

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Dissertação

**Matriciamento em Saúde Mental e suas contribuições para o fortalecimento da
Estratégia Saúde da Família**

Leandro da Rosa Borges

Pelotas, 2017

Leandro da Rosa Borges

**Matriciamento em Saúde Mental e suas contribuições para o fortalecimento da
Estratégia Saúde da Família**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências com ênfase em Enfermagem. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Saúde mental e coletiva, processo de trabalho, gestão e educação em enfermagem e saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maira Buss Thofehrn

Pelotas, 2017

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

B732m Borges, Leandro da Rosa

Matriciamento em saúde mental e suas contribuições
para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família /
Leandro da Rosa Borges ; Maira Buss Thofhrn, orientadora.
— Pelotas, 2017.

100 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem,
Universidade Federal de Pelotas, 2017.

1. Enfermagem. 2. Matriciamento. 3. Saúde da família.
4. Saúde mental. 5. Vínculo. I. Thofhrn, Maira Buss, orient.
II. Título.

CDD : 610.73

Leandro da Rosa Borges

Matriciamento em Saúde Mental e suas contribuições para o fortalecimento da
Estratégia Saúde da Família

Dissertação aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Mestre em Ciências com ênfase em Enfermagem, Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

Data da defesa:

Banca Examinadora:

.....
Prof.^a Dr.^a Maira Buss Thofehrn
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina

.....
Prof.^a Dr.^a Fernanda Barreto Mielke
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio grande do Sul

.....
Prof.^a Dr.^a Adrize Rutz Porto
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

.....
Prof.^a Dr.^a Isabel Cristina de Oliveira Arrieira
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas

.....
Prof.^a Dr.^a Michele Mandagará de Oliveira
Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo

Dedico esse trabalho a todos profissionais que acreditam ser possível realizar um cuidado em saúde mental em liberdade. Ao meu grande Amor Jaqueline, pelo apoio e por acreditar na minha capacidade.

À minha filha Larissa, que conviveu com minha ausência por dias e horas para que eu pudesse realizar esse trabalho.

À minha orientadora que, além da orientação, contribuiu com sua teoria para o enriquecimento do trabalho.

Aos professores e colegas que compartilharam seus conhecimentos, seus afetos e suas amizades durante o andamento do mestrado.

E a todos os profissionais que participaram deste estudo, dando seus depoimentos.

Agradecimentos

A busca do conhecimento, o crescimento pessoal e profissional sempre foram um grande desafio na minha vida, pois me proporcionou conhecer pessoas que contribuíram na minha trajetória. Assim gostaria de agradecer!

A Deus, por ter me permitido conquistar esse momento tão especial na minha vida.

À minha esposa Jaqueline e a minha filha Larissa, que estiveram todo tempo torcendo e vibrando pelas minhas conquistas.

Aos meus familiares, dentre eles a minha querida Soeli Beloni que, além de fazer parte dessa história, sempre acreditou no meu potencial.

Ao professor Claudio Brasil, que desde os primeiros dias de faculdade me incentivou para dar continuidade aos estudos na área de saúde mental.

À minha orientadora Maira Buss Thofehn, que teve paciência, entendeu minhas dificuldades e me cobrou no momento certo, sempre me enchendo de vibrações de esperança em cada orientação.

Às minhas convidadas da banca, Fernanda Mielke, que contribui com seu conhecimento desde a residência, Adrise Porto, Isabel Arrieira, Michele Mandagará e Celmira Lange.

Às minhas amigas Ana Bão e Franciane Alves, que conviveram comigo durante esses dois anos, trocando conhecimentos e, além de tudo, construindo uma amizade sincera.

Aos demais colegas do mestrado, pela convivência e pelas trocas que certamente contribuíram para meu crescimento.

Aos profissionais da saúde e professores que de alguma forma fizeram parte dessa trajetória.

***“É preciso diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, até que num dado momento, a tua fala seja a tua prática”
(Paulo Freire)***

Resumo

BORGES, Leandro da Rosa. **Matriciamento em Saúde Mental e suas contribuições para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família**. 2017. 100f. Dissertação (Mestrado em Ciências com ênfase em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2017.

O estudo objetivou investigar o matriciamento em saúde mental e suas contribuições para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família na perspectiva da Teoria dos Vínculos Profissionais. Consiste em uma pesquisa de abordagem qualitativa que se fundamentou no referencial da Teoria dos Vínculos Profissionais. O local da pesquisa foi uma Estratégia de Saúde da Família da região Sul do Rio Grande do Sul. Os participantes do estudo foram dez profissionais, sendo estes: um médico, um enfermeiro, um psicólogo, um educador físico, um psiquiatra, três agentes comunitário de saúde, um acompanhante terapêutico, pertencentes a Estratégia Saúde da Família e matriciamento. Os dados foram coletados de agosto a dezembro de 2016. Foi utilizado como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada e a observação simples. A análise seguiu a proposta operativa de Minayo, emergindo as seguintes categorias: entendimento das equipes de matriciamento e Estratégia Saúde da Família sobre o apoio matricial em saúde mental, ações de matriciamento em saúde mental na Estratégia Saúde da Família, relações interpessoais no processo de trabalho entre Estratégia de Saúde da Família e matriciamento em saúde mental. Com os resultados foi constatado que o entendimento dos participantes sobre o matriciamento em saúde mental é próximo ao apresentado na literatura, pois trazem em seus relatos o trabalho em conjunto na discussão dos casos, na troca de conhecimento e no trabalho em rede. Entre as ações que envolvem o matriciamento, está presente o compartilhamento das ações, o diálogo entre os profissionais e a aproximação com a rede intersetorial. Em relação a tarefa no grupo de trabalho, os participantes referem o trabalho em conjunto, pautados no vínculo e na troca de conhecimento entre os profissionais, mas alguns sinalizaram a falta de atuação na prática por parte do matriciamento, sendo pouco resolutivo. Apontam também algumas lacunas no trabalho, dentre elas a atuação do matriciamento mais no discurso, ocasionando sentimento de pouca resolutividade e sobrecarga de trabalho à Estratégia Saúde da Família, evidenciando que a tarefa profissional do grupo não está clara. As relações interpessoais são estabelecidas pelo vínculo e a confiança entre os profissionais, facilitando o contato entre os mesmos, oportunizando o protagonismo da equipe, mas apontam pouca interação por parte de alguns profissionais, desencadeando um certo desconforto na equipe. As reuniões de matriciamento são mencionadas como momentos importantes de trocas e pactuações entre os profissionais, mas o descomprometimento de alguns quanto a participação nas reuniões é criticado por não ter continuidade nas discussões, tornando as relações interpessoais frágeis e superficiais. A Teoria dos Vínculos Profissionais aplica-se ao estudo do apoio matricial na Estratégia Saúde da Família, pois aborda conceitos que irão contribuir para o processo de trabalho, possibilitando para que os profissionais compreendam a tarefa do grupo, que são as ações terapêuticas conjuntas de saúde mental.

Palavras-chaves: enfermagem; matriciamento; saúde da família; saúde mental; vínculo.

Abstract

BORGES, Leandro da Rosa. **Matrix in Mental Health and its contributions to the strengthening of the Family Health Strategy**. 2017. 100f. Master Thesis (Master's Degree in Science with a focus on Nursery) - Post graduation Program in Nursery, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2017

This work's objective was to investigate the matrix in mental health and its contributions to the strengthening of the Family Health Strategy within the Theory of Professional Links' perspective. It consists of a research with a qualitative approach that is substantiated within the Theory of Professional Links. The place where the research has taken place was a Family Health Strategy in the south region of Rio Grande do Sul. The participants of the study were ten professionals, being those: a doctor, a nurse, a psychologist, a physical educator, a psychiatrist, three public health agents, one therapeutic accompaniment; all belonging to the Family Health Strategy and matrix. The data were collected from August to December 2016. The data collection technique used was the semi-structured interview and simple observation. The analysis followed the operational concept of Minayo, emerging the following categories: the understanding of matrix teams and Family Health Strategy within the matrix support in mental health, matrix actions in mental health in the Family Health Strategy, interpersonal relations in the process of work between Family Health Strategy and matrix of mental health. With the results it was found that the understanding of the participants about the matrix in mental health is close to the one presented in the literature, because they bring in their statements the collaborative working in the discussion of the cases, exchange of knowledge and in the team work. Among the actions that involve matrix, there are the exchange of actions, the dialog between professionals and the approximation of the intersectional web. When it comes to tasks in the work group, the participants refer to the collaborative work, based on the links and the exchange of knowledge between the professionals, but some of them signaled the lack of performance in practice on the part of matrix, being little resolving. They also point out some thinks that lack in the work, between them the performance of matrix in the discourse, bringing the feeling of little resolvability and overload of work to the Family Health Strategy, demonstrating that the professional task of the group is not clear. The interpersonal relationship are established by the links and trust between the professionals, facilitating the contact between them, giving the opportunity of protagonism from the team, but point out little interaction on the part of some professionals, engaging a certain discomfort in the team. The matrix meetings are mentioned as important moments of exchange and agreement between the professionals, but the disengagement of some of them when it comes to participate in the meetings is criticized because there is no continuity in the discussions, turning the interpersonal relations fragile and superficial. The Theory of Professional Links is applied in the study of Matrix Support in the Family Health Strategy because it deals with concepts that will contribute to the working process, making it possible for the professionals to comprehend the group task, which are the jointly therapeutical actions of mental health.

Key-words: Nursery; Matrix; Family Health; Mental Health; Links

Lista de Figuras

Figura 1	Teoria dos Vínculos Profissionais.....	36
Figura 2	Marco conceitual da dinâmica das relações interpessoais na equipe de enfermagem.....	38
Figura 3	Modelo para o trabalho em equipe na enfermagem.....	40

Lista de abreviaturas e siglas

APS	Atenção Primária a Saúde
CREAS	Centro de Referência Assistência Social
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAP'S	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
CAPS III	Centro de Atenção Psicossocial 24h
DNERU	Departamento Nacional de Endemias Rurais
ESF	Estratégia Saúde da Família
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOPS	Lei Orgânica de Previdência Social
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
SIMPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
TVP	Teoria dos Vínculos Profissionais
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

1	Introdução.....	12
2	Objetivos	18
2.1	Objetivo Geral.....	18
2.2	Objetivos Específicos.....	18
3	Revisão de Literatura.....	19
3.1	A Trajetória da Saúde no Brasil.....	19
3.2	Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	25
3.3	Matriciamento como dispositivo para inserção das ações de Saúde Mental na Atenção Básica	29
4	Referencial Teórico	35
4.1	Teoria dos Vínculos Profissionais.....	35
5	Metodologia	42
5.1	Caracterização do Estudo	42
5.2	Local do Estudo	42
5.3	Participantes do Estudo	43
5.4	Critérios para Seleção dos Participantes	43
5.5	Critérios de Exclusão	44
5.6	Princípios Éticos.....	44
5.6.1	Riscos aos Participantes	45
5.6.2	Benefícios aos Participantes	45

5.7 Procedimentos para Coleta de Dados.....	45
5.8 Análise de Dados	46
6 Resultado e Discussão dos Dados	48
6.1 Entendimento das Equipes de Matriciamento e Estratégia Saúde da Família sobre o apoio matricial em Saúde Mental.....	49
6.2 Ações de Matriciamento em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família	56
6.2.1 A Tarefa no Grupo de Trabalho	61
6.2.2 Lacunas no trabalho entre Estratégia Saúde da Família e matriciamento	64
6.3 Relações Interpessoais no Processo de Trabalho entre Estratégia Saúde da Família e Matriciamento em Saúde Mental	66
6.3.1 Reunião de Matriciamento: Momento de Pactuação da Equipe	72
7 Considerações Finais	77
Referências	81
Apêndices	91
Anexo.....	96

1 Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF), ao se destacar por sua proximidade com as famílias e comunidades, apresenta-se como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas relacionados à saúde pública, dentre eles os que se relacionam a saúde mental, como os agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e outras drogas, assim como outros fatores de sofrimento psíquico (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

O modelo de atenção à saúde mental no Brasil originou-se de dois grandes movimentos contemporâneos e paralelos: o movimento da reforma sanitária, que resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) que, ao tencionar um olhar crítico e técnico às questões de saúde mental, culminou com o início da reforma psiquiátrica brasileira.

Frente às ações realizadas pelos movimentos, surge a criação da lei federal 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico, redirecionando a assistência em saúde mental para o território, privilegiando o tratamento em serviços de base comunitária (BRASIL, 2001a).

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é criado para ser o serviço ordenador da rede de atenção em saúde mental, mas por algum tempo ficou sendo, e ainda é em alguns municípios, o único serviço a cuidar da saúde mental. Essa realidade limita o cuidado, pois não permite que o mesmo ocorra de fato no território e inclua outros serviços como a ESF.

Diante dessa problemática, em 2011 foi criada a portaria nº 3.088, a qual institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2011). Por pontos de atenção consideram-se todos os

serviços disponíveis na rede, da atenção básica às unidades de urgência e emergência.

Pensa-se que todos os pontos de atenção são importantes no cuidado à saúde mental, mas a Atenção Básica, em especial a ESF, tem assumido um papel relevante na reestruturação do sistema de atenção à saúde por situar-se no território, constituir-se de uma equipe de profissionais que fazem um acompanhamento longitudinal as famílias, utilizando-se de tecnologias leves em seu processo de trabalho.

Dados do Ministério da Saúde revelam que 56% das equipes de saúde da família realizam algum tipo de intervenção em saúde mental. Assim, essas equipes sinalizam a necessidade de apoio e de recursos estratégicos para a produção de cuidado em saúde mental. Desta forma, o apoio matricial mostra-se uma importante estratégia de articulação entre saúde mental e Atenção Básica para o atendimento aos usuários em sofrimento psíquico (JORGE *et al.*, 2014a).

Para integrar o trabalho entre Atenção Básica e saúde mental, desde o final do século passado, Campos (1999) propõe o apoio matricial e a equipe de referência como metodologia de trabalho. A equipe de referência refere-se aos profissionais da Atenção Básica que vem acompanhando os usuários, no caso desse estudo a ESF, e o apoio matricial é atribuído a profissionais especializados que irão compartilhar as ações de saúde (CAMPOS, 1999; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Campos e Domitti (2007) descrevem apoio matricial como sendo uma metodologia de trabalho complementar à prevista em sistemas hierarquizados, tendo como objetivo oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico e pedagógico às equipes de referência, por exemplo, equipes da ESF. Assim sendo, o apoio matricial pode realizar atendimentos e intervenções conjuntas com a equipe de referência, sendo que em situações específicas o apoiador pode realizar atendimento individual, sem perder o contato com a equipe que atende o usuário. Existem possibilidades de o trabalho dar-se entre equipe e apoiador, por meio de troca de conhecimentos, discussão de casos e orientações (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O matriciamento em saúde mental tem, entre suas atribuições, a tarefa de instrumentalizar a ESF, através de seu conhecimento especializado e troca de experiências, de modo que os profissionais se sintam preparados para atender os casos de saúde mental na unidade. Dessa forma, trabalha-se com o cuidado compartilhado, ou seja, a equipe matricial constrói junto o cuidado, sem que a ESF deixe de ser referência do usuário. Na ótica psicossocial, o cuidado compartilhado

refere-se a troca de saberes e de experiências, assim como a corresponsabilização entre os diversos atores envolvidos no processo de cuidar em saúde mental em que a equipe multiprofissional e a família têm participação direta no cuidado (LIMA; AGUIAR; SOUZA, 2015).

Para isso, utiliza-se das tecnologias relacionais, ou seja, vínculo, escuta, acolhimento, relacionamento terapêutico, visita domiciliar conjunta, discussão de casos clínicos, educação permanente, construção do projeto terapêutico singular, corresponsabilização e coprodução do cuidado (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Corroborar-se com a opinião dos autores e acredita-se que os CAPS, assim como os profissionais de saúde mental, têm um importante papel no processo de matriciamento, no sentido de poder discutir junto à equipe de ESF as dificuldades encontradas para atender os usuários em sofrimento psíquico e também poder construir um plano terapêutico singular, auxiliar na implantação de grupoterapias e discussão de casos clínicos (CHIAVERINE, 2011).

É possível constatar o trabalho do matriciamento em saúde mental na ESF na realidade brasileira. Estudos apontam que a utilização do apoio matricial vem produzindo resultados positivos, favorecendo a articulação da rede de atenção à saúde mental e demonstrando que as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família, apoiadas pelo matriciamento, têm contribuído para o processo de reabilitação psicossocial (BARBAN; OLIVEIRA, 2007; BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008; MIELKE; OLSCHONSKY, 2010). As ações de saúde mental são muito amplas e vão depender das necessidades dos usuários. A ESF acompanha os casos considerados leves de sofrimento psíquico e entre suas ações podem-se citar atendimentos em grupos, escuta terapêutica, reavaliação e prescrição de psicofármacos.

Outro dispositivo importante o qual faz parte do processo de trabalho entre matriciamento e ESF é a educação permanente. A implementação do matriciamento em Natal (RN) por exemplo, teve como objetivo a capacitação dos profissionais da Atenção Básica para ampliar o acesso ao cuidado em saúde mental à população. O apoio matricial serviu como canal para os profissionais da ESF exporem suas angústias, assim como ofereceu suporte para aprimorar o acolhimento (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008).

Com base no elencado até o momento sobre as questões de saúde mental, faz-se necessário apresentar a minha trajetória acadêmica e profissional. Minha

aproximação com a saúde mental deu-se no primeiro semestre da graduação, por meio de estágio de observação em um hospital psiquiátrico. O interesse na área foi tanto que comecei a fazer parte do projeto de extensão do internato de enfermagem psiquiátrica, no qual permaneci até o término da faculdade. Foi um período no qual desenvolvi trabalhos com grupos e fiz publicações em anais de congressos científicos.

No final da graduação já me questionava quanto as práticas manicomialis que ocorriam no hospital. Percebi que mesmo propondo uma prática diferente, não conseguiria mudar a lógica manicomial instituída. Foi quando tive a oportunidade de trabalhar em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) referência para a região sul e repensar meus conceitos em relação ao cuidado em saúde mental. Essa mudança intensificou-se com minha inserção na residência multiprofissional em saúde mental coletiva, despertando meu interesse em trabalhar com a saúde mental no território, na Estratégia Saúde da Família, por meio do matriciamento.

Inserido como matriciador em saúde mental, percorri toda a rede de atenção à saúde para discutir os casos comuns a outros serviços. Com isso, percebi a importância da Atenção Básica, principalmente a Estratégia Saúde da Família (ESF), na participação ativa da construção do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico. Pois, ao mesmo tempo em que promove o cuidado no território, possibilita que o CAPS se dedique aos casos mais graves, o qual prevê a política de saúde mental. Essa experiência me instigou a continuar o trabalho com o matriciamento, por acreditar ser este um dispositivo importante para ampliar o cuidado qualificado no território.

No município de São Lourenço do Sul, onde foi realizado este estudo, o matriciamento foi proposto no início de 2010, a partir do levantamento das demandas de saúde mental no território, principalmente devido aos altos índices de suicídio. A implantação foi efetivada logo após a realização da III Conferência Estadual de Saúde Mental, a qual tinha, entre suas discussões, a importância da intersetorialidade em saúde mental e a articulação da rede de serviços. Em 2012, o município passou a constituir-se como campo de práticas da residência multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul, sendo o matriciamento um dos campos de trabalho.

Esse processo propiciou, em 2014, a implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) no município, o qual mantém, dentre suas atribuições, o matriciamento em saúde mental.

Diante desse contexto, pretende-se investigar o matriciamento em saúde mental e suas contribuições para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família a partir do entendimento dos profissionais que a compõem, por meio de um estudo de abordagem qualitativa, tendo como referencial teórico a Teoria dos Vínculos Profissionais (TVP).

A TVP, desenvolvida por Thofehrn e Leopardi (2009), surge como proposta a partir da teorização das relações estabelecidas no ambiente de trabalho, por meio do fortalecimento da equipe de enfermagem, mediada pela formação e afirmação dos vínculos profissionais, possibilitando a reflexão dos profissionais frente a seu trabalho e as relações sociais estabelecidas no ambiente laboral (JACONDINO *et al.*, 2014). Embora tenha sido desenvolvida com a equipe de enfermagem, a teoria pode ser adaptada para a equipe multiprofissional, no caso deste estudo, a equipe da ESF e matricial.

A equipe de saúde necessita formar grupos de trabalho com vínculos profissionais saudáveis para alcançar o objetivo comum, caracterizada pela tarefa profissional que é o cuidado terapêutico. A TVP possibilita a formação de tais grupos, por ter o foco nas relações interpessoais, intragrupais e intergrupais no trabalho em equipe (THOFEHRN *et al.*, 2016).

Entende-se que esse estudo é relevante por permitir que se investiguem serviços que propõem a ampliação do cuidado no território, consonantes aos princípios e diretrizes da reforma psiquiátrica e sanitária. A partir do conhecimento dos profissionais da ESF sobre o apoio matricial, pode-se planejar e repensar as ações de acordo com as necessidades de cada serviço.

Acredita-se que este estudo possa contribuir para uma reflexão dos profissionais de saúde e gestores quanto ao seu papel no cuidado ao usuário em sofrimento psíquico, independente do seu local de atendimento. Alguns estudos avaliativos têm contribuído para reafirmar a importância desse processo (WETZEL, 2005; KANTORSKI *et al.*, 2009; MIELKE; OLSCHONSKY, 2010).

No estudo realizado por Mielke e Olchonsky (2010), as equipes de ESF desenvolvem ações de saúde mental orientadas pela concepção de um cuidado ampliado, sendo uma prática que tem produzido saúde mental no espaço do território. No entanto, o estudo aponta algumas dificuldades, como fragmentação da rede de saúde mental, falta de capacitação da equipe e preconceito com a loucura. Os profissionais avaliaram a necessidade de retaguarda assistencial e orientações

técnicas de equipes especializadas em saúde mental, o que pode ser implementado pelo matriciamento.

Em outra pesquisa realizado em Fortaleza, em duas ESF e dois CAPS, nos quais ocorre a prática do matriciamento em saúde mental, com usuários e profissionais, emergiu dois polos antagônicos: os usuários referem satisfação com o atendimento; no entanto, os profissionais percebem a necessidade de melhorias das ações de saúde, pois apontam alguns entraves relacionados ao investimento em saúde, educação permanente e organização da assistência (JORGE *et al.*, 2014b).

Portanto, diante da importância das equipes de ESF e matricial, com seus saberes e fazeres diferenciados compartilharem a responsabilidade no acompanhamento longitudinal do usuário torna-se necessário que se amplie os estudos referentes ao tema.

Desse modo, apresenta-se alguns pressupostos:

- A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica por meio da Estratégia Saúde Família amplia o acesso ao cuidado integral do sujeito;
- A inclusão das ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família, contribui para o processo de consolidação da reforma psiquiátrica;
- A prática do matriciamento contribui para a implementação das ações de saúde mental na Atenção Básica e vem ocorrendo de forma lenta, necessitando de mais estudos que contribuam para a ampliação do processo; e
- O matriciamento é um dispositivo que pode proporcionar o fortalecimento dos vínculos profissionais entre equipes matricial e de referência, tendo como produto a qualificação do cuidado.

Diante do exposto, procurou-se responder a seguinte questão norteadora: **quais as contribuições do matriciamento em saúde mental para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família na perspectiva da Teoria dos Vínculos Profissionais?**

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Investigar as contribuições do Matriciamento em Saúde Mental para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família na perspectiva da Teoria dos Vínculos Profissionais.

2.2 Objetivos Específicos

- Verificar, junto as equipes de Matriciamento e Estratégia Saúde da Família, o trabalho realizado na implementação das ações de Saúde Mental.
- Identificar as relações interpessoais junto a equipe de Matriciamento em Saúde Mental e a Estratégia Saúde da família.

3 Revisão de Literatura

Para que se possa investigar as contribuições do matriciamento em saúde mental para o fortalecimento da equipe da ESF, é necessário resgatar um pouco da história da saúde pública no Brasil. Assim, o capítulo irá abordar a trajetória da saúde até a atualidade, destacando os principais pontos que contribuíram para a construção da criação do SUS e das políticas de saúde mental, especialmente a saúde mental na atenção básica. Também irá tratar o matriciamento como dispositivo importante para a inserção de saúde mental na atenção básica.

3.1 A Trajetória da Saúde no Brasil

As discussões sobre o setor saúde nos dias atuais consistem basicamente em aprimorar e qualificar o funcionamento dos atendimentos em saúde, o qual é um direito de todo cidadão brasileiro. No entanto, ao se analisar a história da saúde de algumas décadas atrás, percebe-se que a história era bem diferente.

Até 1920 vivia-se em um modelo campanhista, no qual as ações de saúde pública se davam de maneira autoritária, consistindo em campanhas sanitárias contra as endemias. Quem necessitasse de atendimento precisava recorrer ao setor privado, o que ocorria com as classes dominantes, as quais se tratavam com médicos formados no exterior. Já os desfavorecidos eram atendidos como indigentes pelas entidades de caridade, dentre elas as Santas Casas de Misericórdia (CARVALHO *et al.*, 2001; COHN, 2009).

Segundo Bertolozzi e Greco (1996), ações chamadas de higienização desencadearam-se por meio da figura de Oswaldo Cruz, que foi nomeado pelo presidente da república como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, visando várias ações que tornariam a saúde pública uma questão social.

Neste período foram evidenciadas questões de higiene e saúde do trabalhador, adotando-se algumas ações que se constituíram importantes para o esquema previdenciário brasileiro, sendo um marco inicial para a Previdência Social a Lei Eloi Chaves, aprovada pelo Congresso Nacional em 1923, na qual foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's) para os ferroviários (POLIGNANO, 2000).

A propósito desta lei, compete ressaltar que as CAP's constituíam em um fundo organizado por empresas ou categorias profissionais. O sistema básico de contribuição era o de capitalização coletiva, financiado pelas empresas empregadoras com a arrecadação de contribuição do trabalhador, do empregador e dos Estados. Era financiada a aposentadoria dos trabalhadores por invalidez e por tempo de serviço, pensão por morte, auxílio funeral, fornecimento de medicamentos e a sua assistência médica (COELHO, 2006).

Marques (2006) relata que a partir desta lei iniciou-se a exclusão dos trabalhadores não inseridos no trabalho formal. Ainda assim, sob este mesmo aspecto, consolidou a ideia de que só tinha direito à saúde quem contribuísse financeiramente, restringindo a atenção à saúde em ações médico-hospitalares (SCHNEIDER, 2005; POLIGNANO, 2000).

Já na década de 1930 foi criado o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, que tinha a tarefa de administrar a Previdência Social. Na era de Getúlio Vargas, as CAP's foram transformadas em Institutos de Aposentadoria e Pensão – IAP's, nas quais foram unificadas as diversas CAP's de uma mesma categoria. O sistema previdenciário deixou de ser estruturado por empresa, passando a ser por categorias profissionais de âmbito nacional.

Sendo assim, foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos (IAPM) em 1933, dos Comerciantes (IAPC) em 1934, dos Bancários (IAPB) em 1934, dos Industriários (IAPI) em 1936 e dos empregados de Transporte e Carga (IAPETEC) em 1938 (SCHNEIDER, 2005). Segundo o autor, no final da década de 1930, os IAP's concentravam grande quantidade de recursos, resultado do crescimento da arrecadação e do aumento do número de trabalhadores com carteira assinada.

Esta época foi marcada por intenso trabalho normativo, com a elaboração de leis, regulamentos e códigos que tinham como objetivo organizar as atividades dos

serviços de saúde nos estados, acompanhando o processo burocrático do governo central (BRASIL, 2007).

No serviço público foi criado, em 1938, um fundo previdenciário para os servidores públicos federais chamado de IPASE – Instituto de Pensão e Assistência dos Servidores do Estado. Eram organizados com jurisdição do Estado e financiamento, sendo uma gestão tripartite que envolvia Estado, Empregados e Empregadores (POLIGNANO, 2000).

Uma das finalidades dos institutos era estender os benefícios para um número maior de categorias de assalariados em serviços públicos. Além dos benefícios de aposentadorias e pensões, o instituto prestava serviços de saúde, porém, o direito à saúde continuava restrito aos empregados que contribuíssem (MARQUES, 2006).

Em 1953 criou-se o Ministério da Saúde (MS), o qual se dedica às atividades de caráter coletivo. Houve uma efetiva preocupação em atender aos importantes problemas de saúde pública, assim como a necessidade de campanhas e vigilância sanitária (JÚNIOR; JÚNIOR, 2006).

Em 1956 foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), incorporando os antigos serviços nacionais para estudos, pesquisa e controle de endemias brasileiras, como: Chagas, peste, brucelose, febre amarela, esquistossomose, filariose (elefantíase), entre outras (POLIGNANO, 2000).

Em 1960 foi criado o Ministério do Trabalho e Previdência Social, com a aprovação no Congresso da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), o que se caracterizou pela uniformização da Previdência Social. Uma vez promulgada a LOPS, todos os trabalhadores regulados pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) foram cobertos pelos mesmos benefícios (ARAUJO, 2006).

A citada lei unificou os critérios de concessão dos benefícios dos diversos institutos existentes na época, ampliando os benefícios, tais como: auxílio-natalidade, auxílio-funeral, auxílio-reclusão e assistência social (ARAÚJO, 2006). O trabalhador do campo foi incluído no sistema previdenciário em 1963, quando foi criado o Estatuto do Trabalhador Rural, instituindo o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) (FERRANTE, 1976).

Na década de 1966, os IAP's existentes se fundem e é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) para unificar e executar as políticas de previdência e assistência, com uma participação ainda maior do Estado. Compete ainda transpor que em 1977 foi criado o SINPAS (Sistema Nacional de Previdência e

Assistência Social), cujo objetivo era integrar atividades de previdência social, da assistência social, da assistência médica e de gestão administrativa, financeira e patrimonial das entidades vinculadas ao Ministério da Previdência e Assistência Social.

O SINPAS tinha a seguinte composição: Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social (INAMPS), Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA), Fundação do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), Instituto da Administração Financeira da Previdência Social (IAPAS), Central de Medicamentos (CEME) (ARAÚJO, 2006).

No início dos anos 1980, com o processo de democratização, a crise na saúde se agravou devido à má gestão dos recursos, diminuição da arrecadação do INPS, redução do número de contribuintes e aumento de aposentadorias. Nesse contexto, se fortalece o movimento pela reforma sanitária, tendo como metas a melhoria das condições de saúde da população e a garantia do direito a saúde como sendo dever do estado (SCHNEIDER, 2005).

De acordo com Paim (2008), em 1976 foi criado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que gestou a idéia de reforma sanitária como marco a unificação dos serviços de saúde, público e sem fins lucrativos, com a participação do usuário, ampliando o acesso a serviços de saúde de boa qualidade.

A reforma sanitária foi desencadeada por intelectuais e profissionais do movimento sanitário. Tal movimento culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, propondo que a saúde fosse um direito do cidadão, um dever do Estado e de acesso universal a todos os bens e serviços que a promovam e recuperem. Nesta conferência foram lançadas as bases doutrinárias para o novo sistema público de saúde, hoje conhecido como Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006a).

Os princípios preconizados pelo movimento da Reforma Sanitária são estabelecidos e transformados em lei com a Constituição Federal de 1988, sendo o SUS regulamentado dois anos depois pelas leis nº 8080/90, Lei Orgânica da Saúde, que dispõe acerca das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e nº 8142/90, a qual regula a participação da comunidade no SUS. “A seção de saúde da Constituição Federal e as Leis n. 8.080 e 8.142 de 1990 constituem as bases jurídicas, constitucionais e infraconstitucionais do SUS” (BRASIL, 2007, p.35).

A VIII Conferência Nacional de Saúde representou um avanço técnico e um pacto político ao propor a criação do SUS, tendo como diretrizes a universalidade, a integralidade da assistência, a equidade, a hierarquização, a descentralização político-administrativa e a participação da comunidade (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Para Vasconcelos e Pasche (2009), o SUS é um produto da reforma sanitária brasileira, que tem como objetivo formular e implementar a política nacional de saúde, a fim de promover condições de vida saudável, prevenir riscos, doenças e agravos à saúde da população e garantir os princípios e diretrizes que o norteiam. Essa política causa uma ruptura com o padrão anterior, no qual milhões de brasileiros eram excluídos do direito a assistência à saúde.

Com a implantação dessas novas diretrizes que norteiam o SUS, a comunidade passa a ser o foco de atuação da equipe de saúde, sendo o território definido como o cenário da atenção.

A Atenção Básica surge como sendo o primeiro nível de complexidade do SUS, considerada a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde. Cabe salientar que Atenção Básica é uma terminologia própria adotada no Brasil, pelo Ministério da Saúde, para caracterizar o que mundialmente é chamada de Atenção Primária a Saúde (APS), será utilizado como terminologia Atenção Básica, embora considere ambos a mesma coisa. A conferência de Alma-Ata em 1979 aprovou a APS, a qual vem sendo empregada para modelos distintos de organização e oferta de serviços de saúde em vários países (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009).

Isto posto, o Ministério da Saúde propõe o Programa de Saúde da Família (PSF) como uma estratégia para a organização da atenção básica em saúde no Brasil. A primeira etapa de sua implantação se iniciou em 1991 por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A partir de 1994 começaram a ser formadas as primeiras equipes do Programa de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2001b).

De acordo com Barcelos *et al.* (2011), o Programa de Saúde da Família (PSF), através da Portaria 648/06, deixa de ocupar o espaço político de programa e passa a ser estratégia estruturante da atenção básica com potencial de reorganizar os sistemas locais de saúde, sendo atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A ESF prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos

indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua.

O objetivo da ESF é reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e realizado principalmente no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (BRASIL,2006b).

A Estratégia de Saúde da Família reafirma e incorpora os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS): universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade. E está pautada na construção de vínculos e corresponsabilização do cuidado.

Esta estratégia está estruturada a partir da unidade de saúde da família: uma unidade pública de saúde, com equipe multiprofissional que assume a responsabilidade pela cobertura de aproximadamente 1000 famílias ou 4500 pessoas, em que desenvolve ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de agravos. A equipe de saúde da família é composta minimamente por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2001a; ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009).

Segundo Andrade, Barreto, Bezerra (2009), a ESF é focada na unidade familiar e construída operacionalmente na esfera comunitária, é tida como serviço de referência do usuário e deve integrar com as redes de atenção à saúde ambulatorial/especializada, hospitalar, serviços de urgência/emergência e redes de serviços de atenção à saúde mental.

Paralelamente aos ideais propostos pela reforma sanitária, tem-se o movimento da reforma psiquiátrica, que propõe a reversão de um modelo assistencial tradicional hegemônico (o qual tinha como conduta terapêutica a exclusão) e privilegia o cuidado no território, junto as suas famílias, tendo a participação do usuário na construção de seu tratamento, temática que será apresentada na sequência.

3.2 Reforma Psiquiátrica no Brasil

Discorre-se aqui sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. No entanto, torna-se necessário destacar que os movimentos reformistas que ocorriam no mundo serviram de inspiração para o movimento pela reforma psiquiátrica brasileira. A psiquiatria asilar, a medicalização e o isolamento são práticas que ocorreram por muito tempo e ainda persistem (AMARANTE, 2007).

Em crítica a essa realidade nascem diferentes movimentos reformistas, responsáveis pelo questionamento das modalidades de tratamento pouco terapêuticas e muito segregacionistas. Esses movimentos basicamente se desenvolveram a partir de duas vertentes teóricas: aqueles que se deram no interior do espaço asilar e aqueles extra asilares.

Dos primeiros podem-se citar as Comunidades Terapêuticas e a Psicoterapia Institucional Francesa. Dos segundos salienta-se a Psiquiatria Comunitária Americana e a Psiquiatria de Setor Francesa. Essas experiências foram fundamentais para promover a reforma psiquiátrica italiana, na década de 1970, que contestou todo o saber médico-psiquiátrico e as instituições a ele relacionadas. A experiência italiana exitosa foi difundida, mais adiante, para outros países, como o Brasil (BIRMAN; COSTA, 1994).

No Brasil Colonial, os indivíduos considerados loucos viviam vagando livremente pelas ruas das cidades e pelos campos e aqueles mais abastados financeiramente eram isolados da sociedade, sendo trancados dentro das casas das famílias ou enviados a viagens longas, principalmente destinadas à Europa. Os mais violentos ou considerados imorais eram recolhidos em prisões.

Desta forma, a problemática do doente mental mantinha-se ignorada pela sociedade, não sendo uma preocupação social ou política. Porém, quando as cidades começaram a tornar-se mais populosas, os loucos passaram a ser considerados vadios e incômodos à sociedade, tornando-se indesejáveis. Dessa forma, as Santas Casas, criadas no Brasil a partir de 1543, passaram a receber esses indivíduos, que perturbavam a ordem e a paz nas cidades, tendo eles um tratamento diferenciado (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006).

Em resposta à uma luta de políticos e médicos, que criticavam o abandono e o precário atendimento aos alienados nas Santas Casas, em 1852 foi inaugurado o

Hospício Dom Pedro II, no Rio de Janeiro. O Estado admitiu, a partir deste momento, a responsabilidade sobre a necessidade de tratar os loucos. E os chamados alienistas assumiram a condução do Hospício Dom Pedro II, assim como o de outras instituições que foram surgindo logo após, em diversas regiões do Brasil. A presença deles tinha como objetivo garantir um caráter técnico-científico ao tratamento (ROCHA, 2007).

Durante o Regime Militar, iniciado em 1964, a tendência à exclusão cristalizou-se. A assistência psiquiátrica passou a ser incorporada à previdência Social e o incentivo dado pelo Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) aos serviços do setor privado, através do repasse de verbas públicas às instituições particulares, fez com que houvesse um crescimento das denúncias quanto a resolutividade dos hospitais e, principalmente, a de que havia uma verdadeira “indústria da loucura” (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006).

Na segunda metade da década de 1970, no contexto de redemocratização, surgem as críticas à ineficácia da assistência pública em saúde e ao caráter privatista da política de saúde do governo federal. Além disso, ocorrem várias denúncias de fraude, de abandono, de violência e dos maus-tratos a que eram submetidos os pacientes internados nos manicômios do país (TENÓRIO, 2002).

Em decorrência deste processo vivenciado pelo país é criado, em 1978, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) no Rio de Janeiro que, num primeiro momento, tece uma série de críticas às más condições de trabalho dos profissionais em saúde mental e às péssimas condições de assistência nos hospícios. Oriundo do movimento sanitário, questionava o papel terapêutico dos manicômios e seu sistema baseado no isolamento e na repressão (ROCHA, 2007).

Além disso, o movimento buscou a crítica às péssimas condições da assistência, militando em direção a uma nova política para a saúde mental. Ele foi responsável por organizar as Conferências Nacionais de Saúde Mental, instrumentos estes embasados nas Conferências Regionais de Saúde e responsáveis por fundamentar as bases legais de criação dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, hoje chamado de Centros de Atenção Psicossocial (AMARANTE, 2007).

Em 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que teve como desdobramento a I Conferência Nacional de Saúde Mental ocorrida em 1987 e foi marcada pelo início da batalha pela desconstrução da assistência asilar.

Neste mesmo ano ocorreu o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, tendo como lema “Por uma sociedade sem manicômios”, vislumbrando

não apenas o desmonte das instituições manicomiais, mas a mudança da cultura, do cotidiano e da mentalidade da sociedade com relação à pessoa em sofrimento psíquico, passando a incorporar novos segmentos sociais, entre eles, os usuários e seus familiares, tornando-os os principais agentes de transformação do modelo assistencial em saúde mental (TENÓRIO, 2002; FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006; AMARANTE, 2007; ROCHA, 2007).

Foi instituído o dia 18 de maio como o Dia Nacional de Luta Antimanicomial, que proporciona a participação de técnicos, usuários, familiares, artistas, voluntários e intelectuais, todos envolvidos no processo da reforma psiquiátrica (WILLRICH; KANTORSK, 2006).

Surge também na segunda metade dos anos 80, na cidade de São Paulo, o primeiro CAPS denominado “CAPS Professor Luis Cerqueira” – o que estimulou a criação de outros CAPS e a mudança de outros serviços (ROCHA, 2007).

Outros dois episódios marcaram este processo de desconstrução da assistência psiquiátrica em 1989, a intervenção da casa de saúde Anchieta e a criação do projeto de lei de Paulo Delgado. O primeiro foi a intervenção, pela Prefeitura de Santos, na Casa de Saúde Anchieta, local de vários casos de morte e violência em pacientes internados, através do desmantelamento desta instituição e a substituição por serviços extra-hospitalares, como a criação de NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), cooperativas de trabalho, diversos projetos culturais e artísticos (ex.: Rádio Tam-Tam) e Lares Abrigados para pacientes institucionalizados ou para novos pacientes que não tinham onde morar (ROCHA, 2007).

Os NAPS tinham uma estrutura mais complexa que os CAPS, atendendo qualquer circunstância de crise psíquica e/ou social relacionada ao estado mental, havendo leitos para as situações mais graves e funcionavam 24hs, todos os dias. Esse serviço foi renomeado pela Portaria 336/2002, que regulamenta CAPS em diferentes níveis de complexidade. Desta forma, o NAPS corresponde atualmente ao CAPS III (AMARANTE, 1995; ROCHA, 2007).

O outro fato importante que ocorreu foi o Projeto de Lei nº 3657/89 de autoria de Paulo Delgado, que propôs a extinção gradativa dos manicômios, sendo substituídos por outras modalidades assistenciais e tecnologias de cuidados (AMARANTE, 1995; ROCHA, 2007).

Em 1990, em Caracas, ocorreu a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, reunindo os países da América Latina, inclusive o Brasil.

Nela é construído um documento denominado “Declaração de Caracas”, no qual os representantes de diversos países lá comprometeram-se em reorganizar os serviços de atenção em saúde mental e implementarem uma legislação que garanta a dignidade e os direitos humanos e civis das pessoas com transtorno mental. Deste modo, este evento impulsionou para que o Estado brasileiro reorganizasse novas políticas públicas de saúde mental, dando ênfase à assistência na comunidade (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006; ROCHA, 2007; HIRDES, 2009).

A partir desses acontecimentos, começam a ser regulamentadas diversas portarias que instituem a implantação de serviços de atenção diária em saúde mental na comunidade e as regras de fiscalização dos hospitais psiquiátricos. Além disso, baseados no projeto de Lei Paulo Delgado, em diversos estados brasileiros são aprovadas as primeiras Leis Estaduais que determinam a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por serviços extra-hospitalares (BRASIL, 2005).

Em abril de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Federal, foi sancionada a Lei nº 10216, que é a Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001). Essa Lei originou-se do projeto do deputado Paulo Delgado de 1989, tendo sofrido mudanças ao longo dos anos em que tramitou no congresso (BRASIL, 2005; ROCHA, 2007). Segundo Antunes e Queiros (2007), um ponto importante na lei refere-se à proibição, em todo território brasileiro, da construção de novos hospitais psiquiátricos, assim como a contratação de leitos pelos serviços públicos em unidades particulares, ficando indicada a internação quando os recursos extras-hospitalares se mostrarem insuficientes. A abertura em leitos psiquiátricos em hospitais gerais tem sido uma alternativa para substituir os leitos no hospital psiquiátrico.

É importante destacar ainda a criação do Programa do Ministério da Saúde “De Volta para Casa”, em 2003, que instituiu um plano de desinstitucionalização através da reinserção de pessoas na comunidade com longos períodos de internação. Além disso, é traçada a política para a questão do álcool e de outras drogas, adicionando a estratégia de redução de danos (BRASIL, 2005).

Tais dispositivos visam promover a desinstitucionalização, que não significa apenas desospitalização, mas também tratar o sujeito em sua existência, construindo possibilidades concretas de sociabilidades (AMARANTE, 1995).

A criação da portaria 3.088/2011 (BRASIL, 2011), a qual instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tendo a ESF como referência ao usuário, possibilita para se pensar a inserção de saúde mental.

Deste modo, a ênfase é dada para o território, ocorrendo o deslocamento da assistência em saúde mental para o contexto da comunidade, possibilitando a produção de novos espaços para o sofrimento psíquico, a partir da criação de uma nova cultura de saúde/doença mental e das relações estabelecidas nesta área (HIRDES, 2009).

Considero de extrema importância para a consolidação da reforma psiquiátrica a inserção das ações de saúde mental em todos os serviços disponíveis na rede de atenção à saúde, com ênfase na atenção básica por sua característica de acompanhar longitudinalmente o indivíduo. Um dispositivo importante, que tem sido utilizado para garantir que a rede de atenção à saúde possa acolher as demandas de saúde mental, consiste na prática do matriciamento em saúde mental, o qual abordarei no tópico a seguir.

3.3 Matriciamento como dispositivo para inserção de Ações de Saúde Mental na Atenção Básica

Os movimentos pela reforma psiquiátrica ocorridos por volta dos anos 1970 em diferentes países, embora tivessem algumas características distintas, convergiam para um mesmo objetivo: transformar o modo como se tratava o usuário por meio do isolamento, da exclusão, dos maus tratos e propor um cuidado humanizado, valorizando a subjetividade do indivíduo, direcionando o cuidado junto a seus familiares, a seu território, com ênfase não mais na doença mental, mas na vida.

Em 2007, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e pesquisadores do Movement For Global Health (MGMH) argumentaram a favor de um sistema de serviço de base comunitária, definindo uma rede de cuidados com uma diversificação de serviços que incluía a Atenção Primária no cuidado a saúde mental (ATHIÉ; FORTES; DELGADO, 2013). Os autores ainda destacam a publicação realizada em 2008 pela (OMS) (OMS, 2008), e a Organização Mundial dos Médicos de Família, os quais descrevem 12 experiências diferentes, apontando as necessidades gerais e específicas para a integração do cuidado em saúde mental. Dentre elas é importante destacar:

1. A política e os planos têm que incorporar cuidados primários para a saúde mental.

2. Profissionais e instituições especializadas em saúde mental devem estar disponíveis para apoiar os cuidados primários.

Tais afirmações são importantes para que os gestores planejem a inserção do cuidado em saúde mental na Atenção básica, assim como os serviços especializados tenham a Atenção Básica como foco de atuação.

A proposta de estabelecer troca de conhecimento e atendimento compartilhado entre os diferentes profissionais, particularmente entre atenção básica e especializada, no intuito de ampliar as possibilidades e qualificar o cuidado, vem sendo utilizado no cenário internacional, incluindo, Irlanda, Reino Unido, Austrália, Canadá e Espanha, assumindo diferentes nomenclaturas, tais como cuidado compartilhado e cuidado colaborativo (OLIVEIRA; CAMPOS, 2015).

No Brasil, utiliza-se os termos apoio matricial ou matriciamento. O conceito de apoio matricial foi proposto por Campos (1999), voltado para a reforma das organizações e do trabalho em saúde, pautados no vínculo terapêutico, tendo por objetivo oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico pedagógico às equipes de referências (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O matriciamento tem a função de operacionalizar a integração entre os níveis de atenção e qualificar os serviços de referência para a consolidação do modelo assistencial, voltado para a territorialização, promovendo o aumento da resolutividade por meio das ações desenvolvidas junto as unidades de saúde e da corresponsabilização pelo cuidado integral ao indivíduo.

Essa lógica de trabalho altera a tradicional noção de referência e contrarreferência restrita apenas a um formulário. No momento que um usuário é atendido por um serviço matricial, continua sendo de responsabilidade da equipe de referência, que no caso desse estudo é a ESF, não havendo mais a prática tradicional de encaminhamentos e sim a construção de projetos terapêuticos por um conjunto amplo de profissionais (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Os autores complementam que o apoio matricial implica sempre na construção de um projeto terapêutico integrado entre duas equipes e destas com o usuário. No entanto, essa articulação entre equipe de referência e apoiadores pode desenvolver-se em três planos fundamentais:

- a) atendimentos e intervenções conjuntas entre o especialista matricial e alguns profissionais da equipe de referência;
- b) em situações que exijam atenção específica ao núcleo de saber do apoiador, este pode programar para si mesmo uma série de atendimentos ou de intervenções

especializadas, mantendo contato com a equipe de referência, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo apoiador diretamente ao paciente, ou à família ou à comunidade; c) é possível ainda que o apoio restrinja-se à troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador; diálogo sobre alterações na avaliação do caso e mesmo reorientação de condutas antes adotadas, permanecendo, contudo, o caso sob cuidado da equipe de referência (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p.401).

Entendo que nessa metodologia de trabalho, tanto os saberes quanto o cuidado são compartilhados entre os profissionais de referências e os profissionais especialistas, favorecendo a ampliação da clínica e um cuidado mais efetivo ao usuário em sofrimento psíquico, permitindo o protagonismo do usuário.

A equipe matricial é composta por profissionais de diferentes profissões, tais como psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e enfermeiros, estando aberto a outros profissionais que possam contribuir com o compartilhamento do cuidado. O apoiador é um especialista que possui um núcleo de conhecimento distinto dos profissionais de referência, mas que pode agregar e compartilhar o saber, contribuindo com intervenções que aumentem a resolutividade dos problemas de saúde dentro do seu próprio território (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Penso que esse processo cria e fortalece o vínculo terapêutico com os usuários em sofrimento psíquico, favorecendo que os mesmos sejam atendidos em suas demandas nos serviços de referências, no caso deste estudo a ESF, contribuindo para o que propõe a reforma psiquiátrica que é o cuidar no território e em liberdade.

Embora o matriciamento venha sendo desenvolvido desde 1999 por Campos (1999), a formalização da noção de matriciamento em saúde mental ocorre com a criação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), pela portaria nº 154/2008, com a finalidade de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização e a ampliação das ações na atenção básica (BRASIL, 2010).

O NASF pode ser considerado uma área estratégia de articulação na rede de saúde e deve contar com profissional da área da saúde mental, com a finalidade de fortalecer as ações de saúde mental na atenção básica por meio do apoio matricial, possibilitando que o tratamento dos transtornos mentais e a reabilitação psicossocial se deem a partir da atenção básica (BRASIL, 2010). Torna-se importante ressaltar que o NASF é composto por profissionais de diferentes áreas, sendo a saúde mental um dos núcleos de atuação.

O Ministério da Saúde vem apostando no matriciamento como um dispositivo importante para integrar o trabalho entre saúde mental e atenção básica. Em 2011 é lançado o guia prático de matriciamento em saúde mental, que vem a contribuir para o fortalecimento dessa metodologia de trabalho. O guia serve de referência tanto para equipe matricial como para a equipe de atenção básica, abordando um conteúdo amplo sobre o trabalho entre apoiadores e equipe de referência (CHIAVERINE, 2011).

Dentre o conteúdo abordado pelo guia do matriciamento, destaco os instrumentos utilizados nesse processo:

- Elaboração do projeto terapêutico singular, que é um recurso da clínica ampliada da humanização em saúde, o qual deve ser construído pela equipe interdisciplinar em conjunto com o usuário, levando em conta todo o contexto social do indivíduo;

- Interconsulta, que se caracteriza por uma ação colaborativa entre profissionais de diferentes áreas. A interconsulta pode se dar desde uma discussão de caso até intervenções, como consultas conjuntas e visitas domiciliares. Na prática do matriciamento, a interconsulta contribui para a estruturação do projeto terapêutico singular;

- Contato a distância, o qual pode se dar com o uso do telefone e de outras tecnologias de atuação, pois o matriciador não está todos os dias nas unidades de saúde. Em caso de emergência o contato pode se dar por telefone.

Embora o matriciamento seja desenvolvido por especialista em saúde mental, os instrumentos utilizados baseiam-se nas tecnologias leves, tendo como principal ferramenta o vínculo e o diálogo entre as equipes. As tecnologias leves correspondem as tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculo e de autonomização (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

As experiências de implantação do matriciamento em saúde mental têm se mostrado positivas, embora apresente ainda algumas fragilidades. Segundo Athié, Fortes e Delgado (2013), duas experiências se destacaram na implantação do matriciamento em saúde mental: a primeira ocorreu em Sobral, devido à preocupação com os direitos humanos que estavam sendo violados. E a segunda aconteceu em Campinas, a qual surge do movimento intelectual local em meio a discussão da saúde coletiva e do movimento na área dos trabalhadores em saúde mental que, através de publicações sobre metodologia de gestão e cuidado desde 1997, introduz o conceito de matriciamento e apoio matricial.

O município de Sobral desenvolveu uma forma de apoio matricial em saúde mental à ESF que apresenta algumas características distintas. Iniciou com o fechamento de um hospital psiquiátrico, após denúncias da morte de uma paciente que apresentava sinais de violência. O município teve que organizar todo o sistema de saúde e formar uma rede municipal de saúde mental apenas em nove meses, composta por CAPS, leitos para internação em hospital geral e formar equipes de apoio matricial para integrar a atenção básica (TÓFOLI; FORTES,2007).

A inclusão e expansão do matriciamento foi tão efetiva que em cinco anos a ESF já iniciava a realização de avaliação em saúde mental e dava resolutividade aos casos (TÓFOLI; FORTES,2007).

O estudo realizado por Figueiredo e Campos (2009) abordou as ações de saúde mental na atenção básica de Campinas (SP). A partir da implantação do apoio matricial foram realizados grupos focais com profissionais de saúde mental, equipes de referência e gestores, com o objetivo de disparar a ampliação da clínica das equipes de referência e reorientar a demanda em saúde mental. O estudo observou a incorporação da saúde mental no fazer das equipes de referências, contudo, avaliou a necessidade de aprimorar a avaliação de risco, assim como criar espaços permanentes de análise sobre o apoio matricial a fim de reforçar sua potencialidade na transformação das práticas hegemônicas em saúde.

Outro estudo realizado em Goiânia (Goiás), por Pegoraro, Cassimiro e Leão (2014), cujo trabalho foi desenvolvido em três ESF's com o objetivo de compreender o sentido do apoio matricial em saúde mental na visão dos profissionais que as compõem. Os resultados apontam que o CAPS e a ESF realizam atividades conjuntas. No entanto, os pontos positivos destacados pelos entrevistados foram a renovação de receitas e a presença do CAPS no território, principalmente na centralidade do psiquiatra e do psicólogo, embora a equipe matricial seja multiprofissional. O apoio matricial aparece centrado numa compreensão biologicista sobre o sofrimento psíquico.

Porém, nem todos os profissionais que trabalham em saúde mental cotidianamente reconhecem o matriciamento como metodologia de trabalho. Um estudo realizado no município de Caicó (RN), com 12 profissionais pertencentes a ESF, CAPS III e serviço residencial terapêutico, que teve por objetivo investigar a percepção dos profissionais de saúde acerca da articulação entre os serviços, por meio da lógica do matriciamento, concluiu que os serviços pesquisados desenvolvem

um cuidado fragmentado, pouco articulado, além de não reconhecerem o apoio matricial como prática do processo de trabalho em saúde. Teve como justificativa a falta de conhecimento da temática por parte dos profissionais. Embora o município tenha um conjunto de serviços de saúde mental, ainda não conseguiu construir uma rede de cuidados especializada nessa área (AZEVEDO; GONDIM; SILVA, 2013).

As fragilidades apontadas pelos estudos apresentados, principalmente referentes ao despreparo da equipe e a falta de educação permanente para lidar com a saúde mental no espaço do território, demonstram a necessidade de mais estudos referentes ao matriciamento como dispositivo potente para promover um cuidado compartilhado, centrado no diálogo, no acolhimento, na escuta e na promoção da vida em liberdade.

Percebe-se que mesmo com dificuldades, tem se direcionado trabalhar as questões de saúde mental no território, tendo a Atenção Básica como serviço de referência ao usuário, para tanto, o presente estudo, ao investigar as contribuições do matriciamento no processo de trabalho da ESF, vem a contribuir no fortalecimento do vínculo entre as equipes envolvidas.

4 Referencial Teórico

O trabalho situa-se dentro da perspectiva do pensamento construtivista, o qual trabalha com a hipótese de reconstrução, tanto de pessoas quanto de processos em virtude da interação dos indivíduos. O matriciamento traz essa característica por trabalhar com equipes multiprofissionais em um contexto interdisciplinar, tendo um caráter reflexivo das experiências, no qual cada profissional pode contribuir com um diferente olhar, ampliando os vínculos profissionais, a compreensão, a capacidade de intervenção e resolutividade das equipes. Para oferecer sustentação teórica para o estudo, se utilizou-se a Teoria dos Vínculos Profissionais (TVP) de Maira Buss Thofehn e Maria Tereza Leopardi (2009).

4.1 Teoria dos Vínculos Profissionais

A TVP é resultado do trabalho de tese, “Vínculos Profissionais: uma proposta para o trabalho em equipe de enfermagem”, proposta por Thofehn (THOFEHRN, 2005).

A TVP apresenta-se como o discurso inovador para o modo de gestão em enfermagem, resultando na prática de ações profissionais éticas, no qual favorece o

bem-estar das pessoas através da capacidade tecnicamente elevada da equipe de enfermagem. Isso porque esta equipe terá oportunidade de se realizar em seu trabalho por meio da consolidação da gestão participativa dos conflitos, possibilitando a expressão subjetiva na atuação profissional (THOFEHRN; LEOPARDI, 2009).

A proposta da teoria dos vínculos profissionais é uma ferramenta mediadora, um modelo para o trabalho em equipe na enfermagem, que favoreça as relações interpessoais, ou seja, os vínculos profissionais, com o intuito de alcançar um cuidado terapêutico comprometido com os usuários dos serviços de saúde, definindo-se como:

[...] um modelo de trabalho que considere a dinâmica das relações interpessoais na equipe de enfermagem, na perspectiva de uma práxis crítica, reflexiva e participativa, favorece a formação e afirmação de vínculos profissionais, possibilitando a realização do trabalho de enfermagem em consonância com parâmetros de competência ética (THOFEHRN, 2005 p.32).

Assim, a TVP corresponde a um conjunto de definições e estratégias gerais, flexíveis e interdependentes, podendo ser considerada uma referência conceitual e prática para o desenvolvimento do trabalho na enfermagem (JACONDINO *et al.*, 2014).

O modelo no esquema a seguir apresenta melhor a TVP:



Figura 1- Teoria dos Vínculos Profissionais.
Fonte: Thofehrn (2005, p.225).

A TVP tem como sujeito o enfermeiro considerado como o líder, o objeto é a equipe de enfermagem e a ferramenta mediadora é o modelo para o trabalho de equipe de enfermagem, meio que dará o suporte teórico para formação do grupo de trabalho, tendo como resultado a formação de uma equipe com vínculos profissionais saudáveis para prestar um cuidado terapêutico de qualidade (THOFEHRN; LEOPARDI, 2009).

Esse modelo deve satisfazer tanto as necessidades das pessoas que procuram os serviços de saúde quanto os trabalhadores, constituindo-se num novo modelo de gestão em enfermagem, que pode agir na subjetividade do trabalho, favorecendo o alívio do sofrimento presente nas atividades rotineiras, tornando o ambiente de atuação agradável e auxiliando no desenvolvimento de um cuidado coletivo que atenda a necessidade de quem procura os serviços de saúde (THOFEHRN; LEOPARDI, 2009).

Torna-se importante salientar que o presente estudo tem o propósito de utilizar a TVP para entender como é o funcionamento da equipe pesquisada em relação a sua interlocução com o matriciamento em saúde mental, para então poder conhecer a contribuição desse dispositivo para as ações de saúde mental na atenção básica, tendo em vista que o vínculo é uma das ferramentas importantes que deve permear a relação de trabalho entre equipe matricial e de referência e entre os usuários de saúde.

Também é importante destacar que a TVP desenvolvida para equipe de enfermagem pode ser adaptada para a equipe de saúde. Dessa forma, o sujeito que era o enfermeiro coordenador da equipe pode ser qualquer um dos integrantes que tenha o papel de líder no grupo, bem como o objeto deixa de ser a equipe de enfermagem e passa a ser a equipe interdisciplinar de saúde. Para tanto, tais adaptações serão feitas no presente trabalho.

O enfermeiro considerado o coordenador do grupo de trabalho da TVP deve ser capaz de identificar as aptidões, os talentos e as reações de cada integrante da equipe, além de promover a execução do trabalho assistencial articulado como componente do grupo, sendo participativo, cooperativo e comprometido, respeitando a individualidade de cada integrante e mantendo o consenso nas decisões, isso vai determinando a identidade do grupo de trabalho (THOFEHRN; LEOPARDI, 2009; THOFEHRN *et al.*, 2016).

Segundo Thofehrn *et al.* (2016), o coordenador deve adotar uma postura que exerça o poder em benefício da maioria e necessita manter coerência entre o discurso e a ação, sendo esse considerado um aspecto fundamental para o estabelecimento de vínculos profissionais, pois a equipe se sentirá valorizada e participante no processo decisório em seu ambiente de trabalho.

Para que o coordenador exerça a liderança, principalmente quando se refere a uma equipe interdisciplinar como a do presente trabalho, torna-se necessário um planejamento das atividades com a participação de todos os membros da equipe, o que pode ser realizado mediante a criação de espaços que oportunizem o diálogo entre os integrantes do grupo para o alcance da tarefa profissional no processo de trabalho da equipe (THOFEHRN; LEOPARDI, 2009; THOFEHRN *et al.*, 2016).

Para a formação e afirmação de vínculos profissionais proposta por Thofehrn e Leopardi (2009), numa equipe de trabalho, o enfermeiro precisa conhecer o marco conceitual das relações interpessoais na enfermagem, apresentado na figura 2.

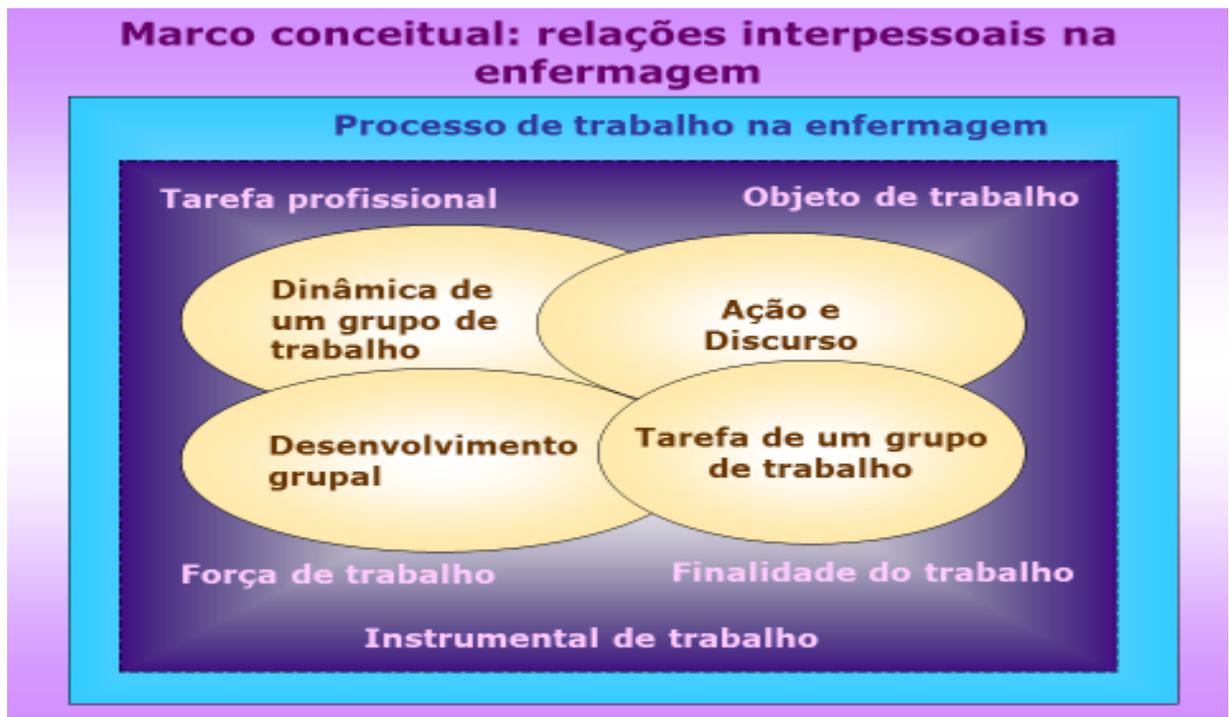


Figura 2 - Marco Conceitual da dinâmica das relações interpessoais na equipe de enfermagem.
Fonte: Thofehrn (2005, p.215).

A TVP trabalha com vários conceitos importantes para o processo de trabalho e gestão da enfermagem. No entanto, vou trabalhar somente com os conceitos necessários para auxiliar na presente pesquisa.

Na dinâmica das relações no processo de trabalho, a tarefa profissional é compreendida como o cuidado terapêutico, o que corresponde ao trabalho da enfermagem, o ato de cuidar. Já o objeto de trabalho é o ser humano em sofrimento físico, psíquico, social ou espiritual que recebe o cuidado da enfermagem, ou seja, o cuidado terapêutico. Os instrumentos correspondem aos meios que se inserem entre o profissional e o objeto de trabalho, podendo ser científicos, metodológicos, educacionais e gerenciais. O produto final do trabalho da enfermagem consiste no ser humano transformado pelo cuidado terapêutico de qualidade (THOFEHRN; LEOPARDI, 2009; THOFEHRN *et al.*, 2016).

As autoras evidenciam ainda os conceitos de dinâmica de um grupo de trabalho que correspondem ao movimento da equipe mediante o campo de relações interpessoais que ocorre pelas trocas internas da pessoa consigo mesma e trocas externas com o grupo e o contexto social. O desenvolvimento grupal é o envolvimento da pessoa como um todo, envolvendo todos os participantes da equipe que tendem a passar por fases até se sentirem acolhidas para desenvolver a tarefa grupal. A tarefa de um grupo de trabalho relaciona-se às ações que auxiliam na tarefa profissional e pode estar relacionada ao cuidado terapêutico, à gerência dos meios e da força de trabalho.

Segundo Thofehrn (2005), o modelo para o trabalho em equipe na enfermagem é uma metodologia que visa subsidiar o sujeito, no caso, o coordenador do grupo com os conhecimentos teórico-práticos da dimensão da subjetividade no trabalho. Assim, é possível dizer que o trabalho da enfermagem se orienta no microespaço de atuação, a partir da relação estabelecida no macroespaço pelas regras e normas da sociedade.

O microespaço de atuação possui três temas importantes e que vão auxiliar no presente estudo, pois devem fazer parte do processo de trabalho entre ESF e matriciamento em saúde mental, sendo eles: o processo de integração, o processo de comunicação e a competência profissional, conforme mostra a figura a seguir:



Figura 3 – Modelo para o trabalho em equipe na enfermagem.
Fonte: Thofehn (2005, p.225).

Pode-se dizer que a posição individual e grupal da equipe de enfermagem no microespaço de atuação representa o comportamento e a atitude que cada participante da equipe irá desempenhar no espaço predeterminado na execução das suas atividades profissionais, que visa a formação de um grupo de trabalho, determinando a posição do próprio grupo na instituição (THOFEHRN, 2005).

O processo de integração corresponde a formação de um processo social, o qual ocorre a partir do movimento das pessoas, seja individual ou grupal, tendendo a harmonizar diversas unidades, em alguns casos, até unidades antagônicas, podendo unificar uma equipe pela incorporação de todos os participantes. Envolve o processo de interação, cooperação, comprometimento no trabalho e definições de papéis (THOFEHRN *et al.*, 2010; THOFEHRN e LEOPARDI, 2006).

Para Thofehn e Leopardi (2009), o processo de interação envolve o autoconhecimento, o que favorece a manutenção da particularidade de cada pessoa no grupo de trabalho, permitindo a identificação das potencialidades e fragilidades internas e externas, dando subsídios para aceitação ou não do outro através de seu exercício de autoconhecimento.

A cooperação corresponde ao envolvimento que as pessoas apresentam entre si, a presença de sentimentos de amizade e solidariedade, além de comprometimento

profissional na realização de suas ações – esses são aspectos relevantes para a formação e afirmação dos vínculos profissionais. A definição de papéis determina as ações específicas para cada membro da equipe, necessitando estar em conformidade com as leis do exercício profissional. No entanto, as tarefas que são comuns a todos profissionais que fazem parte do campo da saúde devem ser distribuídas a partir de um consenso do grupo de trabalho (THOFEHRN *et al.*, 2010).

O processo de comunicação torna-se um fator determinante para o estabelecimento de uma equipe coesa e permite a integração entre seus participantes para a promoção do cuidado terapêutico com vínculos profissionais saudáveis. A comunicação assimétrica pode levar os ruídos da comunicação e resistência no grupo, causar sentimento de frustração, irritabilidade, mágoas e ressentimentos, criando espaços para ausência de compromisso com a qualidade do cuidado (THOFEHRN; LEOPARDI, 2009).

Desta forma, o coordenador tem a responsabilidade de garantir uma boa comunicação entre os integrantes do grupo de trabalho, desenvolvendo atitudes e ações que levem a uma comunicação positiva, envolvendo um diálogo aberto e igualitário através de uma comunicação autêntica e solidária. A comunicação positiva deve ocorrer entre pessoa a pessoa de forma consumatória para que não ocorra de forma instrumental e manipulativa, afim de promover uma aproximação entre as pessoas e favorecer laços de amizade e solidariedade, reafirmando através das relações interpessoais a formação de vínculos profissionais saudáveis (THOFEHRN; LEOPARDI, 2009).

A competência profissional corresponde a capacidade ético-legal de cada profissional, consistindo na aptidão que o profissional da enfermagem tem de apreciar, executar e responder por questões que envolva o cuidado ao usuário, estando em conformidade com a lei do exercício profissional e o código de ética dos profissionais de enfermagem (THOFEHRN *et al.*, 2010).

Acredita-se que a TVP aplica-se ao estudo do apoio matricial na ESF, pois aborda conceitos que irão contribuir para o processo de trabalho, pois reforça a construção e o fortalecimento de vínculos profissionais, os quais serão importantes na relação entre os trabalhadores e os usuários.

5 Metodologia

5.1 Caracterização do Estudo

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, fundamentado na Teoria dos Vínculos Profissionais. Segundo Minayo (2014), a pesquisa qualitativa envolve-se com a realidade que não pode ser quantificada, tais como significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, aprofundando-se no universo das relações humanas e de suas ações. A interação entre o pesquisador e os pesquisados é essencial para o estabelecimento de vínculos e o entendimento das situações vivenciadas por ambos.

A pesquisa qualitativa se aplica ao estudo dos produtos das interpretações que os indivíduos fazem a respeito de como vivem, sentem e pensam, permite desvelar processos sociais pouco conhecidos referentes a grupos particulares e aplica-se melhor à investigação de grupos e segmentos delimitados e focalizados (MINAYO, 2014).

Optou-se pela abordagem qualitativa por acreditar que essa proposta metodológica possibilite que os participantes do estudo sejam ouvidos em suas demandas e necessidades, alcançando os objetivos traçados para o estudo.

5.2 Local do Estudo

O local do estudo é definido como aquele no qual ocorrem as relações sociais inerentes ao propósito da pesquisa (TRENTINI; PAIM, 2014). O presente estudo foi desenvolvido em uma unidade básica de saúde com duas ESF, situada no território de abrangência de um Centro de Atenção Psicossocial, localizado em São Lourenço do Sul, no interior do Estado do Rio Grande do Sul.

O município é dividido em oito distritos, tendo uma grande extensão rural. De acordo com o último censo de 2015, a população de São Lourenço do Sul é de 44.541 habitantes, sendo que quase a metade reside na zona rural do município (IBGE, 2016). Conta com um CAPS I, um CAPS AD III, um CAPSI infantil e 11 ESF's, sendo seis ESF's situadas na zona rural. Possui, ainda, dois hospitais, um localizado na área urbana e o outro na área rural. A escolha da unidade de ESF onde será realizada a pesquisa se deu intencionalmente, por esta ter experiência com a equipe de apoio matricial.

5.3 Participantes do Estudo

Foram convidados a participar desse estudo os profissionais que compõem a duas equipes da ESF e a equipe que realiza o matriciamento em saúde mental e que participam dos encontros semanais de discussão sobre as questões de saúde mental. A equipe matricial é composta por profissionais do CAPS e do NASF.

Participaram do estudo os seguintes profissionais: um médico, um enfermeiro, um psicólogo, um assistente social, um educador físico, um psiquiatra, três agentes comunitários de saúde e um acompanhante terapêutico, totalizando dez participantes.

Dentre os participantes, todos do sexo feminino, o profissional com menos tempo de serviço na ESF ou matriciamento tinha 2 anos e o mais antigo 25 anos de experiência.

Participavam das reuniões 12 residentes de psiquiatria, mas não foram incluídos no estudo por não fazerem parte do quadro funcional das equipes sendo temporários no campo de serviço.

5.4 Critérios para Seleção dos Participantes

Os critérios para seleção dos participantes foram os seguintes:

- Fazer parte da equipe de matriciamento na ESF de uma unidade básica de saúde de São Lourenço do Sul, no mínimo há seis meses¹; e

¹ Definiu-se como critério que o trabalhador possuísse no mínimo seis meses de experiência por se entender que é o tempo necessário para o profissional conhecer o ambiente de trabalho e a comunidade adstrita.

- Participar dos grupos de discussão sobre as questões de saúde mental, as quais ocorrem semanalmente entre profissionais da ESF e da equipe de matriciamento.

5.5 Critérios de Exclusão

- Estar em licença saúde ou afastamento no início da coleta; e
- Estar de férias no período da coleta.

5.6 Princípios Éticos

Este estudo respeita o Cap. III, Art. 89, 90, 91, 92,93 (dos deveres) e os 94, 96, 97, 98² (das proibições) do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Também foi respeitada a resolução nº466/2012³ do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata sobre a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Os profissionais que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual foram assegurados o anonimato, bem como a permissão para a divulgação dos resultados. Os participantes foram identificados por profissionais (P) – P1, P2, P3, P4, P5 – conforme a ordem das entrevistas.

² Capítulo III: no que consiste as responsabilidades e deveres: Art. 89º - Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação. Art. 90 - Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa. Art. 91 - Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados. Art. 92 - Disponibilizar os resultados de pesquisa à comunidade científica e sociedade em geral. Art. 93 - Promover a defesa e o respeito aos princípios éticos e legais da profissão no ensino, na pesquisa e produções técnico-científicas. Das proibições: Art. 94 - Realizar ou participar de atividades de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos. Art. 96 - Sobrepor o interesse da ciência ao interesse e segurança da pessoa, família ou coletividade. Art. 97 - Falsificar ou manipular resultados de pesquisa, bem como, usá-los para fins diferentes dos predeterminados. Art. 98 - Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização (COFEN, 2007).

³ Resolução nº 466/2012. Esta resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao estado.

5.6.1 Riscos aos Participantes

O estudo não apresentou riscos físicos aos participantes, visto que não foi realizado nenhum procedimento invasivo, coleta de material biológico ou experimento com seres humanos.

5.6.2 Benefícios aos Participantes

Os benefícios aos participantes envolvidos no estudo foram as trocas de conhecimentos entre os mesmos e o pesquisador, almejando refletir sobre as contribuições do matriciamento para o fortalecimento das equipes de ESF e matriciamento.

5.7 Procedimentos para Coleta de Dados

Inicialmente foi realizado contato com o gestor municipal para apresentar o projeto e solicitar a autorização para realização do estudo no município. Após a autorização, o projeto foi encaminhado para a Plataforma Brasil.

Também foi entregue uma carta convite a cada profissional do serviço de saúde em que foi realizado o estudo, solicitando a participação do mesmo. Posteriormente foi disponibilizado um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Os dados só foram coletados após aprovação do comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Enfermagem de Pelotas, sob o Parecer Consubstanciado (CAAE 56422316.500005316) de número: 1.628.808 (ANEXO A) e a autorização de todos os envolvidos no estudo.

Para realizar a coleta de dados foram utilizadas técnicas de observação simples e entrevistas.

Para Stake (2011), muitos pesquisadores qualitativos preferem usar dados de observação, os quais podem ser informações vistas, ouvidas ou sentidas diretamente pelo investigador, sendo que a interpretação é parte da observação.

A observação possibilita que o pesquisador se aproxime da visão de mundo dos observados, propiciando um contato pessoal e estreito entre o pesquisador e seu objeto de estudo, constituindo-se no melhor teste de verificação da ocorrência do fenômeno (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

Foi utilizada a observação simples (OC) para conhecer a dinâmica de trabalho que se dá entre a equipe matricial e equipe da ESF, assim como os vínculos profissionais que se estabelecem entre os mesmos. Para organizar as observações foi utilizado um roteiro (APÊNDICE B). Embora o instrumento fixo seja melhor para manter o foco e facilitar a agregação dos dados, pode ser limitante (STAKE, 2011).

As observações deram-se em seis encontros, com duração de seis horas, onde foi possível observar como funcionava as reuniões entre as equipes de matriciamento e ESF.

Os registros da observação foram feitos em diário de campo que, é um instrumento em que são anotadas todas as informações que não sejam registros de entrevistas, tais como comportamentos, conversas informais, gestos, expressões e reflexões de quem observa a realidade (MINAYO, 2014).

Nesse estudo foram realizadas entrevistas semiestruturada (APÊNDICE C).

Segundo Minayo (2014), a entrevista é uma conversa destinada a construir informações pertinentes para determinado objeto de pesquisa em que é possível fornecer dados secundários e primários que se referem diretamente ao indivíduo entrevistado, informações que retratam a reflexão do indivíduo sobre a realidade que vivencia.

Na entrevista semiestruturada, o entrevistado pode discorrer sobre o tema apresentado pelo pesquisador sem se prender a indagações formuladas e o pesquisador obedeceu a um roteiro que deu um apoio claro na sequência das questões (MINAYO, 2014).

As entrevistas foram gravadas, conforme autorização dos participantes, permanecendo sob a responsabilidade do pesquisador, e serão descartadas após cinco anos.

Após a transcrição das entrevistas, as mesmas foram apresentadas individualmente aos participantes para validação de seu conteúdo.

Os resultados serão devolvidos aos participantes do estudo em uma reunião do matriciamento, conforme já pactuado com os mesmos.

5.8 Análise de Dados

Para Minayo (2014), a análise e o tratamento do material empírico e documental possuem a finalidade de compreender e interpretar o assunto pesquisado

à luz da teoria. Para tanto, os dados foram analisados através da proposta operativa da autora supracitada.

Após a coleta de dados realizada através das entrevistas, as mesmas foram transcritas na íntegra, sendo preanalizadas através da imersão do autor no material de campo, leitura flutuante e determinação das unidades primárias, constituindo-se na primeira etapa. Depois disso, partiu-se para a segunda etapa, a qual constituiu-se na fase de exploração do material, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto, em que se organizou o conteúdo das falas em categorias (MINAYO, 2014).

Na fase seguinte foi realizada a interpretação dos dados, na qual se fez inferências e se realizou interpretações dos resultados obtidos com auxílio da fundamentação teórica, concluindo a terceira etapa, denominada de tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2014).

Ao final da análise dos dados, emergiram três categorias temáticas: entendimento das equipes de matriciamento e ESF sobre o Apoio Matricial em saúde mental; ações de matriciamento em saúde mental na ESF; relações interpessoais no processo de trabalho entre ESF e matriciamento em saúde mental.

6 Resultados e Discussão dos Dados

Neste capítulo apresenta-se a análise e a discussão dos dados coletados, tendo como referencial teórico a Teoria dos Vínculos Profissionais de Maira Buss Thofehn e Maria Tereza Leopardi.

Para melhor compreensão dos resultados obtidos no presente estudo, cabe fazer uma breve apresentação da unidade estudada. A unidade básica de saúde, situa-se na zona urbana, conta com duas ESFs compostas por duas enfermeiras, dois médicos, quatro técnicos de enfermagem, um odontólogo, dois auxiliares de odontologia, seis agentes comunitários de saúde e um profissional de higiene o qual intercala os dias de trabalho com outras unidades.

A unidade de saúde é referência para uma média de oito mil pessoas, sendo que cada ESF acompanha quatro mil usuários. Os atendimentos são realizados de segunda a sexta feira, onde são oferecidos o cuidado integral ao usuário, por meio de atendimentos e atividades preventivas.

Entre as atividades oferecidas aos usuários, ocorrem grupos de saúde mental mensalmente, para acompanhamento, avaliação, escuta e renovação de receitas, coordenados pelos profissionais da ESF.

Durante o período em que foi feita a pesquisa, o funcionamento da unidade de saúde não foi observado, a ênfase foi dada as reuniões de matriciamento que ocorriam semanalmente entre trabalhadores de saúde mental pertencentes aos CAPS, ao NASF e a ESF.

Percebeu-se que alguns profissionais da ESF não participavam das reuniões de matriciamento, continuavam atendendo os usuários visto que a unidade permanecia aberta nesse momento, participavam da reunião, alguns representantes de cada categoria profissional, o que fica evidente na apresentação dos resultados a seguir.

6.1 Entendimento das Equipes de Matriciamento e Estratégia Saúde da Família sobre o Apoio Matricial em Saúde Mental

O trabalho em saúde é um trabalho coletivo desenvolvido por diversos profissionais (médicos, enfermeiros, odontólogos, psicólogos, entre outros), é parte de um conjunto de ações que resultam no cuidado ao ser humano. Sendo assim, a organização do processo de trabalho e o envolvimento dos profissionais de saúde torna-se fundamental para que se alcance uma assistência de qualidade (SOUZA *et al.*, 2010).

Jacondino *et al.* (2014) acrescentam que o processo de trabalho da equipe de saúde coexiste com uma multiplicidade de atividades na sua prática, o que necessariamente vai refletir de modo direto no cuidado prestado. Na ESF, a qual tem como proposta a integralidade do cuidado, essa multiplicidade de atividades faz parte do seu dia a dia, conforme o relato a seguir:

[...] a equipe de estratégia tem muitas demandas desde idosos, crianças, trabalha com muitas políticas ao mesmo tempo imagina num dia nós trabalhamos todas políticas do SUS [...] (P9).

O participante ao mencionar a multiplicidade de trabalho que realiza em seu cotidiano, refere-se as ações programáticas que fazem parte das políticas do SUS, tais como o atendimento a criança, a gestante, ao idoso, intervenções nas escolas, entre outras.

Agregado as atividades da ESF, o matriciamento em saúde mental se configura como uma proposta para contribuir com essa equipe nas demandas que se relacionam à assistência à saúde de usuários com transtorno mental. O matriciamento ou apoio matricial pode ser compreendido como um novo modo de produzir saúde, em que duas ou mais equipes criam uma proposta de intervenção pedagógica e terapêutica por meio de um processo de construção compartilhada do cuidado (CHIAVERINE, 2011), no caso desta pesquisa, entre a equipe da ESF e a equipe de matriciamento em saúde mental.

Eu entendo, no momento, que discutir na saúde mental matriciamento com a estratégia, na forma de apoiar a equipe de estratégia, é um momento de discussão, de tirar dúvidas, momento de pensar, de trazer a saúde mental, de volta para o território e ter um cuidado mais integral (P3).

Percebe-se no depoimento do participante que o matriciamento tem entre suas funções apoiar a equipe de ESF. Esse apoio pode se dar nas discussões de casos, na orientação que a equipe matricial vai dar para resolução de problemas, os quais podem ser resolvidos na própria unidade de saúde.

Na fala a seguir percebe-se que o profissional entende o matriciamento de modo perfunctório, mas identifica que compõe a equipe de apoio matricial.

[...] a essência do matriciamento é isso, reunir os conhecimentos específicos para o matriciamento poder ser feito, em outras áreas além da saúde mental, mas o da saúde mental é isso assim, ele pode ser feito também pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os CAPS têm atribuição de fazer, como pelo NASF [...] (P2).

Quando o participante aborda o termo conhecimentos específicos, está se referindo a seu núcleo de conhecimento especializado que pode ser na área pediatria, na área de assistência social, de nutrição e saúde mental.

O matriciamento é realizado por uma equipe multiprofissional, pode ser representado pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e pelos CAPS, que tem um objetivo comum que é trabalhar as questões que envolvem a saúde mental, embora o NASF possa trabalhar outras demandas de saúde a depender da necessidade dos usuários e do serviço.

Pegoraro, Cassimiro e Leão (2014) complementam que o CAPS tem como proposta realizar seu serviço em ambientes localizados no território, considerando o usuário em seus aspectos sociais, interacionais e existenciais, fato que implica em apoio multidimensional e abrangente por parte da equipe.

A territorialização, representa instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, visto que as ações de saúde são implementadas sobre uma base territorial detentora de uma delimitação espacial previamente determinada, mas além do espaço geográfico, leva-se em consideração o território na condição de cotidiano vivido, no qual se dá a interação entre as pessoas e os serviços de saúde (SANTOÉ e RIGOTO, 2010).

Dessa forma, os CAPS devem ser os principais articuladores da rede de atenção e da política de saúde mental, no território para garantir os direitos dos usuários e prestar suporte as demais unidades de atendimento na rede básica de saúde, o que pode se dar por meio do matriciamento (GAZIGNATO; SILVA, 2014).

Assim, para que a equipe de saúde possa desempenhar suas atividades e alcançar seu objetivo que é o usuário, a família e a comunidade transformados pelas

ações terapêuticas conjuntas de saúde mental, torna-se necessário que se compreenda o processo de trabalho. Entende-se por ações terapêuticas conjuntas de saúde mental as práticas que ofereçam o tratamento e o cuidado necessário, buscando reabilitar o sujeito em todos os aspectos biopsicossociais, o que pode se dar por consultas, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, dentre outras.

Chegou-se a definição do termo ações terapêuticas conjuntas de saúde mental, baseado no referencial teórico deste estudo, o qual utiliza o cuidado terapêutico entendido como a ação da enfermagem, pautado na interação entre o profissional de enfermagem e o ser humano que necessita de cuidado (THOFEHRN; LEOPARDI, 2009).

Por se tratar de uma equipe multiprofissional, entende-se que a adaptação do termo cuidado terapêutico se torna relevante, pois, além da tarefa profissional, a TVP preconiza a tarefa de um grupo de trabalho, a qual denominou-se ações terapêuticas conjuntas de saúde mental (THOFEHRN *et al.*, 2016).

Para alcançar as ações terapêuticas conjuntas de saúde, cada profissional precisa refletir sobre a sua tarefa profissional que, de acordo com Thofehrn *et al.* (2016), se difere nas profissões da saúde, pois cada profissional traz sua especificidade, pois enquanto que na área médica a tarefa consiste no diagnóstico e tratamento das doenças, na enfermagem a tarefa profissional é compreendida como o cuidado terapêutico, configurando-se assim no núcleo profissional.

A partir da compreensão da especificidade de cada profissão, os trabalhadores necessitam atuar junto ao objeto de trabalho, isto é, o usuário, a família e a comunidade, elemento comum a todos os membros da equipe. Mediante a clareza do processo de trabalho da equipe da ESF, torna-se possível a inclusão da equipe de matriciamento em saúde mental na Atenção Básica, em virtude da tomada de consciência entre os envolvidos.

O entendimento da equipe de saúde sobre o matriciamento em saúde mental é bem próximo ao apresentado na literatura, configurando-se em um aspecto importante para que a equipe possa buscar a tarefa profissional, tendo esta um objetivo comum que consiste nas as ações terapêuticas conjuntas de saúde mental:

Eu entendo que é um tipo de busca, para tu saber como lidar com a situação de cada pessoa que a gente fala, no caso, procurar saber mais dados, mais informações, para ver o que pode ser feito, quanto ao problema da pessoa e o que se pode solucionar é mais ou menos isso (P1).

Pelo pouco que eu tenho participado, eu vejo que é uma coisa que nos auxilia bastante com os profissionais que fazem parte, a entender o que acontece com os nossos pacientes, eles começam a ter uma outra visão que até então não tem ideia de que era o matriciamento, mas então seria assim um grupo de pessoas, a gente se vê uma vez por semana e com esses profissionais residentes no caso, alguns psiquiatras [...] e a equipe do posto a gente fala dos pacientes, pra mim está sendo muito interessante, é um encontro semanal (P7).

[...] o matriciamento é isso uma forma de discutir cada situação por que cada caso é único por mais parecido que seja[...] (P8).

Percebe-se que os encontros de matriciamento ocorrem semanalmente, mostrando-se relevante para que as equipes possam dar continuidade nos casos em que vêm acompanhando, assim como podem trocar informações sobre o que conhecem dos usuários.

O CAPS e o NASF têm utilizado como estratégia para articular a rede de cuidado em saúde mental na ESF o matriciamento. A palavra matricial no campo da saúde indica a possibilidade de que profissionais de referência e especialista, no caso desse estudo, respectivamente, a ESF e a equipe de matriciamento em saúde mental, mantenham uma relação horizontal e não vertical como ainda se presencia nos tradicionais sistemas de saúde. O termo apoio indica uma relação horizontal, por intermédio de procedimentos dialógicos, sem usar a autoridade (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O apoio matricial também pode ser desenvolvido através de intervenções conjuntas, trocas de conhecimento e ações desenvolvidas pelo apoiador em casos mais específicos, mas sempre tendo a equipe de referência participando do caso (PEGORARO; CASSIMIRO; LEÃO, 2014). As reuniões são momentos importantes no apoio aos casos, como pode ser visto na sequência:

Durante uma reunião de matriciamento, um profissional da saúde mental traz um caso de um usuário que havia procurado o serviço especializado, sem passar pela ESF. Logo os profissionais presentes trazem informações sobre a pessoa em discussão, de como vive, onde mora, quem faz parte da família, assim como pactuam ações de acordo com seu núcleo de trabalho (OC).

Pode-se perceber que os participantes trazem em seus relatos e em suas ações esse trabalho em conjunto na discussão dos casos, na troca de informações a respeito dos usuários e também da troca de conhecimento sobre as relações existente no território. É um momento de pactuações em relação ao plano terapêutico singular do usuário, onde devem levar em conta o contexto do mesmo e suas necessidades.

Dentro do entendimento da equipe da ESF sobre o matriciamento em saúde mental, o trabalho em rede é mencionado como uma possibilidade de ampliar as discussões e o olhar sobre os problemas que surgem no território:

[...] acho que é essa tensão, esse olhar de vários profissionais num caso específico e também o trabalho em rede, porque possibilita que outros profissionais, de outros espaços possam ter contato com a unidade. Estratégias para fazer essa discussão de caso, de aperfeiçoamento do cuidado(P9).

[...] matriciamento para mim, ele é uma articulação da rede, essa rede nossa aqui que não tinha muito movimento, com o matriciamento veio a se movimentar mais, assim os segmentos se sentindo mais parte dessa rede, e acho que veio contribuir muito em relação a nós aqui da saúde mental dentro da ESF [...] (P10).

Com o matriciamento em saúde mental, os participantes já identificam um movimento de integrar a rede de saúde. O sistema de saúde conta com uma rede de serviços, desde a atenção básica até os serviços especializados, no entanto, um dos problemas ainda está na articulação dos serviços, em que o sistema de referência e contra referência se constitui basicamente no preenchimento de formulários para encaminhamentos.

Para a compreensão do funcionamento da rede de ações em saúde é preciso retomar alguns conceitos abordados na teoria dos vínculos profissionais que se dá no microespaço de atuação. Segundo Thofehrn *et al.* (2016), torna-se fundamental haver processo de integração, caracterizado por um processo que ocorre a partir do movimento das pessoas, individual e grupal, tendendo a unificação da equipe pela incorporação e aceitação de todos os participantes, sem que se esqueça de manter o reconhecimento das particularidades de cada ser humano.

O Ministério da Saúde vem trabalhando para uma melhor articulação da rede com a criação da Portaria 4.279/2010. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) podem ser definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

A implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS.

Na perspectiva da saúde mental, a portaria 3.088/2011 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e

com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011).

Percebe-se um investimento pelo Ministério da Saúde para que a RAS possa funcionar de forma a promover a integralidade do cuidado. O apoio matricial contribui com essa proposta a partir de sua metodologia de trabalho pautada no diálogo entre os serviços e na busca pela construção de vínculos profissionais saudáveis, qualificando os trabalhadores da atenção básica na sua tarefa profissional, referente ao cuidado em saúde mental.

A responsabilização compartilhada pelos casos de saúde mental permite regular o fluxo de usuários na RAS. Assim sendo, o matriciamento pode contribuir para avaliar as situações comuns do trabalho cotidiano, que podem ser acolhidas pela equipe da ESF e oferecer a atenção em saúde mental na própria unidade, podendo ser uma estratégia para modular a inserção da saúde mental na atenção básica e aprimorar a rede de saúde do município (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

Schneider (2009) acrescenta que a compreensão do sofrimento psíquico, o acolhimento do usuário e a promoção do seu melhor encaminhamento, reconhecendo o papel que o território possui nesse processo, sinaliza uma relação importante e estratégica na articulação da rede, seja no cuidado e na atenção em saúde mental, seja na produção e na regularização da rede de serviços de saúde.

Ainda dentro do entendimento sobre o matriciamento, observa-se a confusão com o atendimento da demanda na ESF, na forma de realização de consultas:

É difícil falar, vou dar um exemplo, a dificuldade durante o trabalho é entre a parte médica [...] um equívoco, é pensar que o matriciamento deve ir lá para atender e não um apoio. Então, muitas vezes, foi falado, há posso marcar uma consulta para ti? (P3).

Algumas dificuldades trazidas pelos participantes são comuns a outros serviços, apresentadas em alguns estudos realizados entre atenção básica e o matriciamento em saúde mental, tais como: dificuldade de estabelecer um trabalho em rede, resistência dos profissionais da ESF de incluir o atendimento à saúde mental no seu trabalho, despreparo dos profissionais da ESF, desarticulação da rede, atendimento médico centrado e fragilidade no vínculo entre as equipes, dentre outras (HIRDES, 2015; LEMES *et al.*, 2015; GAZIGNATO; SILVA, 2014; QUINDERÉ *et al.*, 2013).

No entanto, os estudos também abordam algumas possibilidades e estratégias utilizadas pelas equipes de ESF e matriciamento, como: práticas intersetoriais, que pressupõem o trabalho integrado dos profissionais de saúde para o levantamento de necessidades e possibilidades de atendimento, garantir acesso e acolhimento, compartilhar experiências, direcionar o fluxo na rede, usar técnicas relacionais, corresponsabilização, assistência conjunta e compartilhada, qualificação dos profissionais por meio de educação em serviço e educação permanente (HIRDES, 2015; LEMES *et al.*, 2015; GAZIGNATO; SILVA, 2014; QUINDERÉ *et al.*, 2013).

Desse modo, o apoio matricial, pode ter entre suas atribuições o atendimento de algum caso específico, mas o objetivo principal deve ser compartilhar com os profissionais de referência as ações realizadas assim como orientar ações de saúde a serem desenvolvidas pela equipe da ESF, o que se nota no seguinte depoimento:

[...] eu entendo por matriciamento é isso é a discussão daquele paciente com outros membros que podem ajudar, se envolver com o caso, seja os residentes, ou outros profissionais, mas ainda vejo que fica muito só na unidade (P6).

O participante P6 reconhece a importância que tem o matriciamento nas discussões dos casos para pensar e planejar o cuidado em saúde mental, ou seja, a ação terapêutica conjunta de saúde mental. No entanto, traz a falta de continuidade das pactuações realizadas entre a equipe de saúde na rede como uma dificuldade.

Para Arona (2009), o apoio matricial pode ser entendido como um arranjo de gestão, com o objetivo de possibilitar a organização das ações de saúde da especialidade na atenção básica, ampliando o acesso das equipes de ESF e favorecendo a construção de novos arranjos, pois com uma equipe mais qualificada é possível pensar sobre as situações sob diferentes olhares. As ações de saúde devem se dar em rede e a construção deve ser compartilhada entre a referência que seria a ESF e o apoio especializado. Dessa maneira, ambos, ESF e equipe de matriciamento, mantêm responsabilidades pela condução dos casos, construindo juntos os planos terapêuticos.

Diante do entendimento da equipe sobre o matriciamento em saúde mental, percebe-se que a maioria compreende a proposta como forma de construção coletiva do conhecimento, tendo como finalidade a qualificação da equipe para as ações ao usuário em saúde mental. Mediante o processo, compreende-se que além de qualificar as ações terapêuticas conjuntas de saúde mental, fortalecem-se as relações

e os vínculos profissionais entre a equipe, pois, como afirmam Thofehrn e Leopardi (2009), a formação de uma equipe com vínculos profissionais saudáveis possibilita prestar ações terapêuticas de saúde mental com qualidade.

Percebe-se que implementar as ações de saúde mental, tem sido uma das estratégias de trabalho das equipes de ESF e matriciamento que compõem a rede de saúde, na busca de responder as necessidades dos usuários. Para tanto, torna-se importante conhecer as ações envolvidas no apoio matricial, que serão abordadas na categoria temática a seguir.

6.2 Ações de Matriciamento em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família

A ESF tem entre seus objetivos reorganizar a produção de cuidado e reorientar o modelo de atenção das equipes, sem deixar de considerar os aspectos sociais e culturais que envolvem as ações em saúde. Possibilita, também, a compreensão das particularidades da rede de atenção e suporte junto as famílias no território, a partir da construção de vínculo (COSSETIN; OLSCHOWSKY, 2011).

Nesse contexto, o matriciamento pode promover o estabelecimento de vínculo entre os profissionais e usuários do serviço, por meio da responsabilização compartilhada. O apoio matricial na ESF pode ser um recurso facilitador para as ações, pois as condutas compartilhadas entre as equipes podem produzir novos modos e lugares de atenção psicossocial, assim como promover as ações terapêuticas conjuntas em saúde na ESF no território (MIELKE; OLSCHOWSKY, 2010).

O compartilhamento das ações tem sido uma prática constante no presente estudo:

[...] tudo que a gente faz de ações, seja um atendimento, também existe atendimentos que a gente faz sozinho, até pela intimidade ali das questões que a pessoa traz, então as vezes, não é bom ter várias pessoas num atendimento, até que de alguma forma a gente compartilha depois né, seja na reunião de equipe, ou pelo menos algum profissional da equipe, para que eles também possam estar apropriados da situação das pessoas e poder seguir, a pessoa pode necessitar outro dia na unidade, então vai manter sempre um contato com a equipe, então a gente tenta de alguma forma compartilhar o cuidado (P2).

[...] a gente pode ir fazendo junto esse apoio, porque muitas vezes eles (ESF) tentavam que a gente fizesse, o pessoal (da ESF) tem medo, então preferem que alguém qualificado faça, que tenha formação para isso, mas depende dos casos, os casos mais graves com mais necessidades vai ter seu encaminhamento para o CAPS, o caso que é só uma escuta, os profissionais da ESF podem até fazer sozinhos, e os mais complexos e que dá para manter

na atenção básica são os que a gente vai atender juntos ou vai discutir [...] (P5).

A proposta do matriciamento é manter uma relação horizontal com a equipe da ESF sem impor seu saber especializado, mas trocar experiências, utilizando seu conhecimento para fortalecer e qualificar a equipe da ESF para que a mesma possa ser resolutiva nas questões que envolvem saúde mental. Uma das formas é compartilhar conhecimento, discussões e práticas de atenção à saúde.

Para Chiaverine (2011), alguns instrumentos importantes utilizados pelo matriciamento para realizar as ações em saúde mental, consta na elaboração do projeto terapêutico singular, interconsulta, consulta conjunta e visita domiciliar conjunta.

Segundo a referida autora, o projeto terapêutico singular é um recurso da clínica ampliada e da humanização em saúde, no qual a equipe elabora suas práticas de saúde considerando todo o contexto social e não apenas o indivíduo. A interconsulta é um dos principais instrumentos utilizados pelo apoio matricial na atenção básica, definindo-se como uma prática interdisciplinar para a construção das ações terapêuticas conjuntas de saúde mental, podendo se dar por uma discussão de caso por parte da equipe ou por intervenções como consulta conjunta e visita domiciliar conjunta, tendo por objetivo a estruturação do projeto terapêutico a partir dos saberes e das visões dos profissionais de distintas áreas.

Por consulta conjunta, Chiaverine (2011) entende como uma técnica de aprendizagem em serviço voltada a dar respostas resolutivas a demanda da assistência à saúde do usuário, família e comunidade, reunindo na mesma cena profissionais de saúde de diferentes categorias. Essas características são comuns à visita domiciliar conjunta, indicada quando o usuário apresenta dificuldade de deambulação ou recusa ao tratamento.

Tanto o atendimento, quanto a discussão dos casos em conjunto entre a equipe do matriciamento e da ESF, são apontados, servindo como apoio para a construção das ações terapêuticas conjuntas de saúde mental.

A utilização dos instrumentos se dá de forma compartilhada, utilizando-se das tecnologias relacionais por meio do vínculo, escuta, acolhimento, educação permanente, corresponsabilização e coprodução do cuidado (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Frente as relações estabelecidas entre a equipe de matriciamento e ESF do presente estudo, o diálogo faz parte de seu cotidiano, conforme se pode ver nos relatos a seguir:

[...] é muito importante o trabalho acontecer e se dar assim sempre em contato sempre manter referências e o diálogo que é muito importante se a gente não consegue se ver pelo menos, por telefone. Bom vamos falar sobre aquele paciente o que está sendo feito o que não está. Até para não atravessar o serviço que as vezes já tá tomando conta daquele caso, então vamos conversar com o serviço antes, isso eu acho muito importante [...] (P5).

[...] tem a parte boa que é a proximidade, a gente se aproxima consegue manter um diálogo com a equipe, a gente tem a liberdade, qualquer dúvida da paciente [...] particularmente a gente tem total liberdade dentro do posto, tu não enxergas mais dois serviços separados [...] (P3).

Percebe-se que o processo dialógico nas ações de saúde mental, têm aproximado os profissionais da ESF e matriciamento, fazendo com que os mesmos se sintam pertencentes a um único serviço.

O diálogo é um instrumento essencial no grupo de trabalho em saúde, implicando no envolvimento dos sujeitos na construção do conhecimento, no desenvolvimento da autonomia e da corresponsabilização dos indivíduos no cuidado e na promoção de saúde (FRANCO; SILVA; DAHER, 2011).

Entende-se que o matriciamento, ao promover o diálogo entre as equipes, contribui para a problematização dos casos por meio de uma prática reflexiva, a qual repercute na construção coletiva de conhecimento e competência profissional.

Figueiredo, Rodrigues-Neto e Leite (2010) salientam que o modelo dialógico em saúde tem algumas vantagens, como a construção coletiva do conhecimento, visão crítica-reflexiva da realidade, corresponsabilização e capacitação para tomada de decisões relativas a questões de saúde.

A prática dialógica proporciona aos sujeitos meios de superar suas atitudes mágicas ou ingênuas diante da realidade. O diálogo propicia a comunicação e a intercomunicação entre as pessoas numa relação de simpatia, nutridas pelo amor, humildade, esperança, confiança e criticidade (AMESTOY, 2010).

A relação horizontal entre as equipes matricial e ESF através do diálogo se dá pelo processo de comunicação que, para Thofehrn e Leopardi (2009), torna-se um fator determinante para o estabelecimento de uma equipe coesa e permita a integração entre seus participantes, para então promover as ações terapêuticas de saúde ao ser humano nas instituições prestadoras de saúde.

As autoras acrescentam que para a formação e afirmação de vínculos profissionais agregadores é preciso manter uma comunicação positiva, através da integridade entre as equipes, evitando espaço para manipulação e um maior compromisso dentro do grupo de trabalho, facilitando as relações intergrupais e evitando o que consideram ruídos na comunicação, o que na prática pode ocasionar falhas, carências, inconfiabilidade, imperfeição, determinando desconforto, irritabilidade, mágoas e ressentimentos.

Desta forma, acredita-se que a prática dialógica nas relações de trabalho entre ESF e matriciadores pode evitar e corrigir possíveis ruídos na comunicação dos mesmos e fortalecer os vínculos profissionais saudáveis. O matriciamento oportuniza para que a ESF faça uma discussão prévia dos casos como apresentam os depoimentos a seguir:

[...] então nesse matriciamento eles (equipe de matriciamento) estudam, conversam, discutem, eles estudam cada caso para ter uma solução, então quando eles vão [...] fazer uma visita, eles já fizeram matriciamento, já discutiram o caso, vão com ideias mais claras, eles vão ter mais solução por que já sabem do caso, já sabem melhor o que fazer, pensam em equipe todos juntos, o que nós podemos fazer por exemplo com aquela criança, podia levar para CAPSi, fazer uma atividade com a psicóloga, podia fazer isso, aquilo [...] (P8).

[...] tendo o matriciamento a gente consegue trazer casos que de repente no dia a dia da estratégia pela correria, a gente não tem como sentar e conversar sobre determinadas situações então acho que o matriciamento da essa possibilidade de nos sentar e conversar sobre os casos [...] (P9).

É por meio da comunicação, e do diálogo que as equipe de ESF e matriciamento se articulam para conhecer os problemas e pensar em ações resolutivas aos casos de saúde mental.

O apoio matricial tem contribuído para que a ESF aproxime as relações de trabalho com outros serviços, como Conselho Tutelar e Centro de Referência de Assistência Social (CREAS), para que atenda ao usuário na sua integralidade. Esse fato fica evidente nas falas dos participantes que afirmam reunir-se com outros setores de assistência, entendendo esse fato como a intersectorialidade na saúde:

No matriciamento a gente tem aquele olhar para aquela situação, e normalmente envolve saúde mental, apesar de ter outros problemas clínicos, enfim problemas sociais. E a saúde mental está em tudo, então acabamos sempre chamando o pessoal do CAPS para entrar nessa discussão então além daquela reunião semanal a gente tem reuniões de rede normalmente, participa Conselho Tutelar, o CREAS [...] (P9).

[...] poderia acrescenta um monte de coisas que a gente faz, lá nós fizemos visitas em conjunto, nós fizemos também dentro da ESF estudo de casos

separados, que eu acho que contribui muito, de coisas mais específicas, de casos complicados, naquele momento se convoca uma equipe ampliada, o CREAS, Conselho Tutelar, uma equipe pra ter um olhar mais ampliado daquela situação[...] (P10).

A proposta da ESF consiste em prestar uma assistência que vai além do corpo biológico e que possa alcançar os indivíduos em suas complexidades e integralidade. Para isso, devem incluir ações que ultrapassem as unidades de saúde para atingir o contexto dos indivíduos e coletivos, sejam eles históricos, sociais, culturais, políticos ou econômicos. Isto posto, as intervenções em saúde devem ser ampliadas, tomando como objeto os problemas, as necessidades, os condicionantes e determinantes de saúde (SILVA; RODRIGUES; TREVENZOLI, 2010).

A experiência trazida pelos participantes com a intersetorialidade, demonstra o quanto a relação de trabalho entre matriciamento e ESF tem contribuído para ampliar as ações terapêuticas conjuntas de saúde mental.

Para Bernardi *et al.* (2010), a intersetorialidade pode ser compreendida como uma articulação de saberes e experiências, visando o planejamento para avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas, tratando-se de buscar alcançar resultados integrados para resolver os problemas de saúde.

Visando a garantia da saúde das diferentes populações, a ESF e o matriciamento devem promover a integração dos diversos setores sociais – entre eles, educação, saúde, trabalho, transporte, assistência social, para comporem estratégias em conjunto para o fortalecimento das ações terapêuticas conjuntas de saúde mental (FERRO *et al.*, 2014).

Silva, Rodrigues e Trevenzoli (2010) acrescentam que, além de pactuar a realização de tarefas e das responsabilidades, torna-se essencial construir espaços de comunicação para definição de conceitos e planejamento participativo das ações. Percebe-se que esse espaço existe na realidade estudada e tem contribuído para o diálogo intersetorial.

Durante as reuniões de matriciamento, observou-se que era comum o contato da equipe com outros setores, como conselho tutelar, CREAS e instituições escolares, em momentos a equipe procurava tais serviços, em outros os mesmos procuravam a equipe de saúde (OC).

O trabalho intersetorial mostra-se como um instrumento importante para a operacionalização do conceito ampliado de saúde, tendo por base os pressupostos teóricos e metodológicos da promoção da saúde. Para a ESF, representa um grande

desafio na articulação e planejamento do processo de trabalho, visto que o diálogo intersetorial é difícil, pois requer respeito da visão do outro, assim como nas suas contribuições para construção de decisões no enfrentamento dos problemas levantados, mostrando-se como uma importante estratégia de reconstrução das práticas de saúde (SILVA; TAVARES, 2016).

Percebe-se que o apoio matricial tem contribuído, dentro de seu processo dialógico, para que se desenvolva as questões de saúde mental no território, integrando a participação de outros setores, como o da assistência social, fortalecendo e empoderando os atores para que assumam o cuidado em saúde mental.

Entre as ações de saúde mental, identificou-se a aproximação com a rede intersetorial, o diálogo entre os profissionais da ESF e matriciamento sobre as questões de saúde e o compartilhamento das ações de saúde mental, pactuadas nas reuniões.

Para que esse processo avance, torna-se necessário que os profissionais envolvidos tenham clareza de suas tarefas profissionais, assim como a tarefa do grupo de trabalho, isso é, ações terapêuticas conjuntas de saúde mental, que serão melhor apresentadas no tópico a seguir.

6.2.1 A Tarefa no Grupo de Trabalho

Na realidade estudada a equipe matricial composta pelos profissionais do CAPS e NASF formadas por psiquiatra, educador físico, assistente social, psicólogo, enfermeiro e acompanhante terapêutico, juntamente com a equipe multiprofissional da ESF que inclui médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e odontólogos, compõem um grupo de trabalho que tem uma tarefa comum a todos, que é atender as necessidades dos usuários de saúde mental daquele território, conduta essa considerada como ação terapêutica conjunta de saúde mental.

Para atender as demandas de saúde mental da unidade da ESF, os profissionais desempenham um trabalho em conjunto, como se percebe nas entrevistas:

Em conjunto, mais cabeças pensam melhor, então eu acho que o andamento está muito bom agora [...] é que a gente fica numa ansiedade de querer

resolver o problema do paciente naquela hora, mas não é assim, não é na hora que vai se resolver, a maioria das vezes não é sozinho que se consegue, tem que ter ajuda de outros profissionais, várias cabeças pensantes são essenciais (P1).

[...] então seja qual for o núcleo (área profissional específica), que possa ter conhecimento para poder trocar com a ESF, faz muito atendimento, ações conjuntas pela troca mesmo, chega lá na atenção básica, eles são a equipe de referência, eles tem o vínculo com a comunidade, com o usuário daquela área, tem os agentes de saúde que vão nas casas, então a gente precisa deles para poder continuar, a gente tenta não se atravessar, é uma construção que já é deles, é um núcleo que já é deles, a gente tenta fazer em conjunto para haver essa troca na ESF, a gente tenta fazer o matriciamento com mais de um núcleo, tenta fazer interdisciplinar mesmo, com núcleos diferentes para poder qualificar o apoio (P2).

[...]o trabalho se dá em conjunto, seja eles nos contatando e a gente indo até lá para olhar para uma situação e ver como é que a gente pode solucionar, o que se pode fazer[...] (P5).

[...] então nos tendo essa referência em cada CAPS tendo esse momento de matriciamento é importante a gente parar então um pouquinho nosso fazer diário e tendo essa relação com o CAPS de referência é muito importante para nós trocarmos ideias, trocar com pessoas que não são do dia a dia da unidade [...] (P9).

Percebe-se que o profissional da ESF tem a preocupação de que seu trabalho seja resolutivo, no entanto o mesmo identifica que em algumas situações, precisam compartilhar com outros profissionais que compõem a rede.

O CAPS compõe a equipe de apoio matricial e cada serviço possui um profissional de referência para a ESF, o qual participa das reuniões de matriciamento e compartilha as ações terapêuticas de saúde com o grupo. A tarefa de um grupo de trabalho relaciona-se com a capacidade de produzir ações que favoreçam o desenvolvimento da tarefa profissional e determine o motivo pelo qual o grupo irá se reunir (THOFEHRN; LEOPARDI, 2009).

De acordo com Thofehrn *et al.* (2016), a tarefa grupal trabalha com consentimento para a construção de novas relações de grupo, necessitando esforço de cada um dos sujeitos em aprender o conteúdo filosófico teórico que lhe é próprio.

Os integrantes do grupo em estudo, através de um trabalho em equipe, têm direcionado suas ações para a construção de um trabalho pautado no vínculo e na troca de conhecimentos entre os profissionais, a fim de alcançar a tarefa do grupo, que será as ações terapêuticas de saúde mental.

Jacondino *et al.* (2014) salientam que o trabalho em equipe se torna fundamental para o desenvolvimento da prática assistencial e para operacionalizar as ações de saúde. A equipe precisa se fortalecer por meio do estabelecimento de

vínculos profissionais, reconhecimento do trabalho do outro e colaboração entre as pessoas.

Diante disso, torna-se importante enfatizar que a tarefa de um grupo de trabalho difere da tarefa profissional, por que esta refere-se a tarefa própria a cada profissão, enquanto a tarefa de um grupo de trabalho é o motivo pelo qual o grupo se une e, no caso deste estudo, é a atenção em saúde mental para usuários da ESF, visando estabelecer ações terapêuticas para esta especialidade (THOFEHRN *et al.*, 2016).

Para alcançar o objetivo de trabalho do grupo, cada profissional contribui com seu conhecimento específico, o que vai caracterizar a tarefa profissional de cada trabalhador, servindo para complementar um ao outro.

[...] nós temos pessoas que estão a muito tempo no serviço e ao mesmo tempo tem outras que estão recém entrando, então tem olhares diferentes, propostas de trabalho e de cuidado diferenciado, mas um complementa o outro, isso que é importante, vê que a gente se sente tão sozinhos em determinados casos, então é sempre bom saber que a gente tem aquela pessoa com olhar diferente, uma vivência de trabalho diferente [...] (P9).

[...] a gente também está aberto para troca, não é um momento que a gente vai levar só nossos conhecimentos do CAPS e tudo, mas conhecer também o que tem dentro do sistema da ESF, conhecer como funciona lá. Eu acho que é uma troca, não é só de apoio nosso, mas deles com a gente, acho que é muito importante (P10).

Percebe-se que alguns profissionais têm agregado para o trabalho entre o matriciamento e a ESF por meio da troca de experiências e de práticas diferenciadas de acordo com seu núcleo profissional, contribuindo para a tarefa profissional do grupo. O vínculo tem permeado essa relação de trabalho entre as equipes de ESF e matriciamento.

Segundo Martins *et al.* (2012), o vínculo profissional é uma relação humana entre trabalhadores reunidos para uma atividade em conjunto, visando atingir as mesmas finalidades e objetivos.

Para Thofehrn e Leopardi (2009), o vínculo está imbricado com as relações humanas, concomitantes às relações de trabalho, ou seja, são vínculos entre trabalhadores que também são seres humanos e estão reunidos para um trabalho coletivo em direção a uma mesma finalidade – que nesse estudo consiste nas ações terapêuticas conjuntas de saúde mental. Para tanto, os vínculos profissionais estão expressos na ação e no discurso, podendo ser identificados pela flexibilidade, motivação, comprometimento, ênfase no ser humano, entre outros.

6.2.2 Lacunas no trabalho entre Estratégia Saúde da Família e matriciamento

A relação entre os profissionais de saúde deve se dar na totalidade, integrando a teoria e a prática. Sendo assim, o trabalho em conjunto entre matriciadores e ESF também deve ocorrer na atenção ao usuário, fato que ainda apresenta algumas fragilidades, como mostra o relato a seguir:

[...] então é muito pouco, uma interconsulta, uma visita deles, está junto, tanto o CAPS como a residência, claro, nos ajuda, saber mais, assim a corrida mesmo, ir atrás do paciente é nossa, na verdade eles vem semanalmente, mas vem intercalando, muito assim [...] (P6).

Apesar dos participantes terem elencado a importância da tarefa profissional de um grupo de trabalho se dar de forma conjunta, com uma finalidade comum que corresponde às ações terapêuticas de saúde mental, a fala do participante demonstra que o trabalho entre matriciamento e ESF está centrado mais no discurso do que na ação. Segundo Thofehrn e Leopardi (2009), a possibilidade de criação de algo novo só ocorrerá a partir da ação, fato que produz prazer, alegria, determinando modificação no sentir e pensar.

Dentro desse contexto, a TVP pode contribuir para minimizar as lacunas contidas no grupo de trabalho entre matriciamento e ESF, pois corresponde a um conjunto de definições e estratégias que podem ser consideradas uma referência conceitual e prática para o desenvolvimento do trabalho (JACONDINO *et al.*, 2014). Entre as estratégias, pode-se citar a divisão do trabalho, a definição de funções, o aprimoramento profissional e a educação em serviço.

Segundo Thofehrn e Leopardi (2009), a divisão do trabalho corresponde a base política e lógica no processo produtivo capitalista, considerada sob duas formas: a divisão social que se dá entre o pensar e o fazer e a divisão técnica relacionada as especialidades e operações nas quais encontram-se presentes profissionais de várias áreas da saúde, comprometidos num trabalho cooperativo para o atendimento de pessoas necessitadas.

A definição de funções no grupo de trabalho torna-se importante, pois corresponde a prática natural e própria de um indivíduo, definindo a atividade ligada a uma profissão, sendo que a função a ser executada corresponde a operação específica de um cargo em que uma pessoa ou um grupo foi preparado para executar,

estando em conformidade com regulamentos e determinações reconsideradas pela sociedade (THOFEHRN *et al.*, 2016).

No momento em que o grupo de trabalho adota, em suas práticas, a divisão do trabalho e a definição de papéis, as mesmas poderão contribuir para o aprimoramento profissional que, para Thofehrn *et al.* (2016), configura-se como qualidade de um grupo de trabalho que busca suprir suas necessidades de conhecimento, seja na habilidade técnico-científico ou na habilidade emocional e relacional.

Em virtude da ênfase no discurso, alguns profissionais da ESF ficam com um sentimento de pouca resolutividade e sobrecarga de trabalho.

Eu agora acredito que está tendo um entrosamento melhor, mas ainda a gente fica trabalhando meio que isolado [...] então nós vemos que necessita da parte da assistência social, é um período de transição claro acho que daqui para frente a tendência é melhorar, mas até então a gente fica trabalhando meio que separado ainda, é um começo mas fica muito como se tivesse que encaminhar o paciente, acho que vai melhorar, mas por enquanto ficamos cada um no seu espaço [...] (P4).

[...] a nossa demanda é sempre muito grande, acaba simplesmente nas situações mais gritantes, tentamos trabalhar em equipe, mas, noto que ainda trabalhamos bastante individualizados [...] (P5).

Nas falas dos participantes fica claro que ainda não está sendo trabalhada a tarefa profissional do grupo de trabalho, que são as ações terapêuticas conjuntas de saúde mental.

De acordo com Fortes *et al.* (2014), as lacunas de cuidado em saúde mental são um problema mundial. Para tanto, a atenção básica, no caso desse estudo a ESF, é a base para a estruturação da rede assistencial e sua integração com a saúde mental mostra-se parte desse desafio, o que pode ser facilitado pelo matriciamento. O apoio matricial configura-se como novos dispositivos, campo e processo de trabalho para a saúde mental no século XXI, abrindo perspectivas, transformações e desafios na sua prática.

O matriciamento em saúde mental pode possibilitar o fortalecimento de compromisso dos profissionais com a produção das ações e condução dos casos, pois além de reduzir encaminhamentos a serviços especializados, fortalece a corresponsabilização pelos casos de saúde mental, estimula o vínculo entre as equipes e destas com os usuários (JORGE *et al.*, 2014a).

Os participantes abordam o fato de em alguns momentos realizarem trabalho individual sem a participação dos profissionais do matriciamento, ficando muito na conversa e pouco resolutivo.

Os matriciadores podem e devem atuar junto a equipe de ESF no atendimento de alguns casos, tanto que a visita domiciliar conjunta, a consulta conjunta e a interconsulta são instrumentos do processo de matriciamento trazido por Chiaverine (2011). Uma das propostas do apoio matricial é potencializar a equipe da ESF para que possa assumir o cuidado em saúde mental, tornando-o como uma rotina no seu dia a dia, pois essa é uma das propostas da reforma psiquiátrica – atender o usuário de saúde mental em seu território – e a ESF é o serviço de referência, por estar mais próxima da comunidade, fazer um acompanhamento longitudinal e trazer como diretriz a integralidade do cuidado.

Entende-se que o marco conceitual que compõe a TVP, vai ao encontro da proposta do matriciamento em saúde mental que ao trabalhar nas dimensões de suporte assistencial e técnico pedagógico, favorece a construção de novos arranjos na gestão do trabalho, qualificando a equipe da ESF para atender as demandas de saúde mental em seu território, atendendo assim, o princípio do SUS: a integralidade do cuidado.

Dessa forma, a TVP pode auxiliar os trabalhadores da ESF e do matriciamento no desenvolvimento da prática profissional, pois possibilita a reflexão dos mesmos frente a seu processo de trabalho, assim como as relações sociais estabelecidas no ambiente laboral (JACONDINO *et al.*, 2014).

As relações interpessoais estabelecidas entre os profissionais de um grupo, mostram-se importantes para o processo de trabalho, para isso são importantes as reuniões de equipe para a pactuação das atividades e compartilhamento do saber. A categoria seguinte abordará essa temática, a fim de entender a realidade do grupo em estudo.

6.3 Relações Interpessoais no Processo de Trabalho entre ESF e Matriciamento em Saúde Mental

As relações interpessoais constituem-se em instrumento de trabalho no cuidado em saúde e pode-se entender como um processo, o qual traz como premissa a mutualidade, compreendida como o convívio e as trocas entre as pessoas. Por isso,

são mediadas pelo sentimento entre os indivíduos e, mesmo que tais sentimentos interfiram nas relações, torna-se necessário manter o diálogo, o vínculo, a confiança, a interação entre a equipe, assim como é importante colocarem suas percepções para evitar distanciamento, superficialidade, incomunicabilidade e muitos outros problemas que podem prejudicar as ações terapêuticas em saúde mental (PINHO; SANTOS, 2007).

Ao abordar as relações interpessoais que ocorrem entre a equipe de matriciamento em saúde mental e ESF, o vínculo é citado pela maioria dos participantes como um fator importante nesse processo:

Eu acho que melhorou muito porque uma das coisas, a questão do vínculo que foi criado com aquela pessoa, a que vai sempre, eu acho que isso é muito importante porque quando a ESF necessita, além da reunião de conversar sobre alguém diretamente, então já tem criado aquele vínculo, então tem uma relação que foi criada no vínculo [...] (P10).

É bem tranquilo bem aberto e a matriciadora abre bem para toda a equipe se a gente tem um caso diferente, alguma coisa assim, ou a gente trabalha diretamente com a equipe, depois com o grupo ou então quando tem dúvida de alguma coisa a gente tira dúvida com ela, então a gente tem toda essa liberdade para trabalhar, que eu acho muito importante[...] (P7).

Percebe-se pelas falas dos participantes que o vínculo estabelecido facilita o contato do matriciador com a equipe da ESF, assim como democratiza as discussões, fazendo com que todos sintam-se protagonistas no processo de trabalho, dando mais abertura para a equipe se colocar, e sendo de fato uma relação horizontal.

A equipe de saúde apresenta em seu processo de trabalho uma dinâmica e um movimento próprio, como resultado do grau de integração entre seus participantes. O ideal seria que essa dinâmica e esse movimento fossem na busca pela superação do individual e na construção do coletivo, pois no momento em que cada participante da equipe entende suas funções e seu papel torna-se possível que seus membros tenham consciência dos aspectos facilitadores e dificultadores na obtenção dos objetivos a que se propõe enquanto grupo de trabalho (THOFEHRN; LEOPARDI, 2009).

As relações estabelecidas entre a equipe de matriciamento e equipe da ESF proporciona o protagonismo dos trabalhadores como podemos ver na fala a seguir:

[...] nunca pensei num dia que a gente ia se colocar, que a equipe se coloca num mesmo nível, que nós discutimos os casos assim de igual para igual, a nossa equipe ganhou muito com o matriciamento foi uma coisa tão grande [...] (P8).

Para Thofehrn *et al.* (2016), o processo de integração é um processo social que ocorre a partir do movimento das pessoas individualmente e do grupo, que tende a unificar uma equipe de trabalho pela incorporação de todos os participantes, levando a uma complementaridade, sem esquecer-se de manter o reconhecimento das particularidades de cada ser humano. Torna-se necessário permitir a exposição das opiniões livremente, assim como as ansiedades, por meio da reflexão e aceitação do outro, visando a finalidade do processo de trabalho da equipe. Isso pode se dar pela proximidade entre os profissionais como aponta o depoimento:

A gente está sempre junto, sempre tem alguém da ESF, até porque se tem um problema e a gente está na dúvida, será que é, será que não é [...] Acho que tem um bom relacionamento, um bom entendimento, o que eu não sei eu falo, aí alguém já está mais informado, sabem me orientar para eu chegar numa visita, de saber como abordar, a faz assim! É um relacionamento bom o que um não sabe o outro sabe e já ajuda, a gente vai tentando se ajudar um ao outro, porque sempre falta alguma coisa, aí um completa o outro[...] A relação entre os profissionais é bem tranquila [...] (P1).

Os vínculos profissionais podem ser entendidos como uma relação humana entre trabalhadores reunidos para um trabalho em conjunto, visando atingir as mesmas finalidades e objetivos, que são as ações terapêuticas de saúde mental (MARTINS *et al.*, 2012). Acredita-se que quanto mais saudável forem esses vínculos, os quais podem ser estabelecidos pelas relações interpessoais, melhor serão as ações de saúde oferecidas aos usuários.

Além do vínculo, a confiança também é citada como elemento importante para as relações interpessoais entre a equipe de matriciamento e ESF:

[...] o mais importante que eu senti no início foi ter um bom vínculo com a equipe, para poder ter confiança, para poder ir conversando e eles também confiarem na gente[...] (P5).

[...] então essa relação vai se dando assim, eu senti no início que precisava ter um vínculo com as equipes, ter confiança para poder também eles ir confiando no nosso apoio e poder fazer um trabalho compartilhado. Então a gente ter uma relação de confiança e de troca é importante, aí a gente pode entrar mais nos assuntos, conversar mais, escutar mais, poder contar mais com eles (P2).

A confiança entre os colegas de trabalho traz impactos significativos para o resultado do mesmo. Quando envolve aspectos como a saúde das pessoas, a responsabilidade do resultado aumenta, exigindo maior dedicação dos envolvidos (VALENTIM; KRVEL, 2007).

Os autores complementam que a confiança é considerada a base de qualquer relacionamento afetivo, mostrando-se um fator relevante para o sucesso ou não das relações. Pelas falas apresentadas, o vínculo e a confiança mostram-se importantes e tem orientado o processo de trabalho das equipes.

Eu acho que são relações muito boas, o pessoal tem um vínculo bom, está em contato sempre, diálogo por telefone, a gente se fala muito, e nem sempre conseguimos nos encontrar, mas eu acho que são relações muito boas, importantes para o processo de trabalho, para ajudar o paciente no cuidado, no cuidado interdisciplinar que é muito importante ter esse olhar isso eu acho muito interessante no trabalho do NASF e até do próprio matriciamento que envolve vários profissionais tanto da área da saúde, quanto social, na área da educação [...] (P9).

O participante enfatiza as contribuições da equipe do matriciamento nas relações interpessoais que ocorrem entre a equipe, destacando a importância dessas relações para o processo de trabalho e conseqüentemente o cuidado qualificado ao usuário. Para tanto, acredita-se que a equipe precisa entender seu processo de trabalho, as ferramentas utilizadas e o objetivo do mesmo.

Sanna (2007) define processo de trabalho como a transformação de um determinado objeto em um produto por meio da intervenção do ser humano que, para fazê-lo, emprega instrumentos.

Thofehrn e Leopardi (2009) acrescentam que o processo de trabalho corresponde à atividade exercida pelos profissionais, visando responder as necessidades das pessoas que se utilizam dos serviços de saúde, e é formado por um conjunto de elementos presentes nas relações entre sujeito trabalhador, objeto do trabalho, instrumentos apropriados e finalidade.

A tarefa profissional é a atividade que corresponde ao próprio trabalho, ou seja, as ações terapêuticas conjuntas de saúde mental. O objeto de trabalho corresponde ao corpo do ser humano, da pessoa, da família e da comunidade em sofrimento físico, psíquico, social ou espiritual. Os instrumentos de trabalho correspondem aos meios utilizados para realizar as ações, que podem ser os atendimentos e discussões conjuntas entre outros. E a finalidade consiste no alcance do produto final, que será o usuário, a família e a comunidade transformadas pelas ações terapêuticas de saúde, na busca pelo bem-estar ou da satisfação das necessidades de saúde (THOFEHRN; LEOPARDI, 2009).

Compreender as relações interpessoais, assim como o processo de trabalho, mostra-se importante para as ações em saúde, uma vez que os profissionais se

utilizam destas como ferramentas para a efetivação do cuidado (FORMOZO *et al.*, 2012).

Embora os participantes tenham destacado um bom relacionamento entre as equipes de ESF e matriciamento, mediados pelo vínculo e a confiança estabelecidos entre os mesmos, também são levantadas algumas dificuldades nas relações:

[...] a gente fala muito pouco eles (residentes) nos telefonam falam dos pacientes para perguntar, e na própria reunião eles ficam muito quieto, não comentam não acrescenta o que a psiquiatra está falando, as vezes acho que o tempo que a gente está aqui que eles estão com nós, devia ser mais, ter uma relação melhor [...] (P6).

[...] eu não consigo entender que muitas vezes o paciente, a família está bem e não segue um acompanhamento e aí de repente tem uma recaída na família, a equipe fica procurando um culpado, e um fica empurrando para o outro, aí a culpa é tua, mas na verdade eu não sei quem deveria acompanhar? O CAPS realmente deveria acompanhar ou o agente que deveria fazer uma visita periódica, não só nós agente de saúde, não só eu, como nós somos uma rede, eles também deveriam, da saúde mental [...] (P7).

Os participantes abordam a pouca interação por parte de alguns profissionais como dificuldade no processo de trabalho entre matriciamento e ESF. Essa problemática reflete muitas vezes nas ações terapêuticas conjuntas de saúde mental desempenhada pela equipe, não tendo o resultado desejado, acarretando um certo desconforto na equipe. Uma situação que dificulta as relações de trabalho apontada no depoimento, refere-se aos residentes, já que os mesmos são temporários no serviço, fato pode dificultar a construção das relações interpessoais.

Durante a observação de uma reunião de matriciamento na ESF foi possível constatar insensibilidade do grupo entre si frente à algumas problemáticas que envolviam questões objetivas e subjetivas:

Participante traz para equipe um caso que julgava ser de risco, demonstrando-se preocupada no momento em que falava sobre o caso, expressava sobrecarga de trabalho, relatando estar sensibilizada e com vontade de fugir do serviço, com uma lágrima escorrendo no rosto. Durante a fala do participante o grupo ficou calado e, após, discutiram o caso em si, sem sequer abordar os sentimentos expressados pelo profissional (OC).

O processo de trabalho envolve a dimensão da subjetividade do trabalhador, da equipe e da instituição, implicado numa cadeia de significações nem sempre explícitas, mas que estão presentes nas relações dos sujeitos com seu trabalho e com a organização, não estando inscrito num campo puramente objetivo (THOFEHRN; LEOPARDI, 2009).

A organização do processo de trabalho, por meio das relações interpessoais pautadas no vínculo profissional, na confiança, no entendimento da subjetividade como elemento das relações de trabalho e na interação entre os profissionais, é essencial para a formação e o fortalecimento de um grupo.

O processo de interação foca as relações interpessoais entre os membros da equipe, tendo como base o autoconhecimento, a aceitação do outro e a forma de abordar o grupo. A cooperação entre a equipe também é importante, pois refere-se ao desenvolvimento da tarefa profissional de forma conjunta, o que ocorre a partir do envolvimento das pessoas entre si, estabelecendo expressões de amizade, solidariedade e comprometimento profissional (THOFEHRN *et al.*, 2016).

As autoras ressaltam ainda a importância do comprometimento no trabalho, caracterizado pelo estabelecimento de compromissos e acordos mediante planejamento com metas predeterminadas no âmbito social. Os trabalhadores têm consciência dos limites e possibilidades de governabilidade sobre seu trabalho, pois criar ações estratégicas para ultrapassar os limites torna-se objetivo do grupo e torna-os parceiros na busca de novos métodos que permitam a execução do projeto de trabalho, determinado pelas finalidades e necessidades das pessoas em sofrimento que necessitam de cuidado em saúde.

Leopardi (2009) sugere a organização da tarefa profissional, ou seja, neste estudo, das ações terapêuticas conjuntas de saúde mental, que devem se dar a partir da responsabilidade, da confiança e da cooperação de cada profissional, cada qual com suas características próprias. Por isso, a importância da formação de vínculos profissionais para poder buscar respostas para as necessidades das pessoas de forma cooperativa na equipe, considerando-se como responsabilidade profissional, fundada em uma competência ética, pelo desenvolvimento de habilidades técnicas, discursivas e relacionais, transformando as ações terapêuticas.

Um momento importante para o estabelecimento das relações interpessoais e a organização do processo do trabalho, pode ser as reuniões de equipe que ocorrem entre o matriciamento e ESF, discutidas na sequência.

6.3.1 Reunião de Matriciamento: Momento de Pactuação da Equipe

A participação nas reuniões entre a equipe de matriciamento e equipe de ESF, foram muito importantes para o presente estudo, pois propiciou a aproximação entre o pesquisador e os participantes, onde foi possível observar as relações de trabalho estabelecidas e pactuar a coleta dos dados, para tanto, a importância de um breve relato.

As reuniões ocorriam semanalmente no mesmo dia e horário, com duração média de uma hora. Eram realizadas na sala de reuniões da unidade básica de saúde, tendo a presença de profissionais da ESF, do matriciamento e de residentes de psiquiatria. Os profissionais da ESF que participavam eram enfermeira, médica, agente comunitários de saúde, embora tendo duas equipes de ESF, eram sempre os mesmos que participavam, enquanto que outros trabalhadores da ESF atendiam os usuários, já que a unidade permanecia em atendimento na hora da reunião.

Os profissionais do matriciamento eram constituídos de trabalhadores dos CAPS, NASF, tendo entre eles, psicólogos, psiquiatras, assistente social, educador físico, acompanhante terapêutico. Durante as reuniões, os profissionais sentavam-se na maioria com seus colegas, que as vezes conversavam entre si em compartilhar com o grupo.

As dinâmicas das reuniões eram repetitivas, a coordenadora iniciava retomando casos que ficaram pendentes e após discutiam casos novos, geralmente os profissionais da ESF contribuíam com informações sobre os usuários em discussão, em alguns momentos o trabalhador do matriciamento contribuía com o conhecimento técnico sobre alguma patologia e intervenções e logo pactuavam o que cada profissional iria fazer.

A reunião de equipe é considerada de grande importância, pois é o momento em que se discute coletivamente a problemática do trabalho e é o momento em que se definem ações e intervenções a serem realizadas no território, na comunidade, podendo promover a gestão coletiva das estratégias na construção das ações de saúde (CRUZ, 2008).

Para os participantes desse estudo, as reuniões entre matriciamento e ESF são consideradas importantes por serem momentos de trocas de informações e construção de vínculo conforme o depoimento:

[...] é uma troca de informações, aí a gente vai juntando os dados e vê o que pode ser feito, daí a gente já fica sabendo da história da pessoa, vai usando o que tem, tanto eles trazem casos para nós, como nós trazemos para eles, essa troca se dá nas reuniões [...] (P1).

[...] desde que comecei a trabalhar no NASF, participo das reuniões no matriciamento, é super importante esse momento, essas trocas e é muito rico tanto para nós quanto profissional, quanto para as pessoas que estão sendo atendidas que estão sendo olhadas, cuidadas [...] (P5).

[...] no matriciamento a gente tenta manter esse vínculo com o CAPS para fazer discussões sobre esses casos, então a gente tenta essas reuniões específicas para isso a gente consegue manter esse vínculo muito bom assim, eu acho que é isso, acabamos procurando referência dos CAPS para nós conversarmos sobre os casos e ajuda muito [...] (P9).

Percebe-se, pelas falas dos participantes, que as reuniões, além de contribuir para a equipe dialogar sobre o cotidiano de seu trabalho, refletem nas ações de saúde, “nas pessoas que sendo atendidas, que estão sendo olhadas, cuidadas”.

Grando e Dall’agnol (2010) complementam que as reuniões que ocorrem nos serviços de saúde configuram-se como dispositivos importantes para a estruturação e organização do planejamento, repasse de informações, estabelecimento de diretrizes e espaço de tomada de decisões. As reuniões de trabalho na equipe ocorrem em momentos de diálogo, nos quais se podem elaborar planos individuais, familiares ou coletivos (CARDOSO; HENNINGTON, 2011).

Essa prática vai ao encontro da proposta do matriciamento em saúde mental, que se utiliza do diálogo, das trocas de saberes, do compartilhamento das ações, da cogestão e coparticipação dos profissionais envolvidos, sendo a reunião de equipe um espaço importante e democrático.

No entanto, o descomprometimento de alguns profissionais é mencionado, quanto à participação nas reuniões:

[...] e também vejo presente o pessoal do NASF que tem uma boa relação, pessoal do CAPS (x) vai de vez em quando, antigamente ia mais, a equipe do CAPS que não participa é o (y), porque foram divididas as referências e a pessoa que ficou de referência não trabalha nos dias de reunião do matriciamento, e foram discutidos vários casos de usuários deles, acho que isso peca um pouco, precisa de alguém que possa vir para poder discutir os casos? Porque é muito complicado tu discutir um caso e não ter ninguém para responder [...] hoje eu vejo que são discutidos casos, não vou dizer casos banais, mas coisas desnecessárias[...] (P3).

Percebe-se no depoimento que nem todos os profissionais mostram-se comprometidos com o trabalho, isso fica evidente no momento em que o trabalhador assume um compromisso no dia em que está de folga, comprometendo o andamento do grupo.

Thofehrn *et al.* (2016) acreditam ser necessário atender as relações interpessoais dos trabalhadores a fim de formar um grupo de trabalho, sem que mantenha apenas a característica de um agrupamento de pessoas, e reforçam que a equipe de saúde necessita formar vínculos profissionais saudáveis, atuando dessa forma como um grupo de trabalho.

Ao observar as falas dos participantes ao longo do capítulo, o vínculo aparece repetidamente, mas percebe-se que nem sempre são saudáveis, demonstrando fragilidade e superficialidade em suas relações.

No momento em que não se tem uma continuidade nas discussões para a efetivação do processo de trabalho por falta de comprometimento de alguns integrantes do grupo, seja pela falta ou pelo desinteresse, as relações interpessoais tornam-se frágeis e superficiais, como traz uma participante do estudo:

[...] as reuniões são muito bonitas para gente confraternizar, mas noto que fica muito superficial, conversa de corredor seria bom que pudéssemos ir nas reuniões expor mais as coisas que a gente está chateado, incomodado e não fosse tomado tanto pelo lado pessoal, então parece que isso acaba ficando mais superficial, são umas das coisas que é bastante difícil, mas não é só aqui, em geral é assim isso é um ponto importante ninguém é dono da verdade, por que de repente tem mais experiência de trabalho em saúde da família por exemplo de dois, três e quatro anos o outro vai ter de alguns meses a mais mas ele vai ter tempo, também não pode deixar de levar em consideração e as pessoas vem todo aquele trabalho anterior que vem para acrescentar e muitas vezes é mal interpretado [...] (P4).

A dificuldade dos profissionais de exporem ao grupo seus sentimentos, divergências e opiniões, sem que sejam mal interpretados, levam à superficialidade nas relações interpessoais, refletindo no processo de trabalho da equipe. Percebe-se que o grupo não abre espaço para discutir os conflitos e os problemas de trabalho existentes entre a equipe.

A fim de minimizar tais dificuldades, Thofehrn *et al.* (2016) propõem compreender o processo de interação, focalizando, especificamente, as relações interpessoais entre os membros da equipe, tendo como base o autoconhecimento, o que favorece a particularidade de cada pessoa no grupo de trabalho, a aceitação do outro e a forma de abordar o grupo, identificando os anseios e as ansiedades do

mesmo, provenientes do desenvolvimento da tarefa profissional.

Durante a observação das reuniões entre matriciamento e ESF, percebeu-se que o grupo não tinha formalmente um coordenador, quem coordenava as reuniões era um profissional do matriciamento que não se intitulava como coordenador:

Durante dois encontros o coordenador informal atrasou-se por 30 minutos, o grupo aguardava na sala de reuniões, conversavam, se olhavam, olhavam para o relógio, se perguntavam se o profissional havia dito que não viria, mas ninguém assumia a coordenação, até que chega o profissional e começa a reunião (OC).

Para que um grupo de trabalho não seja apenas um agrupamento de pessoas e que seja um instrumento de reflexão sobre as relações humanas, Thofehrn *et al.* (2016) trazem a importância de ter um coordenador no grupo, que na TVP é o papel do enfermeiro, mas podendo ser adaptado para qualquer profissional de saúde.

O coordenador do grupo deve ser a pessoa capaz de identificar e acolher as aptidões, os talentos, e as reações de cada integrante da equipe, tendo como base a história de vida e o ambiente sociocultural dos indivíduos. Mas, para tanto, precisa ser participativo, cooperativo e comprometido, respeitando a individualidade de cada participante, mantendo o consenso nas decisões e mantendo a criatividade na realização das ações de saúde (THOFEHRN *et al.*, 2016).

Por ser a ESF a coordenadora da rede de saúde, por ser o serviço de referência do usuário e por apresentar um cuidado longitudinal para as pessoas, famílias e comunidade, entende-se que o profissional responsável pela ESF poderia assumir a coordenação do grupo de trabalho realizado entre o matriciamento e ESF, pois são profissionais que fazem um trabalho continuado, são a equipe de referência do usuário, sendo a maioria no grupo, podem facilitar e fortalecer as relações interpessoais.

A presença de um coordenador no grupo de trabalho pode facilitar para que se possa trabalhar as relações interpessoais e organizar o processo de trabalho, oportunizando para que os integrantes possam trazer suas dúvidas e suas angústias, afim de qualificar e humanizar a relação das pessoas, abordando tantos os aspectos objetivos como os subjetivos,

Para Arrieira *et al.* (2009), a humanização visa a valorização dos diferentes sujeitos, norteados pela autonomia e pelo protagonismo dos sujeitos, pela corresponsabilidade entre eles, pelo estabelecimento de vínculos solidários, pela

construção de redes de cooperação e pela participação coletiva no processo de gestão.

Compreende-se que a relação no trabalho estabelecida entre o matriciamento e ESF possa contribuir para a formação de um grupo de trabalho coeso e prepara-los para atender as demandas da comunidade. Para tanto, deve levar em conta a individualidade de cada ator envolvido no processo, para, então, fortalecer as relações interpessoais por meio dos vínculos profissionais saudáveis, de modo a realizarem as ações terapêuticas conjuntas de saúde mental com qualidade e prazer.

7 Considerações Finais

O estudo teve como objetivo central investigar as contribuições do matriciamento em saúde mental para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família na perspectiva da Teoria dos Vínculos Profissionais. Como objetivos específicos, o estudo pretendeu verificar, junto a equipe de matriciamento e ESF, o trabalho realizado na implementação das ações saúde mental e identificar as relações interpessoais entre as equipes.

Considera-se que os objetivos do estudo foram alcançados, visto que foi possível conhecer as relações interpessoais que ocorrem no processo de trabalho entre equipe de matriciamento e ESF. Identificou-se o trabalho desenvolvido para implementar as ações de saúde mental, assim como as lacunas existentes no processo de trabalho das equipes.

Os profissionais demonstraram que o entendimento sobre o matriciamento em saúde mental é próximo ao apresentado na literatura, embora entendam o matriciamento de modo perfunctório. Os participantes trouxeram em seus relatos o trabalho em conjunto, as trocas de informações e conhecimentos sobre as relações existente no território, importante para a realização das ações terapêuticas conjuntas de saúde mental.

O conceito das ações terapêuticas conjuntas de saúde mental emergiu a partir da percepção da necessidade de que ao promover a atuação de modo conjunto entre ESF e matriciamento em saúde mental é preciso a identificação da tarefa do grupo de trabalho, que consiste em desempenhar suas atividades e alcançar o objetivo que é o usuário, a família e a comunidade, transformadas pelas ações terapêuticas de saúde mental. Entende-se por ações terapêuticas de saúde práticas que ofereçam o tratamento e o cuidado que o usuário necessita, buscando reabilitar o sujeito em todos os seus aspectos biopsicossocial.

Os participantes também apontam a importância do trabalho em rede, reconhecendo as contribuições que o matriciamento ofereceu nas discussões dos casos para que possam cuidar e planejar as ações terapêuticas conjuntas de saúde mental. No entanto, sinalizam que em alguns momentos existe uma falta de continuidade das pactuações realizadas entre as equipes de ESF e matriciamento.

Dentre as contribuições do matriciamento, identificou-se: a aproximação com a rede intersetorial, com o conselho tutelar e o CREAS, protagonismo dos profissionais nas discussões e condução dos casos, a identificação de conflitos nas relações interpessoais, implementação de ações terapêuticas conjuntas de saúde mental.

Entre as ações que envolvem o matriciamento e a ESF, o compartilhamento das atividades fazem parte do trabalho, utilizando instrumentos, tais como: a elaboração do projeto terapêutico singular, a consulta conjunta e a visita domiciliar conjunta, mantendo uma relação horizontal, valendo-se das tecnologias relacionais, através do vínculo, da escuta, do acolhimento e da corresponsabilização pelas ações terapêuticas conjuntas de saúde mental. O diálogo também foi utilizado e tem aproximado os profissionais da ESF e do matriciamento, assim como outros profissionais da rede intersetorial, como Conselho Tutelar e CREAS, visando o atendimento do usuário na sua integralidade.

Para o desenvolvimento da tarefa no grupo de trabalho, os participantes desempenham um trabalho em conjunto, em que cada profissional contribui com seu conhecimento específico, complementando um ao outro por meio de troca de experiências e práticas diferenciadas. O vínculo entre os profissionais tem permeado a relação no trabalho, facilitando para que atinjam a finalidade do grupo, que são as ações terapêuticas conjuntas de saúde mental.

Os participantes sinalizam também algumas lacunas no trabalho entre ESF e matriciamento, dentre elas a atuação do matriciamento centrar-se mais no discurso, deixando os profissionais da ESF com sentimento de pouca resolubilidade e sobrecarga de trabalho, ficando evidente que ainda não está claro qual a tarefa profissional do grupo, o que deve convergir para uma mesma direção.

As relações interpessoais que ocorrem no processo de trabalho entre matriciamento e ESF são estabelecidas pelo vínculo e pela confiança, facilitando o contato entre os profissionais, democratizando as discussões e oportunizando para que todos sintam-se protagonistas no processo de trabalho. O apoio matricial é apontado como um dispositivo contribuinte à essas relações.

Embora os participantes tenham destacado a importância do vínculo e da confiança para um bom relacionamento entre as equipes, também levantam algumas dificuldades nas relações, como pouca interação por parte de alguns profissionais, acarretando um certo desconforto na equipe, o que pode refletir nas ações terapêuticas conjuntas de saúde mental.

Os profissionais também apontam as reuniões que ocorrem entre matriciamento e ESF como momentos importantes de trocas de informações, construção de vínculos, pactuação entre a equipe, momento de diálogo para elaborar planos individuais, familiares e coletivos, indo ao encontro da proposta do matriciamento em saúde mental.

O descomprometimento de alguns profissionais quanto à participação nas reuniões é criticado por alguns participantes, pois não tem continuidade nas discussões, fato que torna as relações interpessoais frágeis e superficiais. Acredita-se que o fato do grupo ser coordenado informalmente por um profissional do matriciamento contribui para a superficialidade nas relações entre as equipes. A escolha de um coordenador formal de preferência para um profissional da ESF, seria importante, já que é o serviço considerado como ordenador da rede de saúde.

O coordenador, como líder da equipe, poderá trabalhar com alguns conceitos importantes para constituir um grupo de trabalho coeso, atentando-se para os aspectos objetivos e subjetivos que permeiam o processo de trabalho, dentre eles a interação do grupo, o autoconhecimento, a aceitação do outro, o comprometimento com o trabalho e o aperfeiçoamento da competência profissional.

O referencial teórico, Teoria dos Vínculos Profissionais, que sustentou o presente estudo, possibilitou para que se conhecesse o trabalho realizado entre matriciamento e ESF, assim como fossem elencadas algumas sugestões para fortalecer a equipe e contribuir para o processo de trabalho da mesma.

Acredita-se que trabalhar esses aspectos objetivos e subjetivos possibilita para que os profissionais compreendam a tarefa profissional do grupo que são as ações terapêuticas de saúde mental e preencham as lacunas ainda existentes no processo de trabalho.

Em relação aos pressupostos, entende-se que o estudo contemplou, no entanto admite-se limitações por ter se dado numa única unidade de saúde, em decorrência do tempo limitado a pesquisa, visto que o apoio matricial ocorre em outras unidades da rede.

Pela importância do tema, percebe-se a necessidade da realização de mais estudos, já que o matriciamento em saúde mental na ESF mostra-se um dispositivo importante para a consolidação da reforma psiquiátrica, para a ampliação do acesso ao cuidado integral e para o fortalecimento dos vínculos profissionais entre as equipes.

Referências

AMARANTE, Paulo. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. **Cad.Saúde Públ.**, v.11, n.3, p.491,494, 1995.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMESTOY, S.C. *et.al.* Liderança diálogo nas instituições hospitalares. **Rev Bras Enferm**, v.63, n.5, p.844-847, set./out. 2010.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.; BEZERRA, R.C. Atenção Primária a Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S.*et al.* (Org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p.783-836.

ANTUNES, S.M. M. O.; QUEIROS, M. S. A configuração da Reforma Psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cad. Saúde. Pública**,v.23, n.1, p.2007-2015, Jan. 2007.

ARAÚJO, F. C. S. Seguridade social. **Jus Navigandi**, ano 11, n.1272, 25 dez. 2006. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=9311>>. Acesso em: 27 mar. 2016.

ARRIEIRA, I. C. O; THOFEHRN, M.B.; PORTO, A.R.; FRIPP, J.C. Trabalho interdisciplinar, saúde e humanização, na experiência do pidi oncológico. In: THOFEHRN, M. B.; MEINCKE, S.M.K.; SOARES, M.C.; HECK, R.M. **Práticas de gestão e gerenciamento no processo de trabalho em saúde**. Pelotas: editora Universitária/Ufpel, 2009. p.119-124.

ARONA, E. C. Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. **Saude soc.** [online]. 2009, v.18, s.1, p.26-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902009000500005&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 20 mar. 2016.

ATHIÉ, K.; FORTES, S.; DELGADO, P.G.G. Matriciamento em Saúde Mental na atenção primária: uma revisão crítica (2000 a 2010). **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v.8, p.64-74, 2013.

AZEVEDO, D.M.; GONDIM, M.C.S.M.; SILVA, D.S. Apoio matricial em saúde mental: percepção de profissionais no território. **R. Pesq. Cuid. Fund. Online**, v.5, n.1, p.311-322, Jan./mar. 2013.

BARBAN, E.G.; OLIVEIRA, A.A. O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no programa saúde da família do município de São Jose do Rio Preto (capacitação e educação permanente aos profissionais de saúde na atenção básica). **Arq. Ciênc. Saúde**, v.14, n.1, p.52-63, 2007. Disponível em: <http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-14-1/ID224.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2015.

BARCELOS, M.R.B; COHEN, S.C.; BRANDÃO, M. R. A.; CRUZ, S.C.D.S.; ZANDONADE, E.; FIGUEIREDO, T.A.M.; LIMA, R. C.D. A trajetória da estratégia da saúde da família no Município de Vitória. **Rev. Bras. Pesq. Saude**, v.15, n.4, p.69-79, out./dez, 2011. Disponível em: <periodicos.ufes.br/rbps/viewfile/7602/5265>. Acesso em: 12 dez. 2015.

BERNARDI, A.P.; ANDRÉIA, A.I.R.; ZAMPROLO, D.A.; PERINI, S.; CALVO, M.C.M. Intersetorialidade – um desafio de gestão em saúde pública. **Saud & trans. Soc**, v.1, n.1, p.137-142, 2010.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev.Esc.Enf.USP**, v.30, n.3, p.380-98, dez.1996.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicol. Cienc. Prof**, v.28, n.3, p.632-645, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v28n3/v28n3a15.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994. p.41-72.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e direciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Diário oficial da União, 2001a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 15 jul. 2015.

BRASIL. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. **Reformapsiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; DAPE; Coordenação Geral de Saúde Mental, 2005.

BRASIL. **A construção do SUS**: histórias da Reforma Sanitária e do processo Participativo/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – (Série I. História da saúde no Brasil). Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. **Programa de Saúde da Família**. Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/psf/>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

BRASIL. **Coleção Progestores**: para entender a gestão do SUS. 1ª ed. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretriz do Nasf**: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília:Ministério da Saúde,2011. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>
Acesso em: 15 abr. 2016.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**.Dispõe sobre projetos de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>Acesso em: 20 jun. 2015.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Equipes de Referência e Apoio Especializado matricial: um ensaio sobre uma reorganização do trabalho em Saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**, v.4, n.2, p.393-403, 1999. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2015.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.2, p.399-407, fev. 2007. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

CARDOSO, C. G.; HENNINGTON, E. A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. **Trab. Educ. Saúde**, v.9, n.1, p.85-112, 2011.

CARVALHO, B.G.; MARTIN, G.D.; CORDONI JUNIOR, L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A.; CORDONI JUNIOR, L. (Org.). **Bases da Saúde Coletiva**. 1ª ed. Londrina: UEL, 2001. p.27-59.

CHIAVERINE, Dulce Helena. **Guia prático do Matriciamento em Saúde Mental**., Brasília: Centro de estudos e pesquisa em saúde coletiva; Ministério da Saúde, 2011.

COELHO, J. A. S. **Serviço Social na Previdência**: Uma análise de sua inserção político-institucional na conjuntura brasileira de 1960 – 2003. 2006. 150f. Dissertação (Mestrado Em Serviço Social: Questão Social, Direitos Sociais E Serviço Social) - Universidade Federal de Alagoas, Faculdade de Serviço Social, Maceió, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 311/2007**. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4345>>. Acesso em: 15 mai. 2016.

COHN, A. O Estudo das Políticas de Saúde: Implicações e Fatos. In: CAMPOS, G.W.de S et al (Org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p.219-246.

COSSETIN, A.; OLSCHOWSKY, A. Avaliação das ações em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família: necessidades e potencialidades. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.32, n.3, p.495-501, set. 2011.

CRUZ, M.L.S. Reunião de equipe: uma reflexão sobre sua importância enquanto estratégia diferencial na gestão coletiva no programa de saúde da família. **Psic. Rv.**, v.17, n.1, p.161-183, 2008.

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S. Apoio Matricial e Atenção Primária em saúde. **Saúde Soc.**,v.20, n.4, p.961-970, 2011.

FERRANTE, V. L. S. B. O Estatuto do trabalhador rural e FUNRURAL: Ideologia e Realidade. **Perspectivas**, v.1, p.188-202, 1976. Disponível em: <<http://seer.fclar.unesp.br/perspectivas/article/view/1490/1194>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

FERRO, L. F.; SILVA, E. C.; ZIMMERMANN, A. B.; CASTANHARO, R. C. T.; OLIVEIRA, F. R. L. Interdisciplinaridade e Intersetorialidade na estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio a Saúde da Família: potencialidades e desafios. **O mundo da Saúde**, v.38, n.2, p.129-130, 2014.

FIGUEIREDO, M.D.; CAMPOS, R.O. Saúde mental na atenção básica de campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciencias & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.129-138, 2009.

FIGUEIREDO, M.F.S.; RODRIGUES-NETO, J.F.; LEITE, M.T.S. Modelos aplicados as atividades de educação em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v.63, n.1, p.117-21, Jan./fev. 2010.

FORMOZO, G.A.; OLIVEIRA, O.C.; COSTA, T.L.; GOMES, A.M. T. As relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema. **Rev Enferm UERJ**, v.20, n.1, p.124-127, jan./mar. 2012.

FORTES, S. *et al.* Psiquiatria no século XXI: transformação a partir da integração com a atenção primária pelo matriciamento. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.24, n.4, p.1079-1102, 2014.

FRAGA, M. N. O.; SOUZA, A.M.A; BRAGA, V.A.B. Reforma psiquiátrica Brasileira: muito a refletir. **Acta Paul Enferm.**, v.19, n.2, p.207-211, 2006.

FRANCO, T. A.; SILVA, J.L. L.; DAHER, D.V. Educação em saúde e pedagogia dialógica: uma reflexão sobre grupos educativos na atenção básica. **Informe-se em promoção da saúde**, v.7, n.2, p.19-22, 2011.

GAZIGNATO, E. C. S.; SILVA, C. R. C. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na estratégia de saúde da família. **Saude. Debate**, v.38, n.101, p.296-304, abr./jun. 2014.

GRANDO, M. K.; DALL'AGNOL, C. M. Desafios do processo grupal em reuniões de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Esc Anna Nery**, v.14, n.3, p.504-510, 2010.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Ciências & saúde coletiva**, v.14, n.1, p.297-305, Fev. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a36v14n1> >. Acesso em: 10 ago. 2015.

HIRDES, A. A perspectiva dos profissionais da atenção primária a saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. **Ciencias & Saúde Coletiva**, v.20, n.2, p.171-382, 2015.

IBGE. População de São Lourenço do Sul RS. **IBGE**, 2016. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/rs/sao-lourenco-do-sul/panorama>> Acesso em: 15 jul. 2016.

JACONDINO, M.B.; MARTINS, C.L.; THOFEHRN, M.B.; GARCIA, B.L.; FERNANDES, H.N.; JONER, L.R. Vínculos profissionais no trabalho da enfermagem: elementos importantes para o cuidado. **Enfermeria Global**, n.34, Abr. 2014. Disponível em: <www.um.es/.eglobal>. Acesso em: 08 set. 2015.

JORGE, M.S.B.; VASCONCELOS, M.G.F.; NETO, J.P.M.; GONDIM, L.G.F.; SIMÕES, E.C.P. Possibilidades e desafios do apoio matricial na atenção básica: percepções dos profissionais. São Paulo: **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, v.16, n.2, p.63- 74, mai;/ago. 2014a. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

JORGE, M.S.D.; VASCONCELOS, M.F.; JUNIOR, E.F.C.; BARRETO, L.A.; ROSA, L.R.D.S.; LIMA, L.L. Resolubilidade do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. **Rev Esc Enfem.**, v.48, n.6, p.1062-1068, 2014b. Disponível em: <www.ee.usp.br/reusp/>. Acesso em: 14 out. 2014.

JÚNIOR, A. P.; JÚNIOR L. C. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, v.8, n.1, p.13-19, dez.2006.

KANTORSKI, L.P. *et al.* Fourth – Generation Evaluation – Methodological Contributions for evaluating mental. Health services Interface – **Comunic, saude, educ**, v.13. n.31, p.343-355, out./dez. 2009.

LEMES, A.G.; PRADO, A.C.B.; FERREIRA, J.M.; NUNES, F.C.; NASCIMENTO, V.F. Matriciamento em saúde mental: revisão de literatura. **Interdisciplinar: revista eletrônica da UNIVAR**, v1, n.13, p.136-141, 2015. Disponível em: <<http://revista.univar.edu.br/index.php/interdisciplinar/article/view/443/368>> Acesso em: 10 jul. 2015.

LEOPARDI, M.T. Responsabilidade frente a gestão do trabalho da enfermagem. In: THOFEHRN, M.B.; MEINCKE, S.M.K.; SOARES, M.C.; HECK, R.M. **Práticas de gestão e gerenciamento no processo de trabalho em saúde**. Pelotas: editora Universitária/Ufpel, 2009. p.73-83.

LIMA, M.S; AGUIAR, A.C.L; SOUZA, M.M. O cuidado compartilhado em saúde mental como potencial de autonomia do usuário. **Psicologia em estudo**, Maringá, v.20, n.4. p.675-686, out/dez. 2015.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **A pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: Epu, 1986.

MARQUES, D. L. **Educação em Saúde na Atenção Básica**: concepções dos profissionais médicos do Programa Médico de Família de Niterói (RJ). 2006. 172f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal Fluminense, Escola de Serviço Social, 2006.

MARTINS, A. R.; PEREIRA, D.B.; NOGUEIRA, M.L.S.N.; PEREIRA, C. S.; SCHRADER, G.S.; THOFEHRN, M.B. Relações interpessoais, equipe de trabalho e seus reflexos na atenção básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.36, n.1, s.2,p.6-12, 2012.

MERHY, E; FEUERWERKER, LCA; CECCIM, RB. Educación Permanente em Salud. *Salud. Coletiva*, v.2, p.147-160, 2006.

MIELKE, F. B; OLCHEVSKY, A. Saúde mental na estratégia saúde da família: avaliação de apoio matricial. Brasília:**Rev Bras Enferm**,v.63, n.6, p.900-907, nov./dez. 2010.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

OLIVEIRA, Mônica Martins de; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. **Ciênc. saúde coletiva**, v.20, n.1, p.229-238, Jan. 2015. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000100229&lng=en&nrm=iso>. Acesso em:29 Jun. 2017.

PAIM, J.S. 20 anos de construção do sistema único de saúde.**Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v.2, n.1, p.63-86, jul./dez. 2008.

PEGORARO, R.F.; CASSIMIRO, T.J.L.; LEÃO, N.C. Matriciamento em saúde mental segundo profissionais da estratégia da saúde da família. Maringá:**Psicologia em estudo**,v.19,n.4, p.621-631, out./dez. 2014.

PINHO, L.B.; SANTOS, S.M.A. O relacionamento interpessoal como instrumento de cuidado no hospital geral. **Cogitare Enferm.**, v.12, n.3, p.377-385, jul./set. 2007.

POLIGNANO, M. V. **Histórias das Políticas de Saúde no Brasil: Uma Pequena Revisão.** 2000. Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo-23p.pdf/>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

QUINDERÉ, P.H.D.; NOGUEIRA, M.S.B.; COSTA, L.F.A.; VASCONCELOS, M.G.F. Acessibilidade e resolutividade da assistência em saúde mental: perspectiva do apoio matricial. **Ciencias & Saúde Coletiva**,v.18, n.7, p.2157-2166, 2013.

ROCHA, R. M. **Enfermagem e saúde mental.** 2ª ed. Rio de Janeiro: SENAC Nacional, 2007.

SANNA, M.C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, v.60, n.2, p.221-224, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 jul. 2017.

SANTOS, AL; RIGOTTO, RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro , v. 8, n. 3, p. 387-406, nov. 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462010000300003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 21 ago. 2017.

SCHNEIDER, A. Financiamento do SUS: A luta pela efetivação do direito Humano à Saúde.**Fórum Sul da Saúde (PR, SC e RS) e Centro de Educação e Assessoramento Popular – CEAP**, 2005.

SCHNEIDER, A.R. A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre atenção primária e os serviços de saúde mental. **Revista Ciência & Saúde**, v2, n.2, p.78-84, jul./dez. 2009.

SILVA, KL; RODRIGUES, AT. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Rev. bras. enferm.**, v.63, n.5, p.762-769, Out. 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jun. 2017.

SILVA, D.A. J.; TAVARES, M. F.L. Ação intersectorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipe da estratégia saúde da família na cidade do Rio de Janeiro. **Saúde. Debate**, v.40, n.11, p.193-205, out./dez. 2016.

SOUZA, S. S.; COSTA, R.; SHIROMA, L. M. B.; MALISKA, I. C. A.; AMADIGI, F. R.; PIRES, D. E. P. *et al.* Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. **Rev. Eletr. Enf.**, v.12, n.3, p.449-455, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.6855>> Acesso em: 10 out. 2016.

STAKE, Robert E. **Pesquisa qualitativa**: estudando como as coisas funcionam. Porto Alegre: Penso, 2011.

TENÓRIO, F. A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: História e conceitos. **Hist Ciênc Saúde**, v.9, n.1, p.25-59, 2002.

THOFEHRN, M.B. **Vínculos Profissionais**: uma proposta para o trabalho em equipe na enfermagem. 2005. 318f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

THOFEHRN, M.B.; LEOPARDI, M.T. Teoria dos vínculos profissionais: um novo modo de gestão em enfermagem. **Texto e Contexto Enferm**, v.15, n.3, p.409-417, jul./set., 2006.

THOFEHRN, M.B.; LEOPARDI, M.T. **Teoria dos Vínculos Profissionais**: formação de um grupo de trabalho. Pelotas: Editora Universitária/UFPEL, 2009.

THOFEHRN, M.B.; LEOPARDI, M.T.; AMESTOY, S.C.; ARRIEIRA, I.C. Formação de vínculos profissionais para o trabalho em equipe de enfermagem. **Enferm. glob.**, n.20, out. 2010.

THOFEHRN, Maira Buss; CARVALHO, Lisa Antunes; BETTIN, Andréia Coelho; FERNANDES, Helen Nicoletti. Equipe de enfermagem com vínculos profissionais saudáveis. In: THOFEHRN, Maira Buss. **Enfermagem**: manual de gerenciamento. Porto alegre: Moriá, 2016. p.143-163.

TÓFOLI, L.F.; FORTES, S. Apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência. **Sanare**, v.6, n.2, p.34-42, jul./dez. 2007.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. 3ª ed. Porto Alegre: Moriá, 2014.

TRENTINI, Mercedes. O processo convergente assistencial. In: TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia; SILVA, Denise Maria Guerreiro V. **Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de saúde**. 3ª ed. Porto Alegre: Moriá, 2014.p.31-61.

VALENTIM, I.V.L.; KRUEL, A.J. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, p.777-788, mai./jun. 2007. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63012328>> Acesso em: 9 jul. 2017.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.W. S. *et al.* (Org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p.511-562.

WENCESLAU, L. D; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface (Botucatu)**, v.19, n.55, p.1121-1132, dez. 2015. Disponível em:<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832015000601121&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 nov. 2015.

WETZEL, C. **Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo**. 2005. 290f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

WILLRICH, J.Q.; KANTORSKI, L.P. **CAPS Castelo – um pouco da história da loucura em Pelotas**. Pelotas/RS: UFPEL, 2006.

Apêndices

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO****UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS****FACULDADE DE ENFERMAGEM****PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****Termo de consentimento livre e esclarecido**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **“As contribuições do Matriciamento em Saúde Mental para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família”** cujo objetivo é investigar as contribuições do matriciamento em Saúde Mental para o fortalecimento da ESF, sob a visão da Teoria dos Vínculos Profissionais, a ser realizado na Estratégia de Saúde da Família. A saúde mental deve ser atendida na atenção básica, principalmente nos casos leves e estáveis, sendo o matriciamento um dispositivo importante para compartilhar esse cuidado.

Para a coleta de dados será realizado observação e entrevistas, no qual serão trabalhadas questões acerca do trabalho que se dá entre equipe matricial e ESF. Esclarecemos que sua participação lhe dispendará de 50 minutos. As entrevistas serão gravadas, após os dados gravados serão transcritos, ficarão sob a responsabilidade do pesquisador principal por um período de 5 anos e após serão destruídos.

O estudo não apresentará riscos físicos aos participantes, visto que não será realizado nenhum procedimento invasivo, coleta de material biológico ou experimento com seres humanos. Entretanto, compreende-se que toda pesquisa que envolve seres humanos abarca riscos, por envolver perguntas subjetivas que provoquem lembranças emotivas de diferentes vivências. O risco de desconforto por ventura gerado nos questionamentos, poderá ser minimizado, considerando que a entrevista poderá ser interrompida, sempre que solicitada pelo participante. Os benefícios aos participantes envolvidos no estudo serão as trocas de conhecimentos entre os mesmos e o pesquisador, almejando refletir sobre as contribuições do matriciamento para o fortalecimento da equipe.

Os participantes não receberão qualquer remuneração pela participação e poderão retirar seu consentimento em qualquer momento do estudo, cessando sua

participação. Neste caso, qualquer informação dos mesmos não será utilizada, sem prejuízo para a pesquisa ou para os desistentes. Os resultados deste estudo serão utilizados exclusivamente para fins acadêmicos, sendo garantido o sigilo da identidade dos participantes. Caso você tenha dúvidas ou necessite algum esclarecimento, entrar em contato com o pesquisador responsável Leandro da Rosa Borges pelo telefone (53) 8439-4592.

Este documento será elaborado em duas vias , ficando uma com o participante e uma com o pesquisador.

Pelotas,/...../.....

Nome e assinatura do participante da pesquisa:

Nome e assinatura do pesquisador(a) responsável:

Este TCLE respeita a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

APÊNDICE B – Roteiro para observações**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

Data da observação: ____/____/____

Horário de início: _____

Horário de término: _____

Descrição dos participantes

Descrição das atividades

Diálogo

- Processo de integração do grupo
- Interação (autoconhecimento, aceitação do outro)
- Cooperação (envolvimento do grupo, comprometimento no trabalho)
- Definições de papéis
- Competência profissional
- Comunicação entre os profissionais

APÊNDICE C – Instrumento de Pesquisa**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM****1 Identificação**

Nome fictício: _____

Formação profissional: _____

Sexo: () M () F

Tempo que trabalha na ESF ou no matriciamento: _____

2 Roteiro de entrevista

1 O que você entende por matriciamento em saúde mental?

2 Fale como se dá o trabalho entre equipe de matriciamento e ESF em relação a saúde mental.

3 Fale sobre as relações interpessoais que ocorrem entre equipe do matriciamento e ESF.

Anexo

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP

FACULDADE DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Matriciamento em Saúde Mental e suas contribuições para o Fortalecimento da Estratégia Saúde da Família

Pesquisador: Leandro da Rosa Borges

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 56422316.5.0000.5316

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.628.808

Apresentação do Projeto:

O estudo tem por objetivo, investigar o matriciamento em saúde mental e suas contribuições para o fortalecimento da estratégia saúde da família, a partir do entendimento dos profissionais que a compõem, tendo como referencial teórico a Teoria dos Vínculos Profissionais (TVP). Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa que irá utilizar como técnica para coleta de dados a observação e a aplicação de entrevista semiestruturada com profissionais pertencentes a uma estratégia saúde da família e do matriciamento em saúde mental, no município de São Lourenço do Sul, composta por enfermeiro, médico, psiquiatra, psicólogo, assistente social, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e educador físico. Para análise dos dados, será utilizado o método comparativo constante, o qual apresenta duas etapas: identificação de unidades de informação e categorização. As categorias serão apresentadas aos participantes do estudo para que se possa realizar a validação dos dados e construir o relatório final

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo da Pesquisa:

- Investigar o matriciamento em Saúde Mental e suas contribuições para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família sob a visão da Teoria dos Vínculos Profissionais.

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

UF: RS

Telefone: (53)3221-1522

Município: PELOTAS

CEP: 96.010-610

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

FACULDADE DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 1.628.808

Objetivos Secundários:

- Verificar junto à equipe de matriciamento e Estratégia Saúde da Família, o trabalho realizado na implementação da Saúde Mental.
- Identificar as relações interpessoais junto a equipe de matriciamento em saúde mental e a Estratégia Saúde da família.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo não apresentará riscos físicos aos participantes, visto que não será realizado nenhum procedimento invasivo, coleta de material biológico ou experimento com seres humanos. Entretanto, compreende-se que toda pesquisa que envolve seres humanos abarca riscos, por envolver perguntas subjetivas que provoquem lembranças emotivas de diferentes vivências. O risco de desconforto por ventura gerado nos questionamentos, poderá ser minimizado, considerando que a entrevista poderá ser interrompida, sempre que solicitada pelo participante.

Benefícios:

Os benefícios aos participantes envolvidos no estudo serão as trocas de conhecimentos entre os mesmos e o pesquisador, almejando refletir sobre a contribuições do matriciamento para o fortalecimento da equipe.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante para a comunidade acadêmica. Após as adequações sugeridas pelo CEP encontra-se em consonância com a Resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto – Adequado

TCLE – adequado

Orçamento – Adequado

Cronograma – Adequado

Carta de anuência: adequada

Recomendações:

Devolução dos resultados para as instituições envolvidas e comunidade científica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma.

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

UF: RS

Município: PELOTAS

CEP: 96.010-610

Telefone: (53)3221-1522

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

FACULDADE DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 1.528.808

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_720062.pdf	30/06/2016 15:51:04		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	30/06/2016 15:49:48	Leandro da Rosa Borges	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tlc.docx	30/06/2016 15:48:21	Leandro da Rosa Borges	Aceito
Folha de Rosto	Folharosto.pdf	23/05/2016 13:29:47	Leandro da Rosa Borges	Aceito
Outros	cartaanuencia.pdf	22/05/2016 17:48:47	Leandro da Rosa Borges	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	22/05/2016 17:47:20	Leandro da Rosa Borges	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	17/05/2016 11:23:57	Leandro da Rosa Borges	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PELOTAS, 08 de Julho de 2016

Assinado por:
Marilu Correa Soares
(Coordenador)

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3221-1522

CEP: 96.010-610

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br