em um dos serviços. No referido período, por ocasião da Pandemia do COVID-19, os atendimentos

em grupos foram suspensos, mantendo-se apenas consultas médicas para atualização da medicalização e atendimento a quadros de crise.

O Quadro 2 traz documentos que demonstram que o funcionamento da RAPS em Eunápolis apresentou uma particularidade em relação aos serviços previstos nos documentos do MS: a existência do Centro Especializado em Saúde Mental (CESM), que não faz parte dos serviços tradicionais da Rede de Atenção Psicossocial. Criado pelo Decreto Municipal Nº 4597/2013 (DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO, 2013), esse Centro visa atender pessoas com transtornos mentais leves e moderados. A criação do serviço ocorreu em decorrência da demanda reprimida para atendimentos haver se intensificado no período de 2013, o que contribuiria para o agravamento dos quadros de transtornos mentais. Uma vez que existia apenas quatro psicólogos para uma demanda populacional de mais de 100 mil habitantes (sendo, assim, insuficientes para atendimentos clínicos na Policlínica pelo SUS local, ou mesmo outros espaços de cuidado, pontos de atenção como Centros de Convivência), além de não haver cuidado regular preventivo em Saúde Mental nas UBS, conforme foi apontado nas entrevistas, criou-se esse serviço que funciona nos mesmos moldes dos CAPS, atendendo por demanda espontânea, encaminhamentos das UBS e equipe multiprofissional.

Observa-se que a existência do CESM significou uma oportunidade de ampliar o acesso aos cuidados em SM, reduzindo agravos, mas infere-se que, ao mesmo tempo, aponte para uma provável deficiência da RAPS local em seus diferentes pontos de atenção, sejam os especializados, ou os demais responsáveis pelo cuidado compartilhado, incluindo-se aqui os serviços de Atenção Básica nos territórios. Segundo Reis (2020), na ocasião que antecedeu o projeto Percursos Formativos da RAPS, antes de 2013, não havia no município o funcionamento em rede sistêmica, de cunho transdisciplinar, ou ações de Matriciamento, mas apenas raras interações pontuais. Sem o funcionamento em rede sistêmica, os serviços da SM tendem a tornar-se aquilo que se conhece popularmente como “CAPScômios”: em resumo, locais em que a segregação das pessoas com transtornos mentais continua acontecendo, pelo fato de o cuidado continuar sendo efetivado “intramuros” dos serviços da SM, sem o cuidado compartilhado com outros pontos de atenção nos territórios. A esse respeito, Severo (2009), em seu estudo, afirma que pode haver o desenvolvimento de dependência e cronificação dos pacientes e de dependência da própria rede em relação aos CAPS, quando os pacientes permanecem por um tempo ilimitado nas dependências dos serviços de SM. Decorre desse problema que os serviços de SM não conseguirão atender adequadamente à demanda que aumenta internamente, além de sofrer restrições quanto ao tempo para circular e articular com

outras equipes multiprofissionais de outros pontos de atenção da RAPS, afim de compartilhar o cuidado e reinserir os usuários nos territórios.

Ressalta-se que o CESM, segundo os documentos da Rede Intersetorial de Eunápolis (2019a; 2019b), apresentados no Quadro 2, já foi alvo de tentativas de fechamento, de mudanças de sede para Policlínica e do modo de funcionamento, sendo feitas as marcações dos atendimentos via Regulação, contrariando assim o seu documento de fundação. Destaca-se que tais iniciativas foram propostas sem consulta à sociedade civil e sem haver sido implementada nenhuma melhoria nos serviços e funcionamento da RAPS local. Tais tentativas não se concretizaram em vista da mobilização da Rede Intersetorial de Eunápolis, juntamente com a representação do Conselho Regional de Psicologia em Eunápolis (REDE INTERSETORIAL DE EUNÁPOLIS, 2019a, 2019b), que apresentaram a pauta ao Conselho Municipal de Saúde de Eunápolis (CMSE) (CMSE, 2019a, 2019b), visto tais mudanças virem a implicar na redução ainda maior do acesso à SM para a população local. O Termo de Homologação – Resolução CMS nº 016/ 2020 (PREFEITURA MUNICIPAL DE EUNÁPOLIS, 2020) que consta no Quadro 2, emitido pela Secretaria de Saúde, apoiando a decisão do CMSE, garantiu que o funcionamento do CESM permanecesse conforme o original.

No que diz respeito à dinâmica de funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial, levando em conta os problemas que vem afetando a continuidade no trabalho em rede, as informações ora analisadas foram colhidas nas entrevistas realizadas com os profissionais. Assim, conforme informado pelos participantes da pesquisa, a carga horária de trabalho semanal é de 40 horas para todos, com exceção dos assistentes sociais dos CAPS e dos que fizeram concurso público para 30 horas, sendo que os serviços participantes da Atenção Básica – UBS – tem horário de funcionamento das 07:00 às 12:00 horas, 14:00 às 17 horas e os serviços da Saúde Mental: CESM – 08:00 às 17 horas (antes da pandemia) e 7: 30 às 14:00 horas (na pandemia); os CAPS II, CAPS IA e CAPS AD - 08:00 às 17:00 horas, sem fechamento dos serviços em horário de almoço. Ademais, informam os participantes, que os atendimentos em grupos terapêuticos nos serviços de SM foram suspensos devido à pandemia do COVID-19. Nos casos de crise psiquiátrica dos usuários, o SAMU dá apoio efetivo, porém, o Hospital Regional não possui leitos psiquiátricos, o que tem levado muitos familiares a enviarem os pacientes para internação em clínicas fora da cidade. Além disso, o município também não possui hospital psiquiátrico, contando apenas com a presença de Comunidades Terapêuticas, na sua maioria com métodos de cuidado de fundo religioso evangélico. Há um abrigo/albergue/casa de passagem, denominado Acolher, para pessoas que desejem sair das

ruas, havendo uma demanda no município de pessoas com transtornos mentais em situação de rua.

No que concerne às equipes multiprofissionais dos serviços de SM de Eunápolis, observou-se que têm atuado com insuficiência tanto na mobilidade, como na interação dialógica nos territórios enquanto rede. Os dados coletados nas entrevistas denotaram que além de quadros incompletos, a comunicação interna de cada equipe, e entre equipes de SM, tem sido precária. O mesmo ocorre com as equipes e outros serviços, incluindo as Unidades Básicas de Saúde. As dificuldades de comunicação e integração entre equipes vão desde a carência de insumos, como de veículo institucional, às barreiras organizacionais. Estes resultados corroboraram com os achados de Moraes (2010), Jorge *et al.* (2014), Onocko - Campos *et al.* (2011), Pereira *et al.* (2018), Bonfim *et al.* (2013), Brasil (2014), Brasil (2011c), Reis (2020), que apontam dentre outros fatores abordados, a fragmentação da rede, dentre outros desafios para o Matriciamento como as dificuldades de comunicação entre equipes, profissionais e usuários.

A esse respeito, Campos (1999a), criador do Matriciamento, defende ser necessária a quebra de obstáculos organizacionais à comunicação entre equipe e usuários, para que o cuidado se efetive de modo corresponsabilizado. Sendo assim, os resultados sugerem que, ainda que a RAPS eunapolitana tenha serviços especializados em SM, o funcionamento acontece precarizadamente, via encaminhamentos, mesmo com os diálogos nas reuniões intersetoriais, nas quais a presença dos trabalhadores dos serviços de SM e da AB também se evidenciou escassa. Vale enfatizar as afirmações de Foy *et al.* (2010) e Tesser & Poli Neto (2017), que atribuíram à comunicação interprofissional o papel de principal fator associado à efetividade do cuidado compartilhado. E este, arrisca-se dizer que, compreende por sua vez, a essência do Apoio Matricial.

A Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde de Eunápolis possui, uma cobertura de 100% de Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) segundo informações do e-GESTOR/ SISAB - Base de dados de dezembro de 2020, fornecidas pela Prefeitura Municipal de Eunápolis (2021). Em outros termos, o município apresenta possibilidades de funcionamento da rede com alcance nas “pontas” em todo seu território. Além destes dados, também se reportou a existência de duas equipes NASF, fundamentais para articular ações em rede junto a AB, como preconizado pela Portaria GM N° 154, de 24/1/2008 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Porém, o funcionamento destas equipes locais sofreu diretamente os efeitos do *Previne Brasil* ao deixar sob responsabilidade do município a composição das equipes NASF-AB,

havendo a extinção de uma delas, segundo informação registrada em Ata da reunião da Rede Intersetorial de Eunápolis (2019c).

Contrapondo-se a essa lógica de desmantelamento de serviço, Bispo e Moreira (2017), Chakour e Santos (1997) e o Ministério da Saúde (2008) ressaltam papel dos NASF na ampliação do acesso dos usuários às redes, com a *praxis* de sua estratégia principal de articulação e cuidado (implementando o Apoio Matricial junto às ESF, nas UBS, nos territórios) e com os CAPS, CRAS, CREAS e Educação Permanente. Os autores também alertam para os prejuízos advindos da restrição do NASF, como a redução das ações de Educação Permanente que são sensibilizadoras dos profissionais para o Apoio Matricial.

A partir deste cenário, pode-se supor que a situação do NASF local é potencialmente prejudicial para o acesso ao cuidado tanto em SM, como a outros serviços, com grande perda para a população, visto o NASF ser parceiro das diversas Redes de Atenção em Saúde (RAS) no município e elemento fundamental para articulações em rede, nos territórios, para as ações de Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica, tal qual as demais políticas públicas do município estudado, constituindo-se como porta de diálogo intersetorial e interprofissional para melhorar o acesso dos cidadãos eunapolitanos aos serviços em geral.

Reuniões para Matriciamento entre equipes de Saúde Mental e Atenção Básica não foram relatadas como presentes no período de pesquisa, bem como não foram encontrados registros recentes em atas e documentos estudados sobre a ocorrência destas reuniões. As reuniões da Rede Intersetorial operam através do Matriciamento, porém, não se constatou em documentos estudados a criação de PTS, ou mesmo a participação de familiares e usuários na construção de caminhos do cuidado em Saúde Mental. Além disto, como citado, a presença de profissionais da SM e da AM mostrou-se restrita.

Tais dados podem denotar mais uma vez que a Saúde Mental/ RAPS eunapolitana funciona de modo fragmentado. Deste modo, no âmbito da SM, não há evidências de convergência com a prática dos princípios da “Clínica ampliada e compartilhada” (BRASIL, 2009; 2011b), ou a atuação da rede de apoio, sugerindo-se que, caso exista a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), estes não contam com a construção ampliada, compartilhada entre equipes da SM, AB e dos diversos participantes do intersetor, ou mesmo envolvendo os usuários, familiares em estímulo à sua autonomia, como construtores de seu próprio cuidado. Adiciona-se que, conforme a pesquisa bibliográfica sistemática realizada por Silva (2017), dentre as diversas modalidades de atividades matriciais em Saúde Mental, está a elaboração de PTS e o mapeamento de serviços/ equipamentos de apoio disponíveis na comunidade.

5.3 Análise dos alcances e desafios para o Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica no contexto eunapolitano – o que dizem os trabalhadores?

Após a descrição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no qual atuam os trabalhadores da Saúde Mental (SM) e Atenção Básica (AB), para fins de conhecimento acerca do contexto eunapolitano, dar-se-á sequência a apresentação e discussão dos resultados relativos à análise dos alcances e desafios para o Matriciamento entre SM e AB encontrados na Rede Municipal de Eunápolis, com base nas informações coletadas nas entrevistas.

As entrevistas foram realizadas após a aplicação dos questionários e o tempo de aplicação individual, o tempo médio parcial e o tempo médio geral dispendido para responder ao questionário e à entrevista estão apresentados na Tabela 3. Com base nesta Tabela pode-se observar que a duração das entrevistas de maior duração, em sua maioria, foram aquelas concedidas por sujeitos que tiveram contato direto ou indireto com a experiência do Projeto Percursos Formativos da RAPS (APÊNDICE E). Sugere-se que tal dado indique, por parte desses participantes, a presença de mais experiências e vivências acerca do fenômeno do Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica na sua experiência profissional, acarretando-lhes mais conhecimentos ou mais informações e, assim, permitindo-lhes discorrer por mais tempo e com mais propriedade sobre tais experiências.

TABELA 3 – DURAÇÃO DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO/ ENTREVISTA POR SUJEITO.

SUJEITOS	DURAÇÃO DA APLICAÇÃO QUESTIONÁRIO/ ENTREVISTA
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA (AB)	
GESTOR AB-1	1h15min.
GESTOR AB-2	2h05min.
NÍVEL SUPERIOR AB-1	1h20min.
NÍVEL SUPERIOR AB-2	1h54min.
NÍVEL TÉCNICO AB-1	1h03min.
NÍVEL TÉCNICO AB-2	0h50min.
MÉDIA PARCIAL (N=6)	1,41h
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS-AB)	
ACS 1- AB – ÁREA URBANA	2h02min.
ACS 2- AB – ÁREA URBANA	2h05min.
ACS 1- AB- ÁREA RURAL	1h20min.
ACS 2- AB- ÁREA RURAL	1h21min.

MÉDIA PARCIAL (N=4)	1,70h
PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL(SM)	
GESTOR SM-1	1h20min.
GESTOR SM-2	1h54min.
NÍVEL SUPERIOR SM-1	2h06min
NÍVEL SUPERIOR SM-2	1h54min.
NÍVEL TÉCNICO SM-1	2h05min.
NÍVEL TÉCNICO SM-2	1h40min.
MÉDIA PARCIAL (N=6)	1,83h
MÉDIA GERAL (N=16)	1,64h

Fonte: Elaborada pela autora com base nas Entrevistas transcritas (APÊNDICE E).

Conforme previsto, para realizar a análise dos dados das Entrevistas, utilizou-se o método da Análise de Conteúdo de Bardin (2006) e, deste modo, iniciou-se pela *pré-análise*, na qual a pesquisadora teve um primeiro contato e se familiarizou com o material coletado nas dezesseis entrevistas transcritas (APÊNDICE E), sistematizando as ideias iniciais e organizando-o para operacionalização. Na fase da *exploração do material*, foi feita a leitura exaustiva do conteúdo das entrevistas transcritas, possibilitando assim, didaticamente, a escolha do que seria a unidade de contexto. Para efeito da análise das unidades de registro⁷, utilizou-se como unidade de contexto, enunciados⁸ (trechos das entrevistas), que fazem referência a uma ou mais unidades de registro. Dez unidades de registro foram identificadas e “etiquetadas” (demarcadas) por cores nas respostas das entrevistas transcritas e dispostas em legenda para facilitar a identificação (APÊNDICE E), finalizando-se o *processo de codificação*, conforme Bardin (2006). A partir destas unidades de registro, foram definidas cinco categorias, dispostas no Quadro 3, cumprindo-se a etapa de *categorização*.

QUADRO 3 - UNIDADES DE REGISTRO E CATEGORIAS DE ANÁLISE DA ANÁLISE DE BARDIN

UNIDADES DE REGISTRO	CATEGORIAS DE ANÁLISE
1. Conceito de Matriciamento	1. Conceituação e conhecimento sobre Matriciamento
2. Frequência do Matriciamento	2. Experiências e frequência do Matriciamento
3. Experiência com o Matriciamento	3. Desafios e dificuldades relativos
4. Local/Fonte de conhecimento sobre	

⁷ Sinônimo de unidade de registro.

⁸ Termo utilizado por Bardin (2006) para se referir a frases com sentido completo.

<p>Matriciamento</p> <p>5. Dificuldades/desafios/fatores desfavoráveis ao Matriciamento</p> <p>6. Projeto Percursos Formativos da RAPS</p> <p>7. Percepção de mudanças/avanços obtidos/fatores favoráveis ao Matriciamento</p> <p>8. Não percepção de mudanças</p> <p>9. Recursos/estrutura para o Matriciamento</p> <p>10. Sugestões para melhorias em relação ao Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica</p>	<p>ao Matriciamento</p> <p>4. Avanços percebidos em relação ao Matriciamento</p> <p>5. Sugestões para melhorias no processo de Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica</p>
--	--

Fonte: Elaborado pela autora com base nos registros de entrevistas transcritas (APÊNDICE E).

Em seguida, efetuou-se a análise, relacionando-as ao aporte teórico da pesquisa documental e bibliográfica, norteado pela Saúde Mental (SM) e o Matriciamento e, conforme orientado por Bardin (2006), considerando-se uma análise reflexiva, crítica e intuitiva acerca dos alcances e desafios do Matriciamento entre SM e AB do município de Eunápolis. Os próximos tópicos receberam títulos que foram inspirados nas categorias de análise, e, como veremos, seus conteúdos revelam a existência de relações estreitas entre resultados e aporte teórico, ao longo do tratamento dos resultados, das inferências e da interpretação dos conteúdos que transitam entre passado e presente, prospectando um futuro possível.

5.3.1 Conceituando o Matriciamento – conhecimento, concepções e “não concepções”

A princípio, para analisar a Categoria *Conceituação e conhecimento sobre Matriciamento*, procurou-se compreender os aspectos que definem o Matriciamento, com base no conteúdo das respostas dos sujeitos entrevistados, sendo possível observar nas narrativas a presença de uma diversidade de concepções, como também, nas formas e fontes nas quais ocorreu o aprendizado sobre o fenômeno estudado, o Apoio Matricial.

Como visto, Campos (1999), ao elaborar o Matriciamento, apresenta-o conceitualmente como um arranjo inovador que estimula no dia-a-dia a produção de novos padrões de interação entre equipes e usuários, potencializando o compromisso e a quebra dos obstáculos da comunicação e organizacionais entre profissionais, para a produção de saúde. Deste modo, o criador do Apoio Matricial, assim como Silva (2017), atribuem ao Matriciamento uma

característica dinâmica e multiforme na sua concretização, uma vez que tem uma proposta horizontal inter e transdisciplinar. Pode-se observar que, a dinâmica reportada pelos autores, reflete-se nas concepções de Matriciamento observadas na diversidade dos sujeitos entrevistados, que vão da “não concepção” (desconhecimento) acerca do fenômeno, passando pela lembrança remota, o emprego do conceito baseado na sua prática do trabalho, até à busca do conceito formal para expressá-lo adequadamente:

“**Apoio Matricial é como?** (Pausa) O que é mesmo? (pausa) (o entrevistador explica o que é)”. (ACS 2 – AB – ÁREA URBANA)

“Ouvi falar em matriciamento **muito pouco** (...) não de matriciamento”. (ACS 2 - AB – ÁREA RURAL)

“(...) reuníamos para **discutir os casos da Saúde Mental com a Saúde Mental**, o NASF, quando teve aquele projeto (...)”. (NÍVEL TÉCNICO AB-1)

“(...) **é um modo de produzir saúde entre equipes**, pra criar propostas de intervenção, conforme o manual do Ministério da Saúde, com um trabalho em Rede (fala este trecho dizendo para esperar um pouco porque **está lendo o manual e anotações pessoais** porque tem que ficar “direitinho” na pesquisa)”. (NÍVEL SUPERIOR SM-2)

“Matriciamento é a **discussão dos casos em equipe multiprofissional.**” (NÍVEL SUPERIOR AB-1)

“Mas Matriciamento, o que é? **É ver o paciente de forma integral**, fortalecer o vínculo para que ele seja atendido integralmente.” (GESTOR SM-1)

É uma **proposta de produção de saúde que une equipes para produzir saúde à população de modo geral**. É um apoio para a Estratégia de Saúde da Família, pois à medida que a gente troca conhecimento com outros profissionais, automaticamente, produzimos saúde. É um processo de troca de conhecimento, de discussão de caso. Principalmente na questão de consulta compartilhada, principalmente com o NASF. Quando eu trabalhava na UBS “W”, em 2004, já fazia (...)”. (GESTOR AB-2)

“**Conheço teoricamente o matriciamento:** o que nossa técnica de enfermagem dizia (...)” (GESTOR SM-2)

Sugere-se que esta diversidade presente nos relatos aponta para um ambiente de trabalho diverso, em que habitam diferentes práticas, formações e níveis de experiência e conhecimentos. Observa-se também que as definições subjetivas apontam, na sua maioria, para elementos com sentidos comuns, como “reunir”, “reuníamos”, “entre equipes”, “equipe multiprofissional” “discussão”, “atendido integralmente”, “fortalecer vínculo”, “troca de conhecimento”, “apoio”, os quais denotam certamente o sentido coletivo, compartilhado, essencial à conceituação e prática da tecnologia social estudada. Infere-se refletirem também a existência de alguma experiência coletiva, por parte dos sujeitos participantes, no âmbito da RAPS, ainda que experimentadas em tempos e formas diferenciados. Tais diferenças, evidenciam o Matriciamento enquanto Práxis que reflete e acontece nos fazeres dos seus atores, como nos relatos citados, em consonância ao que reportam Oliveira e Campos (2015): o Apoio Matricial é “uma Práxis. Práxis e não somente uma tecnologia ou uma ferramenta. É um método dialético, uma constelação de conceitos que podem ser combinados de várias maneiras conforme o objetivo e a especificidade do caso” (OLIVEIRA; CAMPOS, 2015, p. 233).

Esta constelação de conceitos, reportada por Oliveira e Campos (2015) e afirmada por Silva (2017) e Reis (2019; 2020), é evidenciada também nos enunciados seguintes, onde são expressas as ações matriciais a partir da Práxis dos sujeitos, que incluem interconsulta, diálogos em equipe e entre equipes (intersetorialidade), fóruns intersetoriais dentre outros, convergindo também com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, conforme os *Cadernos de Atenção Básica*, n. 34. *Saúde Mental com Brasil* (2013), que apresentam a diversidade de ações matriciais. Estes relatos apontam também para a experimentação de sujeitos com estas ações:

“(...) houve os **fóruns intersetoriais** de SM no Colégio Modelo e na Maçonaria”. (NÍVEL SUPERIOR AB-2)
 “**Discutíamos** os casos, fazíamos interconsulta (...)”. (GESTOR AB-2)
 “Temos que **dialogar com todos os setores**”. (GESTOR AB-1)
 “**Reunimos** para estudar o fluxo da AB e do CESM, **os serviços de SM levantaram por bairros os usuários**, fazendo a territorialização para realizar visitas.”(GESTOR SM-1)

Outra questão relevante que envolve conceitos e ações matriciais, revelada pelos entrevistados da Saúde Mental e da Atenção Básica, como podemos observar nas falas abaixo, está na evidência da territorialização do cuidado na comunidade de pertença dos usuários, para a qual Tenório (2002) ressalta que a “regionalização da assistência, (...) é muito mais do que isso: o território não é o bairro de domicílio do sujeito, mas o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo”.

“(...) fizemos a **divisão dos territórios**, com o Projeto Retalhos (...), para matriciamento entre SM e Atenção Básica”. (GESTOR AB-2)
 “‘X’ (O ativador de redes) **vinha na UBS** para discutir. Acompanhar os casos”. (ACS 2- AB- ÁREA URBANA)
 “(...) **AB, CAPS II, PSF, SAE/ CTA etc. Sentaríamos com estas equipes** para dialogar com a equipe e saber o que cada equipe tem para oferecer para o paciente (...)”. (GESTOR SM-2)
 “Dialogamos com a enfermeira do bairro ‘S’, para cuidar das usuárias, do preventivo, também com o CRAS, o CREAS, no território.” (NÍVEL SUPERIOR SM-2)

Sendo assim, dentro desta complexidade que permeia o Apoio Matricial, pode-se notar que as experiências relatadas expressaram o caráter territorial e intersetorial do Matriciamento, como afirmado por Campos e Domitti (2007) e Brasil (2011a), em harmonia com os princípios da Reforma Psiquiátrica que incluem a intersetorialidade e a organização da atenção em SM em rede, de acordo com Amarante (1996, *apud* MORAIS, 2010). Acrescenta-se que, os profissionais da AB e SM entrevistados também apresentaram em seus enunciados, vivências cotidianas relativas ao Matriciamento que denotam o caráter de *trabalho vivo*, definido por Merhy (2002) e reportado por Quinderé *et al.* (2014), que “se constrói em ato (...) com base no trabalho (...) de cada trabalhador e equipe, mediante fluxos de conexões entre si, na busca do

cuidado em saúde (...).” (QUINDERÉ *et al.* 2014, p. 255), como ilustrado. Pode-se inferir que na interação entre sujeitos ocorrem as transformações subjetivas e coletivas, a produção de saúde e de conhecimento, conforme o relato abaixo:

“Havia um rapaz tatuador na minha área na época que eu olhava com medo, ele percebia e também reagia. Hoje a gente se olha, ele vê a gente do nosso lado e ele do lado dele e o contrário ao mesmo tempo. **A gente passou a entender o mundo dele, se colocar no lugar dele.** Depois daquele curso que vocês deram, entendi que ele riscava as paredes porque não tinha papel. A gente providenciou papel e lápis com a mãe dele, ela colocou uma mesa pra ele, e ele desenha. Hoje ele tá bem melhor. **Eu perdi o medo por causa do matriciamento**, porque antes a própria família falava que ele era violento, e a gente não sabia como lidar.” (ACS 1- AB ÁREA URBANA)

“Atualmente percebi que com as tentativas de matricular, mesmo sem perfeição, **conseguimos resolver situações** de tentativa de divórcio entre dois pacientes que são casados, fizemos várias visitas à família, na comunidade. **Conseguimos adquirir móveis** para a casa deles e sanar conflitos. **Dialogamos com** a enfermeira do bairro ‘S’, **para cuidar das usuárias**, do preventivo, também com o CRAS, o CREAS, no território.” (NÍVEL SUPERIOR SM-2)

“Tinha um caso na minha área mesmo, que a gente acompanhou, de um rapaz que usava droga, que até morreu depois por complicações, **(o matriciamento) ajudou muito na época.**” (ACS 2- AB ÁREA URBANA)

O conhecimento sobre Matriciamento e o *locus* de aprendizagem se mostraram diversos entre os sujeitos entrevistados, notando-se que na maioria dos enunciados não foi evidenciada a aquisição de informações através de cursos de formação/graduação, ou a mesma foi insuficiente. A aquisição deste conhecimento se deu por outras vias, que variaram da aprendizagem com colegas de trabalho, projetos ocorridos no município, como o Projeto Percursos Formativos da RAPS/ Projeto Engrenagens da Educação Permanente (PPF-RAPS/PEEP), experiências nas práticas cotidianas de trabalho, estudos em equipes, leituras em documentos do Ministério da Saúde, seja por parte dos gestores, ou das demais funções, como se pode observar:

“**Ouvi falar em matriciamento muito pouco no Curso de Serviço Social.** Há mais de 10 anos quando entrei na prefeitura, fiz um curso de SM, mas não lembro de matriciamento”. (ACS 2 - AB – ÁREA RURAL)

“**Não aprendi sobre isto na Faculdade.** Este tema é recente. **Foi em Embu das Artes** (refere-se ao PPF-RAPS/PEEP) que eu aprendi.” (GESTOR AB-2)

“Hoje se percebe a necessidade do “Matriciamento verdadeiro”. **A equipe não sabe como fazer. Por isso, retomamos os estudos.**” (GESTOR SM-1)

“(...) o que **nossa técnica de enfermagem dizia** é que um paciente precisa de vários serviços, como AB, CAPS II, PSF, SAE/ CTA etc. **Ela me falou como era.**” (GESTOR SM-2)

“(...) **Conheci quando era coordenadora da AB, quando o médico ia na UBS.**” (NÍVEL SUPERIOR SM-1)

“Ouvi falar **no trabalho, em reuniões com equipe NASF**, mas na faculdade não, nem em cursos.” (NÍVEL SUPERIOR AB-1)

“**Conheci na minha experiência**, quando eu estava na coordenação da SM, de 2007 a 2011.” (NÍVEL SUPERIOR SM-2)

“**Aprendi no CAPS mesmo**, sobre matriciamento, pois no curso técnico (...) nem toca neste assunto.” (NÍVEL TÉCNICO SM-2)

“**Não ouvi falar nisso.** Nem no curso técnico (...) nem nos 23 anos que estou na prefeitura” (NÍVEL TÉCNICO AB-2)

Ressalta-se que os discursos apontam também para o fato de que, a formação, seja em nível técnico, nível superior ou em demais níveis de escolaridade presentes, não ocorreram de modo suficiente a preparar os profissionais para o Apoio Matricial, para ações de cunho transdisciplinar, convergindo aos estudos de Reis (2019), Morais (2010) quando afirmam que a formação tradicional, de cuidado fragmentado, não contribui para este *modus operandi*, calcado na partilha do cuidado.

Infere-se assim que a análise da Categoria *Conceituação e conhecimento sobre Matriciamento* apresentou uma condição diversa, que aponta para a provável necessidade de desenvolver caminhos de aprendizagem, investimentos em Educação Permanente na temática pelo município estudado, de modo que continuamente, os profissionais de Saúde Mental e Atenção Básica consigam não somente firmar conceitos, mas uniformizar a práxis, não no sentido mecanicista da fala, mas no sentido de instrumentalizar minimamente para que se “fale uma mesma língua” e torne-se assim possível trabalhar em equipe e entre equipes, como preconiza o Matriciamento, harmonizando-se estas inferências com as recomendações de WHO e WONCA (2009), de propiciar aos profissionais conhecimentos para atuarem em rede e nos cuidados em Saúde Mental.

5.3.2 As experiências dos sujeitos – triangulações entre passado, presente e futuro sobre a frequência do fenômeno matricial

As experiências dos sujeitos que participaram do estudo em relação ao Matriciamento, bem como a frequência com que vivenciaram essas experiências, foram reportadas nos enunciados, que apresentaram nuances que envolvem presente, passado e prospectam, por vezes, um futuro sobre o Apoio Matricial no município em questão. Iniciou-se a análise da Categoria *Experiências e frequência do Matriciamento* observando-se que os profissionais, em sua maioria, tiveram alguma experiência com o Matriciamento, ainda que nem todas tenham ocorrido em Eunápolis, ou mesmo no tempo presente, como se pode constatar:

“Como gestora da Vigilância Sanitária, **onde trabalhei muito tempo**, conheço sim (faziam o matriciamento).” (GESTOR SM-1)

“Na prática no trabalho a gente faz, **realizei muito no trabalho com a AB**. Temos uma reunião mensal com as coordenações dos Programas e UBS, e todas as sextas reunimos aqui na AB.” (GESTOR AB-1)

“Quando eu trabalhava na UBS “W”, em 2004, **já fazia sem nem entender que isso era matriciar. Discutíamos os casos, fazíamos interconsulta, mas acho que NASF sabia, porque é papel deles também.**” (GESTOR AB-2)

“(…) **em Ipatinga-MG**. Tínhamos psicóloga e assistente social no posto de saúde. (...) O usuário não ficava solto no território, **era cuidado na UBS, onde tinham oficinas, matriciamento com SM** e outros cuidados.” (NÍVEL SUPERIOR SM-1)

“(…) **há anos atrás, conheci, reuníamos para discutir os casos da Saúde Mental com a Saúde Mental, o NASF**, quando **teve aquele projeto (PPF-RAPS/PEEP)**, mas não lembro com muitos detalhes.” (NÍVEL TÉCNICO AB-1)

“**Praticava algo parecido antes com a UBS, com os ACS**, mas informalmente, sem a inter-relação entre serviços da AB e SM. **Depois de Embu das Artes (PPF-RAPS/PEEP)**, passaram a reunir com as UBS Moisés Reis (NÍVEL TÉCNICO SM-1)

“**Depois do “curso” (PPF-RAPS/PEEP)**, das reuniões de matriciamento passei a ter uma visão que a gente não tinha. (...). **A gente discutia os casos, tinha ajuda das pessoas da SM.**” (ACS 1-AB ÁREA URBANA).

“Participei das ações de Matriciamento **naquela época, 2016 (PPF-RAPS/PEEP)**.” (ACS 2 AB – ÁREA URBANA).

Referenciais de experiências do passado prevalecem nos enunciados, sendo citadas ações em outras cidades, outro Estado, ou em gestões municipais anteriores às que estavam no poder no período de 2017-2020. Tais dados refletem a pesquisa realizada por Reis (2019), ao resgatarem a vivência do *Projeto Percursos Formativos da RAPS/ Projeto Engrenagens da Educação Permanente (PPF-RAPS/ PEEP)*, do Ministério da Saúde, ocorrido no período de 2013-2016, por meio do qual se deu início à implantação e ações de Apoio Matricial em Eunápolis, na Linha de Cuidado “Saúde Mental na Atenção Básica”, de modo bem-sucedido naquele tempo, como referem os relatos a seguir:

“**Depois do matriciamento a gente abriu a mente** para que havia casas que a gente não dava assistência porque não sabia como abordar. **A gente passou a cuidar** destas pessoas, **a olhar o ser humano das pessoas que tinha problemas de saúde mental**. Depois do “curso” (PPF-RAPS/peep), das reuniões de matriciamento passei a ter uma visão que a gente não tinha. O conhecimento veio daquela época. **Se não fosse aquela época eu seria leiga, não saberia nada. Foi uma experiência muito boa.** (...) Depois disso não teve outra experiência daquela. **Foi uma experiência muito boa.** (...) **A gente passou a ver essas pessoas (com transtorno mental) de outra forma, com mais carinho, acolher, como a gente vê uma pessoa normal.**” (ACS 1-AB ÁREA URBANA)

“(…), mas **a forma de ver a pessoa como pessoa normal ficou**. Havia medo, a gente não sabia como abordar. **A gente começou a tratar as pessoas como ser humano.** (...) **A gente passou a entender o mundo dele, se colocar no lugar dele.** Depois daquele curso que vocês deram, entendi que ele riscava as paredes porque não tinha papel.” (ACS 1-AB ÁREA URBANA)

“Não conhecia o matriciamento até ir para Embu das Artes (intercâmbio do Projeto Percursos Formativos da RAPS), em 2015. (...) haviam fóruns de SM no município, **serviços interligados e havia uma linguagem única entre os serviços**. Foi muito intenso em 2015, 2016, **me transformou** (...)” (NÍVEL TÉCNICO SM-1).

“Tinha um caso na minha área mesmo, que a gente acompanhou, de um rapaz que usava droga, (...), ajudou muito na época. Mas **a gente passou a cuidar mais de perto destes casos. Antes do matriciamento não era assim.**” (ACS 2-AB ÁREA URBANA)

Parece que antes **eu não ligava e depois passei a me preocupar em ajudar**. Houve mudança não só em mim, mas nos outros colegas **em ter um olhar diferenciado sobre esses assuntos de pessoas com problemas de Saúde Mental**. As duas áreas, SM e equipe **também passou a conversarem mais**, interagirem (...) (refere-se ao ano de 2016).” (ACS 2-AB ÁREA URBANA)

Como se pode perceber, sujeitos que vivenciaram a experiência do PPF-RAPS/ PEEP, na implantação do Matriciamento entre SM e AB, trouxeram em seus discursos o caráter transformador desta tecnologia social, tanto nos aspectos subjetivos como coletivos, na quebra de paradigmas cerceadores das pessoas com sofrimento psíquico intenso e transtornos mentais graves, além de capacitar para o cuidado compartilhado. Tais discursos afinam-se com as afirmações de Campos (1999), Campos & Domitti (2007), Brasil (2011a), Brasil (2004b), mostrando-se ser uma estratégia inovadora de produção de saúde, integrado ao cuidado extra-muros, em ações de intervenção pedagógico-terapêutica, promovendo mudanças positivas em que dele participa no cuidado em Saúde Mental.

A presença do “medo”, ou receio por parte dos profissionais em lidar com o universo da SM, reportada por REIS (2019), Brasil (2011c) e a quebra deste obstáculo mostrou-se presente nos discursos, sendo o PPF-RAPS/ PEEP um canal facilitador deste processo, ao implementar-se o Apoio Matricial, estendendo-se seus efeitos positivos até o presente. Também em consonância com Campos e Amaral (2007), pode-se observar nos enunciados, que esta forma de trabalhar implicou em mudança de visão do objeto de trabalho, considerando o diálogo de multiformes saberes para melhor compreender os usuários, seus potenciais, necessidades e processos de saúde e adoecimento. Em síntese, infere-se que os relatos enunciam a presença de experiência positiva e produtiva dos trabalhadores da SM e AB, nos territórios, naquela ocasião.

No entanto, ainda que seja uma tecnologia social que completa a “maioridade” - vinte e um anos completos em 2021 – e estando presente em documentos do MS que datam de 2003, quando foi proposto pela Coordenação da Saúde Mental e Coordenação de Gestão da AB do MS na Edição Circular Conjunta, N° 01/03 (BRASIL, 2004a), introduzido de modo específico na rede em 2008, com a criação dos NASF (BRASIL, 2008), o Apoio Matricial ainda se encontra pouco ou não experienciado por parte dos sujeitos entrevistados, como fica evidenciado nas seguintes falas:

“Não cheguei a participar porque sempre surgia algum empecilho.” (NÍVEL TÉCNICO SM-2)

“Nunca aconteceu o matriciamento entre SM e AB em 15 anos que estou como ACS, só se eu não fui informada.” (ACS 2-AB- ÁREA RURAL)

“Nunca tive nenhuma reunião da SM com a AB nos 10 anos em que atuo como ACS, para discutir casos.” (ACS 1-AB- ÁREA RURAL)

“Há diálogo na Equipe de Saúde da Família. Mas as ESFs são muito distantes da SM. **Tenho dez anos que estou na saúde e não vi isso acontecer.**” (NÍVEL SUPERIOR AB-2)

“Já ouvi falar do apoio matricial com equipes NASF, **mas não tive oportunidade porque não há mais NASF.**” (NÍVEL SUPERIOR AB-1)

“Não lembro de ter acontecido aqui o matriciamento. (...) A gente só aplica os remédios, a equipe do CAPS não reúne com a gente (...). É difícil pela distância aqui na zona rural.” (NÍVEL TÉCNICO AB-1)

“Não cheguei a conhecer o matriciamento. Se aconteceu, eu não participei, não fui convidada.” (NÍVEL TÉCNICO AB-2)

Nota-se que se trata, em parte, dos trabalhadores alocados na Área Rural do município. As UBSs localizadas na Zona Rural são UBS João Jacinto dos Santos (Mundo Novo); UBS Olímpia Gomes Leite (Gabiarra); UBS Íris Lopes (Roça do Povo); UBS Maravilha (Projeto Maravilha) e UBS João Nunes (Colônia), totalizando 8.968 usuários cadastrados em suas áreas de cobertura, correspondendo a 8, 21% do total de ativos na Atenção Básica. Elas se encontram distantes geograficamente dos demais serviços da rede, o que pode justificar parcialmente o fato de suas Equipes de Saúde da Família não vivenciarem a experiência do PPF-RAS/ PEEP e do Apoio Matricial. Contudo, além disto, aparecem nos discursos a precariedade na comunicação, de informação e de recursos, do que se infere a necessidade de planejamento em Saúde Mental, tanto no âmbito da Atenção Básica, como da Saúde Mental e dos demais pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial.

Tal falta de acesso a esta tecnologia social também pode decorrer da incompletude dos quadros na SM, e ao que tudo indica este fator se agrava em suas consequências devido ao modo de funcionamento dos CAPS estar restrito às ações *in locus*, intra-muros dos próprios serviços de Saúde Mental, denotando faltas na articulação com os territórios. Outro agravo diz respeito à sociabilidade na RAPS, que não deve ser circunscrita aos ambientes físicos dos serviços, conforme defende Severo (2009). Além de evitar a cronificação e dependência dos serviços substitutivos citados por Severo (2009), infere-se que ao articular e partilhar o cuidado nos territórios, alcança-se mais o objetivo de inclusão social dos usuários, já prejudicados por residirem longe dos Centros de Atenção Psicossocial. Em suma, os trabalhadores dos CAPS precisam circular nos territórios, estrategicamente, para articular nos mesmos, a inclusão social dos usuários, independente da gravidade de seus transtornos mentais. O fato de serem da Zona Rural, só reforça a necessidade de Matriciamento nos territórios e articulação com os pontos de atenção destas localidades, fazendo desta distância, estímulo e necessidade ainda maior para as ações de Apoio Matricial.

Ao tratar-se da *frequência* em que ocorrem as ações matriciais, é factível nos enunciados analisados que se encontram referidas ao tempo passado, em sua maioria, seja pelos profissionais da SM, ou pelos da Atenção Básica. Conforme ilustrado a seguir, é possível constatar que as próprias gestões de ambas áreas, remetem a inexistência presente do Matriciamento entre SM e AB, o que sugere mais uma vez, a necessidade imprescindível de planejamento para a retomada destas ações:

“(…) **Mas não envolvemos a SM. Com a SM não temos reunião regular**, só esporádicas. Por exemplo, estamos na campanha do Outubro Rosa, então envolvemos a SM, os usuários.” (GESTOR AB-1).

“O Matriciamento da SM com a AB tem certa dificuldade, **não estava acontecendo de forma alguma**. (...) Estamos tentando resgatar.” (GESTOR SM-1)

“Hoje, que eu saiba, **não acontece o Matriciamento entre Saúde Mental e AB.**” (GESTOR AB-2)

“Desde que estou no CAPS AD que tentaram fazer, **mas não acontece o matriciamento** (...). Eu e a técnica de enfermagem matriciávamos os casos com o CAPS II e o CAPS AD, **mas não entre setores.**” (GESTOR SM-2)

“**Em Eunápolis nunca participei, ou recebi alguma capacitação sobre matriciamento.**” “A sensação que tenho e que aqui a SM é sozinha, que ela é o patinho feio, que ninguém quer. **Nunca tivemos uma reunião, nem de matriciamento, nada.**” (NÍVEL SUPERIOR SM-1)

“**Não existe este matriciamento entre as duas áreas.** (...) **Hoje não tem mais matriciamento** e mesmo naquela época, era uma coisa mais ampla também, não em especial com a nossa UBS (...)” (NÍVEL SUPERIOR AB-2)

“**Nunca participei de uma reunião destas de matriciamento nos 23 anos** que estou na prefeitura.” (NÍVEL TÉCNICO AB-2)

“No dia a dia do trabalho a gente só escuta falar de SM quando acontece um surto, **não é algo de nosso cotidiano.**” (ACS 1-AB- ÁREA RURAL)

“Aqui no UBS “Z” **nunca foi feito reunião de matriciamento entre SM e AB.** Há muitos anos, **uns oito, sete anos**, vinha um psiquiatra dos CAPS para fazer consultas no posto, mas **ele não reunia com equipe de saúde da UBS.** Só fazia com que a gente corresse atrás das pessoas com problemas mentais. Depois parou. **Nunca aconteceu o matriciamento.**” (ACS 2-AB- ÁREA RURAL)

“Na minha experiência atual, (...) **não estamos fazendo matriciamento entre SM e AB.**” (NÍVEL SUPERIOR SM-2)

Em vista das atuais ameaças em Saúde Mental, este aspecto é agravante, pois uma RAPS disfuncional implica na carência de ações de prevenção em SM articuladas na AB e território, assim como no agravamento dos quadros clínicos já existentes, prevalecendo a retrógrada política de encaminhamentos e da medicalização, uma vez que não há outros modos de cuidado. Infere-se, portanto, que a ausência do Matriciamento no município denota a não ocorrência do trabalho em rede sistêmica, com atuação horizontal e comunitária. Esse fato contradiz o que é preconizado pelos documentos do Ministério da Saúde (2019b), por Brasil (2005), pelos Cadernos da Atenção Básica N° 34 e N° 39, dentre outros, que defendem que a AB deve desenvolver “Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos (...)” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019b, p. 1). Sem o funcionamento adequado da RAPS, o aumento de internações em clínicas, Comunidades Terapêuticas e hospitais psiquiátricos tendem a ser reforçados, uma vez que a comunidade e a família não foram preparadas, no sentido de fortalecer o cuidado preventivo e corresponsabilizado, articulado pela AB e SM do município. De fato, os enunciados remetem para além da ausência de práticas matriciais, a uma atuação tradicional, fragmentada, que aponta retrocessos, ao comparadas à experiência do PPF-RAPS/ PEEP, como demonstrado:

“O NASF só tinha fonoaudiólogo, nutricionista, fisioterapeuta e farmacêutica. **Os pacientes da Saúde Mental são cuidados por encaminhamento, com fichas de referência e contra-referência.** Nunca reunimos com a Saúde Mental. As famílias

destes pacientes **nos procuram pedindo apoio, mas é reduzido. A procura maior é dos pacientes atrás de psicotrópicos.**” (NÍVEL SUPERIOR AB-1- ÁREA URBANA)

“Estamos com equipe incompleta. Estamos sem psicóloga, mas com a pandemia, os pacientes diminuíram, então não estamos tendo grupos. **No momento estamos fazendo escuta, fazendo encaminhamentos.**” (GESTOR SM-2)

“O paciente **é encaminhado da Atenção Básica para a SM.** Reúno com a coordenadora da SM, quando precisa.” (GESTOR AB-1)

“**Já cansei de encaminhar pacientes com referência direitinho e não recebemos mais nenhuma informação.** A única coisa que sabemos é quando o paciente vem no posto **trocar a receita.** Muitas vezes nem o paciente vai na UBS, mas o familiar, para trocar a receita. Não ficamos sabendo de nada, só o que o paciente fala, e isso é raro, normalmente é a família que fala alguma coisa.”

“Mas hoje tem até dificuldade de tratar dos casos com os CAPS. A gente liga, mas não há retorno do que estão fazendo com o paciente etc.” (NÍVEL SUPERIOR AB-2)

“**A gente só aplica os remédios,** (...) eles só renovam a receita do paciente (o CAPS).” (NÍVEL TÉCNICO AB-1)

“Só uma vez o CAPS foi lá na Unidade e **para levar medicamento.** Tem dois anos que estou lá. **O CAPS deixa para a UBS dar o remédio aos pacientes,** assim não corre o risco de não dar a medicação.” (NÍVEL TÉCNICO AB-1)

“Existe muitas barreiras, uma burocracia pra acontecer reuniões e para o paciente **chegar a um especialista para poder ser cuidado!**” (ACS 2-AB – ÁREA URBANA)

“A coordenação da AB **a gente é cobrado do quantitativo de pessoas com problemas mentais.** Só isso. Não perguntam detalhes, **só querem saber quem toma remédio controlado e só no formulário.** Acho que está faltando atenção nisto, a querer dar e saber algo mais que não seja só remédio. Também não sabemos como tratar com estas pessoas e levar à família a informação.” (ACS2-AB – ÁREA RURAL)

Os enunciados dos sujeitos apresentaram, assim, evidências que corroboram para a afirmação de Moraes (2010), ao reforçar a questão da verticalização da rede, que a fragmenta e conduz para a manutenção da lógica dos encaminhamentos, hierarquizando os processos em Saúde. A medicalização é evidenciada como ponto central do cuidado em SM, no nível da Atenção Básica, vista como ponto de apoio para manutenção das receitas, notado em expressões como: “a gente só aplica os remédios”, “a UBS dar o remédio”, “só querem saber quem toma remédio controlado”, “vem no posto pra trocar receita”. Portanto, transparece nos referidos profissionais um pensamento/atuação em que ainda prevalece o aprendizado da formação tradicional, que os influencia a “transferir” os “usuários da SM” para os serviços especializados, os gestores e profissionais dos CAPS, que por sua vez, parecem manter-se atados ao mesmo sistema, não demonstrando ter consciência da existência da “potente parceira” que dispõem – a Atenção Básica no município em questão. Tal fato nos remete à defesa do posicionamento de Ximenes et al., (2009), Figueiredo e Onocko-Campos (2009) e Moraes (2010), ao concordarem que encaminhamentos realizados para especialistas em Saúde Mental poderiam ter recebido atendimento na Atenção Básica. Conforme evidenciado, parece faltar aos profissionais

entrevistados o preparo, o diálogo de diferentes saberes, a conexão transdisciplinar que certamente seria propiciada pelo Matriciamento.

Além da presença dos encaminhamentos, cita-se também nos discursos, o agravante da insuficiência de contra referências, da precariedade de *feedbacks* da atenção especializada à Atenção Básica, o que reduz ainda mais a resolutividade dos casos. Por fim, vale ressaltar que a ausência de psicólogos no NASF e em CAPS, apontada por alguns profissionais, apesar de negativa para o cuidado em SM, não justifica a carência do cuidado em SM compartilhado entre equipes, sendo que não é preciso “chegar a um especialista para poder ser cuidado” (ACS 2-AB – ÁREA URBANA). Esta menção reforça uma aparente existência de visão fragmentada e especialista do cuidado em Saúde Mental, isto é, a ideia de que os cuidados em Saúde Mental são de responsabilidade dos CAPS, ideia essa também constatada na pesquisa de Reis (2019),

Conclui-se que a análise da Categoria *Experiências e frequência do Matriciamento* apontaram para a ausência do Matriciamento na atualidade. De fato, observou-se, a partir das entrevistas, que há uma carência de articulação entre SM e AB, sendo tal articulação necessária para resgatar o Apoio Matricial para o cotidiano dos profissionais, de modo a operacionalizar o cuidado em rede, proporcionando experiências de cuidado compartilhado promissoras para profissionais e usuários, conforme defendem WHO e WONCA (2009). Ao contrário, ambos os seguimentos (profissionais e usuários) contam atualmente com um cenário fragmentado de atuação na RAPS local. Frente a esta condição, o futuro da RAPS local apresenta fragmentos de esperança, mediante alguns enunciados que remetem a tentativas de remontar o Apoio Matricial e o trabalho em rede, denotando a persistência de alguns profissionais da SM, ainda que diante de um contexto desafiador.

“Por isso, retomamos os estudos. (...) o Matriciamento, não conhecem. **Estamos tentando resgatar.**” (GESTOR SM-1)

““Atualmente percebi que com **as tentativas de matriciar, mesmo sem perfeição**, conseguimos resolver situações (...)” (NÍVEL SUPERIOR SM-2)

“Atualmente conversamos com algumas UBS, mas é lentamente, acanhado, mas faz.” (NÍVEL TÉCNICO SM-1)

“Em relação ao CRAS **estamos tentando matriciar** o caso desta paciente.” (GESTOR SM-2)

5.3.3 Avanços, mudanças, melhorias versus desafios, dificuldades, retrocessos, no Matriciamento – uma análise das percepções dos profissionais de SM e AB

A efetivação das práticas da *Clínica Ampliada* se move no encontro de adesões e de resistências, subjetivas, coletivas e culturais na dinâmica dos cuidados em Saúde Mental. A análise das Categorias *Desafios e dificuldades relativos ao Matriciamento* e *Avanços*

percebidos em relação ao Matriciamento corroboraram para a confirmação desta afirmativa, apresentando nos enunciados dos sujeitos de pesquisa diversos fatores que sinalizam a presença de desafios e de avanços para o Apoio Matricial entre Saúde Mental e Atenção Básica.

Iniciando-se pelos avanços pronunciados nos enunciados, que ilustram a Categoria *Avanços percebidos em relação ao Matriciamento*, pode-se dizer que os sujeitos participantes da pesquisa expressaram contribuições do Apoio Matricial à sua prática profissional. Estes destacaram a *mudança de paradigmas e atuação em relação a pessoas com transtornos mentais* como um dos aspectos de crescimento subjetivo, com reflexos na coletividade, facilitando o acolhimento, o acesso e a inclusão, como apresentado:

“Eu me **melhorei muito mais como profissional. Ampliou o meu cuidado com o usuário**, a forma de eu ver este cuidado, porque a gente identifica outras necessidades dele, de modo geral, como lazer, etc. não somente de saúde, mas de fazer ele ter acesso a outras áreas da comunidade. **Me deu uma visão mais ampla, mais integral** do usuário.” (NÍVEL TÉCNICO SM-1)

“Depois do matriciamento **a gente abriu a mente** para que havia casas que a gente não dava assistência porque não sabia como abordar. **A gente passou a cuidar** destas pessoas, **a olhar o ser humano das pessoas** que tinha problemas de saúde mental. (ACS 1 AB- ÁREA URBANA)

“Percebi (mudanças). **Principalmente a questão do medo, no tratar**. Mesmo hoje não tendo mais, **a forma de ver a pessoa como pessoa normal ficou**. (...) A gente começou a tratar as pessoas como ser humano. (...) **Hoje a gente se olha**, ele vê a gente do nosso lado e ele do lado dele e o contrário ao mesmo tempo. A gente passou a entender o mundo dele, se colocar no lugar dele.” (ACS 1-AB ÁREA URBANA)

“Depois do “curso” (PPF-RAPS/PEEP), das reuniões de matriciamento **passei a ter uma visão que a gente não tinha**.” (ACS 1 AB- ÁREA URBANA)

“Mudou sim. **O olhar nosso em relação a essas pessoas, os usuários**. (...) Após o matriciamento houve um atendimento com um olhar diferenciado. O usuário da saúde mental **passou a ser olhado como um todo, de modo integral**: sua alimentação, a vida familiar, tudo.” (ACS 2- AB- ÁREA URBANA)

“**A maneira de ver o paciente mudou, de como ajudar aquele paciente, com transtorno mental**. Parece que **antes eu não ligava e depois passei a me preocupar** em ajudar. **Houve mudança não só em mim, mas nos outros colegas** em ter um olhar diferenciado sobre esses assuntos de pessoas com problemas de Saúde Mental.” (ACS 2- AB URBANA)

Na descrição das entrevistas, denota-se o impacto que o Apoio Matricial, enquanto estratégia inovadora, fruto das demandas de cuidado da Reforma Psiquiátrica Brasileira, produz em seus participantes, alcançando suas subjetividades, sejam usuários ou trabalhadores. Amarante (1996) vai dizer que estas atuações implicam no reconhecimento de novos sujeitos, de novas possibilidades de subjetivação, e de novas possibilidades de reprodução social desses mesmos sujeitos. Sugere-se que o “abrir a mente”, “olhar o ser humano”, “ter um olhar diferenciado”, “ampliar o cuidado”, “mudar o olhar” dos ACS e demais profissionais das

equipes em relação aos usuários da SM, desafia o preconceito estrutural, a “psicofobia” presente na cultura, possibilitando um novo cuidar.

Em consonância com Campos (1999), infere-se que o Matriciamento produziu o efeito previsto nos trabalhadores de SM e AB pesquisados, ao romper com a lógica dominante e produzir novos padrões de interrelação entre os profissionais e usuários, ampliando assim, o compromisso em produzir saúde diante dos usuários em questão. Estas transformações convergem às ideias de Quinderé *et al.* (2014) e Onocko-Campos (2001) ao reportarem às diversas interlocuções que atravessam a RAPS, englobando, dentre outros, os aspectos subjetivos dos sujeitos participantes, trabalhadores e usuários do Sistema. Ressalta-se que, ainda que as referidas experiências matriciais estejam mais ligadas à experiência passada dos sujeitos, as entrevistas demonstraram que tais transformações subjetivas perduraram ao tempo presente.

Outro fator apontado pelos participantes da pesquisa como avanço propiciado pelo Apoio Matricial é a *ampliação do acesso e da resolutividade em saúde*. Os entrevistados indicaram que o Matriciamento proporcionou melhorias na assistência em rede, de modo geral, identificando que, a partir de uma visão mais integral das pessoas com transtornos mentais, foi possível ampliar caminhos e soluções, dando retaguarda às ESF, ampliando o acesso ao cuidado em outras demandas de saúde e gerando melhorias no atendimento. Além disso, também trouxe melhorias para a organização interna, em alguns aspectos, como o caso dos prontuários, facilitando o acesso a informações dos pacientes, como relatado nas falas:

“O paciente passava a **ter resolutividade no que ele estava precisando**, como cirurgias etc. e ele ficava feliz. A rede hoje já abraçou o paciente J., por exemplo, que tem anemia falciforme.” (GESTOR SM-2)

“O matriciamento é importante porque é preciso ter um bom fluxo da AB e não se perder o paciente, **para que ele tenha acesso ao atendimento que precisa.** (...) GESTOR AB-1

“Teve também **melhorias na solução dos casos**, como no caso do rapaz tatuador. Como a gente perdeu o medo, a gente passou a interagir mais com a pessoa e entendia mais a língua da pessoa. Antes a gente passava para a enfermeira.” (ACS 1-AB – ÁREA URBANA)

“Houve mudanças com paciente com pé diabético, hanseníase, tuberculose.” (NÍVEL SUPERIOR AB-1)

“(…) **conseguimos resolver situações** de tentativa de divórcio entre dois pacientes que são casados, fizemos várias visitas à família, na comunidade. Conseguimos adquirir móveis para a casa deles e sanar conflitos. Dialogamos com a enfermeira do bairro “S”, para cuidar das usuárias, do preventivo, também com o CRAS, o CREAS, no território. Fizemos uma visita a uma paciente em Embaré, matriciamos o caso dela com o CEO (odontologia) e com a AB, e estamos vendo como extrair os dentes dela, pois não tem como recuperar os dentes. **Isso ampliou o acesso da usuária, dando a retaguarda com a ESF dela**, que é na Colônia, na área rural. Melhorou a qualidade de vida dela.” (NÍVEL SUPERIOR SM-2)

“Como avanços (...) **a melhora dos sintomas dos transtornos**; melhor orientação do uso da medicação, com a farmacêutica do CAPS II; **fazendo o projeto terapêutico**

do paciente com a técnica de Enfermagem também (...).” (NÍVEL SUPERIOR SM-2)

A **reabilitação do paciente**, a evolução boa com o **apoio de outros profissionais**. (NÍVEL SUPERIOR AB-1)

A **melhora na assistência em saúde** aos pacientes (...) (GESTOR AB-2)

“**Com o matriciamento fazíamos as coisas acontecerem**. Havia resultado, a situação do paciente era resolvida, tínhamos um retorno.” (GESTOR SM-2)

“A **organização dos prontuários melhorou**, pois a pessoa que organizava foi motivada devido a necessidade de acesso às informações dos usuários pelas equipes.” (NÍVEL TÉCNICO SM-2)

Como reportado por Reis (2019), a ampliação do acesso foi identificada como avanço trazido pelo Matriciamento, na pesquisa referente aos anos de 2013-2017 no município estudado, o que é confirmado pelas falas dos entrevistados atualmente, quando se referem ao passado, ou a momentos isolados quando praticado o Matriciamento. A citada articulação para construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS) da paciente de Embaré é, em concordância com Silva (2017), uma modalidade de ação matricial em SM, que, como no caso relatado, possibilitará concretizar esta ampliação do cuidado, que trará à usuária o acesso à assistência dentro de suas necessidades, como apontado no relato: cirurgias, tratamento odontológico, considerando sua integralidade, não a restringindo o cuidado e a pessoa apenas à “doença mental” e às medicações psiquiátricas.

O trabalho dos CAPS nos territórios amplia este acesso, como notado no caso da experiência bem sucedido da paciente da localidade de Embaré, residente da área rural, com dificuldades pela distância, de difícil acesso aos serviços da Atenção Básica. Convergindo a este caso reportado, nota-se que Franco (2008) e Reis (2019) ressaltam, em outras palavras, que a humanização dos serviços envolve também a articulação no território, em rede, para que a AB e a SM possam atender às demandas dos clientes. Além disto, um acesso ampliado para os usuários da SM envolve também o exercício de sua cidadania e o cumprimento dos seus direitos em Saúde, como referido por Amarante (1996), ao afirmar que este exercício denota uma nova concepção destes sujeitos, como sujeitos de direito e de novos direitos para estes sujeitos, fortalecendo assim suas subjetividades e melhorando sua qualidade de vida, como relatado nas falas. Sugere-se que esta condição, porém, mostra-se exercitada no município em casos pontuais, como o citado, uma vez que o Matriciamento entre SM e AB não é algo do cotidiano das equipes pesquisadas. fato que alerta para a necessidade de ampliar as ações matriciais nos territórios.

O fortalecimento de vínculos entre equipe e usuários/familiares aparece nos enunciados, ora direta, ora indiretamente, denotando um dos acontecimentos positivos referidos aos Matriciamento entre SM e AB. Em relação ao vínculo, os entrevistados o apresentaram como

algo, por vezes, de maior importância, além da sua dupla importância, tanto no sentido das relações com os usuários e familiares, como entre SM e AB e outros serviços da rede, aqui demonstrado:

“O vínculo com a pessoa com o transtorno se tornou como de uma pessoa normal. Antes eles tinham mais medo da gente que a gente deles. Quando tinha que levar algum remédio, a gente ia. Antes tinha que ir a polícia e a ambulância. O medo deles aumentava. Até a vergonha da família pela presença da polícia acabou. Isso pra mim era até uma forma de violência. **Hoje a melhoria permanece. Agora não existe mais isso, polícia aqui.**” (ACS 1-AB – ÁREA URBANA)

“(…) ajudou muito na época. Mas **a gente passou a cuidar mais de perto** destes casos. Antes do matriciamento não era assim.” (ACS 2-AB ÁREA URBANA)

“Eu percebi sim, mudanças, pois ouvimos relatos interessantes. **O principal é a questão do vínculo.**” (GESTOR AB-2)

“eu gostei muito do **apoio que eles deram à família.** (...). Naquela época houve um suporte dos psicólogos dos CAPS, para as famílias. **As ESF faziam a ponte entre família e CAPS,** mas também foi muito pouco. Deveria existir mais. Quando tinha NASF era excelente, porque **faziam acompanhamento, suporte bom.** Essa semana a psicóloga do NASF foi acompanhar um paciente adolescente de diabetes e foi tão bom.” (NÍVEL SUPERIOR AB-2)

“Houve também maior **entrosamento com os pacientes e entre equipes,** mas do NASF e ESF.” (NÍVEL SUPERIOR AB-1)

“Com o diálogo, a ação do Preventivo com as mulheres dos CAPS, **o vínculo, através das nossas visitas nas UBS,** tem melhorado. Nas ações do Outubro Rosa as UBS foram para os CAPS, para **sensibilizar as equipes.**” (GESTOR SM-1)

“Quando acontecia o matriciamento, **o aumento do vínculo entre equipes.**” (GESTOR AB-2)

“Como avanços, o **fortalecimento do vínculo com os usuários e a família** dos usuários.” (NÍVEL SUPERIOR SM-2)

Em consonância com as falas dos sujeitos, no que concerne à relação entre serviços, o documento *Edição Circular Conjunta N° 01/03, denominada Saúde Mental na Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários – Inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica* (BRASIL, 2004a) evidencia esta relevância, apontando a palavra em seu título. Nos relatos, observa-se a circulação, a mobilidade geográfica, onde sujeitos referem visitas da SM à AB, e também a mobilidade simbólica, de colocar-se no lugar deste “outro” – a pessoa com transtornos mentais - tão estigmatizado, como fruto do Matriciamento. As visitas também visavam a sensibilização das ESF, uma vez que não sendo cotidiana esta interação, não há como fortalecer os vínculos e ressaltar a sua importância. Tais mobilidades e interações são citadas direta e indiretamente no documento referido, onde o vínculo se faz de fato necessário, enquanto fator inclusivo para o cuidado nos territórios, partilhado pela SM, AB e outros setores.

Nas falas, além do vínculo entre profissionais e usuários e entre equipes que compartilham o cuidado, também há uma terceira modalidade de vínculo, sutilmente apresentada, mas fundamental para que este avanço trazido pelo Matriciamento volte a ser fortalecido: o vínculo com o território. O sentimento de pertença do usuário a sua comunidade, dos profissionais ali atuantes na AB, e dos profissionais dos CAPS, que articulam neste *locus*

com os diferentes pontos de atenção da RAPS, é essencial para que o Matriciamento se mantenha e vice-versa. Evidencia-se que o “cuidar mais de perto”, o “entrosamento”, a “ponte entre família e CAPS” feita pelas ESFs presente na narrativa, se processa nos territórios, uma vez que a construção de vínculos vem pela cooperação e solidariedade entre as equipes de trabalho e os diferentes níveis de gestão no *locus*, de vida, do cuidado na comunidade. É nele que o Matriciamento e suas ações promovem a inclusão, que ocorre o “trabalho vivo”, como já destacado por Mehry (2002). As Redes de Atenção em Saúde (RAS), iniciadas pela Portaria Nº 4.279/ 2010 (BRASIL, 2010), em harmonia com a Portaria 3.088/ 2011 (BRASIL, 2011b) integram em si as três modalidades de vínculos, que de forma sistêmica e articulada, unem o apoio técnico, logístico e de gestão nos territórios, no intuito de evitar a fragmentação do cuidado.

O Matriciamento também *facilita a regularidade de reuniões da equipe e entre equipes*, como pode ser observado nas entrevistas. Os enunciados revelaram o quanto os encontros, reuniões entre a equipe são importantes, reuniões motivadas pelo Matriciamento e outras demandas, como administrativas, de grupos de estudos, porém, nem sempre entre a SM e a AB. Mais uma vez, as reuniões para discussão dos casos entre ESF e SM, enquanto ação matricial, foram mencionadas referindo-se à época do Projeto Percursos formativos da RAPS. No tempo presente, acontecem apenas “intra-setorialmente”, sendo que segundo gestor da AB, sem previsão para ocorrer com o setor da SM, e as reuniões da SM, segundo gestor da área, são de cunho preparatório, através de estudos, ou com fins administrativos, como visto a seguir.

“(…) é o acompanhamento sistemático das unidades, **com o apoio matricial**. É rotina nossa. **No caso, entre os serviços da AB. Não tem previsão com a SM.**” (GESTOR AB-1)

“(…) passaram a reunir com as UBS Moisés Reis para discutir casos, haviam fóruns de SM no município (refere-se ao PPF-RAPS/PEEP).” (NÍVEL TÉCNICO SM-1)

“Visito os serviços semanalmente e reúno uma vez por mês. As reuniões quinzenais são alternadas em estudos e questões administrativas.” (GESTOR SM-1)

Ressalta-se que três dos gestores entrevistados, em vigência no período de pesquisa, estavam há menos de seis meses na função, sendo que um deles nunca havia trabalhado na área de SM, o que se supõe demandar maior engajamento nas ações e reuniões com a equipe de trabalho.

O cenário dos discursos converge aos escritos de Emerich; Yasui; Barros (2018) ao afirmarem que “O paradigma da Atenção Psicossocial busca (...) produzir compreensões e (...) práticas que levem em conta a complexidade do sofrimento psíquico, sua multideterminação, as inúmeras interações (...)” (EMERICH; YASUI; BARROS, 2018, p. 69). O matriciamento, frente a esta complexidade, ao promover estas interações, no encontro de diferentes atores,

propicia respostas através de reuniões e diálogos interprofissionais, Educação Permanente, reuniões de discussão de casos, dentre outros, como trazido nas entrevistas. Deste modo, sugere-se que é perceptível nos discursos a importância de reuniões de equipes, do Matriciamento como facilitador destas interações para os entrevistados, porém, não é evidenciado pelos gestores algum planejamento prioritário para reunir intersetorialmente, ainda que haja intenções. Tal situação é preocupante, uma vez que cabe, principalmente à gestão, desenvolver planejamentos.

Além dos pontos já citados, os sujeitos também referiram que o Apoio Matricial *facilita o cuidado e ações compartilhados*. São citados momentos recentes de cuidado compartilhado que frutificaram de ações pontuais de Matriciamento, ainda que posta como “não exatamente como deveria haver”, como na *Campanha do Setembro Amarelo* em 2020, (preventiva ao suicídio) na qual SM e AB interagiram de modo produtivo na comunidade. Também interações com a equipe NASF, antes da redução causada pelo *Previne Brasil*, como já referido, desfalcando o suporte já deficitário em vista da crescente demanda de ações matriciais nos territórios. A sensação de apoio pelas ações do Matriciamento na AB é reportada com expressões como “realmente me sentia apoiado”, “a evolução boa (dos casos)”, que o matriciamento trouxe, “ele aliviou o peso”, apontam para a aprovação dos próprios profissionais para o meio de produzir saúde para a própria equipe, do que se infere contribuir para um melhor clima organizacional, maior resolutividade e melhor qualidade de vida no trabalho, como sugerido nas falas:

“Discutíamos os casos, fazíamos **interconsulta** (PPF-RAPS/ PEEP).” (GESTOR AB-2)

“Ele possibilita a **clínica compartilhada**.” (NÍVEL SUPERIOR SM-2)

“No Setembro Amarelo, a campanha contra o suicídio, houve uma diferença sim, mas foi tudo muito sutil, **houve o Matriciamento, mas não exatamente como deveria haver**. Percebi a mudança, **a abertura dos CAPS para com a AB, mas muito sutil da parte da AB para os CAPS**.” (GESTOR SM-1)

“(…) e entender **que o outro que está em outro setor, é parte da equipe também**.

(…) “A SM ficava em sua caixinha, assim como outros setores. Tudo funcionava separadinho. **Com o matriciamento a gente percebe a corresponsabilidade**. Não são pacientes do CAPS, da AB. **Mas são pacientes nossos**, e o que diz respeito a eles, diz respeito a todos, como por exemplo, na troca de receitas, que fazíamos automaticamente, sem saber do que se tratava, nem detalhes sobre o caso.” (GESTOR AB-2)

“(…) o paciente é recebido e atendido **pelos serviços que ele precisa**, como os do PSF, do dentista, do CEO.” (GESTOR SM-2)

“Mas a integralidade, a **integração dos setores a continuidade do serviço** são resultados (do matriciamento).” (GESTOR AB-1)

“(…) a **evolução boa** (dos casos) com o **apoio de outros profissionais**. Não estava trabalhando sozinho, **realmente me sentia apoiado**. (refere-se à equipe NASF)” (NÍVEL SUPERIOR AB-1)

“Como pontos positivos na minha prática profissional que **o matriciamento trouxe, ele aliviou o peso**, porque referenciamos o usuário também para o território. Aliviou

porque houve um **compartilhar do cuidado do usuário.**” (NÍVEL TÉCNICO SM-1)
 “Só em 2016 **houve os fóruns intersetoriais de SM** no Colégio Modelo e na Maçonaria.” (NÍVEL SUPERIOR AB-2)

Também foi observado que o cuidado compartilhado ocorreu sob diversas formas matriciais de ação, como fóruns intersetoriais, consultas compartilhadas/clínica ampliada, com a apropriação dos usuários como “pacientes nossos”, com uma SM e AB “fora das caixinhas”, do que se infere reforçar a consciência profissional sobre uma atuação transdisciplinar. intervenção pedagógico-terapêutica transdisciplinar e intersetorial. Este cuidado compartilhado propiciado pelo Apoio Matricial demonstra através dos discursos o teor pedagógico-terapêutico transdisciplinar e intersetorial previsto em Brasil (2004a).

Revisitando o conceito de transdisciplinaridade trazido por Almeida Filho (1997) e Pires (1998), não se pode constatar que as interações retratadas foram operacionalizadas deste modo, visto ser uma prática complexa, que requer mudanças do paradigma tradicional “medicocentrado”, para o qual os profissionais, de modo geral, não tiveram preparo nas suas formações, seja em nível técnico ou superior. Porém, sugere-se esses profissionais propunham a caminhar neste sentido, ressaltando-se que, como abordaram Mehry (2002), Melo et al. (2016), Reis (2019), a proposta inter/transdisciplinar do Matriciamento constitui-se em desafio no dia-a-dia de trabalho dos profissionais de Saúde. Infere-se, portanto que, trabalhar transdisciplinarmente requer um processo de aprendizagens cotidianas, o que não tem ocorrido no tempo presente, de acordo com os participantes entrevistados.

Sendo assim, ao se reportar ao passado, às vivências do PPPF-RAPS/PEEP, na fala “Com o matriciamento a gente percebe a corresponsabilidade. Não são pacientes do CAPS, da AB. Mas são pacientes nossos”, bem como pela experiencição dos fóruns intersetoriais (FISM), que são “(...) práticas em saúde de caráter democrático (...)” (OLIVEIRA E CAMPOS, 2015, p. 233, 234), caracterizadas pelo exercício de ampla escuta e dialogicidade intersetorial (REIS, 2019; 2020), pode-se compreender que houve referências na vivência de alguns sujeitos participantes, havendo nos demais relatos a possibilidade de tentativas no âmbito da transdisciplinaridade.

Outra menção promissora ao Apoio Matricial feita pelos entrevistados foi a expressão de que ele é uma tecnologia social que *facilita a territorialização do cuidado entre SM e AB*, uma vez que, como já pronunciado, ele ocorre nos territórios. No sentido dinâmico de território, e no sentido geográfico, observou-se no passado (2013-2016) uma dinâmica orquestrada pelo Matriciamento no sentido de divisão do território por áreas geográficas e de atuação dialética,

dialógica direta nestes *loci*, conforme pesquisa desenvolvida por Reis (2019), e afirmada nos relatos sobre a experiência. Atualmente, não foram referidos planejamentos para articulações territoriais mais amplas entre SM e AB, como já apontado na discussão sobre *facilitar a regularidade de reuniões da equipe e entre equipes*, bem como nos relatos que se sequeem:

“Quando eu fui para a gestão, sentei com o pessoal da SM com o ativador de redes do PEEP e **fizemos a divisão dos territórios**, com o Projeto Retalhos, fruto do intercâmbio (Projeto Percursos Formativos da RAPS – PPF-RAPS), **para matriciamento entre SM e Atenção Básica**”. (GESTOR AB-2)

"Sentávamos **muitas vezes com os ACS para saber sobre o paciente no território.**" (GESTOR SM-2)

“Antes o doente mental era da SM, não da AB, depois a AB passou a **compreender que o usuário era do território.**” (NÍVEL TÉCNICO SM-1)

Ainda assim, como anteriormente citado, observa-se que a Atenção Básica dispõe de uma divisão territorial de atuação interna de suas equipes (PREFEITURA MUNICIPAL DE EUNÁPOLIS, 2021), do que se sugere favorecer as ações matriciais futuras, de modo mais estratégico e mais resolutivo, em rede, adequado a cada território, como em tempos pregressos. Outro fator que se observa nos relatos é de que há pessoas que integram a gestão que também atuaram na assistência, em nível operacional, o que supõem-se facilitar novas articulações, tanto pelos saberes adquiridos na atuação nos territórios, como pela experiência anterior bem sucedida com o Apoio Matricial entre Saúde Mental e Atenção Básica.

Santos *et. al.* (2007) e Tenório (2002) referem, em outras palavras que a quebra de estigmas sobre as pessoas com transtornos mentais é necessária, a qual parte de um olhar que considere as subjetividades destes sujeitos, a partir do que se infere ser essencial que este processo de mudanças se processe no âmbito da comunidade de pertença e convivência dos usuários: os territórios. Deste modo, supõe-se que territorializar implica em resgatar identidades, fortalecer autonomia e vínculos positivos para a autoestima e melhorias nas relações sociais destas pessoas.

A formação complementar, formal ou informal, mais uma vez se mostra relevante, sendo o Matriciamento referido por profissionais participantes como estratégia que *promove a troca de conhecimentos e o estudo em equipe*. Os enunciados trazidos pelas entrevistas dos profissionais de SM e AB convergem com os estudos de Amaral *et al.* (2018); Moraes & Tanaka (2012); Reis (2019); Tenório (2012); COREN (2019); Lemes *et al.* (2016); Bispo & Moreira, (2017); Braga & Mota (2014), e indicam, em suma, o Apoio Matricial como desencadeador de troca e produção de saberes que gera saúde, apoio/ suporte técnico, crescimento profissional, educação permanente, desafiando as “velhas formas de pensar” os sujeitos e atuar nas práticas de saúde. Tais iniciativas, ligadas a estas trocas, demonstram estar presentes no contexto atual,

ainda que pontualmente, e nas experiências pregressas positivas da implantação do Matriciamento em Eunápolis, como visto a seguir:

“Havia uma **troca de conhecimentos entre equipes.**” (GESTOR AB-2)
 “(...) pois à medida que a gente **troca conhecimento com outros profissionais**, automaticamente, **produzimos saúde.** (GESTOR AB-2)
 Naquela época **acabamos ficando mais por dentro do assunto**, tínhamos um apoio maior, tínhamos um retorno bom, (...). Na época **havia um suporte maior para discutir os casos** e com os familiares. NÍVEL SUPERIOR AB-2
Crescimento dos profissionais, no modo **de conhecer e cuidar do sujeito compartilhadamente** (GESTOR AB-2)
 Hoje se percebe a necessidade do “Matriciamento verdadeiro”. A equipe não sabe como fazer. Por isso, **retomamos os estudos.**” (GESTOR SM-1)
“Começamos a estudar as Portarias. Temos a prática, mas não temos a teoria.” (GESTOR SM-2)

As expressões “retorno bom”, “suporte maior”, troca de conhecimentos entre equipes e profissionais presente nos discursos como avanços propiciados pelo Matriciamento fazem pensar mais uma vez que a retaguarda, o cunho pedagógico das ações matriciais são produtoras de “nutrientes” que alimentam os vínculos, a qualidade do cuidado de si e do outro, mediante a complexidade da rede e dos sujeitos com transtornos mentais. É estimulante para o contexto local esta percepção dos trabalhadores de SM e AB pesquisados, demonstrando abertura, uma vez que em tempos de ameaças a retrocessos em SM no Brasil, como postos em materialidades elencadas na pesquisa documental, a exemplo da Nota Técnica N° 11/2019 do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019a), a importância destas trocas profissionais amplia a possibilidade de produzir unidade, união e resultados mais efetivos para práticas democráticas em Saúde Coletiva.

Estas trocas solidárias trazidas nos discursos, convergem com as propostas da Política de Humanização do SUS, da *Clínica Ampliada*, (BRASIL, 2017b), que engloba o Apoio Matricial, e, segundo Campos (1999a), idealizador do Matriciamento, se processa no “entre” seus atores, possibilitando um processo de produção coparticipativa de saúde mais fundamentado e resolutivo para seus principais clientes: as pessoas com transtornos mentais, não somente graves, mas leves e moderados, em geral. Convergem também com as afirmações de Campos *et al.* (2017), no que diz respeito a estas interações acrescerem a ressignificação dos sujeitos, suas falas, corresponsabilizando o cuidado, e da afirmação de Merhy (2002, *apud* MELO *et al.*, 2016), em outras palavras, ao afirmar que estas trocas ocorrem no “aqui e agora” das interações dos profissionais.

Outro sentido expresso através das verbalizações dos profissionais participantes da pesquisa consistiu na proposição de que o Apoio Matricial *promove o alinhamento da comunicação e ampliação do diálogo entre setores.* Frente às colocações postas até o presente

momento, observa-se a comunicação como elemento fundamental no processo de matriciar, no qual “falar uma mesma língua” é resultado do processo dialógico, de trocas e de uniformidade mínima de conhecimentos sobre o fenômeno, a práxis que é o Apoio Matricial. Considerado como relevante, o diálogo nas equipes e entre equipes é mencionado nos diálogos a seguir, onde o ato de matriciar produz interligação entre os serviços, gerando coerência e unidade no cuidado intersetorial, expresso pela expressão “língua única”, o que produz melhorias na comunicação de modo ampliado, além de ampliar o diálogo paciente/ equipes/ comunidade.

“(...) passaram a reunir (...) **serviços interligados e havia uma linguagem única** entre os serviços.” (NÍVEL TÉCNICO SM-1)

“(...) vimos a mudança **trazendo melhorias** para o nosso paciente. **Quando a rede fala a mesma língua**, GESTOR SM-2

“(...) a **comunicação do serviço de SM melhorou com a Atenção Básica.**” (NÍVEL TÉCNICO SM-1)

“Temos que **dialogar com todos os setores**. Chamamos todos os setores, com agenda programada.” (GESTOR AB-1)

“Mas na época do “J” (UBS) (refere-se ao período de 2016), **as equipes conversavam sobre os casos** e acho que isso ajudava tanto a equipe da AB, como a da Saúde Mental.” (NÍVEL TÉCNICO AB-1)

“As duas áreas, SM e equipe (ESF-UBS) **também passou a conversarem mais, interagirem**, mas isso acabou depois daquela época (refere-se ao ano de 2016).” (ACS 2- AB URBANA)

Observa-se nas falas que este alinhamento de discurso e ampliação da comunicação gerado pelo Apoio Matricial também foi referido à vivência do passado, reforçando mais uma vez a “marca poderosa na pele” dos profissionais que presenciaram a experiência do PPF-RAPS/ PEEP, no período 2013-2016 (REIS, 2019;2020). Convergindo a estes discursos, o Programa de Saúde da família (2000) prevê para os profissionais das ESF uma prática baseada na interdisciplinaridade, com nova abordagem não centrada no “biologicismo” médico e que possa produzir uma comunicação horizontal e continuada entre os componentes de uma equipe, que possa questionar as certezas profissionais. Sugere-se então que, tal intenção implica na possibilidade de alinhar discursos, sem robotizá-los, estagná-los ou fragmentá-los, uma vez que não prevalece um saber específico na construção do cuidado proposto pelo Matriciamento.

Deste modo, pode-se dizer que, ter “uma linguagem única” promove construções compartilhadas, na medida em que desfragmenta o cuidado e considera a integralidade dos sujeitos e dos seus cuidadores, bem como possibilita a intenção partilhada das equipes em uma direção única de produzir saúde intersetorialmente e transdisciplinarmente. A ampliação do diálogo segue, então, um curso natural como consequência desta continuidade dialógica, que se evidencia na fala da ACS, na qual “As duas áreas, SM e equipe (ESF-UBS) também passou a conversarem mais, interagirem”, sendo finalizado este estilo de mover comunicacional, supostamente, à medida que mudam-se “as peças do tabuleiro” - seus atores, ou se “mudam as

regras” do modo de trabalhar entre equipes, ao descontinuar o processo de Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica no município.

Melhorias no acolhimento e abordagem de pessoas com transtornos mentais foi um avanço apontado nos conteúdos das entrevistas, nos quais os sujeitos reportam impactos positivos no cuidado das pessoas com transtornos mentais, evidenciando uma provável mudança de paradigma dos sujeitos participantes frente a Saúde Mental. Compreende-se que *acolhimento* não se trata apenas um serviço de recepção de pessoas, mas de inclusão, o qual se reflete nos fazeres profissionais ocorridos na presença e na ausência física de quem é cuidado. Sugere-se que a palavra “abraçar” denota mais claramente o sentido do acolhimento, que reflete um sentido ampliado do outro enquanto pessoa, com subjetividades e direitos. Desta atitude/ação depende o modo da abordagem e a continuidade do cuidar. As falas que se seguem demonstram a corresponsabilização do cuidado que resulta do acolhimento genuíno, evidenciando a mudança de paradigmas na atuação e na visão do outro, seja “o louco”, ou aquele que sofre psiquicamente:

“Depois do matriciamento (...). **A gente passou a cuidar destas pessoas**, a olhar o ser humano das pessoas que tinha problemas de saúde mental.” (ACS 1-AB ÁREA URBANA)

“(o usuário passou) a **ter um acolhimento normal**, de um usuário comum do serviço.” (NÍVEL TÉCNICO SM-1)

“Podíamos **ter um olhar voltado para o usuário** e toda a equipe precisava acolher o usuário.” (ACS 2- AB- ÁREA URBANA)

“Uma das coisas positivas foi **a busca dos usuários para continuarem o tratamento**, a busca dos usuários que haviam abandonado o tratamento.” (NÍVEL TÉCNICO SM-2)

“Na época que tinha, foi a forma de tratar e abordar as pessoas com transtorno mental melhorou. Tínhamos medo. Perdemos o medo. (...) Uma jovem que morreu, “N”, eu tinha medo dela, e **depois ficou tudo bem na abordagem, a gente conseguia abordar normal.**” (ACS 1- AB – ÁREA URBANA)

(...) A gente passou a ver essas pessoas (com transtorno mental) de outra forma, **com mais carinho, acolher, como a gente vê uma pessoa normal.**” (ACS 1- AB- ÁREA URBANA)

Previsto pela Portaria da RAPS, a Portaria 3.088/ 2011(Brasil, 2011b) constando no documento a expressão *acolher*, como papel de todos os seus serviços, pode-se sugerir que o *acolhimento* é base necessária para o cuidado efetivo e produtivo de saúde. Os conteúdos das falas expressam que ele transforma quem o vivencia, no curso das práticas dos profissionais, e quem é acolhido, facilitando o processo de inclusão social dos usuários nos territórios.

“Ver essas pessoas de outra forma, com carinho”, “abordar normal”, “passou a cuidar dessas pessoas” são recortes das falas que demonstram o potencial transformador nas práticas cotidianas produzidos pelo Apoio Matricial, ao facilitar o acolhimento. Como citado, Campos e Domitti (2007) reforçam essa visão, referindo que o *apoio especializado matricial* modifica

a concepção tradicional de referência e contra referência do SUS, rompendo com a cultura de “repasso” do usuário para o setor especializado, com isolamento isolado dos demais pontos de atenção. Ele rompe com o modelo de “referência a contra referência” já deficitário, e estabelece que o usuário sempre será da equipe de referência.

Partindo também da mesma perspectiva, o Ministério da Saúde (2004), Reis (2019) e as definições da *Clínica ampliada e compartilhada* (2017b), expressaram resumidamente que o acolhimento é necessário e base para o início do cuidado compartilhado, sua condução, manutenção e resultados produtivos em saúde, o que se evidencia no que foi partilhado pelos sujeitos, nas entrevistas.

Por fim, a análise dos avanços, melhorias, ou fatores favoráveis ao Apoio Matricial através dos conteúdos das entrevistas, apontou também a *facilitação da promoção da autonomia e inclusão social*, resultante do tratamento no território típico da tecnologia social estudada, flexibilizando o trânsito do usuário na comunidade e transformando as relações com as pessoas que o circundam. Observou-se que à medida que são acolhidos, os usuários fortalecem suas identidades, afirmando-se como “cidadãos comuns”, sem suas semelhanças e diferenças. O cuidado propiciado pelo Matriciamento mais uma vez é demonstrado como produtor de saúde, como reportam as falas:

“Sendo tratado no território dele, o usuário **criou mais autonomia** para **ter acesso aos serviços do território dele** (...) Semana passada um usuário me ligou falando que tava com dor de dente e foi orientado a procurar a UBS. Ele **mesmo achou bom poder ir à UBS para buscar** outros tratamentos. (...) Até para ir no comércio, comprar suas roupas. (...) As **relações deles, interpessoais, melhoraram muito**. Até com a abordagem policial eles melhoraram, não ficavam mais apavorados com a polícia, mesmo quando não estavam fazendo nada de errado. **Houve um empoderamento dos usuários, um fortalecimento deles.**” (NÍVEL TÉCNICO SM-1)
 “Como avanços (...) a **inclusão social** dos pacientes (...)” (NÍVEL SUPERIOR SM-2)

Percebe-se também o fortalecimento da autonomia dos pacientes, na percepção dos trabalhadores da SM e AB da pesquisa, onde o “ir e vir”, a liberdade é exercitada no cotidiano do paciente na rede de cuidado e no seu lugar de pertença, mesmo em situações adversas, como abordagens policiais. Estes retratam o cumprimento de um dos papéis do Apoio Matricial, de facilitar a inclusão, como afirma o *Guia prático de matriciamento em saúde mental* (BRASIL, 2011c).

Porém, não foi relatado pelos sujeitos participantes, a existência de alguma iniciativa de sólida e continuada de Economia Solidária, de Reabilitação Psicossocial no município de Eunápolis, nem no Período de 2013-2016, ou no da pesquisa atual. Pontua-se que, em 2017, ao atuar no CAPS II, a pesquisadora observou a existência de produção artesanal, decorrente de

oficina, colocada à venda na instituição, ou exposta em momentos isolados e esporádicos em outros eventos da Prefeitura, realizados nas praças da cidade.

Enfatiza-se que os CAPS, criados pela *Portaria/ SNAS N° 224, de 29 de Janeiro de 1992* (BRASIL, 1992), atualizada pela *Portaria n° 336 - 19 de Fevereiro de 2002* (BRASIL, 2002), precisam ao nível local, desenvolver estratégias de tratamento que promovam a autonomia e o protagonismo dos usuários, criando oportunidades de desenvolvimento de iniciativas ligadas aos recursos do território. Tais estratégias, como afirmado em Brasil (2008a), devem envolver também setores da sociedade como emprego, justiça e assistência social, dentre outros, coadunando assim com a publicação *Saúde Mental em Dados 12* (BRASIL, 2015), que cita que os CAPS devem estar envolvidos na construção de novos campos de negociação e formas de sociabilidade, dando acesso aos usuários aos campos do trabalho/economia solidária, habilitação, educação, cultura, além da saúde.

Supõe-se que, ao retomar o Matriciamento entre SM e AB, possam ser viabilizadas ações deste cunho, corroborando assim no município estudado, para o fortalecimento do pertencimento e da autonomia do usuário ao território de origem, em favorecimento de sua inclusão social. Recorda-se mais uma vez, a importância da afirmativa de Severo (2009), quando assevera que os CAPS tem este papel socializador fora dos muros dos serviços de SM, afim de não contribuírem para a cronificação dos pacientes, devido o cuidado exclusivo nos espaço físico destes serviços.

Finalizando esta etapa da análise, reporta-se que em algumas fala citou-se por parte da gestão na AB, fatores como ter uma *equipe profissional capacitada e comprometida*, com conhecimentos, como um favorecimento para realizar o Apoio Matricial.

“Temos uma **equipe muito boa, comprometida**. Conseguimos canalizar as pessoas para seus lugares mais potentes. Acho que os trabalhadores tem o conhecimento.”
(GESTOR AB-1)

Este relato assemelha-se aos resultados encontrados por Morais e Tanaka (2012) em sua pesquisa com profissionais das ESF (AB), sendo que Campos (1999) enfatiza que Matriciamento tem em seus propósitos promover o compromisso dos profissionais com a produção de saúde. Outros aspectos produzidos pelo Matriciamento, enfatizados no discurso desta gestão, foram a *melhora do fluxo do setor* (AB) e que ele *evita a perda do paciente e facilita a adesão ao tratamento*. A OMS (2003) adverte que há outros fatores relacionados à não adesão e aos agravos à saúde, como o apoio social, as condições socioeconômicas dos usuários e serviços que atuam de forma inadequada. Infere-se que, o Matriciamento, ao propor o fortalecimento dos vínculos, além de fortalecer a autonomia dos sujeitos participantes dos

seus processos de cuidado, amplia as possibilidades de adesão aos tratamentos, seja no âmbito da SM ou dos serviços da Atenção Básica.

Após as evidências dos avanços percebidos pelos profissionais participantes da pesquisa, acredita-se que tais resultados apontem para a expectativa de que iniciativas de Matriciamento sejam retomadas no município. Porém, para que isto seja concretizado, é importante identificar os obstáculos que se levantam diante destas iniciativas, afim de evitá-los, aboli-los e, se não for de alcance, ao menos minimizá-los, para que os prejuízos no cuidado em Saúde desenvolvido pela SM e AB sejam combatidos. Sendo assim, na Categoria *Desafios e dificuldades relativos ao Matriciamento* elencou-se fatores evidenciados nas falas dos profissionais participantes, que referem diversas dificuldades e, até mesmo, alguns retrocessos em relação à práxis do Apoio Matricial entre SM e AB.

Observa-se que muitos desafios estão interligados entre si, como em uma cadeia de fenômenos e consequências e, deste modo, foram apresentados separadamente apenas por questões didáticas, uma vez que são aspectos conectados à integralidade sistêmica do cuidado e das interações. Como em uma teia, uma rede rizomática, na práxis do Matriciamento, como todo fenômeno sistêmico, impossibilita-se a fragmentação, uma vez que todos os seus elementos são horizontalmente relevantes e interligados, afetando-se mutuamente. Inicia-se então pelo aspecto apresentado nas narrativas, o qual compreende-se nesta pesquisa e contexto ser o ponto articulador dos demais desafios que serão descritos com base nas falas dos seus atores.

Um dos fatores mais mencionados pelos sujeitos participantes como desafios para o Matriciamento entre SM e A, são os *problemas relacionados à gestão pública*. A partir dos conteúdos, foram apontadas dificuldades por profissionais de todos os níveis de formação, como “falta de interesse da Secretaria de Saúde/das Coordenações em fazer acontecer”, “Falta de habilidade para gerir”, “descontinuidade das ações”, “exclusão do NASF”, “desinteresse no Matriciamento”, “não tem perfil para SM”. “falta de iniciativa”, “falta de apoio”, “falta de direcionamento pela SM”, “atitudes prejudiciais”, “perda de foco”, “burocracias”, “medidas destrutivas do Governo Federal”, como observado:

Isso ocorre pela **falta de interesse da gestão**. Foram cinco secretários de saúde nesta gestão e só um visitou o CAPS IA, mesmo assim, rapidamente. A coordenadora tem até boa vontade, mas não concretiza, não há interesses. (...) Tentamos fazer de todas as formas, mas este processo é lento, a longo prazo e envolve a questão da Gestão (...)o CAPS II precisa fazer o trabalho extra-muros, mas não tem conseguido, às vezes desanimamos. Atualmente é “X” que coordena o CAPS II, mas está ali por indicação. Ela é boazinha, mas boazinha não é suficiente. **Falta habilidade para gerir** tanto o serviço, como para a coordenação da SM. (NÍVEL SUPERIOR SM-1)
Depois disso não teve outra experiência daquela. Foi uma experiência muito boa. **Não teve mais aquilo**. (ACS 1-AB URBANA)

“(...) mas a partir de 2017, **acabou, com a mudança de prefeito.** (NÍVEL TÉCNICO SM-1)

“Não avançou por causa da pandemia (...) e **da exclusão do NASF da AB pelo governo.** Achei isso péssimo. (...) As melhorias não foram tão evidenciadas porque parou.” (NÍVEL SUPERIOR AB-1)

Naquela época **tínhamos um retorno bom,** (...) mas tudo afundou de novo. (NÍVEL SUPERIOR AB-2)

Nem a coordenadora propôs matriciamento, Apesar da coordenadora ser participativa, ela não propõe matriciamento, **porque não é de interesse da gestão.** A gente que faz os contatos pontuais específicos com CREAS, CRAS e outros serviços da rede. (NÍVEL SUPERIOR SM-1)

A gestora pretende mexer nas equipes, mudar os funcionários, fazer um rodízio entre os serviços. **Esse rodízio prejudicará o vínculo com os usuários e vai prejudicar o matriciamento.** (GESTOR SM-2)

A **falta do NASF** (...) (NÍVEL SUPERIOR AB-1)

O matriciamento não sai do discurso. O coordenador direto vai atrás, mas não depende dela, pois não há resposta por parte da Secretaria. Estamos ali porque a gente gosta. Se depender de motivação, a prefeitura desmotiva. (NÍVEL SUPERIOR SM-1)

Falta o secretário de Saúde se interessar. Só se interessa pelo Hospital Regional e ficam apagando incêndio dali. Cada coordenador dos serviços de SM está “matando um gato por dia” para dar conta. E os coordenadores não ficam o dia todo, todos os dias no serviço. **Os coordenadores não tem autonomia para implementar o matriciamento,** nem se quisessem. (NÍVEL SUPERIOR SM-1)

(...) **peças que não tem perfil para saúde mental;** trabalhadores da SM que não tem responsabilidade, sensibilidade com os pacientes (...) (NÍVEL SUPERIOR SM-2)

(...) **a falta de iniciativa,** de não querer que as coisas aconteçam; **a gestão interpretar mal nossas iniciativas em fazer o matriciamento,** achando que estamos passando por cima deles (...) **dificuldade pela falta de apoio da Gestão da Saúde Mental,** chegando com um método diferente de gestão, mais vertical que horizontal.” (NÍVEL SUPERIOR SM-2)

“Mas em relação à Saúde Mental, **não temos alguém para nos dirigir. Seria bom que tivéssemos alguém. O matriciamento faria com que a gente tivesse alguém na SM, para ter contato direto, para se dirigir (...).**” (ACS 1-AB RURAL)

“O problema é a **gestão.** O querer do gestor daqui e Federal. Você vê que **o NASF mesmo acabou.** Às vezes a gente tinha uma vantagem e perde.” (NÍVEL TÉCNICO SM-2)

“Acho que **falta interesse do gestor em fazer isso.**” (NÍVEL TÉCNICO AB-2)

“(...) **tem que acontecer com frequência. É um retrocesso o que acontece hoje.** Este **governo veio para destruir** com tudo.” (NÍVEL SUPERIOR AB-2)

(...) uma **burocracia pra acontecer reuniões** e para o paciente chegar a um especialista para poder ser cuidado! As pessoas **perderam o foco do acolhimento, do que aprenderam sobre o cuidar compartilhado.** (ACS 2-AB ÁREA URBANA)

Como visto, os problemas de gestão relatados vão de questões organizacionais, como perfil de quem ocupa a função, até questões subjetivas e políticas. Jorge *et al.* (2014), Onocko - Campos *et al.* (2011), Pereira *et al.* (2018), Bonfim *et al.* (2013), os *Cadernos de AB -Nº 39*, que discorrem sobre os NASF (BRASIL, 2014), o *Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental* (BRASIL, 2011c) e Reis (2019; 2910) coadunam com a existência de dificuldades desta sorte, que vão desde o pouco compromisso para com a organização dos encontros de Apoio Matricial e com a articulação de ações entre AB e SM, incluindo a falta do diálogo entre

profissionais de saúde e gestores acerca de como implantar o matriciamento em saúde mental, até dificuldades de apoio da gestão às equipes envolvidas no Matriciamento.

Observou-se também, como já citado, a ausência de planejamento por parte da gestão da AB para ações articuladas à SM, estando a gestão da SM em processo de aprendizagem, na ocasião da pesquisa, pelo pouco tempo na função (45 dias), bem como por ser uma área nova neste âmbito. Os discursos dos sujeitos participantes trazem a inquietação de muitas vezes terem que lidar com gestores que desconhecem o segmento em que atuam. Percebeu-se que, outro agravado, é a existência de um perfil de gestão verticalizado, que pode implicar no comprometimento dos processos que exigem uma abertura para atuar horizontalmente, com uma gestão mais democrática, sem ênfase à hierarquia de saberes e práticas, tal como demanda o Matriciamento. A escuta dos trabalhadores que atuam no setor se faz necessária sempre e, neste caso, ainda mais intensamente, seja pela chegada recente ou pela inexperiência com o segmento.

Ressalta-se, assim, a importância da responsabilidade dos gestores municipais no trato com a delegação de gestões para setores e serviços que requerem tanto saberes, como práticas mais especializadas, afim de não prejudicarem a produção de saúde e a implementação de práticas tão necessárias em SM, como o Matriciamento. Espaços públicos de gestão têm como seus principais clientes a população, para a qual trabalham seus gestores e a qual necessita de profissionais eficazes e eficientes naquilo que se propõem a executar, mediante as orientações do Ministério da Saúde. As perdas decorrentes dos problemas de gestão foram também evidenciadas, deixando nos trabalhadores sentimento de frustração, insatisfação, desmotivação e saudosismo de tempos onde a produtividade correspondia às necessidades da equipe e da população envolvida no processo de Apoio Matricial entre SM e Atenção Básica.

Considerando um raciocínio em cadeia, entendeu-se que o desafio dos *problemas relacionados à gestão pública* implicam no surgimento de outras lacunas que se refletem nas RAS, neste caso, a RAPS do município de Eunápolis, comprometendo o processo matricial, diante da complexidade da rede e do contexto apresentado nas narrativas. Deste modo, a *Falta de recursos e dificuldade de acesso* é um dos desafios presentes que se relacionam também, dentre outros aspectos, com a gestão. Os participantes demonstraram haver a necessidade de recursos para que fosse implementado o Matriciamento nos territórios, abordando que a SM, bem como a gestão da Saúde no município, não os provê de forma que possam desenvolver as ações matriciais corretamente, como se pode constatar:

Acontece que o setor de Saúde Mental **não oferece os recursos** para fazer as coisas corretas. (NÍVEL TÉCNICO SM-2)

Às vezes a dificuldade é ter este encontro com outros profissionais de outros serviços. O carro é toda terça - feira e na UBS, a reunião só poderia ser na quarta. **Só tem um carro para toda a Saúde Mental.** Há pacientes que não tem como se deslocar para o serviço e estão em caso grave, como uma que tentou suicídio doze vezes, que precisava de visita, **mas é difícil conseguir carro.** Conseguimos, mas só há um dia na semana que o serviço tem o carro. (GESTOR SM-2)

Condições de trabalho. Mas para colocar em prática tudo que conseguimos implementar, **falta computador etc. Insumos materiais** (GESTOR AB-1)

Sem comida os usuários não vão. (GESTOR SM-2)

Os brinquedos do CAPS IA **são doados pelos trabalhadores.** (NÍVEL SUPERIOR SM-1)

(...) **falta de recursos, como de um carro mais dias na semana,** é uma barreira muito grande (carro vem esporadicamente e é para todos os serviços da SM) (NÍVEL SUPERIOR SM-2)

A sala de trabalho é muito quente, ficamos dez minutos e ficamos como cuscuz. Penso que a Saúde Mental é gente. Gente é gente! (NÍVEL SUPERIOR SM-1)

A falta de leito psiquiátrico também atrapalha o andamento das ações. Ligamos para o SAMU e a médica disse que só iria se tivesse polícia. No final, a coordenação da SM falou que se acontecesse alguma coisa, a culpa seria da equipe do CAPS AD. (NÍVEL TÉCNICO SM-1)

Tem dificuldades em relação a implantar e ter continuidade, **precisa de recursos: material, local apropriado, profissionais qualificados.** (NÍVEL TÉCNICO SM-2)

A coordenação da AB **a gente é cobrado do quantitativo de pessoas com problemas mentais. Só isso. Não perguntam detalhes,** só querem saber quem toma remédio controlado e só no formulário. (ACS 2-AB ÁREA RURAL)

Jorge *et al.* (2014) e Reis (2019) apresentam em suas pesquisas resultados que vão de encontro aos conteúdos que emergem nos enunciados apresentados acima, ao identificarem que dificuldades nas condições de trabalho, recursos e infraestrutura são dificultadores para o desenvolvimento do Matriciamento com profissionais da SM e Atenção Básica. Outro fator importante encontrado nos conteúdos, é que as colocações são feitas também por gestores, de ambas as áreas, o que denota questionamentos à autonomia, à governabilidade destes atores, uma vez que a execução de parte do seu trabalho depende destes recursos. Cabe à gestão municipal delegar autonomia mínima para suprir a provisão de recursos para o desenvolvimento do cuidado de modo adequado.

Dentre os recursos citados, nota-se que o carro existente é único para todos os serviços da SM, o que limita as ações, de visita e articulação nos territórios no Matriciamento, tão necessárias para o fortalecimento do vínculo e a continuidade do cuidado com os usuários e outros pontos de atenção da Rede. A Zona Rural encontra-se ainda mais prejudicada, descrita como “ainda pior” e “esquecida”, seja pela distância ou pelas limitações socioeconômicas dos usuários e familiares, com ESFs menos apoiadas pela SM do município. Além disto, as narrativas dos sujeitos que ali atuam referem o Matriciamento, em alguns casos, como desconhecido, como pode ser demonstrado:

Como **nunca houve matriciamento,** não houve pontos positivos (ACS 1-AB ÁREA RURAL)

Não fizemos (o Matriciamento), então não tivemos como perceber (mudanças). (ACS 2-AB ÁREA RURAL)

E na Zona Rural é ainda pior. É como se fosse uma Eunápolis à parte. (NÍVEL SUPERIOR AB-2)

É difícil **pela distância** aqui na zona rural. (NÍVEL TÉCNICO AB-1)

Um dos desafios é que **o transporte atrapalha, pois não tem** (...). (NÍVEL TÉCNICO AB-1)

(...)Fica tudo longe e **a zona rural fica esquecida.** (ACS 1-AB RURAL)

Acho que a distância atrapalha. Só uma vez o **CAPS foi lá na Unidade e para levar medicamento.** (NÍVEL TÉCNICO AB-1)

(...) **o acesso é muito difícil para os usuários,** para ter a assistência e participar de ações de matriciamento (...). (ACS 2-AB ÁREA URBANA)

Dificuldade de acesso aos serviços de Saúde mental, difícil demais para marcar uma consulta. (ACS 2-AB ÁREA RURAL)

Tal situação aponta para a necessidade de um planejamento em SM, articulado com as UBS presentes na Zona Rural, para desenvolver ações que não sejam apenas cuidados pontuais, ou consultas medicamentosas, envolvendo ESF, usuários, familiares e comunidade, uma vez que iniquidades sociais impossibilitam o acesso continuado aos serviços. Sugere-se que, neste caso, o Apoio Matricial é estratégia ainda mais recomendada, pois permite também a construção de Planos compartilhadamente de modo a viabilizar as ações conjuntas com mais efetividade no próprio território, a exemplo de PTS (Planos terapêutico Singular) e prática da Clínica Ampliada (BRASIL, 2009), os quais devem incluir outros pontos de atenção para o cuidado.

Outra questão que problematiza o Matriciamento entre SM e AB são as *Equipes incompletas* para desenvolverem as ações. A proposta de trabalhos inter e transdisciplinar da RAPS requer que os serviços especializados tenham equipes completas, para que não haja sobrecargas, ou mesmo, a precariedade da assistência. Jorge *et al.* (2014) relatam que a sobrecarga é um dos limites colocados por profissionais da AB e SM para o Matriciamento. As entrevistas revelaram que o município apresentava quadro de pessoal incompleto na SM e na AB, no caso, na equipe NASF, sendo psicólogos faltantes nas duas áreas. A esse respeito, vale lembrar que o MS orienta que o Psicólogo é um dos profissionais que deve compor o quadro da SM (BRASIL, 2004). Em virtude do fato de que quadros incompletos repercutem em assistência reduzida aos territórios, sugere a necessidade de agilizar a contratação de profissionais faltantes.

Hoje (...) CAPS AD **está sem psicólogo.** GESTOR SM-1

“O NASF **só tinha** fonoaudiólogo, nutricionista, fisioterapeuta e farmacêutica.” (NÍVEL SUPERIOR AB-1)

Também **a falta de alguns profissionais, a equipe incompleta,** por exemplo, a psicóloga em tempo integral, **reduz a possibilidade de ações de matriciamento.** A equipe lá não tá completa. (NÍVEL TÉCNICO SM-1)

Estamos com **equipe incompleta.** Estamos sem psicóloga (...) (GESTOR SM-2)

(...) **um NASF só** não dá conta de 32 (trinta e duas) Unidades Básicas de Saúde. (NÍVEL SUPERIOR AB-1)

Além da incompletude de equipes, o Matriciamento sofre impactos negativos da gestão direcionada por motivações políticas, segundo sujeitos participantes, de modo a aumentarem a

rotatividade, mudanças de setor e precarização do vínculo empregatício, através dos quais os recursos humanos sofrem alterações constantes, afetando a continuidade do processo de Matriciamento entre SM e AB. Neste âmbito, os profissionais reportaram que conquistas de construções coletivas se perdem, havendo que recomeçarem do “zero” com os novos profissionais que chegam todo início de ano, situação também encontrada na pesquisa de *Lazarino et al.* (2019). Processos seletivos precarizados são anualmente realizados com contratos de seis meses, um ano, ou em períodos pós-eleições, principalmente quando há mudança de gestão, ocasionando estas situações expressas nas falas:

Quando estamos caminhando, **vem a gestão e troca os profissionais**. Ou por processo seletivo, ou por motivo político, a SM e a AB **muda tudo novamente**. Temos que recomeçar tudo de novo. (NÍVEL SUPERIOR SM-2)

Tem dificuldades em **relação a implantar e ter continuidade** (...). **Por causa de votos nas eleições**, há pessoas atuando em funções-chave (...) que não tem capacidade (...). Todo ano acontece isto! Quando o serviço está em um bom andamento, acontece de novo. Prejudica bastante, dá tudo pra trás. (NÍVEL TÉCNICO SM-2)

Estávamos conseguindo apoiar, **mas mudou, acabou o apoio** que estávamos recebendo. (...) (NÍVEL SUPERIOR AB-2)

A **rotatividade dos profissionais é muito grande**, os processos seletivos são feitos com pouco tempo de contrato. Muda demais. (GESTOR SM-2)

Desafios e dificuldades **são inúmeros: a troca de profissionais o tempo todo** (...) (NÍVEL SUPERIOR SM-2)

Foi intenso em 2015, 2016, mas a partir de 2017, decaiu porque a maioria dos **profissionais era contratado** por seis meses e quando a gente começava a engrenar as ações de matriciamento, os profissionais eram trocados. A **rotatividade de profissionais** fazia ter que recomeçar tudo e novo. (NÍVEL TÉCNICO SM-1)

O que causa este esquecimento é **a troca dos profissionais e se perde tudo** o que foi aprendido e que era feito. (ACS 2-AB ÁREA URBANA)

Não há integração há muito tempo. **Não sei se foi porque mudou as equipes**. Hoje não tem mais matriciamento (...). (NÍVEL SUPERIOR AB-2)

“(...) **não deu para perceber ainda as mudanças** com o matriciamento. (GESTOR AB-1)

Trabalhadores demonstraram insatisfação e sentimento de desvalor em relação a esta conduta contínua das gestões, que envolve o deslocamento de trabalhadores de um serviço a outro, além de proporem na gestão contemporânea à pesquisa, a prática de “rodízio” dos profissionais da SM. Além de causar sentimento de insatisfação e desvalor, tal medida põe em risco a necessidade do fortalecimento de vínculos das equipes da SM com o território, que já constitui-se num desafio em si, dada a complexidade envolvida no atendimento dos quadros de saúde mental:

“Há vinte dias, por exemplo, **queriam me tirar do CAPS IA para o CAPS AD**, queriam descobrir um santo para cobrir outro. **Eu sinto como se o trabalho da gente não fosse nada**.” (NÍVEL SUPERIOR SM-1)

“Depois eu **vim para outro programa** e a gente acaba distanciando. A gente acaba fazendo o apoio matricial em outro departamento, focalizando o que a gente faz no momento: pré-natal, saúde da criança e Bolsa família.” (GESTOR AB-2)

“Era pra ter mudado, mas **como se trata de área pública, tem que interromper**. Se o ambiente de trabalho colaborasse.” (NÍVEL TÉCNICO SM-2)

Conforme já observado, mesmo não se aplicando a rotatividade à maior parte dos profissionais entrevistados, em vista dos seus vínculos empregatícios serem via CLT, os prejuízos seguem-se a todos os envolvidos, uma vez que se atua em rede, conforme alertam Reis (2019; 2020) e Vasconcelos (2012), ao abordarem sobre o prejuízo da rotatividade. Um dos aspectos mencionados nas entrevistas, por sua vez diretamente prejudicado pela rotatividade, como já afirmado, foi o *Vínculo intersetorial enfraquecido*, em especial entre SM e AB, apresentado pelos trabalhadores da pesquisa como “distantes”, “sem integração” ou “união”. O vínculo entre equipes é fundamental para o cuidado compartilhado, como já reportado, sendo que a pesquisa desenvolvida por Reis (2019) apontou que o Matriciamento contribui para seu fortalecimento. As narrativas dos entrevistados denotam a grande fragilidade desta vinculação, por sua vez, tão essencial para o Apoio Matricial:

“Com relação à SM e AB **há uma distância muito grande**. (...) Mas as ESFs são muito distantes da SM.” (NÍVEL SUPERIOR AB-2)

“**É difícil até pra marcar consulta** na SM.” (NÍVEL SUPERIOR AB-2)

“**Não há integração há muito tempo**. Não sei se foi porque mudou as equipes. Hoje não tem mais matriciamento (...)” (NÍVEL SUPERIOR AB-2)

“Como dificuldades, **falta mais união dos dois: AB e SM** (...)” (NÍVEL SUPERIOR AB-2)

Esta rotatividade contínua, também leva a outros problemas de dimensão prática e ideológica, enfraquecendo o cuidado em rede. Conforme abordado por Vasconcelos (2012), isto tem implicado na admissão de profissionais mais jovens nos serviços, cada vez menos politizados, que não conhecem sobre a história da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica ao ponto de se posicionarem com a resistência necessária diante dos retrocessos atuais na Política de Saúde Mental no Brasil.

Supõe-se que este movimento instável do quadro de pessoal, além de ocasionado pelos fatores políticos implicados no processo de gestão, também se relacione a outros desafios abordados, a *falta de treinamentos e capacitação em Saúde Mental*, e em muitos casos, como consequência, a *Carência de conhecimento ou de sensibilidade sobre assuntos da SM ou Matriciamento*, tanto por parte dos gestores, como dos demais participantes da RAPS local em pesquisa. Estas faltas, que se configuram como desafios para o Apoio Matricial, foram mencionadas numerosas vezes nas falas dos profissionais de SM e AB em diversos níveis de formação, como uma das justificativas para não realizar o Matriciamento e demanda necessária. Exemplifica-se aqui a carência de capacitação expressa pelos entrevistados:

“Também **não temos um curso, para saber como falar com as pessoas com problemas mentais**. (...) A gente tem treinamento para lidar com diabético, hipertenso, com criança com dois anos de idade, **mas não tem para lidar com o paciente de Saúde Mental**.” (ACS 1-AB RURAL)

“**Não tem cursos previstos na área (Saúde Mental e Matriciamento)**.” (GESTOR AB-1)

“(...) a **falta de treinamentos.**” (NÍVEL SUPERIOR AB-1)

“Quando se fala de capacitação para matricular, a equipe é treinada, **não é do dia pra noite, entender o outro como parceiro do seu serviço**, não é algo rapidamente aprendido. Você tem que ter conhecimento do território, aceitar que o outro dê palpite... Isso leva tempo. Pra vc intervir no trabalho do outro não é do dia pra noite. (...) **Falta um treinamento de integração com os profissionais novos para trocar conhecimentos e integrar equipes dificulta as ações (...) se não houver capacitação, não acontece.**” (GESTOR AB-2).

“O próprio profissional de nível superior **não ter visão de compartilhar saberes e práticas.**” (GESTOR AB-2)

Deste modo, sugere-se refletir sobre a estreita linha que une o ensinar (proporcionar conhecimentos), o aprender (estar aberto a receber conhecimentos) e o ser/sensibilizar (transformar-se, a partir do conhecimento), na qual está imbricada a vida cotidiana com o complexo universo da Saúde Mental, que perpassa as subjetividades dos seus atores, em um cotidiano desafiante, do “trabalho vivo” enunciado por Mehry (2002), principalmente no aspecto das práticas transdisciplinares, sob a ótica de Almeida Filho (1997), caracterizada pelo trânsito dos sujeitos entre si.

A partir desta estreita linha, a carência de conhecimentos é apresentada pelos sujeitos participantes, em uma “nuvem” de inseguranças, dúvidas, medos, insatisfação pelo despreparo, o qual advém desde suas precárias formações profissionais para lidarem com as referidas situações da assistência:

“**Eu não estou preparada para esta situação.** Quando você não conhece, você não sabe se a usuária vai te atacar. **Tenho colegas ACS que tem medo de ser atacada, pois não sabe que a paciente está medicada direitinho.**” (ACS 1-AB RURAL)

“**Não sei** se como a gente fazia **era a maneira correta.**” GESTOR SM-2

“Havia medo, **a gente não sabia como abordar.** Havia um rapaz tatuador na minha área na época que **eu olhava com medo**, ele percebia e também reagia.” (ACS 1-AB URBANA)

“No curso técnico de enfermagem, não lembro de ter ouvido.” (NÍVEL TÉCNICO AB-1)

“Não ouvi falar nisso. **Nem no curso de técnico** de enfermagem.” (NÍVEL TÉCNICO AB-2)

“(...) pois no curso técnico de enfermagem **nem toca neste assunto.**” (NÍVEL TÉCNICO SM-2)

“(...) **tem pessoas que não conhecem**, assim como eu, antes de Embu das Artes (PPF-RAPS).” GESTOR AB-2

“(...) Mas **não lembro se falaram sobre matriciamento.**” (ACS 1-AB RURAL)

“Não lembro exatamente **o que é.** (o pesquisador explica o que é matriciamento).” (ACS 2-AB RURAL)

“**A falta de conhecimento do gestor atrapalha o matriciamento.** A gestão é crua de conhecimento e de humildade.” (NÍVEL TÉCNICO SM-1)

Falta a visão e o conhecimento do matriciamento para fazer acontecer. (NÍVEL TÉCNICO SM-1)

“**A falta de conhecimento dos profissionais sobre o matriciamento**, como eu que não sabia. **Falta interesse das pessoas pelo assunto de Saúde Mental.** O povo tem muito a aprender sobre Saúde Mental, ainda **há muito preconceito**, acham que saúde mental é para doido.” (NÍVEL TÉCNICO AB-2)

“(...) o esposo e surtou um ano depois, **mas não sabemos como agir.**” (ACS 2-AB ÁREA URBANA)

“(...) **por falta de informação (...)**” (ACS 2-AB -ÁREA RURAL)

“Também não temos um curso, **para saber como falar com as pessoas com problemas mentais**. Eu **não estou preparada para esta situação**. A gente tem treinamento para lidar com diabético, hipertenso, com criança com dois anos de idade, mas **não tem para lidar com o paciente de Saúde Mental**”. (ACS 1- AB ÁREA RURAL)

Foi reportado que Onocko- Campos *et al.* (2011), aliado a outros estudos, demonstraram a deficiência na formação profissional para trabalhar na lógica do apoio matricial, a carência de aperfeiçoamento em saúde mental, visto a formação não acompanhar os avanços que a prática exige, com a baixa qualificação das equipes da AB e SM para interações, com “estranhamento” entre as equipes, denotando semelhanças com o teor das falas dos profissionais entrevistados.

O *Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental* (BRASIL, 2011c) confirma essas percepções dos participantes da pesquisa, ao advertir que o despreparo das ESF para o cuidado de pessoas com transtornos mentais pode advir da precariedade de informação, conhecimento e habilidades para lidar com assuntos da SM. Sugere-se então que, a cadeia do conhecer - saber fazer - “fazer com” o outro, integra o processo de sensibilização, no desenvolvimento de uma atitude compreensiva e empática, tão significativa para a percepção e acolhimento da pessoa com transtorno mental enquanto ser no mundo. A carência desta sensibilização implica em comportamentos profissionais inadequados e indiferentes, bem como no não cumprimento do seu papel cuidador e informativo às famílias e comunidade, colaborando assim para perpetuar uma atitude de exclusão e preconceito, como demonstrado nos enunciados dos sujeitos:

“A coordenadora atual era da “área Y” (fala o nome da área de Saúde) e **não tem sensibilidade para a área de Saúde Mental**. Estamos fazendo as discussões dos casos por nossa própria conta.” (NÍVEL SUPERIOR SM-2)

“Também, a **falta de sensibilidade dos gestores para a importância do matriciamento** é que gera todos estes problemas. (GESTOR AB-2)
(...) **trabalhadores da SM que não tem responsabilidade, sensibilidade com os pacientes (...)** (NÍVEL SUPERIOR SM-2)

“Antes, quando o usuário chegava na UBS, **ele era tratado diferente, pois tinham medo dele**.” (NÍVEL TÉCNICO SM-1)

“O **paciente ficava desassistido quando os funcionários de outros setores tratavam eles mal**, não sabiam como lidar.” (GESTOR -SM-2)

“Hoje **não temos nem protocolo como atender pessoas da SM**. Tem protocolo pra várias coisas, mas não tem para casos de Saúde Mental. Acho que **é um pouco esquecido**. Cobram muitos programas, mas isso não é cobrado em momento nenhum. **A gente não faz nada pra ajudar estas pessoas**.” (NÍVEL SUPERIOR AB-2)

“**Falta boa vontade** de fazer um trabalho mais integrado como o matriciamento.” (NÍVEL SUPERIOR AB-2)

“Por não haver o ‘matriciamento verdadeiro’, percebo a dificuldade de acesso para os usuários da SM a outros serviços. **Os outros serviços não acolhem. Se é usuário da Saúde Mental, eles não abraçam**. Estamos levando as mulheres dos CAPS para preventivo nas UBS, pois quando vão sozinhas, voltam sem atendimento. O desafio do matriciamento com os hospitais também é grande. Não conseguimos leitos para casos de crise e temos dificuldade de estabilização do paciente. O SAMU atende, mas o Hospital Regional, não. (GESTOR SM-1)

“tem enfermeira que não “bate”, não se unem para fazer estas coisas e correr atrás. Fazem apenas o básico. Quando chega alguma coisa nova elas questionam pra quê. (ACS 1 AB- ÁREA URBANA)

Os serviços não dão prioridade neste tipo de problema (problema mental), a AB dá prioridade para outras questões, dos outros programas. (ACS 2-AB -ÁREA RURAL)

“(...) descaso da família, por acomodação, por “descaração” mesmo (...) (ACS 2-AB -ÁREA RURAL)

“(...) havia poucas famílias que se importam com os parentes doentes, não tá nem aí e não leva o parente para tratar”. (NÍVEL TÉCNICO SM-2)

“As pessoas vão aos CAPS pela refeição, só isso. Os pacientes que ficam mais tempo, ficam dormindo.” (NÍVEL SUPERIOR SM-1)

Seguindo a mesma linha de raciocínio do Guia Prático (BRASIL, 2011c), Santos *et al.* (2014) defende a necessidade de investir na formação profissional para evitar possíveis danos a uma atuação efetiva neste contexto. Convergindo com Santos *et al.* (2014), a pesquisa realizada por Reis (2019) indicou que a precariedade de informação sobre fazeres e práticas geram dificuldades de engajamento e continuidade do processo matricial, evidenciando, por sua vez, os benefícios quando ocorre o investimento em Educação Permanente em Saúde, como a exemplo do que ocorreu no município de Eunápolis no período de 2013-2016 (PREFEITURA MUNICIPAL DE EUNÁPOLIS, 2013a), com o *Projeto Engrenagens da Educação Permanente*. Esse Projeto de acordo com a pesquisadora, de fato, sensibilizou e “engrenou” o Apoio Matricial entre SM e AB na ocasião, com *Oficinas de Sensibilização* que afetaram a disponibilidade e a continuidade do cuidado nos territórios.

Sendo assim, pode-se concluir que, a necessidade de informação vem atrelada à de sensibilização para os assuntos da SM, uma vez que a carência dos dois é obstáculo para implementar as ações e, como já afirmado anteriormente, o conhecimento traz diversas possibilidades tanto para instrumentalizar os profissionais para o Apoio Matricial, como para sensibilizar e transformar subjetividades e coletividades.

As referidas faltas de conhecimento e sensibilização, decorrentes da insuficiência de capacitações e informações seguem na sequência sistêmica de implicação em outros agravos no processo de matriciar, dos quais a *não priorização para reunir intersetorialmente e trabalhar em rede*. Este é um desafio também apresentado nas falas dos profissionais da AB e SM, que expressam a fragmentação do cuidado, a carência de conscientização da necessidade e seriedade deste modo de trabalho, o pouco diálogo, a desinformação, a pouca união entre serviços, dentre outros, que caracterizam a não existência do trabalho em rede:

“Reúno com a coordenadora da SM, quando precisa.” (GESTOR AB-1)

“Nunca tivemos uma reunião, nem de matriciamento, nada.” (NÍVEL SUPERIOR SM-1)

“Nunca tive nenhuma reunião da SM com a AB nos 10 anos em que atuo como ACS, para discutir casos.” (ACS 1-AB RURAL)

“**Nunca participei de uma reunião destas de matriciamento** nos 23 anos que estou na prefeitura.” (NÍVEL TÉCNICO AB-2)

“Hoje **não atua com a SM na AB**, as equipes agem em momentos pontuais, como no Setembro Amarelo.” (GESTOR AB-2)

“**Nunca reunimos com a Saúde Mental.**” (NÍVEL SUPERIOR AB-1)

“(…) a equipe do CAPS **não reúne** com a gente (…)” (NÍVEL TÉCNICO AB-1)

“Em todos os setores acontecem reuniões com as equipes. **Em relação à SM e AB não.**” (GESTOR AB-1)

“**A falta de reunião para efetivar as coisas** e sair do verbal, para o prático. (NÍVEL SUPERIOR SM-1) Pouco diálogo. Não houve nenhuma reunião da AB para tratar disto.” (NÍVEL SUPERIOR AB-1)

“Tem uns quinze dias eu me aborreci, **porque se fala muito em rede, mas temos que ficar uns seis meses falando em rede para depois se falar de matriciamento. Não sabem o que é funcionar em rede.**” (NÍVEL TÉCNICO SM-1)

“Como dificuldades, **falta mais união dos dois: AB e SM.** O que eu vejo em Eunápolis é que o Hospital Regional é uma coisa, CAPS é outra coisa, UBS é outra coisa.” (NÍVEL SUPERIOR AB-2)

“A demanda do CAPS IA, em relação à Educação é muito grande. Por exemplo, o CAEED, **é como se não existisse**, não faz falta. Na Policlínica também **não tem interação.**” (NÍVEL SUPERIOR SM-1)

“A dificuldade é do município **fazer com que funcione em rede.**” (NÍVEL SUPERIOR AB-2)

“**E como vamos querer matriciamento se entre CAPS não acontece?** Quando eu fui falar da necessidade de encaminhar uma criança para a Educação, para o CAEED, **disseram que não podemos encaminhar.** Mas eles podem encaminhar para o CAPS IA! O usuário é da rede. **Falta diálogo entre setores.** Tanto interna como externa.” (NÍVEL SUPERIOR SM-1)

Os trabalhos de Pereira *et al.* (2018), Onocko - Campos *et al.* (2011), Jorge *et al.* (2014), Bonfim *et al.* (2013), oferecem respaldo para os discursos dos participantes, uma vez que defendem que a negação de articulação em ações coletivas constitui-se como relevante desafio para o matriciamento. É válido lembrar que a Portaria/ SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992 (BRASIL, 1992), que gerou os CAPS e a Portaria 3.088/ 2011 (BRASIL, 2011b), pautada na Reforma Psiquiátrica Brasileira, preveem que o atendimento destes serviços de SM supere as vias tradicionais de cuidado, priorizando a atuação em rede, com a participação da comunidade, familiares, usuário e demais pontos de atenção da RAPS, para atingir suas finalidades.

Sem o trabalho em rede, o risco de continuidade do cuidado intramuros permanece, pois mesmo fora dos hospitais psiquiátricos, o usuário estará isolado da comunidade, ilhado em rótulos preconceituosos e aos estabelecimentos dos serviços de SM, sem oportunidade de inclusão. Importa dizer que desafiar a cultura vigente, que atrela a pessoa com transtorno mental e sofrimento psíquico intenso à posição de incapaz/pouco capaz, improdutiva/pouco produtiva e “menos gente”, requer capacitações, treinamentos e intervenções que facilitem a sensibilização e quebra de paradigmas na vida dos profissionais da Saúde Mental e da Atenção Básica, em prol de um cuidado produtor de saúde.

A não priorização do cuidado em rede, enquanto suposto indício da precariedade de conhecimentos, aponta para mais um desafio apresentado nos dados das entrevistas, o qual o *não reconhecimento da Atenção Básica como locus de cuidado em Saúde Mental*. Os trabalhadores participantes destacaram que o foco da AB é nos programas de sua área, demonstrando desinformação sobre seu papel preventivo e de cuidado no território da saúde mental dos usuários do SUS. Profissionais de SM reportaram a indiferença da AB em atuarem juntos, e trabalhadores da AB relataram que não há orientações ou prioridade de sua gestão de que atuem neste âmbito, mesmo que seja perceptível a necessidade por parte dos ACS, por exemplo. A Saúde Mental se revela solitária neste desafio:

“A sensação que tenho é **que aqui a SM é sozinha, que ela é o patinho feio, que ninguém quer**”. (NÍVEL SUPERIOR SM-1)

“A **AB ainda foca muito nos Programas**, o Matriciamento, não conhecem.” (GESTOR SM-1)

“O paciente é **encaminhado** da Atenção Básica (...)” (GESTOR AB-1)

“Bom, na tentativa de aproximação da Saúde Mental com a Atenção Básica **houve fragilidades**. A **AB não conseguiu identificar a importância, ou aderir ao processo**.” GESTOR SM-1

“Em reunião com a **coordenadora (da SM)**, ela **defendeu a AB com toda força, dizendo que a AB já tem trabalho demais**. A AB tem o papel da medicação no território.” (NÍVEL SUPERIOR SM-2)

“No dia a dia do trabalho **a gente só escuta falar de SM quando acontece um surto**, não é algo de nosso cotidiano.” (ACS 1-AB RURAL)

“A gente cadastra, visita, mas a AB não fala que temos que atuar. A preocupação é grande com outras coisas, mas com a SM nos territórios não existe. **O usuário precisa de respeito diário, não é só de remédio não**.” (ACS 1-AB RURAL)

“Aqui a gente não trabalha muito com a questão da SM. Trabalhamos, vemos a necessidade, mas sozinho a gente não pode fazer muita coisa. É complicado.” (ACS 2-AB RURAL)

“Aqui na **UBS “Z” nunca foi feita reunião de matriciamento entre SM e AB**. Há muitos anos, uns oito, sete anos, vinha um psiquiatra dos CAPS para fazer consultas no posto, mas **ele não reunia com equipe de saúde da UBS**. Só fazia com que a gente corresse atrás das pessoas com problemas mentais. Depois parou.” (ACS 2-AB RURAL)

“**Antes o doente mental era da SM, não da AB** (...) (NÍVEL TÉCNICO SM-1)

Falta interesse da AB em estar junto com a gente – precisamos da AB conosco, mas sempre que solicitamos algo, sentimos que estamos incomodando.” (NÍVEL SUPERIOR SM-1)

Braga e Mota (2014) também relatam que, em sua pesquisa, encontraram resistências, por parte da Atenção Básica, em trabalhar com pessoas com transtornos mentais no processo de implantação do Matriciamento em Saúde Mental em localidade no norte da Bahia. Da mesma forma, estas resistências já haviam sido observadas, por Reis (2019), por parte de alguns participantes da gestão na Atenção Básica no município de Eunápolis também no período de 2013-2016.

Finalmente, esses resultados corroboram os achados de Onocko - Campos *et al.* (2011), Jorge *et al.* (2014), Bonfim *et al.* (2013), que além de terem observado resistências da AB para atenderem os casos de SM, encontraram também indisposição dos profissionais da AB em

trabalhar junto com SM e dificuldades de diálogo entre ambas as áreas. Frente a este desafio, considera-se que a gestão municipal tem um papel significativo em mobilizar as RAS em direção à atuação conjunta, de modo a se tornar viável a implementação do Apoio Matricial. Tal atuação deve ser voltada para superar divergências, sejam operacionais ou de gestão, bem como desconstruir a crença de que não seja papel da AB cuidar da SM nos territórios. Redes não são aquários. Redes são oceanos.

Outro desafio a ser enfrentado no cotidiano para implementar e manter o Apoio Matricial, notado no conteúdo das entrevistas, é a *visão tradicional de cuidado (medicocentrada/medicalização) e a prática da política dos encaminhamentos*. Os sujeitos apresentaram informações que denotam uma prática marcada pela lógica da hegemonia médica, a fragmentação do cuidado em SM, sendo a cultura dos encaminhamentos, referência e contra referência mencionados com naturalidade, ainda que tenham reconhecido o insucesso na obtenção de respostas por este meio:

“(se houve mudanças) Em Saúde Mental, não. **Os pacientes da Saúde Mental são cuidados por encaminhamento, com fichas de referência e contra referência.** Nunca reunimos com a Saúde Mental. As famílias destes pacientes nos procuram pedindo apoio, mas é reduzido.” (NÍVEL SUPERIOR AB-1)

“A gente **envia a referência** direitinho, e tudo mais, mas **não recebe retorno nenhum.** Nem da SM, nem do Regional. (...)” (NÍVEL SUPERIOR AB-2)

“O paciente é encaminhado **da Atenção Básica para a SM.**” (GESTOR AB-1)

“**Os pacientes da Saúde Mental são cuidados por encaminhamento,** com fichas de referência e contra referência.” (NÍVEL SUPERIOR AB-1)

“As famílias destes pacientes nos procuram pedindo apoio, mas é reduzido. **A procura maior é dos pacientes atrás de psicotrópicos.**” (NÍVEL SUPERIOR AB-1)

“Cobram muitos programas, **mas isso (o cuidado no território) não é cobrado em momento nenhum.** A gente não faz nada pra ajudar estas pessoas. **Só medicação, medicação, medicação.**” (NÍVEL SUPERIOR AB-2)

“Não sei como dizer os pontos positivos. A gente **só aplica os remédios (...).**” (NÍVEL TÉCNICO AB-1)

“(...) eles só **renovam a receita** do paciente.” (NÍVEL TÉCNICO AB-1)

“A questão do **“meu saber” é suficiente e não preciso do outro e do saber do outro.** Principalmente por parte **dos médicos.**” (GESTOR AB-2)

Também é denotado nas falas o elemento cultural, no qual ainda é vigente popularmente a cultura medicamentosa e medicocentrada, das renovações de receitas, procurados pelos próprios pacientes e familiares, que desconhecem outras formas eficientes de cuidado. Queiroz (2016) aponta para a existência de resistências culturais do modo “médico-centrado” e exclusivamente medicamentoso, advindo da desinformação e preconceitos ainda presentes na cultura de modo geral. Neste caso, torna-se relevante a missão dos trabalhadores da RAPS em relação à disseminação de informação à população sobre outras formas de cuidado, tal como é preconizado pelos documentos do Ministério da Saúde, como a Portaria 3.088/ 2011 (Brasil, 2011b).

Foi evidenciado, também pelas falas, o não envolvimento do profissional médico no cuidado compartilhado dos pacientes da SM, sem qualquer menção de práticas da *Clínica Ampliada*, que, de acordo com Oliveira e Campos (2015), constitui-se em uma concepção ampliada sobre a produção de saúde. Os resultados do presente estudo aproximam-se dos achados de de Moraes (2010), ao relatar a dificuldade em romper com paradigmas arraigados no segmento da SM, o que delineia uma forma de trabalho tradicional, verticalizada e descontinuada, trazendo tensões para as equipes.

Da mesma forma, as pesquisas de Onocko Campos (2011) e Reis (2019) e outros autores corroboram estes resultados, ao apresentarem as dificuldades para se atuar em Apoio Matricial devido a permanência centralizada no modelo clínico biomédico hegemônico, da atenção curativa e centrada na doença, com proposta de cuidado pela AB, com foco na prescrição de psicotrópicos, na medicalização dos sintomas, devido ao sentimento de impotência dos profissionais diante das vulnerabilidades sociais. Esta situação complexa dificulta o trabalho interprofissional e a interlocução dos saberes, prevalecendo a política do encaminhamento e a não corresponsabilização do cuidado entre os profissionais da equipe e com o intersetor.

Supõe-se mais uma vez, ser necessário que a gestão da Saúde no município, se posicione frente às necessidades de mudanças e melhorias, no sentido do trabalho cotidiano em rede sistêmica, de caráter horizontal, como apresentado por Quinderé *et al.* (2014), ao afirmar que “a micropolítica dos processos de trabalho em saúde possui redes de muitas ligações e conexões. A característica principal (...) são as múltiplas entradas, (...) e heterogeneidade na sua composição, isto é, uma rede que se articula, (...) no plano do trabalho cotidiano.” (QUINDERÉ *et al.* 2014, p. 255).

Por fim, encerrando os principais desafios e dificuldades apontados a partir da análise dos conteúdos trazidos nas entrevistas, reporta-se as *dificuldades de comunicação*. Os trabalhadores da SM e AB trouxeram questões como a dificuldade de contato entre si, incluindo até mesmo a ausência de convites para participar de momentos vivenciados no período de 2013-2016, por ocasião da implantação das ações de Matriciamento e a insuficiência de *feedbacks* sobre os pacientes. Mesmo havendo algum interesse em dialogar sobre os casos da SM, alegou-se a falta de retorno, inclusive por outros pontos da Rede de Atenção Psicossocial:

“Mas hoje **tem até dificuldade de tratar dos casos** com os CAPS. A gente liga, mas **não há retorno** do que estão fazendo com o paciente etc.” (NÍVEL SUPERIOR AB-2)

“A gente envia a referência direitinho, e tudo mais, mas **não recebe retorno nenhum**. Nem da SM, nem do Regional (...)” NÍVEL SUPERIOR AB-2

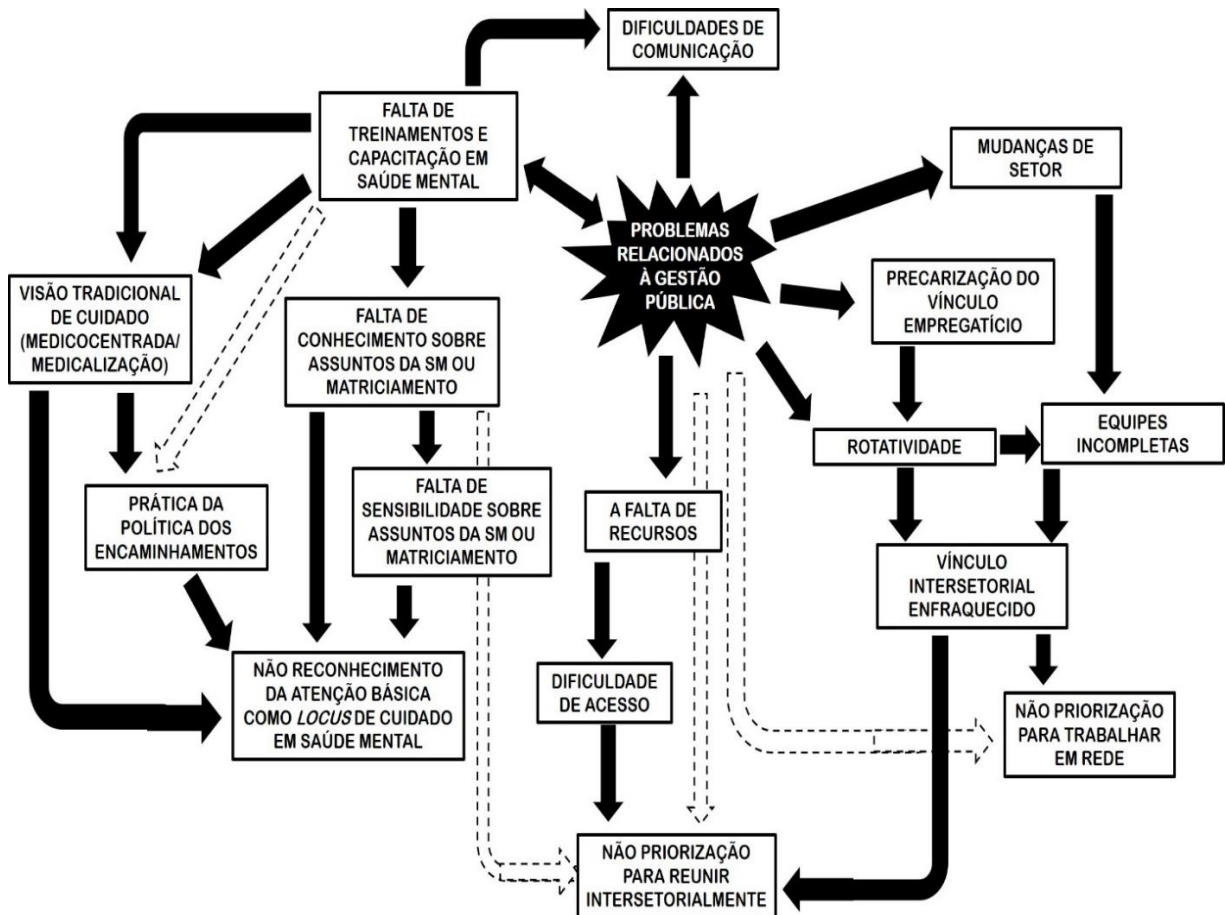
“(O Matriciamento) Se aconteceu, eu não participei, não fui convidada.” (NÍVEL TÉCNICO AB-2)

“Falta diálogo entre setores. Tanto interna como externa.” (NÍVEL SUPERIOR SM-1)

“Já cansei de encaminhar pacientes com referência direitinho e **não recebemos mais nenhuma informação.** A única coisa que sabemos é quando o paciente vem no posto trocar a receita.” (NÍVEL SUPERIOR AB-2)

Os relatos apresentados remetem ao que afirma Moraes (2010), ao atribuir ao não funcionamento em rede a marca da fragmentação do cuidado e da precarização dos processos comunicacionais, os quais dificultam, como ilustrado pelas falas, o alcance de resultados em saúde. Conforme já colocado, Foy *et al.* (2010) e Tesser e Poli Neto (2017) consideram a comunicação interprofissional como principal fator implicado na efetividade do trabalho transdisciplinar. Sendo assim, é preciso que haja estímulo ao diálogo sob uma nova abordagem que permita a proposta de uma de comunicação de modo horizontal, como posto pelo Programa de Saúde da Família (2000), e que permaneça para possibilitar a construção do cuidado compartilhado. A consciência de alguns profissionais de que o cuidado necessita desta comunicação implica no desafio de criar espaços de escuta entre equipes, que necessitam, mais uma vez, de ações práticas propostas pela gestão dos serviços, para que saiam do mundo das palavras, para a ação. Em síntese, a Figura 9 ilustra resumidamente a interrelação das dificuldades e desafios para o Apoio Matricial entre SM e Atenção Básica.

Figura 9- Diagrama de dificuldades e desafios para o Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados das entrevistas.

Conclui-se que, como uma prática da *Clínica Ampliada*, que necessita de escuta e diálogo qualificado entre profissionais/equipes/usuários como um todo, o Apoio Matricial propicia a ressignificação de todos os sujeitos participantes e de suas falas. A esse respeito Campos *et al.* (2017) afirmam que esta escuta necessita ser praticada inicialmente dentro das próprias equipes, dentro dos setores de SM e AB, como um exercício cotidiano de preparo para ações mais ampliadas, a fim de que a interação com o território ocorra de modo factível e produtor de saúde.

O Quadro 4 apresenta sinteticamente os fatores que compõem as categorias analisadas, por áreas (Saúde Mental e Atenção Básica), constatando-se que quantitativamente, houve mais desafios que alcances apontados com base nas narrativas dos sujeitos participantes da pesquisa.

QUADRO 4 - ALCANCES E DESAFIOS PARA O MATRICIAMENTO ENTRE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA

ALCANCES/ MELHORIAS/ FATORES FAVORÁVEIS		DESAFIOS/ DIFICULDADES/ FATORES DESFAVORÁVEIS	
SAÚDE MENTAL	ATENÇÃO BÁSICA	SAÚDE MENTAL	ATENÇÃO BÁSICA
Mudança de paradigmas e atuação em relação a pessoas com transtornos mentais		Problemas relacionados à gestão pública	
	Melhora o fluxo no setor	Falta de recursos	
	Evita a perda do paciente e facilita a adesão ao tratamento	Dificuldade de acesso	
Facilita a regularidade de reuniões nas equipes e entre equipes		Equipes incompletas	
Promoção de autonomia e inclusão social		Rotatividade	
Facilita o cuidado e ações compartilhadas		Mudanças de setor	
Facilita a territorialização do cuidado entre SM e AB		Precarização do vínculo empregatício	
Promove a troca de conhecimentos e o estudo em equipe			Vínculo intersetorial enfraquecido
Promove o alinhamento da comunicação e ampliação do diálogo entre setores			Falta de treinamentos e capacitação em Saúde Mental
Melhorias no acolhimento e abordagem de pessoas com transtornos mentais		Precariedade de conhecimento sobre assuntos da SM	
Fortalecimento de vínculos entre equipe e usuários/familiares		Carência de sensibilidade sobre assuntos da SM	
Ampliação do acesso e da resolutividade		Precariedade de conhecimento sobre assuntos do Matriciamento	
Equipe profissional capacitada e comprometida		Carência de sensibilidade sobre assuntos do Matriciamento	
		Não priorização para reunir intersetorialmente	
		Não priorização para trabalhar em rede	
		Não reconhecimento da Atenção Básica como <i>locus</i> de cuidado em Saúde Mental	
			Visão tradicional de cuidado (medicocentrada/medicalização)
			Prática da política dos encaminhamentos
		Baixa ou nenhuma frequência do Matriciamento	
		Dificuldades de comunicação	
TOTAL: 13		TOTAL: 20	

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados das entrevistas.

5.3.4 Caminhos e possibilidades na busca de soluções para o processo de Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica – um olhar dos atores locais

A Categoria *Sugestões para melhorias no processo de Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica*, baseada nos dados da última questão da entrevista, compreendeu a escuta dos participantes em relação a que sugestões poderiam trazer, a fim de proporcionar melhorias para o trabalho de Matriciamento ou Apoio Matricial no município de Eunápolis. Foram elencados onze aspectos destacados nas falas dos profissionais da pesquisa, a saber: promover reuniões entre equipes; estimular o fortalecimento de vínculo nas e entre equipes; melhorar o diálogo e a comunicação entre profissionais, equipes e comunidade; promover capacitação em apoio matricial; a Atenção Básica cumprir seu papel preventivo e de cuidado em saúde mental; abolir a rotatividade; ampliar o número de equipes NASF; prover recursos materiais e recursos humanos capacitados; promover mudanças na rotina dos usuários e melhorias nos CAPS; repetir experiências bem sucedidas no município e dar continuidade; priorizar e iniciar o Matriciamento.

Observou-se que as sugestões apresentadas pelos trabalhadores pesquisados estiveram em consonância com os desafios apontados pelos mesmos, sendo que se considerou viáveis de serem aplicadas caso se conte com a presença de um gestor da Secretaria de Saúde que de modo factível incentive e priorize a reimplantação do Apoio Matricial entre Saúde Mental e Atenção Básica. Sem este requisito, compreende-se que a situação de cuidado fragmentado em SM no município tenderá a se manter, afastando-o de um funcionamento em rede, conforme preconizam os documentos do Ministério da Saúde.

A primeira sugestão, *promover reuniões entre equipes* denota a consciência dos participantes de que a aproximação entre os membros das equipes e entre equipes do intersetor é fundamental para familiarização dos seus participantes entre si e com os territórios, como expresso nas falas:

“Deveria **voltar a reunir mais vezes** e haver **mais engajamento entre as equipes de SM e Atenção Básica.**” (ACS 2-AB URBANA)

“**(...) os encontros entre as equipes e fazer ações, palestras na UBS.**” (ACS 1-AB ÁREA RURAL)

“Fazer uma **reunião mais conversada, com a família, com os profissionais.**” (ACS 2-AB ÁREA RURAL)

“**Tem que se juntar** para ter soluções corretas. (ACS 2-AB ÁREA URBANA)

“Começar com as reuniões onde cada setor que está no território iria partilhar o cuidado(...) em parceria com os CAPS.” (NÍVEL SUPERIOR SM-1)

“Voltando as **reuniões da SM também**, mais **direcionadas a cada Equipe de Saúde da Família.**” (NÍVEL SUPERIOR AB-2)

“**(...) os encontros entre as equipes e fazer ações, palestras na UBS.**” (ACS 1-AB ÁREA RURAL)

“Na entrevista você me despertou uma coisa que eu não tinha atentado. Vamos **conversar com a Coordenação da Saúde Mental para desenvolver isso (o Matriciamento).**” (GESTOR AB-1)

Deste modo, a segunda sugestão envolve *estimular o fortalecimento de vínculo nas e entre equipes*, pois para que haja cuidado compartilhado, regularidade e continuidade do trabalho, os vínculos necessitam de maior fortalecimento, afetando positivamente o processo desafiante de reimplantar o Apoio Matricial.

“**É preciso unir a Saúde Mental.**” (NÍVEL SUPERIOR SM-2)

“**haver mais união entre as equipes de SM e AB.** Que os CAPS procurem mais a AB para dar atenção às famílias, que são desestruturadas.” (NÍVEL TÉCNICO AB-1)

“**Haver um vínculo maior dessa rede de serviços.** Aqui funciona para Outubro Rosa e outros, mas também tinha que ter com a SM, **que a SM ter um vínculo com os profissionais da AB**, para tratar de cada caso, sobre como entrar na família para ajudar no cuidar.” (ACS 2-AB ÁREA RURAL)

O aspecto seguinte destacado dos enunciados dos sujeitos participantes, foi *melhorar o diálogo e a comunicação entre profissionais, equipes e comunidade*. Os sujeitos demonstraram que a possibilidade do Apoio Matricial só é possível quando existe uma qualificação dos diálogos entre parceiros nas equipes de trabalho, entre equipes intersetoriais e usuários, familiares e pontos de atenção da RAPS, para que se estabeleçam os vínculos e a confiança que possibilita a implementação de novas formas de cuidado e sua continuidade, como expresso:

“**melhorar a Rede de SM, fazer com que os serviços se comuniquem entre si**, primeiro precisa funcionar entre nós, para depois partir para outros serviços” (NÍVEL SUPERIOR SM-2)

“Precisa **haver mais diálogo entre equipes de SM e AB.**” (NÍVEL SUPERIOR AB-1)

“A aproximação com o usuário.” (ACS 1-AB- ÁREA RURAL)

“É preciso haver **o diálogo com as famílias e ouvir as pessoas com transtornos mentais**, tanto profissional, como dentro da própria família”. (NÍVEL SUPERIOR AB-1)

“**cada um ainda que atue no seu serviço específico, fale uma mesma língua entre equipes; precisa fortalecer o vínculo com a AB, principalmente com os médicos.**” (NÍVEL SUPERIOR SM-2)

Uma vez que suas formações não forneceram subsídios suficientes para uma atuação transdisciplinar e eficaz, os participantes da pesquisa compreenderam que *promover capacitação em Apoio Matricial* é um passo relevante para que este seja implementado e mantido nos territórios, conforme atestam os enunciados a seguir:

“A iniciativa dela é necessária para **fazer grupos de estudos e começar a fazer o matriciamento. Ter uma capacitação é importante**” (GESTOR SM-2).

“**Aumentar capacitações em matriciamento para todos os profissionais da rede**, como um todo, além dos da SM e AB.” (GESTOR AB-2)

“**mais abertura e isto dependerá da gestão, para criar treinamentos, promover reuniões e ações entre a AB e SM.**” (NÍVEL SUPERIOR AB-1)

“Eu acho que devia **acontecer reuniões, capacitação com cada equipe, principalmente com a Zona Rural**. Digo por equipes de Saúde da Família.” (NÍVEL SUPERIOR AB-2)

“**o gestor, promover cursos, treinamentos para as Equipes de Saúde da Família e da Saúde Mental**. Até muitas **pessoas dos CAPS não tem estes treinamentos**.” (NÍVEL TÉCNICO AB-2)

“Retomar **cursos, o fazer reuniões com a equipe, retomar regularmente o matriciamento**.” (NÍVEL TÉCNICO SM-1) “Está precisando **voltar a ter reuniões, treinamentos sobre isso, entre equipes, ESF, CAPS, Assistência Social**. O **tema precisa estar sempre sendo debatido** e não deixar cair no esquecimento.” (ACS 2-AB URBANA)

Sendo prioritário evitar o surgimento de pessoas acometidas por transtornos mentais em todos os seus níveis, os sujeitos participantes consideraram relevante a *Atenção Básica cumprir seu papel preventivo e de cuidado em saúde mental*. Sem esta ação preventiva corre-se o risco de não haver aporte suficiente dos CAPS para sustentar os cuidados à população nos territórios, uma vez que não há recursos humanos e insumos suficientes para executar o cuidado a toda a população:

“(…) haver a **prevenção ao adoecimento, tirar o preconceito da AB, das famílias(…)**. E a AB tem um papel preventivo na Saúde Mental.” (NÍVEL SUPERIOR AB-1)

“Por exemplo, a Atenção Básica **desenvolveria grupos terapêuticos**, a Igreja, com os Agentes de saúde, fariam grupos, oficinas com as crianças, etc., por bairros, em parceria com os CAPS. E **não ficar só enviando para os CAPS..**” (NÍVEL SUPERIOR SM-1)

Outra expressão dos sujeitos de relevância para a implementação do Matriciamento nos territórios foi a sugestão de *abolir a rotatividade*. Os relatos apresentaram total discordância das trocas frequentes de profissionais, preservando os profissionais de modo a conseguir colher os resultados das ações matriciais, sugerindo assim a adoção de concursos público, ao invés de processos seletivos altamente precarizados e prejudiciais ao cuidado em rede:

“**Não deve trocar muito os profissionais**, pois perdem os vínculos com os pacientes.” (ACS 2-AB URBANA)

“**acabar com processo seletivo precarizado e fazer concurso público**, porque quando a gente começa a conhecer os usuários, é mandado embora.” (NÍVEL SUPERIOR SM-1)

“deveriam **minimizar a rotatividade entre profissionais**, criando vínculos mais estáveis entre os profissionais.” (GESTOR AB-2)

“**as pessoas que participassem do matriciamento fossem sempre as mesmas**. Sendo a mesma equipe, haverá continuidade. (NÍVEL TÉCNICO SM-2)

“**é ter uma equipe fixa, não mexer na equipe de SM e AB**.” (NÍVEL TÉCNICO SM-1)

E para que o cuidado no território, por meio do Apoio Matricial, possa ser regular faz-se necessário aumentar os “braços” de suporte às Equipes de Saúde da Família através dos NASF, hoje insuficientes, uma vez que foram retirados pelo governo da previsão orçamentária do *Previne Brasil*. Como já percebido por profissionais da AB, as ações de Apoio Matricial dos

NASF produziram resultados positivos e, deste modo, eles entendem ser necessário *ampliar o número de equipes NASF*, hoje denominadas “equipes multiprofissionais”, no intuito de prover retaguarda e apoio para implantação do Matriciamento nos territórios:

“A **volta do NASF na AB**, com equipe mais completa de profissionais, como psicólogo.” (NÍVEL SUPERIOR AB-1)

“Deveria ser uma estratégia permanente. **Ampliar o número de equipes multiprofissionais, os antigos NASF**, proporcionalmente ao número de Equipes de Saúde da família. (GESTOR AB-2)

“**(...) haver uma equipe multidisciplinar, atuando nos postos de saúde, como o NASF.**” (NÍVEL TÉCNICO AB-2)

Diante do déficit de recursos materiais para implementar as ações nos territórios, como a falta de carros, e da pouca capacitação dos recursos humanos dos serviços em estudo, os participantes das entrevistas sugeriram *prover recursos materiais e recursos humanos capacitados*, a fim de qualificar a gestão de uma assistência eficiente e garantir o Matriciamento nos territórios:

“No meu pensar, tem que vir **gestores que gostam de gente**. Se não forem gestores que gostam de gente, o matriciamento não vai mais acontecer no nosso município. (...) Tem que vir pessoas que estejam na **gestão e que tenham preparo e conhecimento para trabalhar.**” (ACS 1-AB URBANA)

“A **gestão é um ponto a melhorar, no sentido de fazer acontecer.**” (NÍVEL TÉCNICO SM-1)

“**(...) a coordenação da Saúde Mental tem que ser pessoas que sabem o que está fazendo.** É o saber, o conhecimento que faz com que faça um trabalho bom.” (ACS 1-AB URBANA)

O ser humano precisa ter um acolhimento melhor e **profissionais mais capacitados.** (ACS 2-AB URBANA)

“E **colocar pessoas capacitadas para trabalhar e não cargos políticos**” (ACS 2-AB URBANA)

“**(...) ter carro para fazer as visitas**” (ACS 1-AB ÁREA RURAL)

Também sugeriram *promover mudanças na rotina dos usuários e melhorias nos CAPS*, pois denotaram perceber que os atuais roteiros de atividades não têm contribuído para a autonomia dos usuários, “cronificando-os” às “quatro paredes” dos serviços de SM, como abordado por Severo (2009). Além disso os participantes entendem que a incompletude de equipes reduz a qualidade dos serviços do Matriciamento, principalmente em seu teor transdisciplinar. Dessa forma, estas rotinas atuais atrapalhariam a participação dos usuários nas atividades matriciais, uma vez que se processam nos territórios, das quais:

“**O almoço deveria ser cortado e** dado apenas para quem está em crise, em surto, ou para quem participa das oficinas, mas não o dia todo, sem ajudar os usuários a terem autonomia” (NÍVEL SUPERIOR SM-1)

“Fazer **grupos e oficinas eficientes**, separadas por turmas em dias alternados, com os usuários.” (NÍVEL SUPERIOR SM-1)

“**(...) completar as equipes profissionais dos CAPS.**” (NÍVEL TÉCNICO SM-1)

Mais uma sugestão colocada pelos sujeitos participantes, foi *repetir experiências bem sucedidas no município e dar-lhes continuidade*. Aqueles que tiveram a oportunidade de vivenciar o Projeto Percursos Formativos da RAPS/ Projeto Engrenagens da Educação Permanente (PPF-RAPS/ PEEP), dos anos 2013-2016 (REIS, 2019; 2020), trazem enunciados que expressam a validação de repetir a experiência e manter sua continuidade:

“O passado da gente precisava ser copiado e não esquecido.” (ACS 1-AB URBANA)

“(…) A proposta dos “Retalhos” **deveria voltar novamente**. (divisão dos territórios da AB para ações de Apoio Matricial)” (GESTOR AB-2)

“Precisamos **dar continuidade ao que foi feito antes**, no passado.” (GESTOR SM-2)

“(…) **precisa de maior comprometimento** do profissional. Tem que **levar até o final, até alcançar o objetivo**. (NÍVEL TÉCNICO SM-2)

Por fim, as narrativas apresentaram como sugestão *priorizar e iniciar o Matriciamento*. De fato, sem priorização, sugere-se que a tendência é cada vez mais cristalizar a forma retrocedente de cuidados em SM no município. Os sujeitos de pesquisa expressaram a importância de iniciar as reuniões para discussão dos casos, as ações nos territórios, ampliando os contatos e articulações com os pontos de atenção da RAPS, envolvendo usuários, familiares e comunidade:

“Minha sugestão é **que dê prioridade ao matriciamento**.”

“Precisamos **começar as reuniões de Matriciamento com os serviços da AB e os CAPS**. Começar pela saúde e ir ampliando, fortalecendo com os serviços e outros pontos de atenção da rede.” (GESTOR SM-1)

“(…) que a coordenadora da Saúde Mental **dar prioridade neste momento para o matriciamento e ver que ele é importante para a SM**.” (GESTOR SM-2)

“Da parte de minha coordenação é **preciso participar, ter boa vontade de sentar e discutir os casos**. Ter disponibilidade, colocar como prioridade por parte de todos os profissionais”. (GESTOR SM-2)

“Façam aqui na região, Terapia com psicólogo, trabalhos manuais, **envolvendo os pacientes da Saúde Mental em associações** e outras atividades também.” (NÍVEL TÉCNICO AB-1)

“**(a Saúde Mental) Deveria fazer visitas à UBS e aos usuários**.” (ACS 1-AB ÁREA RURAL)

“Precisa **haver iniciativa da SM para ir direto aos responsáveis pelos pacientes, e para fazer contato com a UBS também**.” (ACS 2-AB ÁREA RURAL)

“Fazer uma **reunião mais conversada, com a família, com os profissionais**.” (ACS 1-AB ÁREA RURAL)

“Seria interessante que **o Matriciamento fosse por Unidade de Saúde**, pois quando é todo mundo junto, escapam as particularidades.” (NÍVEL SUPERIOR AB-2)

As sugestões propostas apontaram para um cenário de esperança de recomeços promissores para o município, no sentido de reimplantar o Apoio Matricial, reconhecendo nest tecnologia social- práxis que converge aos ideais da *Clínica Ampliada e Compartilhada*, como estratégia de cuidado transformador e de valor produtivo de saúde para as pessoas com transtornos mentais do município estudado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se você conhece o inimigo e a si mesmo, não teme o resultado de cem batalhas. Se se conhece, mas não ao inimigo, para cada vitória sofrerá uma derrota. Se não conhece nem o inimigo nem a si, perderá todas as lutas.

(Sun Tzu, em “A arte da Guerra”)

Para vencer o inimigo, é preciso conhecê-lo. Para construir melhorias, é preciso saber dos obstáculos que as precedem, a fim de conseguir alcançá-las para usufruir das benéficas que elas propiciam. Partir do conhecimento dos sujeitos, atores dos fazeres em Saúde, é ouvir sua voz, respeitar sua visão e fortalecer seu protagonismo em meio a batalha diária de construir e solidificar parceria da Saúde Mental e da Atenção Básica em Saúde.

Neste espírito de valorização dos conhecimentos e das experiências dos profissionais, a presente pesquisa elegeu, como objetivo geral, analisar os alcances e desafios encontrados na prática profissional no processo de Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica, no contexto do trabalho em rede no município de Eunápolis, no intuito de gerar inspiração para melhorias e futuras construções no âmbito da RAPS local e no desenvolvimento de novos estudos sobre o tema. Para que o objetivo geral fosse atingido, fez-se necessário, inicialmente, entender, por meio de pesquisa bibliográfica e documental, o funcionamento da RAPS no município, comparando com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Também se considerou necessário caracterizar os participantes, em termos sociodemográficos e profissionais, e, com base na análise das entrevistas, apreender o seu o nível de conhecimento e a experiência em relação ao Matriciamento. A partir daí, foi possível traçar um mapeamento e organizar os conteúdos que permeiam o fenômeno do Matriciamento em três principais níveis: a) em torno dos avanços observados na prática profissional com a vivência da experiência do Matriciamento, b) em relação aos desafios encontrados na sua efetivação e, no contrapeso entre avanços e desafios, emergiram c) as falas que apontam para as saídas possíveis com vistas a um futuro mais promissor para o Apoio Matricial entre Saúde Mental e Atenção Básica no município.

Ao descrever a Rede de Atenção Psicossocial eunapolitana, com base na pesquisa documental e nos dados coletados nas entrevistas, constatou-se que a mesma não se encontra atualmente, do ponto de vista funcional, articulada em rede sistêmica, ainda que disponha de serviços que constam na Portaria N° 3.088/ 2011, que preconiza a RAPS ao nível nacional. A peculiaridade da existência do CESM, denotou a ambiguidade da RAPS local, por ser ao mesmo

tempo oportunidade de ampliar o acesso aos cuidados, mas também por revelar uma provável deficiência do funcionamento da rede, na articulação com seus diferentes pontos de atenção da RAPS, inferindo-se que a AB poderia, junto à SM, prover o cuidado nos territórios, como sugerido pela pesquisa bibliográfica e documental.

No que diz respeito aos níveis de conhecimento e de experiência, observou-se precariedade nos níveis de conhecimento e necessidade urgente de capacitações sobre esse dispositivo de saúde, além de, em linhas gerais, limitada experiência, por parte dos entrevistados. Foi possível constatar que alguns trabalhadores do município preservam referências positivas transformadoras das subjetividades e coletividades que perduram até a atualidade, a exemplo do Projeto Percursos Formativos da RAPS/Projeto Engrenagens da Educação Permanente (PPF-RAPS/ PEEP), em 2013-2016, o qual implantou o Apoio Matricial entre Saúde Mental e Atenção Básica. Porém, como já foi dito, houve a descontinuidade do processo por motivos predominantemente políticos, resultando na fragilidade da RAPS e no retrocesso ao paradigma hegemônico “medicocentrado”, medicamentoso e fragmentado.

De fato, a pesquisa constatou que, atualmente, o Matriciamento entre SM e AB não ocorre com regularidade, resumindo-se a tentativas pontuais precarizadas de alguns profissionais, no esforço de produzir saúde. Pode-se dizer que a história da SM do município segue marcada pelo antes, durante e depois do PPF-RAPS/ PEEP, inspirando e apontando possibilidades de novos começos, exemplificando o quanto os “avanços e recuos” do Matriciamento também estão ancorados ao esforço relativo de cada equipe.

Com relação aos alcances, destacam-se a mudança de paradigmas e atuação em relação a pessoas com transtornos mentais; a ampliação do acesso e da resolutividade em saúde; o fortalecimento de vínculos entre equipe e usuários/familiares; a facilitação do cuidado e ações compartilhados nos moldes da Clínica Ampliada; melhorias no acolhimento e abordagem de pessoas com transtornos mentais e a facilitação na promoção da autonomia e inclusão social.

Ao tratar dos desafios, demonstrou-se, através das falas dos sujeitos, um encadeamento de fatores que desfavorecem o Matriciamento local, com destaque para os problemas relacionados à gestão pública, que levam à falta de recursos e dificuldade de acesso, além de equipes incompletas, agravadas pela rotatividade, pelas mudanças de setor e pela precarização do vínculo empregatício. O vínculo intersetorial, por sua vez, torna-se enfraquecido e a falta de treinamentos e capacitação em Saúde Mental, culmina na precariedade de conhecimento ou de sensibilidade sobre assuntos da SM ou Matriciamento, resultando, deste modo, na não priorização para reunir intersetorialmente e trabalhar em rede, transdisciplinarmente. Resulta disso, o não reconhecimento da Atenção Básica como *locus* de cuidado em Saúde Mental,

permanecendo uma visão tradicional de cuidado (medicocentrada/medicalização) e a prática da política dos encaminhamentos. Diante de uma RAPS fragmentada e fragilizada pelos aspectos abordados, a pesquisa permitiu sugerir que o Apoio Matricial necessitará de um processo de conscientização da gestão da Saúde no município, para que sejam implementadas mudanças a fim de que possa ocorrer futuramente sua reimplantação.

Como sugestões para favorecimento do Matriciamento entre SM e AB, a pesquisa trouxe sugestões dos sujeitos participantes, com destaque para a volta de reuniões para o fortalecimento do vínculo entre equipes para estimular e melhorar o diálogo e a comunicação entre profissionais, equipes e comunidade, a realização de capacitações continuadas em Matriciamento entre SM e AB, a necessidade de uma gestão mais preparada e a abolição da rotatividade, como grande “vilã” da continuidade do processo. Ademais, priorizar e iniciar o Matriciamento e considerar repetir experiências bem sucedidas já ocorridas no município foram também indicados.

É fato que a pesquisa também encontrou limitações, causadas pela pandemia do COVID-19 haver-se instalado ao longo do seu processo, em especial na coleta de dados, uma vez que o objeto de pesquisa consistia nos trabalhadores da Saúde, atuantes “na frente do campo de batalha”, o que atrasou seu processo de coleta de dados e tornou necessário o pedido de prorrogação de prazo. A existência da Internet e meios de telecomunicação possibilitou amenizar os obstáculos. Reafirma-se aqui a homenagem a cada profissional que contribuiu para produzir saúde, ciência e melhorias, mesmo em tempos tão adversos. Outra dificuldade encontrada diz respeito à organização dos dados sobre Saúde disponibilizados nas bases de dados oficiais das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde. Sentiu-se necessidade de que esses dados fossem disponibilizados com maior clareza e detalhamento e como menos burocratizações.

Por outro lado, a presente pesquisa representou avanços em relação a outros estudos conduzidos no Estado da Bahia. Primeiro, conseguiu-se mapear, para além dos desafios, já apontados por estudos anteriores, muitos alcances ou pontos positivos observados na experiência de Matriciamento nesse território específico. Também conseguiu levantar expectativas em relação ao futuro, uma vez que apontou para a necessidade de diagnóstico e planejamento da Saúde Mental no município e mapeou o que os profissionais de saúde esperam em termos de melhorias para que, de fato, o Matriciamento seja implementado com sucesso.

O estudo foi conduzido num momento político crítico, marcado por retrocessos nunca vividos durante os anos recentes de democracia brasileira. Tais retrocessos já trazem prejuízos incalculáveis na área da saúde, em geral, e para a Saúde Mental, em particular, como visto.

Assim, conclui-se que existe a necessidade de futuros estudos que continuem a realizar mapeamentos e diagnósticos da situação da SM nos municípios brasileiros, para buscar monitorar a extensão dos danos que a atual política de saúde poderá imprimir na realidade brasileira, com vistas ao planejamento de ações que visem superar esses danos em médio e longo prazo. A presença de mais desafios que avanços já observados nesta pesquisa sugere ser preciso resistir e “remar contra a maré”, seja produzindo novas pesquisas sobre o tema, em vista da indiscutível relevância social e acadêmica que o Matriciamento apresenta, seja se engajando nos movimentos sociais que lutam pela preservação do direito do cuidado em liberdade. A produção e disseminação de conhecimento sobre o tema, revelando seu movimento de construção e desconstrução, como vem ocorrendo no Brasil, pode constituir-se como força que alimenta as pautas dos movimentos sociais, fortalecendo-os e dando-lhes direção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. 11(1/2). 1997. 5-20 p. Disponível:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231997000100005 Acesso em: 10 dez. 2020

AMARAL, C. E. M., TORRENTÉ, M. O.N., TORRENTÉ, M., MOREIRA, C. P. Apoio matricial em Saúde Mental na atenção básica: efeitos na compreensão e manejo por parte de agentes comunitários de saúde., **Interface** (Botucatu) [online]. 2018, vol.22, n.66, pp.801-812. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0473> Acesso em: Abril/ 2019.

AMARANTE, P. e LIMA, R. **Loucos pela diversidade: da diversidade da loucura à identidade da cultura. Relatório final** / Coordenado por Paulo Amarante e Ricardo Lima. Rio de Janeiro: s.n., 2008. 105 p.

AMARANTE, P.(org.) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**.SDE/ENSP. Rio de Janeiro, 1995.

AMARANTE, P. D. C. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41910/3/amarante-9788575413272.pdf> Acesso em: 10 Jan. 2020.

AMARANTE, P.; CRUZ, L. B. (Orgs.) **Saúde Mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro. Laps. 2015. 100p.

ATHIÉ, Karen; FORTES, Sandra; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, 2013 Jan-Mar; 8(26):64-74. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/08/881022/536-3693-3-pb.pdf> Acesso em: 10 jul. 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads. (Obra original publicada em 1977). Edições 70. Lisboa, 2006.

BARROSO, Sabrina Martins; SILVA, Mônia Aparecida. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 66-78, jun. 2011. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702011000100008&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 02 dez. 2020.

BEZERRA JÚNIOR., B. De médico, de louco e de todo mundo um pouco: o campopsiquiátrico no Brasil dos anos 80. *In*: Guimarães e Tavares (orgs.), **Saúde e sociedade no Brasil: anos 80**. Relume-Dumará. Rio de Janeiro, 1994).

BISPO, José Patrício; MOREIRA, Diane Costa. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2017, v. 33, n. 9 [Acessado 27 Novembro 2019], e00108116. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00108116>. Epub 28 Set 2017. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00108116>.

BONFIM, I.G. *et al.* Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 17, n. 45, p. 287-300, 02 Jun. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000200004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 Jun. 2019.

BRAGA, Lara Ribeiro; MOTA, Alessivania. **O processo de implantação do matriciamento na rede de um município da Bahia.** (Trabalho de Conclusão de Curso - Especialização). Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública. Pós-graduação Especialização em Atenção Básica à Saúde Mental. Salvador, 2014. Disponível em: <http://www7.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/456/1/O%20PROCESSO%20DE%20IMPLANTA%20c3%87%20c3%83O%20DO%20MATRICIAMENTO%20NA%20REDE%20DE%20MUNIC%20MUNIC%20c3%8dPIO%20DA%20BAHIA.pdf> Acesso em: 02 fev. 2020.

BRASIL. **Projeto de Lei 3.657/89.** Ministério da Saúde. Brasília, 1989. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD29SET1989.pdf#page=30> Acesso em: 10 Jul. 2018.

BRASIL. **Declaração de Caracas.** Aprovada em 14 de novembro de 1990. Ministério da Saúde. 1990. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf Acesso em: 12 Jul. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS N° 224, de 29 de janeiro de 1992.** Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_224.pdf Acesso em: 9 jan. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Conferência Nacional de Saúde Mental. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília. 1994. 63p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf Acesso em: 9 jan. 2020.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 106, de 11 de fevereiro de 2000.** Ministério da Saúde. Brasília. 2000a. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf> Acesso em: 10.de jul. de 2018.

BRASIL. **Portaria nº 1.220, de 3 de junho de 2000.** Ministério da Saúde. Brasília, 2000b. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1220_03_06_2014.html Acesso em: 10 Jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Brasília, 2001. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental. Acesso em: 08 Jan. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 336 - 19 de Fevereiro de 2002.** Ministério da Saúde. Brasília. 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html Acesso em: 10.de jul. de 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.** Brasília, 2002a. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html Acesso em: 08 Jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.708 de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.** Brasília, 2003a. Disponível em:

<https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=10708&ano=2003&ato=1eaQTQ610dRpWT5dc> Acesso em: 08 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.** Brasília, 2003b.

Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html Acesso em: 08 Jan. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial.** Série B: Textos Básicos de Saúde. Brasília. 2004. 16p. Disponível em:

http://www.heab.fmrp.usp.br/App_Data/Conteudo/Arquivos/Humaniza%C3%A7%C3%A3o/Equipe%20de%20Referencia%20e%20Apoio%20Matricial.pdf Acesso em: 12/ 05/ 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem.** Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 c. 16 p.: il.

Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf> Acesso em: 16/ 12/ 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004d. 86 p. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1212.pdf> Acesso em: 12/ 05/ 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Dape. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reformas dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.** Brasília: Opas. Brasília, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf Acesso em: 01/02/ 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.899, de 11 de setembro de 2008.** Brasília, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1899_11_09_2008.html Acesso em: 12 Jul. 2019.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Diretrizes Assistenciais para a Saúde Mental na Saúde Suplementar.** Rio de Janeiro: ANS, 2008a. 75 p. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_consumidor/diretrizes_assistenciais.pdf Acesso em: 01/ 05/ 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental.** Brasília. 2008b. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134&janela=1 Acesso em: 05/01/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010.** Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro de 2011. 2011a. 106 p. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/5512518/saude-mental-no-sus-as-novas-fronteiras-da-reforma-psiquiatrica> Acesso em: 01/03/2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: 2011b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em: 16 Jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Dulce Helena Chiaverini (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Brasília, 2011c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/.../guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf Acesso em: 01/ 05/ 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Saúde Mental.** Ministério da Saúde, Brasília. 2013. 176 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf Acesso em: 01/ 03/ 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados – 12**. Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48p. Brasília, 2015.

Disponível em:

https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf Acesso em: 10 Fev. 2019.

BRASIL. Últimas notícias. Ações e programas. Saúde da Família. **Saúde da Família**.

Publicado: Quinta, 17 de Agosto de 2017. Brasília, 2017a. Disponível em:

<https://www.saude.gov.br/noticias/772-acoes-e-programas/saude-da-familia/41285-saude-da-familia> Acesso em: 01/ 02/ 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS**.

Brasília. 2017b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus> Acesso em: 10 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Promoção da saúde. **18 de maio: Dia Nacional da Luta Antimanicomial**.

Publicado em 18 de Maio de 2017. Brasília, 2017d. Disponível em:

<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/52612-18-de-maio-dia-nacional-da-luta-antimanicomial> Acesso em: 10/ 12/ 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.449, de 25 de outubro de 2018**. Brasília, 2018.

Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-3-449-de-25-de-outubro-de-2018-48228176> Acesso em: 10/01/ 2020.

_____. Câmara dos Deputados. Legislação. **Decreto nº 9.926, de 19 de julho de 2019**.

Brasília, 2019 a. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2019/decreto-9926-19-julho-2019-788859-publicacaooriginal-158766-pe.html> Acesso em: 02/ 02/ 2020.

_____. Casa Civil da Presidência da República. Imprensa Nacional. Diário Oficial da União. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**.

Brasília, 2019 b. Disponível em:

<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180> Acesso em: 02/ 02/ 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. E-gestor. Atenção Básica. Informação em Saúde.

MS/SAPS/Departamento de Saúde da Família – DESF Unidades Geográficas: BRASIL.

Cobertura da Atenção Básica. Período até novembro de 2019. Brasília, 2019c. Disponível em:

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml> Acesso em: 03/ 02/ 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ações e Programas. **Saúde da Família**. Brasília, 2019e.

Disponível em: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia>. Acesso em: 03/ 02/ 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de

Saúde da Família. **Nota Técnica Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS**. Brasília, 2020. Disponível em:

<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf> Acesso em: 02/ 02/ 2020.

CAMPOS, G. W.de S. **Modelos assistenciais e Unidades Básicas de Saúde: elementos para debate.** In: CAMPOS, G.W.S.; MERHY, E.E.; NUNES, E.D. (Orgs.). Planejamento sem norma. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1989. p.53-60.

_____. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro. 1998; 14:863-70.

_____. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 Ago. 2018.

CAMPOS, G. W. de S. ; AMARAL, M. A. do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 4, p. 849-859, Aug. 2007 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 Fev. 2020.

CAMPOS, G. W. S.; CHAKOUR, M.; SANTOS, R. C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 141-144, 1997. Disponível em: http://www.gastaowagner.com.br/index.php/component/docman/cat_view/1-artigos?start=20. Acesso em 17 ago. 2020.

CAMPOS, G. W. de S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 2, p. 399-407, Feb. 2007 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X20070002000&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 Ago. 2018.

CAMPOS, G.W. S., PEREIRA JÚNIOR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Debate. Ciência & Saúde Coletiva**, V. 21(9), 2655-2663p. Rio de Janeiro. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2655.pdf> Acesso em: 15/ 02/ 2020.

CAMPOS, G.W. S., PEREIRA JÚNIOR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Debate. Ciência & Saúde Coletiva**, V. 21(9), 2655-2663p. Rio de Janeiro. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2655.pdf> Acesso em: 15/ 02/ 2020.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais.** Petrópolis: Vozes, 2006.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (1992). Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília:1994.63p.**

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão/Ministério Público Federal. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017.** Brasília, DF. 2018.172 p. : il. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf> Acesso em: 04/ 12/ 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Luta Antimanicomial.** Postado em 25 de maio de 2017. Brasília, 2017. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/tag/luta-antimanicomial/> Acesso em: 21/01/2020.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL 7ª REGIÃO (CREFITO-07). **Encontro: Profissionais do NASF-AB e o novo financiamento da Atenção Básica.** Publicado em 28 de novembro de 2019. Salvador, 2019. Disponível em: <http://crefito7.gov.br/encontro-profissionais-do-nasf-ab-e-o-novo-financiamento-da-atencao-basica/> Acesso em: 04/ 02/ 2020.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE EUNÁPOLIS (CMSE). **Ofício CRP 03/Eunápolis Nº 01, de junho de 2019 do Conselho Regional de Psicologia - Representação CRP 03 em Eunápolis ao CMSE.** Eunápolis. 2019a.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE EUNÁPOLIS (CMSE). **Ata de Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Eunápolis (CMSE) do dia 14/ 08/ 2019.** Eunápolis. 2019b.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Sistema Único de Saúde (SUS). **Relatório Nacional Consolidado 16ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, 04 a 07 de agosto de 2019. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/16cns/assets/files/relatorios/Relatorio_Nacional_Consolidado.pdf Acesso em: 01/ 12/ 2019.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 3ª REGIÃO (CRP 03). **Evento realizado no CRP-03 debateu os impactos da Portaria do novo financiamento da Atenção Básica para equipes do NASF-AB.** Notícias. Publicado em 19 de dezembro de 2019. Salvador, 2019. Disponível em: <https://www.crp03.org.br/evento-realizado-no-crp-03-debateu-os-impactos-da-portaria-do-novo-financiamento-da-atencao-basica-para-equipes-do-nasf-ab/> Acesso em: 04/ 02/ 2020.

CONSELHO REGIONAL DE NUTRIÇÃO 5ª REGIÃO (CFN - 05). **Sistema CFN/CRN emite nota sobre portaria que possibilita a extinção do Nasf.** Últimas. Salvador, 25 de

dezembro de 2019. Disponível em: <https://crn5.org.br/sistema-cfn-crn-emite-nota-sobre-portaria-que-possibilita-a-extincao-do-nasf/> Acesso em: 04/ 02/ 2020.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da; RONZANI, Telmo Mota; COLUGNATI, Fernando Antonio Basile. No meio do caminho tinha um CAPSAD: centralidade e lógica assistencial da rede de atenção aos usuários de drogas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 10, p. 3233-3245, Out. 2018 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001003233&lng=en&nrm=iso Acesso em: 10 Jan. 2020.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saude soc.**, São Paulo , v. 20, n. 4, p. 961-970, Dec. 2011 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 Fev. 2020.

DELGADO, P. G.; SCHECHTMAN, A.; WEBER, R.; AMSTALDEN, A. F.; BONAVIGO, E.; CORDEIRO, F.; *et al.* **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Orgs). *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil.* Porto Alegre: Artmed, 2007, 39-83p.

DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO. Gabinete do Prefeito. **Decreto Nº 4597/2013 - Institui o Centro Especializado em Saúde Mental— CESM, de atendimento complementar aos centros de atenção psicossocial do Município de Eunápolis e dá outras providências.** Quarta-feira, 6 de Novembro de 2013. Ano IV. Nº 1288. p. 2-3. Eunápolis, 2013. Disponível em: <http://www.eunapolis.ba.io.org.br/diarioOficial/download/253/1288/1> Acesso em: 10 set. 2019.

DIAS, M. K.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. **Leitos de Atenção Integral em Hospital Geral: configuração atual e novos desafios na Política de Saúde Mental.**In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). *Desafios políticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.* Hucitec. São Paulo. 2010. 115-140 p.

EMERICH, B.F.; YASUI, S.; BARROS, A.C.F. Apoio matricial, formação e saúde mental: conversas necessárias para sustentar o SUS em tempos sombrios. In: Maria Salete Bessa Jorge, Maria Raquel Rodrigues Carvalho, Lourdes Suelen Pontes Costa. (Org.). **Dispositivo do cuidado no contexto do matriciamento em saúde mental na atenção primária: articulações entre saberes e práticas.** 1ed. Fortaleza/CE: Editora da Universidade Estadual do Ceará, 2018, v., p. 68-92. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/332180852_CAPITULO_3_APOIO_MATRICIAL_FORMACAO_E_SAUDE_MENTAL_CONVERSAS_NECESSARIAS_PARA_SUSTENTAR_O_SUS_EM_TEMPOS_SOMBRIOS Acesso em: 10 abr 2019.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa; ONOCKO-CAMPOS, Rosan. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 1, p. 129-138, Feb. 2009 . Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100018&lng=en&nrm=iso Acesso em: 10 abr. 2019.

FRANCO, Túlio Batista A humanização do trabalho em saúde sob análise Trabalho, **Educação e Saúde**, vol. 16, núm. 3, Setembro-Dezembro, 2018, pp. 1465-1467 Disponível em: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4067/406757540032/406757540032.pdf> Acesso em: 10/04/2019

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA. **Rede de Atenção Psicossocial**. Secretaria de Saúde. (Site institucional). Ano 2021. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/rede-de-atencao-psicossocial/> Acesso em: 15 Mar. 2021.

GREGÓRIO, G.; TOMLINSON, M.; GEROLIN, J.; CHRISTIAN, K.; MOREIRA, H. C.; RAZZOUK, D. *et al.* Agenda de prioridades de pesquisa para saúde mental no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, Dez 2012; 34(nº4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462012000400010 Acesso em 02 abr. 2019.

GUIMARÃES, N. A. Laboriosas, mas redundantes: gênero e mobilidade no trabalho no Brasil dos 90. **Revista de Estudos Feministas**, v. 9, n. 1. Florianópolis, 2001.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, Feb. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100036&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 Jan. 2020.

HONNETH, A. **Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais**. Editora 34: São Paulo, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Contagem Populacional**. Ano 2019. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br> Acesso em: 10 jul. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades. Eunápolis**. Ano 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/eunapolis/pesquisa/16/12705> Acesso em: 01 fev. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Mapa de localização do município de Eunápolis. 2015. Disponível em: <http://mapas.ibge.gov.br/bases-e-referenciais/bases-cartograficas/malhas-digitais.html> Acesso em: 11 out. 20120.

JORGE, M. S. B. *et al.* Possibilidades e desafios do apoio matricial na atenção básica: percepções dos profissionais. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, 16(2), 63-74. São Paulo, SP, maio-ago. 2014. ISSN 1516-3687 (impresso), ISSN 1980-6906 (on-line). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v16n2p63-74>. Acesso em: 16/04/2019.

KOHN R.;SAXENA S.;LEVAV, I.;SARACENO, B. The treatment gap in mental health care. **Bull World Health Organ**. 2004 Nov; 82(11): 858-866.

KUSCHNIR, Rosana (Org.). **Gestão de Redes de Atenção à Saúde - 1.** / organizado por RosanaKuschnir e Márcia Cristina Rodrigues Fausto. – Rio de Janeiro: EAD/ ENSP, 2014. 280 p. : il. ; tab.; mapas ISBN: 978-85-61445-95-9

LAZARINO, Márcia da Silva Anunciação; SILVA, Thais Lacerda e; DIAS, Elizabeth Costa. Apoio matricial como estratégia para o fortalecimento da saúde do trabalhador na atenção básica. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo , v. 44, e23, 2019 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572019000100301&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 Mai. 2020.

LEMES, A. G.; PRADO, A. C. B.; FERREIRA, J. M.; NUNES, F. C.; NASCIMENTO, V. F. Matriciamento em saúde mental: revisão de literatura. **Interdiscip Rev Eletrôn. UNIVAR.** 2016; 1(15):136-41.

MACHADO, L. O. **Saúde Mental na Atenção Básica: compreendendo uma história.** Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP. 2015. 164p. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/312475/1/Machado_LuizaOliveira_M.pdf Acesso em: 01/ 05/ 2029.

MANZINI, E. J. A entrevista na pesquisa social. **Didática**, São Paulo, v. 26/27, p. 149-158, 1990.

MARTINELLI, M. L. (Org.). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio.** São Paulo: Veras, 1999.

MELO, Eduardo Alves; VIANNA, Eliane Chaves; PEREIRA, Luciana Alves (Orgs.). **Caderno do Curso Apoio Matricial na Atenção Básica com Ênfase nos Nasf: aperfeiçoamento.** 2ª ed. rev. EAD/ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro. 2016.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias da saúde: uma necessidade contemporânea. *In*: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde.** São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p. 29-74.

MERHY, E. E. A micropolítica do trabalho vivo em ato: uma questão institucional e território detecnologias leves. *In*: MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002. p.41-66.

MIELKE, Fernanda Barreto; COSSETIN, Andiara; OLSCHOWSKY, Agnes. O conselho local de saúde e a discussão das ações de saúde mental na estratégia saúde da família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 21, n. 2, p. 387-394, June 2012 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 Fev. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 3.ed. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1996.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.** 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Relatório final oficina de trabalho para discussão do Plano Nacional de inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica.** 20 a 22 de março de 2001. Disponível em:

http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_842_oficina_plano_inclusao_saude_mental_atencao_basica.pdf Acesso em: 10 out. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Secretaria De Atenção À Saúde. Departamento De Ações Programáticas Estratégicas / Departamento De Atenção Básica. Coordenação Geral De Saúde Mental. Coordenação De Gestão Da Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica. O vínculo e o diálogo necessários. Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica.** Brasília, 2004. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1212.pdf> Acesso em: 16 Dez. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS); ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Carta de Brasília.** Brasília, 2005. Disponível em:

http://www.crpsp.org.br/povos/povos/legislacao/Carta%20de%20Bras%EDlia%20de%202005%20MS_OPAS_OMS.pdf Acesso em: 02 Fev. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Portaria MS nº 1.612 de 09 de setembro de 2005.**

Brasília, 2005. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=193975> Acesso em: 10 Jan. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.** Brasília. 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html Acesso em: 22 set. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011.** Brasília, 2011a. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html Acesso em: 10 Jan. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Portaria MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.**

Brasília. 2011b. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html Acesso em: 10 Jan. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Portaria nº 122, de janeiro de 2012.** Brasília. 2012a.

Disponível em: <http://www.mprn.mp.br/portal/inicio/saude/saude-material-de-apoio/1668-saude-mental-portaria-no-122-de-25-de-janeiro-de-2012?path=> Acesso em: 12 Jan. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012.** Brasília.

2012b. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html Acesso em: 12 Jan. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/DAPES/SAS/MS. **Educação Permanente na RAPS: a Experiência do Percursos Formativos**. Outubro, 2015. Brasília, 2015. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Cooperacao_Horizontal_experiencia_percursos_formativos.pdf Acesso em: 05 mar. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Estrutura Organizacional Básica - Decreto nº 8.901, DOU 11/11/2016**. Brasília. 2016. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/06/Estrutura-Organizacional-MS.pdf> Acesso em: 10 Jan. 2021.

_____. Gabinete do Ministro. **Portaria 3.588 de 21 de Dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências**. Brasília, 2017a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html Acesso em: 22 de set. de 2018.

_____. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2017b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 22 Set. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Nota Técnica N º11/2019 -CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Brasília. 2019a. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf> Acesso em: 05/ 04/ 2019.

_____. Atenção Primária. **Saúde em Família**. Brasília, 2019b. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/atencao-primaria> Acesso em: 02/ 02 /2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Serviços da Atenção Básica/ Unidades Básicas de Saúde, Serviços da Saúde Mental do município de Eunápolis e respectivos totais de trabalhadores**. Datasus. Tabwin. Brasília. 2021a. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060805> Acesso em: 10 Jan. 2021.

MORAIS, A. P. P. **Saúde Mental na atenção básica: o desafio da implementação do apoio matricial**. 2010. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Doi. 10.606/T.62010.tde-08112010-113219. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-08112010-113219/en.php> Acesso em 09 de agosto de 2018.

MORAIS, A.P. P.; TANAKA, O. Y. Apoio Matricial em Saúde Mental: alcances e limites na atenção básica. **Saúde soc.**, São Paulo , v. 21, n. 1, p. 161-170, Mar. 2012 . Disponível

em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000100016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jan. 2019

MOZZATO, Anelise Rebelato; GRZYBOVSKI, Denize. (2011). Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. **RAC**. V. 15, 731-747. Jul./Ago. 2011

NASCIMENTO, Eliana Brito. **A Dimensão ético política da Reforma Psiquiátrica**. Tese de Doutorado. Universidade Católica do Salvador. Superintendência de Pesquisa e Pós-

OLIVEIRA, Alaíde Alves da Silva. **Transformações espaciais e indicadores sócio-ambientais: o caso de Eunápolis- Bahia**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Santa Cruz. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente. Ilhéus, BA: UESC, 2015. 119 p. Disponível em: <http://www.biblioteca.uesc.br/biblioteca/bdtd/201360133D.pdf> Acesso em: 10 fev. 2021. Graduação. Doutorado em Políticas Sociais e Cidadania. Salvador. 2019.

OLIVEIRA, Mônica Martins de. **Apoio Matricial na Atenção Básica de Campinas: formação e prática**. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2014.

OLIVEIRA, Mônica M, CAMPOS G. W. S. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(1):229-238, 2015. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v20n1/pt_1413-8123-csc-20-01-00229.pdf Acesso em: 11 Jan. 2020.

OLIVEIRA, W. F. Em defesa do da política nacional de saúde mental do SUS, da RAPS e da democracia. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, ISSN 2595-2420, v.12, n.33, p.i -ii, Florianópolis, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/78906/45162> Acesso em: 10 Jan. 2021.

ONOCKO-CAMPOS, R. *et al.* Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2011; 16 (12): 4643-4652. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/14465/3/792.pdf> Acesso em: 18/07/2018.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, maio/ago. 2001. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/rosana2001clinicaapalavranegada.pdf> Acesso em: 12 Jan. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) E ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Relatório sobre a saúde no mundo 2001 - Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Brasília: OPAS; 2001. 173p. Disponível em: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf Acesso em: 16/02/2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Adesão a terapias de longo prazo: evidências**

de ação. Genebra, 2003. (Tradução nossa). Disponível em: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf. Acesso em: 03 fev. 2019.

PEREIRA, S. L. B.; MAIA, G. B. D. Avanços e Desafios para Implementação da Rede de Atenção Psicossocial em um Município de Médio Porte. **Rev. FSA**, Teresina, v. 15, n. 4, art. 13, p. 246-262, jul./ago. 2018. ISSN Eletrônico: 2317-2983 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12819/2018.15.4.13> Acesso em: 06/ 10/ 2018

PIOVESAN, Armando; TEMPORINI, Edméa Rita. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 318-325, Aug. 1995. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101995000400010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 nov. 2019.

PIRES, Marília Freitas de Campos. Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade no ensino. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 2, n. 2, p. 173-182, Feb. 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831998000100010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 Jan. 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE EUNÁPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Saúde Mental. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD). **Chamada para Seleção de Projetos de Percursos Formativos na RAPS: Intercâmbio entre Experiências e Supervisão Clínico-Institucional.** Eunápolis, Bahia. 2013a.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Saúde Mental. Centro de atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD). **Microrregiões da Atenção Básica para ações de Matriciamento - “Retalhos”- Eunápolis- Ba.** Eunápolis. 2015a.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Saúde Mental. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD). **Projetos Aplicativos - I Oficina de Atualização de Trabalho em Rede - Saúde Mental e Atenção Básica.** Eunápolis. 2015c.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Saúde Mental. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD). **Plano de Educação Permanente da RAPS Eunápolis/Ba.** Eunápolis. 2016a.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Saúde Mental. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD). **Projeto Engrenagens da Educação Permanente (PEEP). Rodas de Sensibilização.** Eunápolis. 2016b.

PREFEITURA MUNICIPAL DE EUNÁPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Saúde Mental. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD). **Composição da Comissão executiva do Plano de Educação Permanente RAPS- Eunápolis- Ba.** Eunápolis. 2016c.

PREFEITURA MUNICIPAL DE EUNÁPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Saúde Mental. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD). **Formulários - Engrenagens de Educação Permanente - Relatórios Mensais de Atividades - Ativador. FormSUS. Fevereiro a Dezembro de 2016.** Eunápolis. 2016d.

PREFEITURA MUNICIPAL DE EUNÁPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Saúde Mental. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD). Ofício N 35/2016. **Carta Aberta do Fórum Intersectorial de Saúde Mental. Apresentação de Resultados e Avaliações do Projeto Percursos Formativos da RAPS.** Eunápolis. 2016e.

PREFEITURA MUNICIPAL DE EUNÁPOLIS. **Lei nº 1.107, de 20 de dezembro de 2016.** Gabinete do Prefeito. Eunápolis, 2016f. Disponível em: <https://www.eunapolis.ba.gov.br/Handler.ashx?f=diario&query=3065&c=253&m=0> Acesso em: 10 Dez. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE EUNÁPOLIS. **Termo de Homologação – Resolução Conselho Municipal de Saúde (CMS) nº 016/ 2020, de 25 de novembro de 2020.** Diário Oficial de Eunápolis. Ano X. Nº 6465. Sexta-feira, 27 de novembro de 2020. Eunápolis. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE EUNÁPOLIS. **Dados referentes à Atenção Básica/ Atenção Primária em Saúde do município de Eunápolis.** Eunápolis. 2021.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016.** Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília. 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm Acesso em: 10 Dez. 2020.

QUEIROZ, Valéria D. de Carvalho. **A integração da política de saúde mental com a atenção primária em saúde: uma avaliação.** Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Escola de Serviço Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=3679884 Acesso em: 02 fev. 2020.

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; JORGE, Maria Salete Bessa; FRANCO, Túlio Batista. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental?. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**. v. 24, n. 01, 2014, pp. 253-271. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2014.v24n1/253-271/pt> Acesso em: 13 Jan. 2020.

RABELO, Laudemira Silva; LIMA, Patrícia Verônica Pinheiro Sales. Indicadores de Sustentabilidade: a possibilidade da mensuração do desenvolvimento sustentável. **REDE – Revista Eletrônica do Prodema.** Fortaleza, v. 1, n. 1, p. 55-76, dez., 2007. Disponível em: <http://www.revistarede.ufc.br/index.php/rede/article/viewFile/4/4>. Acesso em 13 maio 2013

REDE DE PESQUISA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA ABRASCO (REDE APS). Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). **Contribuição dos pesquisadores da Rede APS ao debate sobre as recentes mudanças na política de atenção**

primária propostas pelo MS. 8º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, João Pessoa. 27 de setembro de 2019. Disponível em: <http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/documentos/noticias/contribuicoes-rede-aps/> Acesso em: 01/ 12/ 2019.

REDE INTERSETORIAL DE EUNÁPOLIS. **Ata de reunião mensal - 12 de junho de 2019.** Eunápolis. 2019a.

REDE INTERSETORIAL DE EUNÁPOLIS. **Ata de reunião mensal - 10 de julho de 2019.** Eunápolis. 2019b.

REDE INTERSETORIAL DE EUNÁPOLIS. **Ata de reunião mensal - 11 de dezembro de 2019.** Eunápolis. 2019c.

REIS, Marília Martins de Araújo. **Controvérsias no processo de matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica: de materialidades a percursos formativos em um município do Extremo-Sul baiano.** Pimenta Cultural. São Paulo. 2020. 177p. Disponível em: <https://www.pimentacultural.com/controversias-processo> Acesso em: 3 Fev. 2020.

REIS, M. M. A. **Controvérsias do processo de Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica na rede municipal de Eunápolis no período de 2013 a 2017.** Monografia (Especialização). Universidade Federal do Sul da Bahia. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Porto Seguro, 2019. 127p.

RIGOTTO, Simone Demore; GOMES, William B. Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 95-106, Apr. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722002000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 Fev. 2020.

RODRIGUES, Rosilene Gomes de Azevedo. **Desafios e possibilidades do matriciamento na construção do cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica em saúde.** Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Instituto de Educação. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Departamento de Psicologia. Rio de Janeiro, 2018.

ROTELLI, F. Formação e construção de novas instituições em Saúde Mental. *In:* AMARANTE, P.; CRUZ, L. B. (Orgs.) **Saúde Mental, formação e crítica.** Rio de Janeiro. Laps. 2015. 37-50p.

SANTOS, Marco Antônio Carvalho; CARVALHO, Maria Cecília de Araújo; MARSDEN, Melissa. Reforma psiquiátrica como eixo integrador na formação profissional em saúde. *In:* PEREIRA, Isabel Brasil; RIBEIRO, Cláudio Gomes (Coord.). **Estudos de politécnia e saúde.** volume 2. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007. p. 193-212.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA (SESAB). Governo do Estado da Bahia. Serviço Público Estadual. **Resolução CIB Nº 275/2012. Aprova as regiões de saúde do Estado da Bahia e a instituição das Comissões Intergestores Regionais.** Atualização em Agosto de 2019. Salvador, 2019 a. Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/docs/RESOLU%C3%87%C3%83O%20275_15.

08.2012_Aprova%20Regi%C3%B5es%20de%20Sa%C3%BAde%20e%20CIR.pdf Acesso em: 20 Out. 2019.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA (SESAB). Governo do Estado da Bahia. **Regiões de Saúde do Estado da Bahia**. Atualização em Agosto de 2019. Salvador, 2019 b. Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/indexch.asp Acesso em: 18 Out. 2019.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA (SESAB). **Estrutura e Organograma**. Salvador, 2021a. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/estrutura-e-organograma/> Acesso em: 10 Jan. 2021.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA (SESAB). **Sobre a DGC**. Salvador, 2021b. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/saude-de-todos-nos/diretoria-de-gestao-do-cuidado/> Acesso em: 10 Jan. 2021.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA (SESAB). **Coordenações e Núcleos**. Salvador, 2021c. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/saude-de-todos-nos/diretoria-de-gestao-do-cuidado/coordenacoes-e-nucleos/> Acesso em: 10 Jan. 2021.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA (SESAB). **Saúde Mental**. Salvador, 2021d. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/saude-de-todos-nos/saude-mental/> Acesso em: 10 Jan. 2021.

SEVERO, Ana Kalliny **Cronificação nos serviços substitutivos na rede de saúde mental de Natal RN**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Rio Grande do Norte. 2009. 146 p. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/18674/1/AnaKS_DISSERT.pdf Acesso em: 10 Jan. 2021.

SILVA, Rodrigo Oliveira de Carvalho da. **Apoio Matricial em Saúde Mental: uma possibilidade de Educação Permanente?** Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2017. 55 p.

TAETS, G. C. C. Cuidados de enfermagem e diagnósticos para pacientes submetido à angioplastia coronária transluminal percutânea. **Revista Recien**. v. 6, n. 16 (2016). Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/130> Acesso em: 06 mar. 2021.

TENÓRIO, Fernando. A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2002, v. 9, n. 1. p. 25-59. Epub 06 Jan 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>. Acesso em: 01 fev. 2020.

TESSER, Charles Dalcanale. POLI NETO, Paulo. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2017, v. 22, n. 3. p. 941-951. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.18842016>.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. Quais são os argumentos a favor da atenção comunitária à saúde mental?. **Pesqui Prát Psicossociais**. 2008; 3(1): 9-25.

TRAJANO, Mariana Peres; BERNARDES, Suela Maiara; ZURBA, Magda do Canto. O cuidado em saúde mental: caminhos possíveis na Rede de Atenção Psicossocial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.10, n.25, p.20-37, 2018. Disponível em: file:///C:/Users/Marilia/Downloads/69600-Texto%20do%20Artigo-242742-1-10-20180321.pdf Acesso em: 10 Jan. 2020.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais – a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas S. A., 1995.

VASCONCELOS, E.M. Impasses políticos atuais do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNL) e propostas de enfrentamento: se não nos transformarmos, o risco é a fragmentação e a dispersão política! **Cad. Bras. Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 57-67, jan./jun. 2012.

VENTURINI, E. A qualidade do gesto louco na era da apropriação e da globalização. *In*: AMARANTE, P. (Org.). **Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003, p. 157-184.

VENTURINI, E. “O Caminho dos Cantos”: morar e intersetorialidade em Saúde Mental. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 22 – n. 3, Set./Dez. Niteroi. 2010. p. 471-480. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v22n3/v22n3a03.pdf> Acesso em: 01/ 02/ 2020.

WHITEFORD, H.; KNAAP, M.; THORNICROFT, G.; SAXENA, S. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. **Lancet**. 2007 Sep; 370(9590): 878-89. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61239-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61239-2) Acesso em: 28 fev. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental health atlas: 2011. World Health Organization**, 2011. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44697>. Acesso em: 28 fev. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS (WONCA). **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: Uma perspectiva global**. Lisboa: WHO, WONCA; 2009. Disponível em: https://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf Acesso em: 10 abr. 2019.

XIMENES NETO, F. R.; FELIX, R. M. S.; OLIVEIRA, E. M.; JORGE, M. S. B. Concepções, conhecimentos e práticas dos enfermeiros ao cuidar de sujeitos com diagnóstico de depressão: um olhar para o território da atenção primária a saúde. **Enfermería global**, version On-line ISSN 1695-6141, n.16 Murcia, jun 2009. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n16/pt_clinica5.pdf Acesso em: 10/ 01/ 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA COLETA PRESENCIAL



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA (UFSB)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS – CEP/UFSB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTADO E SOCIEDADE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr. (a) _____ para participar da Pesquisa “Alcances e desafios do processo de Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica na rede municipal de Eunápolis”, sob a responsabilidade do/a pesquisador/a **Marília Martins de Araujo Reis**, RG 04633744-01 SSP-BA, a qual pretende **analisar os alcances e desafios encontrados na prática profissional no processo de Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica, no contexto do trabalho em rede no município de Eunápolis**. Para tal, são os objetivos específicos desta pesquisa: descrever e analisar o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial no município de Eunápolis; identificar os alcances e desafios da prática profissional no processo de Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica no contexto do trabalho em rede; categorizar os alcances e os desafios encontrados para o Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica e analisar os alcances e desafios identificados com base nos referenciais acadêmicos e em documentos do Ministério da Saúde.

A sua participação é voluntária e se dará em etapa de campo, por meio de diálogo introdutório informativo com o pesquisador sobre a pesquisa e resposta individual e sigilosa ao questionário sociodemográfico e entrevista semiestruturada. Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são o cansaço ou desconforto para responder a entrevista. Para evitá-los, será estipulado prazo conforme a disponibilidade de tempo e comodidade, dentro dos prazos da presente pesquisa. As respostas serão totalmente sigilosas, de exclusivo acesso ao pesquisador, resguardando a identidade pessoal dos participantes da pesquisa e evitando sua exposição ou qualquer constrangimento.

Se depois de consentir sua participação o/a Sr. (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O/a Sr.(a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração referente a esta pesquisa. Entretanto, se o/a Sr. tiver alguma despesa decorrente desta pesquisa será totalmente ressarcido/a pelo pesquisador/a responsável. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas ressaltamos que **sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo**. Para qualquer outra informação, o(a) Sr.(a) poderá entrar em contato com o/a pesquisador/a no seguinte endereço: Alameda WX, 59- Bairro Antares, Eunápolis-Bahia CEP: 45.821-313, pelo telefone (73) 98834-0696, ou pelo e-mail mariliaamarilis@hotmail.com. Ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Sul da Bahia – CEP/UFSB, Praça Joana Angélica, nº 250, Bairro São José, Teixeira de Freitas, Bahia, telefone – (73) 3291-2089. O e-mail do CEP/UFSB é: cep@ufsb.edu.br.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____, fui informado sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar da pesquisa, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias, as quais serão assinadas por mim e pelo/a pesquisador/a, ficando uma via com cada um de nós.

Assinatura do participante

Pesquisadora Responsável

Eunápolis, Data: ____/____/____

Pesquisadora responsável: Marília Martins de Araújo Reis
Orientadora da pesquisa: Prof. Dra. Sandra Adriana Neves Nunes
Programa de Pós-Graduação em Estado e Sociedade (PPGES)

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA COLETA ON LINE



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA (UFSCB)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS – CEP/UFSCB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTADO E SOCIEDADE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você, trabalhador da Saúde Mental E/OU da Atenção Básica em Saúde para participar da Pesquisa “Alcances e desafios do processo de Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica na rede municipal de Eunápolis”, sob a responsabilidade da pesquisadora Marília Martins de Araujo Reis, RG 04633744-01 SSP-BA, a qual pretende **analisar os alcances e desafios encontrados na prática profissional no processo de Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica, no contexto do trabalho em rede no município de Eunápolis**. Para tal, são os objetivos específicos desta pesquisa: descrever e analisar o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial no município de Eunápolis; identificar os alcances e desafios da prática profissional no processo de Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica no contexto do trabalho em rede; categorizar os alcances e os desafios encontrados para o Matriciamento entre Saúde Mental e Atenção Básica e analisar os alcances e desafios identificados com base nos referenciais acadêmicos e em documentos do Ministério da Saúde.

A sua participação é voluntária e se dará em etapa de campo, por meio de diálogo introdutório informativo com o pesquisador sobre a pesquisa e resposta individual e sigilosa ao questionário sociodemográfico e entrevista semiestruturada. Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são o cansaço ou desconforto para responder a entrevista. Para evitá-los, será estipulado prazo conforme a disponibilidade de tempo e comodidade, dentro dos prazos da presente pesquisa. As respostas serão totalmente sigilosas, de exclusivo acesso ao pesquisador, resguardando a identidade pessoal dos participantes da pesquisa e evitando sua exposição ou qualquer constrangimento.

Se depois de consentir sua participação o/a Sr. (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O/a Sr. (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração referente a esta pesquisa. Entretanto, se o/a Sr. tiver alguma despesa decorrente desta pesquisa será totalmente ressarcido/a pelo pesquisador/a responsável. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas ressaltamos que **sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo**. Para qualquer outra informação, o (a) Sr. (a) poderá entrar em contato com o/a pesquisador/a no seguinte endereço: Alameda WX, 59- Bairro Antares, Eunápolis-Bahia CEP: 45.821-313, pelo telefone (73) 98834-0696, ou pelo e-mail mariliaamarilis@hotmail.com. Ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Sul da Bahia – CEP/UFSCB, Praça Joana Angélica, nº 250, Bairro São José, Teixeira de Freitas, Bahia, telefone – (73) 3291-2089. O e-mail do CEP/UFSCB é: cep@ufsb.edu.br.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, trabalhador (a) de Saúde Mental e/ ou Atenção Básica da região extremo-sul baiana, fui informado sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar da pesquisa, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser.

() SIM, CONCORDO EM PARTICIPAR () NÃO CONCORDO EM PARTICIPAR

Desejo receber por e-mail uma cópia do TCLE assinada pelo pesquisador: () SIM () NÃO

Eunápolis, Data: ____/____/____

Pesquisadora responsável: Marília Martins de Araújo Reis
Orientadora da pesquisa: Prof. Dra. Sandra Adriana Neves Nunes
Programa de Pós-Graduação em Estado e Sociedade (PPGES)

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

QUESTIONÁRIO

Data de preenchimento: ____/____/____

E-mail: _____

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1- Data de Nascimento: ____/____/____

2 - Sexo: ()Feminino ()Masculino () Outro: Qual? _____

3- Etnia/ Raça: () Negra () Branca () Parda () Indígena () Outra:

Qual? _____

4- Estado civil: () Casado () Solteiro () Divorciado () Viúvo () Outro:

Qual? _____

Idade: _____

FORMAÇÃO

6- Escolaridade: () Não alfabetizado/ Educação Infantil () Ensino fundamental 1

() Ensino Fundamental 2 () Ensino Médio () Curso Técnico profissionalizante

() Ensino superior

7- Caso tenha feito alguma faculdade, qual curso de graduação?

8- Ano de conclusão do curso: () até 1970 () de 1971 a 1980 () de 1981 a 1990

() de 1991 a 2000 () de 2001 a 2010 () de 2011 a 2020

9- Tipo de Instituição: () pública () privada () outro: Qual? _____

10- Coursou alguma pós-graduação? () Sim () Não

11- Se SIM, cite qual(is) :

DADOS PROFISSIONAIS

12 – Município em que trabalha: _____

13- Qual é sua profissão? () Enfermeiro () Médico () Psicólogo () Educador Físico

() Dentista () Fisioterapeuta () Assistente social () Farmacêutico () Recepcionista

() Técnico em enfermagem () Técnico de Saúde Bucal () Agente Comunitário de

Saúde () Motorista () Outro: _____

14- Cargo/ função atual: _____

15- Você teve outras experiências anteriores de trabalho em Saúde Pública/ Saúde Coletiva ou Saúde Mental ou na Atenção Básica antes?

() Sim () Não () Não Sei/ Não lembro

16- Há quanto tempo trabalha na Prefeitura ? () menos de 6 meses () 6 meses

() de 07 a 11 meses () de 1 a 2 anos () mais de 2 anos até 4 anos () mais de 4 anos até 7 anos () mais de 7 anos até 10 anos () mais de 10 anos

17- Vínculo empregatício: () Contratado por processo seletivo () Nomeado () Informal

() Contratado sem processo seletivo () CLT/ concursado

18- Setor/ serviço que atua: () Atenção Básica () Saúde Mental

19- Tempo em que está na função atual: () menos de 6 meses () 6 meses () de 7 a 11

meses () 1 ano () de 2 a 4 anos () de 5 a 7 anos () de 8 a 10 anos () mais de 10 anos











20- É gestor ? () sim () não () já fui gestor

APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1- Gostaria que você me falasse um pouco sobre sua experiência e seu conhecimento sobre o MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL.
- 2- Você percebeu alguma mudança no trabalho por influência do MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL? O que mudou?
- 3- Quais as principais dificuldades ou desafios que você percebeu na sua prática profissional com o MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL?
- 4- Quais os principais pontos positivos ou avanços que você percebeu na sua prática profissional com o MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL?
- 5- Você poderia dar sugestões que você considera que poderiam trazer melhorias para o trabalho de MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL?

APÊNDICE E – ENTREVISTAS TRANSCRITAS

LEGENDA - DEMARCAÇÃO DAS UNIDADES DE REGISTRO* EM RELAÇÃO AO MATRICIAMENTO

-  CONCEITO DE MATRICIAMENTO
-  FREQUÊNCIA DO MATRICIAMENTO
-  EXPERIÊNCIA COM O MATRICIAMENTO
-  FONTE/LOCAL DE CONHECIMENTO SOBRE MATRICIAMENTO
-  DIFICULDADES/ DESAFIOS/ FATORES DESFAVORÁVEIS AO MATRICIAMENTO
-  PROJETO PERCURSOS FORMATIVOS DA RAPS/ PROJETO ENGRENAGENS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE (PPF-RAPS/ PEEP)
-  PERCEPÇÃO DE MUDANÇAS/ AVANÇOS OBTIDOS/ FATORES FAVORÁVEIS AO MATRICIAMENTO
-  NÃO PERCEPÇÃO DE MUDANÇAS
-  RECURSOS/ ESTRUTURA PARA O MATRICIAMENTO
-  SUGESTÕES PARA MELHORIAS

*Observações e esclarecimentos sobre as falas dos sujeitos ao longo das entrevistas estão colocados entre parênteses no texto transcrito.

QUESTÃO 1 - Gostaria que você me falasse um pouco sobre sua experiência e seu conhecimento sobre o MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL.	
PROFISSIONAL: GESTOR	
ATENÇÃO BÁSICA (PRIMÁRIA)	SAÚDE MENTAL
<p style="text-align: center;">GESTOR AB-1</p> <p>Não tive conhecimento acadêmico sobre o matriciamento. Na faculdade aprendi muito pouco e não tem a parte prática. Na prática no trabalho a gente faz, realizei muito no trabalho com a AB. Temos uma reunião mensal com as coordenações dos Programas e UBS, e todas as sextas reunimos aqui na AB. Mas não envolvemos a SM. Com a SM não temos reunião regular, só esporádicas. Por exemplo, estamos na campanha do Outubro Rosa, então envolvemos a SM, os usuários. O matriciamento é importante porque é preciso ter um bom fluxo da AB e não se perder o paciente, para que ele tenha acesso ao atendimento que precisa. O paciente é encaminhado da Atenção Básica para a SM. Reúno com a coordenadora da SM, quando precisa. O Matriciamento, na prática, é a própria construção do processo de trabalho (pausa e olha para o computador...pausa). É uma construção compartilhada. É impossível fazer o trabalho da AB sem o matriciamento. Temos que dialogar com todos os setores. Chamamos todos os setores, com agenda programada.</p> <p style="text-align: center;">GESTOR AB-2</p> <p>Não aprendi sobre isto na Faculdade. Este tema é recente. Foi em Embu das Artes que eu aprendi. É uma proposta de produção de saúde que une equipes para produzir saúde à população de modo geral. É um apoio para a estratégia de Saúde da família, pois à medida que a gente troca conhecimento com outros profissionais, automaticamente, produzimos saúde. É um processo de troca de conhecimento, de discussão de caso. Principalmente na questão de consulta compartilhada, principalmente com o NASF. Quando eu trabalhava na UBS "W", em</p>	<p style="text-align: center;">GESTOR SM-1</p> <p>Bom, eu tenho quarenta dias na coordenação da Saúde Mental. Deveria haver também uma Superintendência da Média e da Alta Complexidade, mas não sei dizer se já tem alguém nestas funções. A Lei Administrativa do Diário Oficial é que estabelece esta hierarquia, mas hoje é a Secretária de Saúde que coordena diretamente a Coordenação da Saúde Mental e a Coordenação da SM coordena os serviços. Temos reunido com as coordenações dos serviços a cada 15 (quinze dias). Visito os serviços semanalmente e reúno uma vez por mês. As reuniões quinzenais são alternadas em estudos e questões administrativas. Hoje as equipes do CESM, CAPS II e CAPS IA estão completas e só a do CAPS AD está sem psicólogo. Mas Matriciamento, o que é? É ver o paciente de forma integral, fortalecer o vínculo para que ele seja atendido integralmente. Como gestora da Vigilância Sanitária, onde trabalhei muito tempo, conheço sim (faziam o matriciamento). Hoje se percebe a necessidade do "Matriciamento verdadeiro". A equipe não sabe como fazer. Por isso, retomamos os estudos. Temos o CESM, também vamos rever como ele tem atendido os pacientes, pois querem fazer o PTS para os pacientes do CESM. O Matriciamento da SM com a AB tem certa dificuldade, não estava acontecendo de forma alguma. Reunimos para estudar o fluxo da AB e do CESM, os serviços de SM levantaram por bairros os usuários, fazendo a territorialização para realizar visitas. A AB ainda foca muito nos Programas, o Matriciamento, não conhecem. Estamos tentando resgatar.</p>

<p>2004, já fazia sem nem entender que isso era matricular. Discutíamos os casos, fazíamos interconsulta, mas acho que NASF sabia, porque é papel deles também. Quando eu fui para a gestão, sentei com o pessoal da SM com o ativador de redes do PEEP e fizemos a divisão dos territórios, com o Projeto Retalhos, fruto do intercâmbio (Projeto Percursos Formativos da RAPS – PPF-RAPS), para matriciamento entre SM e Atenção Básica. Depois eu vim para outro programa e a gente acaba distanciando. A gente acaba fazendo o apoio matricial em outro departamento, focalizando o que a gente faz no momento: pré-natal, saúde da criança e Bolsa família. Hoje, que eu saiba, não acontece o Matriciamento entre Saúde Mental e AB, tem pessoas que não conhecem, assim como eu, antes de Embu das Artes.</p>	<p style="text-align: center;">GESTOR SM-2</p> <p>Conheço teoricamente o matriciamento: o que nossa técnica de enfermagem dizia é que um paciente precisa de vários serviços, como AB, CAPS II, PSF, SAE/ CTA etc. Ela me falou como era. E então sentaríamos com estas equipes para dialogar com a equipe e saber o que cada equipe tem para oferecer para o paciente, para melhorar a qualidade de vida do usuário. Desde que estou no CAPS AD que tentaram fazer, mas não acontece o matriciamento como na época que nossa técnica falava. Eu e a técnica de enfermagem matriciávamos os casos com o CAPS II e o CAPS AD, mas não entre setores. Não sei se como a gente fazia era a maneira correta, mas como ela tinha experiência junto com “X” (cita o nome do ativador de redes do PPF-RAPS/PEEP) antigamente, fazíamos entre CAPS. (o pesquisador explica sobre o matriciamento). Ah, é como a técnica falava que acontecia antes mesmo.</p>
--	---

QUESTÃO 1 - Gostaria que você me falasse um pouco sobre sua experiência e seu conhecimento sobre o MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL.	
PROFISSIONAL: NÍVEL SUPERIOR	
ATENÇÃO BÁSICA (PRIMÁRIA)	SAÚDE MENTAL
<p style="text-align: center;">NÍVEL SUPERIOR AB-1 (URBANA)</p> <p>Já ouvi falar do apoio matricial com equipes NASF, mas não tive oportunidade porque não há mais NASF. Matriciamento é a discussão dos casos em equipe multiprofissional. Ouvi falar no trabalho, em reuniões com equipe NASF, mas na faculdade não, nem em cursos. É o compartilhamento do caso com a equipe, do atendimento, entre equipes – NASF e ESF. Isto foi em período recente, antes da COVID.</p> <p style="text-align: center;">NÍVEL SUPERIOR AB-2 (RURAL)</p>	<p style="text-align: center;">NÍVEL SUPERIOR SM-1 (URBANA)</p> <p>Não aprendi sobre matriciamento no curso de “N” (refere-se ao seu curso de graduação). Conheci quando era coordenadora da AB, quando o médico ia na UBS em Ipatinga-MG. Tínhamos psicóloga e assistente social no posto de saúde. Matriciamento é o cuidado compartilhado entre equipes. O usuário não ficava solto no território, era cuidado na UBS, onde tinham oficinas, matriciamento com SM e outros cuidados. Só ia no CAPS quando tinha crise. Em Eunápolis nunca participei, ou recebi alguma capacitação sobre</p>

Matriciamento é a discussão dos casos da SM com a AB, com outros setores. Com relação à SM e AB há uma distância muito grande. Não existe este matriciamento entre as duas áreas. Há diálogo na Equipe de Saúde da Família. Mas as ESFs são muito distantes da SM. Tenho dez anos que estou na saúde e não vi isso acontecer. Só em 2016 houve os fóruns intersetoriais de SM no Colégio Modelo e na Maçonaria. Naquela época que ouvi falar de matriciamento, não conhecia, não era algo muito conhecido antes. Mas hoje tem até dificuldade de tratar dos casos com os CAPS. A gente liga, mas não há retorno do que estão fazendo com o paciente etc. A gente envia a referência direitinho, e tudo mais, mas não recebe retorno nenhum. Nem da SM, nem do Regional. Não há integração há muito tempo. Não sei se foi porque mudou as equipes. Hoje não tem mais matriciamento e mesmo naquela época, era uma coisa mais ampla também, não em especial com a nossa UBS, com cada UBS individualmente. É difícil até pra marcar consulta na SM.

matriciamento. A sensação que tenho e que aqui a SM é sozinha, que ela é o patinho feio, que ninguém quer. **Nunca tivemos uma reunião, nem de matriciamento, nada.** Isso ocorre pela falta de interesse da gestão. Foram cinco secretários de saúde nesta gestão e só um visitou o CAPS IA, mesmo assim, rapidamente. Para você ter uma ideia, no CAPS infantil não tem medidor de temperatura na pandemia. Os brinquedos do CAPS IA são doados pelos trabalhadores. A coordenadora tem até boa vontade, **mas não concretiza, não há interesses.**

NIVÉL SUPERIOR SM-2

Conheço o matriciamento. As equipes de SM são multidisciplinares. Só que o matriciamento com a AB é de extrema importância, para o modelo de cuidado colaborativo. Ele é “um modo de produzir saúde entre equipes, pra criar propostas de intervenção, conforme o manual do Ministério da Saúde, com um trabalho em Rede”. **(fala este trecho dizendo para esperar um pouco porque está lendo o manual e anotações pessoais porque tem que ficar “direitinho” na pesquisa).** **Ele possibilita a clínica compartilhada.** Conheci na minha experiência, quando eu estava na coordenação da SM, de 2007 a 2011, tínhamos feito uma conscientização para implantar o matriciamento, para fazer a integração entre a AB. Tentamos fazer de todas as formas, mas este processo é lento, a longo prazo e envolve a questão da Gestão. **Quando estamos caminhando, vem a gestão e troca os profissionais.** Ou por processo seletivo, ou por motivo político, a SM e a AB muda tudo novamente. **Temos que recomeçar tudo de novo.** Na minha experiência atual, com poucos meses de retorno, **não estamos fazendo matriciamento entre SM e AB.** **A coordenadora atual era da “área Y” (falao nome da área de Saúde) e não tem sensibilidade para a área de Saúde Mental.** Estamos fazendo as discussões dos casos por nossa própria conta. Em reunião com a coordenadora, ela defendeu a AB com toda força, **dizendo que a AB já tem trabalho demais.** A AB

	tem o papel da medicação no território, o CAPS II precisa fazer o trabalho extra-muros, mas não tem conseguido, às vezes desanimamos. Atualmente é “X” que coordena o CAPS II, mas está ali por indicação. Ela é boazinha, mas boazinha não é suficiente. Falta habilidade para gerir tanto o serviço, como para a coordenação da SM.
--	--

QUESTÃO 1 – Gostaria que você me falasse um pouco sobre sua experiência e seu conhecimento sobre o MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL.	
PROFISSIONAL: NÍVEL TÉCNICO	
ATENÇÃO BÁSICA (PRIMÁRIA)	SAÚDE MENTAL
<p>NÍVEL TÉCNICO AB-1 Sim, já ouvi falar, na Atenção Básica mesmo. No curso técnico de enfermagem, não lembro de ter ouvido. Mas quando trabalhava na UBS “J”, há anos atrás, conheci, reuníamos para discutir os casos da Saúde Mental com a Saúde Mental, o NASF, quando teve aquele projeto mas não lembro com muitos detalhes.</p> <p>NÍVEL TÉCNICO AB-2 Não ouvi falar nisso. Nem no curso de técnico de enfermagem. Nunca participei de uma reunião destas de matriciamento nos 23 anos que estou na prefeitura.</p>	<p>NÍVEL TÉCNICO SM-1 Não conhecia o matriciamento até ir para Embu das Artes (intercâmbio do Projeto Percursos Formativos da RAPS), em 2015. Praticava algo parecido antes com a UBS, com os ACS, mas informalmente, sem a inter-relação entre serviços da AB e SM. Depois de Embu das Artes (PPF-RAPS/ PEEP), passaram a reunir com as UBS Moisés Reis para discutir casos, haviam fóruns de SM no município, serviços interligados e havia uma linguagem única entre os serviços. Foi muito intenso em 2015, 2016, me transformou, mas a partir de 2017, acabou, com a mudança de prefeito.</p> <p>NÍVEL TÉCNICO SM-2 Sim, eu conheço. Matriciamento é reunir com todos os profissionais. Não todos, mas uma parte para ver o que precisa melhorar no serviço. Aí cada lugar verá o que está precisando. Aprendi no CAPS mesmo, sobre matriciamento, pois no curso técnico de enfermagem nem toca neste assunto. Não cheguei a participar porque sempre surgia algum empecilho. Mas ocorreu o matriciamento sim.</p>

QUESTÃO 1 – Gostaria que você me falasse um pouco sobre sua experiência e seu conhecimento sobre o MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL.	
PROFISSIONAL: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)	
ATENÇÃO BÁSICA (PRIMÁRIA) ZONA URBANA	ATENÇÃO BÁSICA (PRIMÁRIA) ZONA RURAL
<p style="text-align: center;">ACS 1- AB URBANA</p> <p>Conheci o matriciamento com o projeto de 2016 (Percurso Formativos da RAPS). Antigamente a gente só via as pessoas idosas, as crianças, as gestantes e outros casos. Depois do matriciamento a gente abriu a mente para que havia casas que a gente não dava assistência porque não sabia como abordar. A gente passou a cuidar destas pessoas, a olhar o ser humano das pessoas que tinha problemas de saúde mental. Depois do “curso” (PPF-RAPS/PEEP), das reuniões de matriciamento passei a ter uma visão que a gente não tinha. O conhecimento veio daquela época. Se não fosse aquela época eu seria leiga, não saberia nada. Foi uma experiência muito boa. A gente discutia os casos, tinha ajuda das pessoas da SM. Depois disso não teve outra experiência daquela. Foi uma experiência muito boa. Não teve mais aquilo. A gente passou a ver essas pessoas (com transtorno mental) de outra forma, com mais carinho, acolher, como a gente vê uma pessoa normal.</p> <p style="text-align: center;">ACS 2 – AB URBANA</p> <p>Apoio Matricial é como? (Pausa) O que é mesmo? (pausa) (o entrevistador explica o que é). Aaaahhh! Participei das ações de Matriciamento naquela época, 2016, daquele projeto que tinha “X” (o ativador de redes do Projeto Engrenagens da Educação Permanente - PEEP), com vocês também, mas depois da mudança de gestão mudou todo mundo (os profissionais) e o trabalho acabou. “X” (O ativador de redes) vinha na UBS para discutir. Acompanhar os casos. Tinha um caso na minha área mesmo, que a gente acompanhou, de um rapaz que usava droga, que até morreu depois por complicações, ajudou muito na</p>	<p style="text-align: center;">ACS 1- AB RURAL</p> <p>Já ouvi falar de matriciamento na faculdade de Serviço Social. Seria, meios que possam vincular, fazer um elo entre a SM e a AB. (pesquisadora explica o que é o matriciamento). No trabalho nunca ouvi falar. Nunca tive nenhuma reunião da SM com a AB nos 10 anos em que atuo como ACS, para discutir casos. Fez um curso sobre SM há uns 8 anos, na sede da CEPLAC, foi a prefeitura quem fez, os ACS participaram. Foi antes da gestão de “Y” (cita nome do prefeito do período de 2013-2016). Mas não lembra se falaram sobre matriciamento. No dia a dia do trabalho a gente só escuta falar de SM quando acontece um surto, não é algo de nosso cotidiano. A gente cadastra visita, mas a AB não fala que temos que atuar. A preocupação é grande com outras coisas, mas com a SM nos territórios não existe. O usuário precisa de respeito diário, não é só de remédio não.</p> <p style="text-align: center;">ACS 2- AB RURAL</p> <p>Ouvi falar em matriciamento muito pouco na Curso de Serviço Social. Há mais de 10 anos quando entrei na prefeitura, fiz um curso de SM, mas não lembro de matriciamento. Aqui a gente não trabalha muito com a questão da SM. Trabalhamos, vemos a necessidade, mas sozinho a gente não pode fazer muita coisa. É complicado. Não lembro exatamente o que é. (o pesquisador explica o que é matriciamento). Aqui no UBS “Z” nunca foi feita reunião de matriciamento entre SM e AB. Há muitos anos, uns oito, sete anos, vinha um psiquiatra dos CAPS para fazer consultas no posto, mas ele não reunia com equipe de saúde da UBS. Só fazia com que a gente corresse atrás das pessoas com problemas mentais. Depois parou. Nunca aconteceu o matriciamento</p>

<p>época. Mas a gente passou a cuidar mais de perto destes casos. Antes do matriciamento não era assim.</p>	<p>entre SM e AB em 15 anos que estou como ACS, só se eu não fui informada. Antes tinha um ônibus escolar, acho que era o CAED, que vinha buscar crianças que estavam com problemas. Era uma coisa muito aleatória, duas ou três vezes no ano, não era regular.</p>
---	---

QUESTÃO 2 – Você percebeu alguma mudança no trabalho por influência do MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL? O quê mudou?	
PROFISSIONAL: GESTOR	
ATENÇÃO BÁSICA (PRIMÁRIA)	SAÚDE MENTAL
<p style="text-align: center;">GESTOR AB-1</p> <p>Tem pouco tempo, há pouco mais de dois meses, que estamos na coordenação da AB, não deu para perceber ainda as mudanças com o matriciamento. Mas a integralidade, a integração dos setores a continuidade do serviço são resultados.</p> <p style="text-align: center;">GESTOR AB-2</p> <p>Eu percebi sim, mudanças, pois ouvimos relatos interessantes. O principal é a questão do vínculo e entender que o outro que está em outro setor, é parte da equipe também. A SM ficava em sua caixinha, assim como outros setores. Tudo funcionava separadinho. Com o matriciamento a gente percebe a corresponsabilidade. Não são pacientes do CAPS, da AB. Mas são pacientes nossos, e o que diz respeito a eles, diz respeito a todos, como por exemplo, na troca de receitas, que fazíamos automaticamente, sem saber do que se tratava, nem detalhes sobre o caso. Havia uma troca de conhecimentos entre equipes. Hoje não atua com a SM na AB, as equipes agem em momentos</p>	<p style="text-align: center;">GESTOR SM-1</p> <p>Bom, na tentativa de aproximação da Saúde Mental com a Atenção Básica houve fragilidades. A AB não conseguiu identificar a importância, ou aderir ao processo. No Setembro Amarelo, a campanha contra o suicídio, houve uma diferença sim, mas foi tudo muito sutil, houve o Matriciamento, mas não exatamente como deveria haver. Percebi a mudança, a abertura dos CAPS para com a AB, mas muito sutil da parte da AB para os CAPS.</p> <p style="text-align: center;">GESTOR SM-2</p> <p>Quando fazíamos entre equipes CAPS e SAE/ CTA, e PSF, vimos a mudança trazendo melhorias para o nosso paciente. Quando a rede fala a mesma língua, o paciente é recebido e atendido pelos serviços que ele precisa, como os do PSF, do dentista, do CEO. O paciente ficava desassistido quando os funcionários de outros setores tratavam eles mal, não sabiam como lidar. Sentávamos muitas vezes com os ACS para saber sobre o paciente no território. O paciente passava a ter resolutividade no que ele estava precisando, como</p>

pontuais, como no Setembro Amarelo. Não tenho conhecimento sobre momentos de matriciamento entre AB e SM.	cirurgias etc. e ele ficava feliz. A rede hoje já abraçou o paciente J., por exemplo, que tem anemia falciforme.
---	--

QUESTÃO 2 – Você percebeu alguma mudança no trabalho por influência do MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL? O que mudou?	
PROFISSIONAL: NÍVEL SUPERIOR	
ATENÇÃO BÁSICA (PRIMÁRIA)	SAÚDE MENTAL
<p data-bbox="353 694 878 726">NÍVEL SUPERIOR AB-1 (URBANA)</p> <p data-bbox="161 730 1075 1209">Reunimos o NASF e a ESF. Somente uma reunião, mas foi produtiva. Não avançou por causa da pandemia e da exclusão do NASF da AB pelo governo. Achei isso péssimo. O trabalho do NASF era voltado para a reabilitação do paciente, de acompanhar o paciente com a fisioterapia. Houve mudanças com paciente com pé diabético, hanseníase, tuberculose. Em Saúde Mental, não. O NASF só tinha fonoaudiólogo, nutricionista, fisioterapeuta e farmacêutica. Os pacientes da Saúde Mental são cuidados por encaminhamento, com fichas de referência e contra-referência. Nunca reunimos com a Saúde Mental. As famílias destes pacientes nos procuram pedindo apoio, mas é reduzido. A procura maior é dos pacientes atrás de psicotrópicos. Houve também maior entrosamento com os pacientes e entre equipes, mas do NASF e ESF. As melhorias não foram tão evidenciadas porque parou.</p> <p data-bbox="369 1248 862 1279">NÍVEL SUPERIOR AB-2 (RURAL)</p> <p data-bbox="161 1284 1075 1426">Percebi mudanças. Mas naquela época. Hoje não temos nem protocolo como atender pessoas da SM. Tem protocolo pra várias coisas, mas não tem para casos de Saúde Mental. Acho que é um pouco esquecido. Cobram muitos programas, mas isso não é cobrado em</p>	<p data-bbox="1366 694 1724 726">NÍVEL SUPERIOR SM-1</p> <p data-bbox="1097 730 2004 949">O matriciamento nunca ocorreu. Nenhuma. E está muito longe de acontecer aqui em Eunápolis. Nem a coordenadora propôs matriciamento. Apesar da coordenadora ser participativa, ela não propõe matriciamento, porque não é de interesse da gestão. A gente que faz os contatos pontuais específicos com CREAS, CRAS e outros serviços da rede.</p> <p data-bbox="1366 989 1724 1021">NÍVEL SUPERIOR SM-2</p> <p data-bbox="1097 1026 2004 1396">Atualmente percebi que com as tentativas de matriciar, mesmo sem perfeição, conseguimos resolver situações de tentativa de divórcio entre dois pacientes que são casados, fizemos várias visitas à família, na comunidade. Conseguimos adquirir móveis para a casa deles e sanar conflitos. Dialogamos com a enfermeira do bairro ‘S’, para cuidar das usuárias, do preventivo, também com o CRAS, o CREAS, no território. Fizemos uma visita a uma paciente em Embaré, matriciamos o caso dela com o CEO (odontologia) e com a AB, e estamos vendo como extrair os dentes dela, pois não tem como recuperar os dentes. Isso ampliou o acesso da usuária, dando a retaguarda com a ESF dela.</p>

<p>momento nenhum. A gente não faz nada pra ajudar estas pessoas. Só medicação, medicação, medicação. Naquela época acabamos ficando mais por dentro do assunto, tínhamos um apoio maior, tínhamos um retorno bom, mas tudo afundou de novo. Na época havia um suporte maior para discutir os casos e com os familiares. É muito cômodo para a família colocar em um hospital e ficar livre da pessoa com doença mental. Mas também é difícil ficar com o paciente em casa com o paciente, sem qualquer apoio. Lembro de uma mãe que perdeu todo o cabelo e era emocional, não fisiológica a causa. Estávamos conseguindo apoiar, mas mudou, acabou o apoio que estávamos recebendo. Antes tínhamos o apoio do psicólogo do CAPS. E na Zona Rural é ainda pior. É como se fosse uma Eunápolis à parte.</p>	<p>que é na Colônia, na área rural. Melhorou a qualidade de vida dela.</p>
<p>QUESTÃO 2 – Você percebeu alguma mudança no trabalho por influência do MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL? O que mudou?</p>	
<p>PROFISSIONAL: NÍVEL TÉCNICO</p>	
<p>ATENÇÃO BÁSICA (PRIMÁRIA)</p>	<p>SAÚDE MENTAL</p>
<p>NÍVEL TÉCNICO AB-1 Não lembro de ter acontecido aqui o matriciamento. Não sei como dizer os pontos positivos. A gente só aplica os remédios, a equipe do CAPS não reúne com a gente, eles só renovam a receita do paciente. É difícil pela distância aqui na zona rural.</p> <p>NÍVEL TÉCNICO AB-2 Não cheguei a conhecer o matriciamento. Se aconteceu, eu não participei, não fui convidada.</p>	<p>NÍVEL TÉCNICO SM-1 Sim. Houve mudanças. Porque a comunicação do serviço de SM melhorou com a Atenção Básica. Antes o doente mental era da SM, não da AB, depois a AB passou a compreender que o usuário era do território. Melhorou o acesso do usuário ao território, a tudo. Antes, quando o usuário chegava na UBS, ele era tratado diferente, pois tinham medo dele. Sendo tratado no território dele, o usuário criou mais autonomia para ter acesso aos serviços do território dele e também a ter um acolhimento normal, de um usuário comum do serviço. Semana passada um usuário me ligou falando que tava com dor de dente e foi orientado a procurar a UBS. Ele mesmo achou bom poder ir à UBS para buscar outros tratamentos. Houve um salto grande no acesso, em usufruir do direito dele aos serviços da saúde</p>

	<p>e em geral. Até para ir no comércio, comprar suas roupas. As relações deles, interpessoais, melhoraram muito. Até com a abordagem policial eles melhoraram. não ficavam mais apavorados com a polícia, mesmo quando não estavam fazendo nada de errado. Houve um empoderamento dos usuários, um fortalecimento deles.</p> <p style="text-align: center;">NÍVEL TÉCNICO SM-2</p> <p>Era pra ter mudado, mas como se trata de área pública, tem que interromper. Se o ambiente de trabalho colaborasse... Acontece que o setor de Saúde Mental não oferece os recursos para fazer as coisas corretas. Não houve mudanças.</p>
--	--

QUESTÃO 2 – Você percebeu alguma mudança no trabalho por influência do MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL? O quê mudou?	
PROFISSIONAL: AGENTE COMUNITÁRIO	
ATENÇÃO BÁSICA (PRIMÁRIA) ZONA URBANA	ATENÇÃO BÁSICA (PRIMÁRIA) ZONA RURAL
<p style="text-align: center;">ACS 1- AB URBANA</p> <p>Percebi. Principalmente a questão do medo, no tratar. Mesmo hoje não tendo mais, a forma de ver a pessoa como pessoa normal ficou. Havia medo, a gente não sabia como abordar. A gente começou a tratar as pessoas como ser humano. Havia um rapaz tatuador na minha área na época que eu olhava com medo, ele percebia e também reagia. Hoje a gente se olha, ele vê a gente do nosso lado e ele do lado dele e o contrário ao mesmo tempo. A gente passou a entender o mundo dele, se colocar no lugar dele. Depois daquele curso que vocês deram, entendi que ele riscava as paredes porque não tinha papel. A gente providenciou papel e lápis cm a mãe dele, ela colocou uma mesa pra ele, e ele desenha. Hoje ele tá bem melhor. Eu perdi o medo por</p>	<p style="text-align: center;">ACS 1- AB RURAL</p> <p>Não tem como, porque não ocorreu o matriciamento.</p> <p style="text-align: center;">ACS 2- AB RURAL</p> <p>Nunca aconteceu, então não houve mudanças.</p>

causa do matriciamento, porque antes a própria família falava que ele era violento, e a gente não sabia como lidar.

ACS 2- AB URBANA

Mudou sim. O olhar nosso em relação a essas pessoas, os usuários. Podíamos ter um olhar voltado para o usuário e toda a equipe precisava acolher o usuário. Após o matriciamento houve um **atendimento com um olhar diferenciado.** O usuário da saúde mental **passou a ser olhado como um todo**, de modo integral: sua alimentação, a vida familiar, tudo.

QUESTÃO 3 – Quais as principais dificuldades ou desafios que você percebeu na sua prática profissional com o MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL?

PROFISSIONAL: GESTOR

ATENÇÃO BÁSICA (PRIMÁRIA)	SAÚDE MENTAL
<p style="text-align: center;">GESTOR AB-1</p> <p>Condições de trabalho. O que temos de melhor são os recursos humanos. Mas para colocar em prática tudo que conseguimos implementar, falta computador etc. Insumos materiais. Temos uma equipe muito boa, comprometida. Conseguimos canalizar as pessoas para seus lugares mais potentes. Acho que os trabalhadores tem o conhecimento. Em todos os setores acontecem reuniões com as equipes. Em relação à SM e AB não. Não tem cursos previstos na área.</p> <p style="text-align: center;">GESTOR AB-2</p> <p>A rotatividade profissional, tanto pelos processos seletivos de curto contrato, mas rotatividade do profissional concursado em setores diferentes no município. Quando você começa a desenvolver o vínculo com o usuário, mudam você de setor. Quando se fala de</p>	<p style="text-align: center;">GESTOR SM-1</p> <p>Por não haver o matriciamento verdadeiro, percebo a dificuldade de acesso para os usuários da SM a outros serviços. Os outros serviços não acolhem. Se é usuário da Saúde Mental, eles não abraçam. Estamos levando as mulheres dos CAPS para preventivo nas UBS, pois quando vão sozinhas, voltam sem atendimento. O desafio do matriciamento com os hospitais também é grande. Não conseguimos leitos para casos de crise e temos dificuldade de estabilização do paciente. O SAMU atende, mas o Hospital Regional, não.</p> <p style="text-align: center;">GESTOR SM-2</p> <p>Estamos com equipe incompleta. Estamos sem psicóloga, mas com a pandemia, os pacientes diminuíram, então não estamos tendo grupos. No momento estamos fazendo escuta, fazendo encaminhamentos. Sem</p>

<p>capacitação para matricular, a equipe é treinada, não é do dia pra noite, entender o outro como parceiro do seu serviço, não é algo rapidamente aprendido. Você tem que ter conhecimento do território, aceitar que o outro dê palpite... Isso leva tempo. Pra vc intervir no trabalho do outro não é do dia pra noite. Por 5 anos, quando trabalhei na UBS “W”, era uma coisa, uma só equipe. Quando trabalhei na Unidade “M”, já era diferente, porque mudaram muito as equipes. Também, se não houver capacitação, não acontece. A falta de sensibilidade dos gestores para a importância do matriciamento é que gera todos estes problemas. O próprio profissional de nível superior não tem visão de compartilhar saberes e práticas. A questão do “meu saber” é suficiente e não preciso do outro e do saber do outro. Principalmente por parte dos médicos. Falta um treinamento de integração com os profissionais novos para trocar conhecimentos e integrar equipes dificulta as ações.</p>	<p>comida os usuários não vão. Às vezes a dificuldade é ter este encontro com outros profissionais de outros serviços. O carro é toda terça - feira e na UBS, a reunião só poderia ser na quarta. Só tem um carro para toda a Saúde Mental. Há pacientes que não tem como se deslocar para o serviço e estão em caso grave, como uma que tentou suicídio doze vezes, que precisava de visita, mas é difícil conseguir carro. Conseguimos, mas só há um dia na semana que o serviço tem o carro. Em relação ao CRAS estamos tentando matricular o caso desta paciente. A rotatividade dos profissionais é muito grande, os processos seletivos são feitos com pouco tempo de contrato. Muda demais. A gestora pretende mexer nas equipes, mudar os funcionários, fazer um rodízio entre os serviços. Esse rodízio prejudicará o vínculo com os usuários e vai prejudicar o matriciamento.</p>
---	---

QUESTÃO 3 – Quais as principais dificuldades ou desafios que você percebeu na sua prática profissional com o MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL?	
PROFISSIONAL: NÍVEL SUPERIOR	
ATENÇÃO BÁSICA (PRIMÁRIA)	SAÚDE MENTAL
<p>NÍVEL SUPERIOR AB-1 (URBANA) A falta do NASF, a falta de treinamentos. Pouco diálogo. Não houve nenhuma reunião da AB para tratar disto. Houve pouco tempo que chegou o matriciamento pra nós, pouco antes da pandemia. Nos quatro anos que eu trabalho aqui nesta UBS, nunca houve isto, só em 2020. Além disto, um NASF só não dá conta de 32 (trinta e duas) Unidades Básicas de Saúde.</p>	<p>NÍVEL SUPERIOR SM-1 A falta de reunião para efetivar as coisas e sair do verbal, para o prático. Falta interesse da AB em estar junto com a gente – precisamos da AB conosco, mas sempre que solicitamos algo, sentimos que estamos incomodando. A demanda do CAPS IA, em relação à Educação é muito grande. Por exemplo, o CAEED, é como se não existisse, não faz falta. Na Policlínica também não tem interação. Há vinte dias, por exemplo, queriam me tirar do CAPS IA para o CAPS</p>

NÍVEL SUPERIOR AB-2 (RURAL)

Como dificuldades, **falta mais união dos dois: AB e SM.** O que eu vejo em Eunápolis é que o Hospital Regional é uma coisa, CAPS é outra coisa, UBS é outra coisa. A gente manda o paciente, mas precisa ter um retorno. **A dificuldade é do município fazer com que funcione em rede.** Cobram muito da AB, da UBS para referenciar, mas não dão retorno. Só recebemos retorno de Gestação de alto risco, pacientes com hanseníase e tuberculose. **Já cansei de encaminhar pacientes com referência direitinho e não recebemos mais nenhuma informação.** A única coisa que sabemos é quando o paciente vem no posto trocar a receita. Muitas vezes nem o paciente vai na UBS, mas o familiar, para trocar a receita. Não ficamos sabendo de nada, só o que o paciente fala, e isso é raro, normalmente é a família que fala alguma coisa. **Falta boa vontade de fazer um trabalho mais integrado como o matriciamento.**

AD, **queriam descobrir um santo para cobrir outro. Eu sinto como se o trabalho da gente não fosse nada.** A sala de trabalho é muito quente, ficamos dez minutos e ficamos como cuscuz. Penso que a Saúde Mental é gente. Gente é gente! **O matriciamento não sai do discurso.** O coordenador direto vai atrás, mas não depende dela, pois não há resposta por parte da Secretaria. Estamos ali porque a gente gosta. **Se depender de motivação, a prefeitura desmotiva. E como vamos querer matriciamento se entre CAPS não acontece? Quando eu fui falar da necessidade de encaminhar uma criança para a Educação, para o CAEED, disseram que não podemos encaminhar.** Mas eles podem encaminhar para o CAPS IA! O usuário é da rede. **Falta diálogo entre setores. Tanto interna como externa. Falta o secretário de Saúde se interessar.** Só se interessa pelo Hospital Regional e ficam apagando incêndio dali. Cada coordenador dos serviços de SM está “matando um gato por dia” para dar conta. E os coordenadores não ficam o dia todo, todos os dias no serviço. **Os coordenadores não tem autonomia para implementar o matriciamento,** nem se quisessem.

NÍVEL SUPERIOR SM-2

Desafios e dificuldades **são inúmeros: a troca de profissionais o tempo todo; pessoas que não tem perfil para saúde mental; trabalhadores da SM que não tem responsabilidade, sensibilidade com os pacientes; a falta de iniciativa, de não querer que as coisas aconteçam; a gestão interpretar mal nossas iniciativas em fazer o matriciamento, achando que estamos passando por cima deles; falta de recursos, como de um carro mais dias na semana, é uma barreira muito grande (carro vem esporadicamente e é para todos os serviços da SM); dificuldade pela falta de apoio da Gestão da saúde Mental, chegando com um método diferente de gestão, mais vertical que horizontal.**

QUESTÃO 3 - Quais as principais dificuldades ou desafios que você percebeu na sua prática profissional com o MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL?	
PROFISSIONAL: NÍVEL TÉCNICO	
ATENÇÃO BÁSICA (PRIMÁRIA)	SAÚDE MENTAL
<p style="text-align: center;">NÍVEL TÉCNICO AB-1</p> <p>Um dos desafios é que o transporte atrapalha, pois não tem. Acho que a distância atrapalha. Só uma vez o CAPS foi lá na Unidade e para levar medicamento. Tem dois anos que estou lá. O CAPS deixa para a UBS dar o remédio aos pacientes, assim não corre o risco de não dar a medicação.</p> <p style="text-align: center;">NÍVEL TÉCNICO AB-2</p> <p>Acho que falta interesse do gestor em fazer isso. A falta de conhecimento dos profissionais sobre o matriciamento, como eu que não sabia. Falta interesse das pessoas pelo assunto de Saúde Mental. O povo tem muito a aprender sobre Saúde Mental, ainda há muito preconceito, acham que saúde mental é para doido. Eu mesma tive depressão, fiquei seis anos em tratamento no CAPS, não tinha preconceito.</p>	<p style="text-align: center;">NÍVEL TÉCNICO SM-1</p> <p>Foi intenso em 2015, 2016, mas a partir de 2017, decaiu porque a maioria dos profissionais era contratado por seis meses e quando a gente começava a engrenar as ações de matriciamento, os profissionais eram trocados. A rotatividade de profissionais fazia ter que recomeçar tudo e novo. Na verdade nem houve recomeço. Parou totalmente. Em 2019, no Setembro Amarelo, quando houve várias intervenções nas escolas, que prosseguiu. Atualmente conversamos com algumas UBS, mas é lentamente, acanhado, mas faz. Também a falta de alguns profissionais, a equipe incompleta, por exemplo, a psicóloga em tempo integral, reduz a possibilidade de ações de matriciamento. A equipe lá não tá completa. Falta a visão e o conhecimento do matriciamento para fazer acontecer. Tem uns quinze dias eu me aborreci, porque se fala muito em rede, mas temos que ficar uns seis meses falando em rede para depois se falar de matriciamento. Não sabem o que é funcionar em rede. Estávamos com uma paciente, em surto, mas não agressiva. A mãe levou ela lá, pois já tinha tentado suicídio oito vezes. Ela tinha necessidade de ser estabilizada, mas não no CAPS AD, mas em hospital, em leito psiquiátrico, por um tempo curso, como fala a norma. A falta de leito psiquiátrico também atrapalha o andamento das ações. Ligamos para o SAMU e a médica disse que só iria se tivesse polícia. Avisamos que ela não estava agressiva com os outros, mas com ela mesma. A médica falou que só iria se ela estivesse em cima de uma árvore, ou de um prédio se jogar. Eu falei que se fosse pra isso, eu não chamaria um médico, mas o corpo de bombeiros. O médico do AD enviou ela para o Regional, e o médico do Regional, levou ela pra casa. Lá a paciente tentou mais duas tentativas. O médico deixou relatado no prontuário do CAPS AD que a médica do SAMU e do</p>

Regional seriam responsabilizados se acontecesse algo de pior. **Eu e as psicóloga fizemos visitas, tiramos ela da crise.** Esta paciente já tomou pesticida, raticida, já cortou pulsos, já bebeu um frasco de Aldol, comprimidos de Fenegan e por último, tentou se enforcar. **No final, a coordenação da SM falou que se acontecesse alguma coisa, a culpa seria da equipe do CAPS AD. A falta de conhecimento do gestor atrapalha o matriciamento.** A gestão é crua de conhecimento e de humildade. Quer até fazer grupo de estudo, mas só pra aprender e depois humilhar a equipe.

NIVEL TÉCNICO SM-2

Tem dificuldades em relação a implantar e ter continuidade, precisa de recursos: material, local apropriado, profissionais qualificados. **Por causa de votos nas eleições,** há pessoas atuando em funções-chave e a **pessoa não dá conta.** Tem muito profissional bom que vai embora, o contrato cumpre. **E por causa da política vem gente que não tem capacidade.** Quem sabe, sai, o que é competente. Todo ano acontece isto! **Quando o serviço está em um bom andamento, acontece de novo.** Prejudica bastante, dá tudo pra trás.

QUESTÃO 3 - Quais as principais dificuldades ou desafios que você percebeu na sua prática profissional com o MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL?

PROFISSIONAL: AGENTE COMUNITÁRIO

ATENÇÃO BÁSICA (PRIMÁRIA) ZONA URBANA

ACS 1- AB URBANA

O **problema é a gestão.** O querer do gestor daqui e Federal. Você vê que o **NASF mesmo acabou.** Às vezes a gente tinha uma vantagem e perde. Daquela vez **havia poucas famílias que se importam com os parentes doentes,** não tá nem aí e não leva o parente para tratar. Na minha área tinha um caso... Antes daquele curso, tinha um rapaz tatuador que batia

ATENÇÃO BÁSICA (PRIMÁRIA) ZONA RURAL

ACS 1- AB RURAL

Para que este matriciamento aconteça, há muitas dificuldades. Eu trabalho na zona rural, e **o acesso é muito difícil para os usuários, para ter a assistência e participar de ações de matriciamento, se houvessem.** Na minha área, tem uma criança com Síndrome de Down, que fica com dificuldades pois a mãe não consegue ir pegar o

na mãe e ela fala que se não fosse isso (o matriciamento), ela nem estaria aqui. **As famílias muitas vezes não querem participar do matriciamento e** acha que a pessoa, o parente não tem nada, ou não tem jeito. Hoje a dificuldade é pior também por causa do COVID-19 **porque reduziu o número de funcionários. A enfermeira tem abertura, mas tem enfermeira que não “bate”, não se unem para fazer estas coisas e correr atrás.** Fazem apenas o básico. Quando chega alguma coisa nova elas questionam pra quê. Até grupos terapêuticos diminuíram. **As enfermeiras se acomodaram.**

ACS 2- AB URBANA

Existe muitas barreiras, **uma burocracia pra acontecer reuniões e para o paciente chegar a um especialista para poder ser cuidado!** Tiraram as marcadoras das UBS e burocratizou tudo, dificultou o acesso e o acolhimento. **As pessoas perderam o foco do acolhimento, do que aprenderam sobre o cuidar compartilhado.** O que causa este esquecimento é a troca dos profissionais e se perde tudo o que foi aprendido e que era feito.

medicamento, pois não tem dinheiro. Uma mulher perdeu **o esposo e** surtou um ano depois, **mas não sabemos como agir.** O filho dela gastou 400 reais em uma consulta para ela ser atendida. Falei com a enfermeira sobre ela. **Fica tudo longe e a zona rural fica esquecida.** Também **não temos um curso, para saber como falar com as pessoas com problemas mentais. Eu não estou preparada para esta situação. A gente tem treinamento para lidar com diabético, hipertenso, com criança com dois anos de idade, mas não tem para lidar com o paciente de Saúde Mental.** O médico do posto reproduz a receita nova do psiquiátrica, para facilitar para o paciente que mora na roça, mora muito longe. É difícil para eles, damos o jeitinho brasileiro de sempre, tentando ajudar da melhor forma possível, **pois é difícil agendar uma consulta com o especialista. Dificuldade de acesso aos serviços de Saúde mental, difícil demais para marcar uma consulta.**

ACS 2- AB RURAL

Como estamos na Zona Rural, estamos longe, **a distância dificulta as reuniões. O descaso da família, por acomodação, por “descaração” mesmo, por falta de informação, por não acreditar que o problema possa piorar um dia. Falta alguém de frente para orientar e dar o ponta pé inicial, como meta para ajudar estas pessoas.** Aqui tem uma família, com duas ou três crianças e a mãe não corre atrás. Os meninos cresceram assim. Hoje não estudam mais. **Os serviços não dão prioridade neste tipo de problema (problema mental), a AB dá prioridade para outras questões, dos outros programas.** A coordenação da AB a gente **é cobrado do quantitativo de pessoas com problemas mentais. Só isso.** Não perguntam detalhes, só querem saber quem toma remédio controlado e só no formulário. **Acho que está faltando atenção nisto, a querer dar e saber algo mais que não seja só remédio.** Também **não sabemos como tratar com estas pessoas e levar à família a informação.** Os meninos da mulher que falei,

	nenhum deles tem benefício, vivem só de Bolsa Família. Já tentamos falar com a mãe, falamos com a médica, mas a mãe não foi.
--	--

QUESTÃO 4 – Quais os principais pontos positivos ou avanços que você percebeu na sua prática profissional com o MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL?	
PROFISSIONAL: GESTOR	
ATENÇÃO BÁSICA (PRIMÁRIA)	SAÚDE MENTAL
<p>GESTOR AB-1 Pontos positivos que eu vejo, é o acompanhamento sistemático das unidades, com o apoio matricial. É rotina nossa. No caso, entre os serviços da AB. Não tem previsão com a SM.</p> <p>GESTOR AB-2 Quando acontecia o matriciamento, o aumento do vínculo entre equipes, A melhora na assistência em saúde aos pacientes. Crescimento dos profissionais, no modo de conhecer e cuidar do sujeito compartilhadamente.</p>	<p>GESTOR SM-1 Com o diálogo, a ação do Preventivo com as mulheres dos CAPS, o vínculo, através das nossas visitas nas UBS, tem melhorado. Nas ações do Outubro Rosa as UBS foram para os CAPS, para sensibilizar as equipes.</p> <p>GESTOR SM-2 Com o matriciamento fazíamos as coisas acontecerem. Havia resultado, a situação do paciente era resolvida, tínhamos um retorno. Hoje não estamos tendo matriciamento por causa da pandemia. Apenas pequenas parcerias. Mas queremos fazer.</p>

QUESTÃO 4 – Quais os principais pontos positivos ou avanços que você percebeu na sua prática profissional com o MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL?	
PROFISSIONAL: NÍVEL SUPERIOR	
ATENÇÃO BÁSICA (PRIMÁRIA)	SAÚDE MENTAL
<p>NÍVEL SUPERIOR AB-1 (URBANA) A reabilitação do paciente, a evolução boa com o apoio de outros profissionais. Não estava trabalhando sozinho, realmente me sentia apoiado. Mas não nos casos de Saúde Mental. Não tinha psicólogo na equipe.</p>	<p>NÍVEL SUPERIOR SM-1 No município não ocorreu. Em Minas funcionava super-bem. As oficinas de geração de renda foi um avanço para autonomia dos usuários. Havia uma integração entre SM e AB muito clara. Aqui não</p>

<p style="text-align: center;">NÍVEL SUPERIOR AB-2 (RURAL)</p> <p>Quando o Matriciamento aconteceu, na época de 2016, eu gostei muito do apoio que eles deram à família. A família sofre ainda mais quando o paciente fica em casa. Naquela época houve um suporte dos psicólogos dos CAPS, para as famílias. As ESF faziam a ponte entre família e CAPS, mas também foi muito pouco. Deveria existir mais. Quando tinha NASF era excelente, porque faziam acompanhamento, suporte bom. Essa semana a psicóloga do NASF foi acompanhar um paciente adolescente de diabetes e foi tão bom. Mas é uma coisa que tem que acontecer com frequência. É um retrocesso o que acontece hoje. Este governo veio para destruir com tudo.</p>	<p>há nada. As pessoas vão aos CAPS pela refeição, só isso. Os pacientes que ficam mais tempo, ficam dormindo.</p> <p style="text-align: center;">NÍVEL SUPERIOR SM-2</p> <p>Como avanços, o fortalecimento do vínculo com os usuários e a família dos usuários; a inclusão social dos pacientes; a melhora dos sintomas dos transtornos; melhor orientação do uso da medicação, com a farmacêutica do CAPS II; fazendo o projeto terapêutico do paciente com a técnica de Enfermagem também.</p>
---	--

QUESTÃO 4 – Quais os principais pontos positivos ou avanços que você percebeu na sua prática profissional com o MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL?	
PROFISSIONAL: NÍVEL TÉCNICO	
ATENÇÃO BÁSICA (PRIMÁRIA)	SAÚDE MENTAL
<p style="text-align: center;">NÍVEL TÉCNICO AB-1</p> <p>Pontos positivos aqui não teve, porque não aconteceu matriciamento aqui. Mas na época do “J”(UBS) (refere-se ao período de 2016), as equipes conversavam sobre os casos e acho que isso ajudava tanto a equipe da AB, como a da Saúde Mental.</p> <p style="text-align: center;">NÍVEL TÉCNICO AB-2</p> <p>Se houvesse ocorrido matriciamento na minha prática profissional, seria mudada a mente do povo, para que as pessoas entendessem mais o que é o trabalho psiquiátrico, porque as pessoas não querem ir ao</p>	<p style="text-align: center;">NÍVEL TÉCNICO SM-1</p> <p>Como pontos positivos na minha prática profissional que o matriciamento trouxe, ele aliviou o peso, porque referenciamos o usuário também para o território. Aliviou porque houve um compartilhar do cuidado do usuário. Eu me melhorei muito mais como profissional. Ampliou o meu cuidado com o usuário, a forma de eu ver este cuidado, porque a gente identifica outras necessidades dele, de modo geral, como lazer, etc. não somente de saúde, mas de fazer ele ter acesso a outras áreas da comunidade. Me deu uma visão mais ampla, mais integral do usuário.</p> <p style="text-align: center;">NÍVEL TÉCNICO SM-2</p>

psiquiatra por não serem doidas. E as coisas não são assim. As pessoas precisam **aprender sobre saúde mental**.

Pouca coisa. Uma das coisas positivas foi **a busca dos usuários** para continuarem o tratamento, a busca dos usuários que haviam abandonado o tratamento. **A organização dos prontuários melhorou**, pois a pessoa que organizava foi motivada devido a necessidade de **acesso às informações** dos usuários pelas equipes.

QUESTÃO 4 – Quais os principais pontos positivos ou avanços que você percebeu na sua prática profissional com o MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL?

PROFISSIONAL: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

ATENÇÃO BÁSICA (PRIMÁRIA) ZONA URBANA

ACS 1- AB URBANA

Na época que tinha, foi **a forma de tratar e abordar as pessoas com transtorno mental** melhorou. Tínhamos medo. **Perdemos o medo**. Teve também **melhorias na solução dos casos**, como no caso do rapaz tatuador. Como a gente perdeu o medo, a gente **passou a interagir mais com a pessoa e entendia mais a língua da pessoa**. Antes a gente passava para a enfermeira. **O vínculo com a pessoa com o transtorno se tornou como de uma pessoa normal**. Antes eles tinham mais medo da gente que a gente deles. Quando tinha que levar algum remédio, a gente ia. Antes tinha que ir a polícia e a ambulância. O medo deles aumentava. **Até a vergonha da família pela presença da polícia acabou**. Isso pra mim era até uma forma de violência. Hoje a melhoria permanece. **Agora não existe mais isso, polícia aqui**. Uma jovem que morreu, Néia, eu tinha medo dela, e depois ficou tudo bem na abordagem, a gente conseguia abordar normal.

ACS 2- AB URBANA

A **maneira de ver o paciente mudou, de como ajudar aquele paciente**, com transtorno mental. Parece que **antes eu não ligava e depois passei a me preocupar em ajudar**. Houve **mudança não só**

ATENÇÃO BÁSICA (PRIMÁRIA) ZONA RURAL

ACS 1- AB RURAL

Como nunca houve matriciamento, não houve pontos positivos. O trabalho seria facilitado para nós e para os **usuários se houvesse matriciamento, pois íamos dividir o trabalho**. Iria **ajudar a ver, a enxergar a SM com olhos diferentes, de inclusão**. Quando eu fui fazer estágio no CAPS, tinha medo de ser atacada pelos doidos. A aproximação com o usuário, **se houvesse matriciamento, tiraria a venda dos nossos olhos em relação a eles**. **Existe o medo do desconhecido**. Quando você não conhece, você vai pisando em ovos. Quando você não conhece, você não sabe se a usuária vai te atacar. **Tenho colegas ACS que tem medo de ser atacada, pois não sabe que a paciente está medicada direitinho**. Se você não saber se aproximar, não souber conversar, o paciente toma ranço de você. Tem ACS que por medo, só fala com a mãe, com o parente. Depois do estágio, a gente recebeu carinho, amor, respeito, porque a gente tratou com amor, com carinho. **Há usuários que veem a gente na rua e nos tratam bem, cumprimentam. Tudo seria melhor se existisse o matriciamento**. Eu trabalho na UBS e tem S., enfermeira, e tem coisas que falo com L., que é responsável pelo território. **Mas em relação à Saúde Mental, não temos alguém para nos dirigir. Seria bom que**

<p>em mim, mas nos outros colegas em ter um olhar diferenciado sobre esses assuntos de pessoas com problemas de Saúde Mental. As duas áreas, SM e equipe também passou a conversarem mais, interagirem, mas isso acabou depois daquela época (refere-se ao ano de 2016).</p>	<p>tivéssemos alguém. O matriciamento faria com que a gente tivesse alguém na SM, para ter contato direto, para se dirigir. O matriciamento facilitaria o acesso à medicação na zona rural.</p> <p style="text-align: center;">ACS 2- AB RURAL</p> <p>Não fizemos, então não tivemos como perceber.</p>
--	--

QUESTÃO 5 - Você poderia dar sugestões que você considera que poderiam trazer melhorias para o trabalho de MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL?	
PROFISSIONAL: GESTOR	
ATENÇÃO BÁSICA (PRIMÁRIA)	SAÚDE MENTAL
<p style="text-align: center;">GESTOR AB-1</p> <p>Não tem nenhuma no momento, ainda não pensei. A gente sempre pensa dentro da AB mesmo. Na entrevista você me despertou uma coisa que eu não tinha atentado. Vamos conversar com a Coordenação da Saúde Mental para desenvolver isso. Não fizemos ainda nada específico com esta coordenação ainda.</p> <p style="text-align: center;">GESTOR AB-2</p> <p>Sugiro que deveriam minimizar a rotatividade entre profissionais, criando vínculos mais estáveis entre os profissionais. Aumentar capacitações em matriciamento para todos os profissionais da rede, como um todo, além dos da SM e AB. A proposta dos Retalhos deveria voltar novamente, foi muito boa, muito legal, e deveria ser mantida. Deveria ser uma estratégia permanente. Ampliar o número de equipes multiprofissionais, os antigos NASF, proporcionalmente ao número de Equipes de Saúde da família.</p>	<p style="text-align: center;">GESTOR SM-1</p> <p>Precisamos começar as reuniões de Matriciamento com os serviços da AB e os CAPS. Começar pela saúde e ir ampliando, fortalecendo com os serviços e outros pontos de atenção da rede.</p> <p style="text-align: center;">GESTOR SM-2</p> <p>Como sugestão é que a coordenadora da Saúde Mental dar prioridade neste momento para o matriciamento e ver que ele é importante para a SM. A iniciativa dela é necessária para fazer grupos de estudos e começar a fazer o matriciamento. Ter uma capacitação é importante. Começamos a estudar as Portarias. Temos a prática, mas não temos a teoria. Da parte de minha coordenação é preciso participar, ter boa vontade de sentar e discutir os casos. Ter disponibilidade, colocar como prioridade por parte de todos os profissionais. Precisamos dar continuidade ao que foi feito antes.</p>

	no passado. Boa vontade dos profissionais é fundamental para acontecer
--	---

QUESTÃO 5 - Você poderia dar sugestões que você considera que poderiam trazer melhorias para o trabalho de MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL?	
PROFISSIONAL: NÍVEL SUPERIOR	
ATENÇÃO BÁSICA (PRIMÁRIA)	SAÚDE MENTAL
<p data-bbox="353 632 880 667">NÍVEL SUPERIOR AB-1 (URBANA)</p> <p data-bbox="163 671 1077 1034">A volta do NASF na AB, com equipe mais completa de profissionais, como psicólogo. Não havendo NASF, ficamos descobertos. Precisa haver mais dialogo entre equipes de SM e AB, mais abertura e isto dependerá da gestão, para criar treinamentos, promover reuniões e ações entre a AB e SM. Está tudo parado! É preciso haver o diálogo com as famílias e ouvir as pessoas com transtornos mentais, tanto profissional, como dentro da própria família. Também precisa haver a prevenção ao adoecimento, tirar o preconceito da AB, das famílias, sobre a pessoa que tem transtorno mental. E a AB tem um papel preventivo na Saúde Mental.</p> <p data-bbox="367 1075 869 1110">NÍVEL SUPERIOR AB-2 (RURAL)</p> <p data-bbox="163 1115 1077 1369">Eu acho que devia acontecer reuniões, capacitação com cada equipe, principalmente com a Zona Rural. Digo por equipes de Saúde da Família, ou mesmo por Região. Temos pacientes sem dinheiro para ir à Consulta, moram em Gabiarra e não podem ir no CAPS. Seria interessante que o Matriciamento fosse por Unidade de Saúde, pois quando é todo mundo junto, escapam as particularidades. Mas não acontece o matriciamento nem com todo mundo junto da Região.</p>	<p data-bbox="1361 632 1727 667">NÍVEL SUPERIOR SM-1</p> <p data-bbox="1099 671 2004 1182">Bom... Começar com as reuniões onde cada setor que está no território iria partilhar o cuidado. Por exemplo, a Atenção Básica desenvolveria grupos terapêuticos, a Igreja, com os Agentes de saúde, fariam grupos, oficinas com as crianças, etc., por bairros, em parceria com os CAPS. E não ficar só enviando para os CAPS. Tem gente que envia os usuários para o CAPS para fazer exame de sangue! Os CAPS ficariam no suporte, gente! O almoço deveria ser cortado e dado apenas para quem está em crise, em surto, ou para quem participa das oficinas, mas não o dia todo, sem ajudar os usuários a terem autonomia. As demais ações deveriam ser mais nos territórios, para que eles sejam inseridos na comunidade. Fazer grupos e oficinas eficientes, separadas por turmas em dias alternados, com os usuários. Outra sugestão é acabar com processo seletivo precarizado e fazer concurso público, porque quando a gente começa a conhecer os usuários, é mandado embora.</p> <p data-bbox="1361 1224 1727 1259">NÍVEL SUPERIOR SM-2</p> <p data-bbox="1099 1264 2004 1404">Primeira sugestão: melhorar a Rede de SM, fazer com que os serviços se comuniquem entre si, primeiro precisa funcionar entre nós, para depois partir para outros serviços. Outra coisa que percebo é uma competitividade entre serviços da SM, não havendo uma troca</p>

<p>Voltando as reuniões da SM também, mais direcionadas a cada Equipe de Saúde da Família.</p>	<p>com outros serviços. É preciso unir a Saúde Mental. Percebo uma insegurança sobre como trabalhar na área, gerando uma necessidade de mostrar serviço. Já tivemos uma coordenação da SM que encobria tudo e se preocupava com marketing, maquiagem. A atual coordenação não realiza uma gestão participativa, mas muito vertical; sugestão de que cada um ainda que atue no seu serviço específico, fale uma mesma língua entre equipes; precisa fortalecer o vínculo com a AB, principalmente com os médicos.</p>
---	---

QUESTÃO 5 - Você poderia dar sugestões que você considera que poderiam trazer melhorias para o trabalho de MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL?	
PROFISSIONAL: NÍVEL TÉCNICO	
ATENÇÃO BÁSICA (PRIMÁRIA)	SAÚDE MENTAL
<p style="text-align: center;">NÍVEL TÉCNICO AB-1</p> <p>Como sugestão, acho que precisa haver mais união entre as equipes de SM e AB. Que os CAPS procurem mais a AB para dar atenção às famílias, que são desestruturadas. Eu também sugiro que façam aqui na região, Terapia com psicólogo, trabalhos manuais, envolvendo os pacientes da Saúde Mental em associações e outras atividades também.</p> <p style="text-align: center;">NÍVEL TÉCNICO AB-2</p> <p>Como sugestão, era haver uma equipe multidisciplinar, atuando nos postos de saúde, como o NASF. Era tão bom quando tinha NASF nos postos de saúde. A prefeitura, o gestor, promover cursos, treinamentos para as Equipes de Saúde da Família e da Saúde Mental. Até muitas pessoas dos CAPS não tem estes treinamentos.</p>	<p style="text-align: center;">NÍVEL TÉCNICO SM-1</p> <p>A gestão é um ponto a melhorar, no sentido de fazer acontecer. Outro ponto que melhoraria em toda SM e não só no matriciamento, é ter uma equipe fixa, não mexer na equipe de SM e AB. Retomar cursos, o fazer reuniões com a equipe, retomar regularmente o matriciamento. Fazer as oficinas, os fóruns, reunir com os Agentes Comunitários de Saúde. E completar as equipes profissionais dos CAPS.</p> <p style="text-align: center;">NÍVEL TÉCNICO SM-2</p> <p>Como sugestão, gostaria que as pessoas que participassem do matriciamento fossem sempre as mesmas. Sendo a mesma equipe, haverá continuidade. A equipe vai sempre discutindo o assunto e evoluindo. Quando chega alguém novo, tem que recomeçar tudo de novo, ou as pessoas tem ideias diferentes e muda tudo. A rotatividade atrapalha. Também precisa de maior comprometimento do profissional. Tem que levar até o final, até alcançar o objetivo.</p>

QUESTÃO 5 - Você poderia dar sugestões que você considera que poderiam trazer melhoria para o trabalho de MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL?	
PROFISSIONAL: AGENTE COMUNITÁRIO	
ATENÇÃO BÁSICA (PRIMÁRIA) ZONA URBANA	ATENÇÃO BÁSICA (PRIMÁRIA) ZONA RURAL
<p>ACS 1- AB URBANA</p> <p>Deveria voltar a acontecer. No meu pensar, tem que vir gestores que gostam de gente. Se não forem gestores que gostam de gente, o matriciamento não vai mais acontecer no nosso município. Os de hoje falam: “pra quê?”. Sebastiana jogava pedra nos outros, hoje ela se sente uma pessoa normal, está medicada. A equipe de Saúde, a coordenação da Saúde Mental tem que ser pessoas que sabem o que está fazendo. A enfermeira daquela época sabia o que estava fazendo, conhecia a origem das pessoas que passam por este tipo de problema. É o saber, o conhecimento que faz com que faça um trabalho bom. O passado da gente precisava ser copiado e não esquecido. Tem que vir pessoas que estejam na gestão e que tenham preparo e conhecimento para trabalhar.</p> <p>ACS 2- AB URBANA</p> <p>Deveria voltar a reunir mais vezes e haver mais engajamento entre as equipes de SM e Atenção Básica. Como não se reúnem para discutir e buscar soluções, não tem como uma equipe só, resolver os problemas. Tem que se juntar para ter soluções corretas. Não deve trocar muito os profissionais, pois perdem os vínculos com os pacientes. Está precisando voltar a ter reuniões, treinamentos sobre isso, entre equipes, ESF, CAPS, Assistência Social. O tema precisa estar sempre sendo debatido e não deixar cair no esquecimento. O ser humano precisa ter um acolhimento melhor e profissionais mais capacitados. Os ACS não tem treinamentos há muito tempo. E colocar pessoas capacitadas para trabalhar e não cargos políticos.</p>	<p>ACS 1- AB RURAL</p> <p>Como não acontece o matriciamento, para que ele acontecesse, seria preciso ter carro para fazer as visitas e os encontros entre as equipes e fazer ações, palestras na UBS. A SM nunca veio aqui fazer visitas. Deveria fazer visitas à UBS e aos usuários.</p> <p>ACS 2- AB RURAL</p> <p>Minha sugestão é que dê prioridade ao matriciamento. Nós sabemos onde estão estas pessoas e os familiares que nos procuram para a gente pegar as receitas, a maioria deles. Os pacientes e familiares na maioria nem vem no posto, a gente que leva a receita e eles providenciam. Precisa haver iniciativa da SM para ir direto aos responsáveis pelos pacientes, e para fazer contato com a UBS também. Fazer uma reunião mais conversada, com a família, com os profissionais. Não é só sobre o remédio em si, mas sobre outros assuntos. Haver um vínculo maior dessa rede de serviços. Aqui funciona para Outubro Rosa e outros, mas também tinha que ter com a SM, que a SM ter um vínculo com os profissionais da AB, para tratar de cada caso, sobre como entrar na família para ajudar no cuidar.</p>

ANEXOS

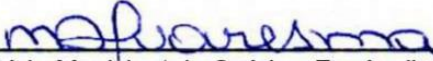
ANEXO 1 – TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA NA SECRETARIA DE SAÚDE DE EUNÁPOLIS



TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado "ALCANCES E DESAFIOS DO PROCESSO DE MATRICIAMENTO ENTRE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA NA REDE MUNICIPAL DE EUNÁPOLIS", sob a coordenação e a responsabilidade da Profa. Sandra Adriana Neves Nunes do Setor/Departamento INSTITUTO DE HUMANIDADES, ARTES E CIÊNCIAS SOSÍGENES COSTA - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTADO E SOCIEDADE da UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA, o qual terá o apoio desta Instituição.

Eunápolis, 16 de dezembro de 2019.



Secretária Municipal de Saúde - Eunápolis

Marcia Alves Quaresma
Secretaria Municipal de Saúde
Decreto. nº 8.513 2019