



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE MIRACEMA DO TOCANTINS
CURSO DE PSICOLOGIA

ELISA ALVES BORBA

MATRICIAMENTO NA PANDEMIA: A PERSPECTIVA DOS(AS) PSICÓLOGOS(A)
DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DE PALMAS/TO

Miracema do Tocantins, TO

2022

Elisa Alves Borba

**Matriciamento na Pandemia: A Perspectiva dos(as) Psicólogos(a) da Rede De Atenção
Psicossocial do Município de Palmas/TO**

Monografia apresentada à Universidade Federal do Tocantins (UFT), Campus Universitário de Miracema, para obtenção do título de Bacharel de Psicologia.
Orientador: Dr. Ricardo Monteiro Guedes de Almeida.

Miracema do Tocantins, TO

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

B726m Borba, Elisa Alves.
Matriciamento na pandemia: A perspectiva dos(as) psicólogos(a) da Rede de Atenção Psicossocial do município de Palmas/TO . / Elisa Alves Borba. – Miracema, TO, 2022.
147 f.
Monografia Graduação - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Miracema - Curso de Psicologia, 2022.
Orientador: Ricardo Monteiro Guedes de Almeida
1. Psicologia. 2. Matriciamento. 3. Saúde mental. 4. COVID-19. I. Título

CDD 150

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

ELISA ALVES BORBA

MATRICIAMENTO NA PANDEMIA: A PERSPECTIVA DOS(AS) PSICÓLOGOS(A) DA
REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DE PALMAS/TO

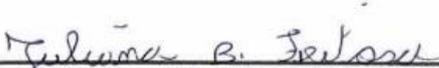
Monografia apresentada à UFT – Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Miracema, Curso de Psicologia, foi avaliada para obtenção do título de Bacharel em Psicologia e aprovada em sua forma final pelo Orientador e pela Banca Examinadora.

Data de aprovação: 06/12/2022

Banca Examinadora:

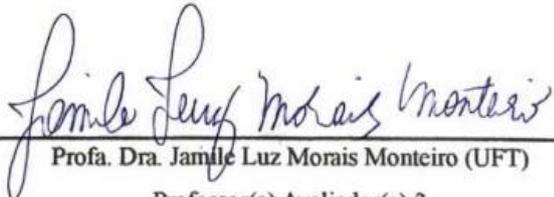


Prof. Dr. Ricardo Monteiro Guedes de Almeida (UFT)
(orientador)



Profa. Dra. Juliana Biazze Feitosa (UFT)

Professor(a) Avaliador(a) 1



Profa. Dra. Jamile Luz Morais Monteiro (UFT)

Professor(a) Avaliador(a) 2

Dedico este trabalho a todos aqueles que perderam suas vidas no interior dos manicômios, assim como aqueles que se foram em decorrência da COVID-19.

AGRADECIMENTOS

À Deus e Nossa Senhora Aparecida, pela minha vida e proteção. Aos meus pais, Lúcia e Roberto, por todo amor, incentivo, apoio, confiança e investimento depositados a mim. Às minhas irmãs, Karla e Carol, por serem minha fonte de motivação. À minha sobrinha, Maria Júlia, por ser a inspiração diária em me tornar uma pessoa melhor e em contribuir para a construção de seu futuro. À minha tia, Maria da Piedade, que já vivenciou o manicômio na juventude, hoje usuária do CAPS, que fomenta meu desejo de conhecimento, qualificação, humanização no exercício da profissão e na busca pela garantia de direitos.

Aos meus laços em terras tocantinenses, pelos momentos compartilhados, histórias escritas, afetos construídos e memórias registradas, os quais se tornaram minha rede de apoio e amparo durante todo o período da graduação, para que eu não desmoronasse, cito carinhosamente Alex, Amanda Cecília, Amanda Christina, Caio Fernando, Estéfane Lara, Geovanna, Gleicy, Isabela, Jady Aline, Jayana, Jéssica Milena, Larissa, Lucas, Matheus, Michel, Thiago, Wysney e Yasmin. Aos meus colegas de curso, com quem convivi intensamente durante os últimos seis anos, tornando-se minha família.

Ao meu orientador, prof. Dr. Ricardo, pelo direcionamento, paciência e por me inspirar em exercer a psicologia. Aos professores, por todo ensinamento e contribuição em minha formação profissional, em especial à Dra. Jamile e Dra. Juliana, pelo aceite em estar em minha banca e representar o exemplo de profissionais que quero algum dia conseguir alcançar.

Por fim, gostaria de agradecer a todos aqueles que contribuíram para a realização deste sonho, aqueles que torceram por mim e hoje vibram com a minha conquista. Hoje, sou a construção de todos aqueles que encontrei nessa caminhada e que me tocaram. Sou a soma de todos aqueles que deixaram um pouquinho de si em mim.

RESUMO

O matriciamento ou apoio matricial, como novo modo de se produzir saúde, é um importante instrumento para a promoção do cuidado em saúde mental do usuário em sua integralidade, a partir da construção compartilhada de propostas de intervenção pedagógico-terapêutica por meio da articulação entre duas ou mais equipes, sendo uma de referência e a outra especializada em saúde mental. Diante da potencialidade dessa estratégia, objetivou-se nesse estudo investigar a prática do psicólogo nas ações de matriciamento em saúde mental atravessados pela COVID-19, no município de Palmas/ TO. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas no formato online com duas psicólogas que atuaram no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município durante o período pandêmico. A pesquisa utilizou a abordagem qualitativa, caráter exploratório e a técnica de análise de conteúdo de Bardin. A partir da análise dos dados, foram identificadas cinco categorias, sendo elas: Definição de matriciamento sob a perspectiva das depoentes: quando e porquê; Atividades desenvolvidas pelo psicólogo no matriciamento e no contexto da pandemia; Matriciamento na pandemia: adaptação dos serviços e da gestão; Desafios/ dificuldades que emergiram com a pandemia: (des)articulação da rede e Reflexo do desenvolvimento das ações de matriciamento para os usuários. O referencial teórico utilizado para o tratamento dos dados se fundamenta em autores que dialogam com a psicologia social e análise institucional como Pichón Rivière, José Bleger, Goffman, visando compreender os atravessamentos institucionais que permeiam o trabalho do psicólogo no matriciamento em tempos de pandemia, assim como outros autores da psicologia sócio-histórica que possam interpelar os ditos proferidos pelas participantes. Verificou-se que a atuação das profissionais acerca do matriciamento se mostraram sendo, em sua maioria, no sentido político, pela garantia de direitos dos usuários. Além disso, mediante a pandemia da COVID-19, algumas problemáticas foram evidenciadas, como a suspensão temporária do matriciamento, o retorno das atividades de forma remota intermediada pela gestão e a (des)articulação da rede de saúde, o qual reflete no atendimento ao usuário. Todavia, apesar dos desafios enunciados, o matriciamento se mostra um importante instrumento no compartilhamento do saber e cuidado em saúde mental nos diferentes níveis de atenção, equipamentos de saúde e também de forma intersetorial, a partir de discussões de caso, educação permanente, atendimento compartilhado e apresentação do serviço para os outros dispositivos da rede.

Palavras-chave: Matriciamento. Psicologia. Saúde mental. COVID- 19. Pandemia.

ABSTRACT

Matrix support as a new way of producing health, is an important instrument for promoting the user's mental health care in its entirety, based on the shared construction of pedagogical-therapeutic intervention proposals through the articulation between two or more teams, one being a reference and the other specialized in mental health. Given the potential of this strategy, the objective of this study was to investigate the practice of the psychologist in the actions of matrix support in mental health crossed by COVID-19, in the municipality of Palmas/TO. Semi-structured interviews were carried out in online format with two psychologists who worked at the city's Psychosocial Care Center (CAPS) during the pandemic period. The research used a qualitative approach, exploratory character and Bardin's content analysis technique. From the data analysis, five categories were identified, namely: Definition of matrix support from the perspective of the interviewees: when and why; Activities developed by the psychologist in the matrix support and in the context of the pandemic; Matrix support in the pandemic: adaptation of services and management; Challenges/difficulties that emerged with the pandemic: (dis)articulation of the network and Reflection of the development of matrix support actions for users. The theoretical framework used for data processing is based on authors who dialogue with social psychology and institutional analysis such as Pichón Rivière, José Bleger, Goffman, aiming to understand the institutional crossings that permeate the work of the psychologist in matrix support in times of pandemic, as well as as well as other authors of socio-historical psychology who can question the statements made by the participants. It was found that the work of professionals about matrix support proved to be, for the most part, in the political sense, for the guarantee of users' rights. In addition, due to the COVID-19 pandemic, some problems were highlighted, such as the temporary suspension of matrix support, the return of activities remotely intermediated by management and the (dis)articulation of the health network, which reflects on the service to the patient. user. However, despite the challenges mentioned, matrix support is an important instrument in sharing knowledge and care in mental health at different levels of care, health equipment and also in an intersectoral way, based on case discussions, continuing education, shared care and presentation of the service to the other devices on the network.

Keywords: Matrix support. Psychology. Mental health. COVID-19. Pandemic.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
AM	Apoio matricial
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS	AD Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas
CAPSi	Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP-UFT	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Tocantins
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CONASS	Conselho Nacional de Secretários da Saúde
CSC	Centro de Saúde da Comunidade
FESP	Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas
INAMPS	Instituto Nacional De Assistência Médica Da Previdência Social
MTSM	Movimento do Trabalhadores em Saúde Mental
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAD	Política Nacional Sobre Drogas
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFT	Universidade Federal do Tocantins
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	“Por uma sociedade sem manicômios”	10
1.2	Por uma saúde mental em rede	15
1.3	Por uma prática psicológica e o apoio matricial.....	18
1.4	Por uma saúde mental em resistência nos debates recentes	21
2	PROBLEMA DE PESQUISA	25
3	OBJETIVOS	26
4	JUSTIFICATIVA	27
5	METODOLOGIA	29
5.1	Método e procedimentos	29
5.2	Instrumento.....	29
5.3	Participantes	30
5.4	Coletas de dados	30
5.5	Análise dos dados.....	31
5.6	Aspectos éticos	33
5.6.1	Riscos	34
5.6.2	Benefícios	35
6	RESULTADOS E DISCUSSÕES	36
6.1	Definição de matriciamento sob a perspectiva das depoentes: quando e porquê.....	37
6.2	Atividades desenvolvidas pelo psicólogo no matriciamento e no contexto da pandemia	39
6.3	Matriciamento na pandemia: adaptação dos serviços e da gestão	44
6.4	Desafios/ dificuldades que emergiram com a pandemia: (des)articulação da rede	46
6.5	Reflexo do desenvolvimento das ações de matriciamento para os usuários	49
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
	REFERÊNCIAS	55
	APÊNDICES	62
	ANEXOS	136

1 INTRODUÇÃO

O modelo atual das práticas em saúde mental, em especial através das políticas públicas de saúde, traz a concepção de um sujeito histórico, social e também biológico, biopsicossocial. Este deve ser amparado de maneira integral, por meio de uma equipe com diferentes formações, sempre de modo a complementar os saberes, sem descontextualizá-los de suas narrativas e desconsiderar suas vontades. Nesse aspecto, o matriciamento se mostra um importante elemento para integrar a rede de cuidados em saúde mental, principalmente em um cenário singular e delicado como este vivenciado mediante a pandemia.

O interesse por esta temática surgiu a partir da conciliação entre algumas disciplinas da grade curricular do curso de Psicologia da Universidade Federal do Tocantins (UFT), os quais foram realizadas concomitantemente, como Saúde Mental: saberes e prática, Seminários Temáticos em Psicologia I, Psicologia e Justiça e Estágio Básico VI: Saúde e Clínica Ampliada, os quais despertaram o interesse em aprofundar acerca da temática de saúde mental a partir das políticas públicas de saúde. Somados a isso, o desejo de contribuir com uma psicologia deselitizada e comprometida socialmente com a realidade da população brasileira, de forma a tornar acessível os atendimentos oferecidos àqueles que historicamente sofreram com estigmas e processos de exclusão.

Para além desses aspectos, possui também como motivador a busca pelo conhecimento da prática profissional atravessada pelo contexto da COVID-19 que perpassa a população mundial, uma vez que o vírus SARS-CoV-2 fez com que as práticas psicológicas, que outrora eram possíveis, precisassem passar por adaptações, o que se revelou uma forma de ir ao encontro com o usuário permeada por limitações impostas pelas medidas sanitárias no intuito de conter o vírus.

As medidas de segurança foram adotadas como forma de desacelerar ou impedir a transmissão da doença, uma vez que o aumento do contágio em um pequeno espaço de tempo pode ocasionar uma superlotação no sistema de saúde. Consequentemente, são recomendadas medidas de distanciamento físico, hábitos de higiene como a lavagem de mãos e uso de máscaras, isolamento para quem testar positivo para a infecção, o fechamento de atividades consideradas não essenciais para evitar aglomeração e a adoção de trabalho de forma remota (OLIVEIRA et al., 2020).

Desse modo, a pesquisa objetivou investigar, no município de Palmas, capital do estado do Tocantins, a atuação do psicólogo na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a partir do matriciamento em saúde mental frente à COVID-19. Contudo, antes de aprofundar o debate, é

necessário realizar um percurso histórico ressaltando alguns marcos políticos, teóricos e práticos fundamentais na construção de uma prática em saúde mental democrática pela via da garantia de direitos humanos e civis (HIRDES, 2009).

1.1 “Por uma sociedade sem manicômios”

A loucura e a saúde mental em diversos países, inclusive no Brasil, estão atreladas a processos de exclusão e manifestações populares pela garantia de direitos. Entre um processo e outro há uma grande lacuna preenchida por aspectos históricos, políticos e sociais que merecem ser lembrados, seja pelas melhores condições na oferta de serviços de saúde, seja para não repetir erros do passado.

No passado ou no presente, a sociedade tende a excluir de seu convívio, de forma simbólica ou concreta, tudo aquilo que não se encaixa em seu padrão comportamental de normalidade, sendo a loucura o exemplo mais comumente perceptível.

No século XIX, com a chegada da família Real ao Brasil, existia o desejo de “civilizar” as cidades, tornando-as mais agradáveis visualmente. Posteriormente, com a Proclamação da República e Industrialização, pretendia-se trazer progresso para o país, transformando-o em uma grande nação, tendo como referência a Europa (JANZ JR., 2011).

Todavia, como explica Feitosa (2011), vivia-se uma dicotomia entre a busca pelo progresso e a precarização das condições de vida dos cidadãos, uma vez que os trabalhadores rurais migraram para os centros urbanos para vender sua força de trabalho para as indústrias, resultando em uma superlotação populacional, somados ao fim da escravidão e a falta de assistência aos agora homens livres. As cidades apresentavam o crescente número de pessoas em situação de rua e miséria, mostrando uma contradição entre o aumento da riqueza e acumulação de capital com o aumento da pobreza, sucedendo a uma série de epidemias e como consequência o aumento da taxa de mortalidade de crianças e adultos.

Como solução, buscou-se ações higienistas lideradas por cientistas intelectuais na figura do médico para efetivar o novo modelo de promoção de saúde no país. De acordo com Radecki (1925), o ideário higienista corresponde a um conjunto de práticas com a finalidade de criar condições para que o sujeito responda às exigências sociais. No que se refere à saúde física, está a adoção de hábitos de higiene por parte da população e o isolamento de pacientes com doenças infecciosas transmissíveis, o que de fato se mostrou necessário e eficiente, uma vez que não existiam medicamentos destinados às patologias (FEITOSA, 2011).

Gradualmente, passou-se a associar doença com pobreza e falta de higiene, uma vez que, em uma sociedade imersa no sistema capitalista, doença mental para a higiene mental está relacionada à falência da adaptação e ajustamento, logo, para a superação de doenças psíquicas e sociais é necessário recuperar o equilíbrio e evitar o fracasso por meio de ações morais e bons costumes daqueles que deflagravam as contradições sociais (BOARINI, 2003).

Dessa forma, a resposta oferecida pela sociedade para o tratamento de doenças mentais ao longo dos séculos proferiu o isolamento por tempo indeterminado pela via da institucionalização, mesmo não possuindo uma explicação plausível ou comprovada, visto que “a doença mental, não sendo contagiosa, não precisa de isolamento” (DELGADO, 2020, p. 22). A partir disso, deu-se margem para a proliferação de instituições totais (GOFFMAN, 2008) que, de acordo com Ferreira (2012), caracterizam-se por locais fechados, onde os internos são impedidos de sair e realizam todas suas experiências no mesmo espaço-tempo, conhecidas como manicômios, hospícios ou hospitais psiquiátricos.

O tratamento nestas instituições estava atrelado a um discurso terapêutico individual sustentado na moral, ligado às correções e punições. Junto com a exclusão, ocorria violência, negligência, aglomeração de corpos, ausência de alimentos e higiene (CFP, 2013). Perdia-se a liberdade, oportunidade de escolha, subjetividade, a cidadania e mais que isso, seu nome e sua identidade. Assim, o sujeito passou a ser reconhecido como louco, alienado ou doente mental (PEREIRA; VIANNA, 2013).

O dito “louco” era excluído de todas as maneiras possíveis: da razão, de sua verdade, sua consciência e autonomia. Não por acaso, Franco Basaglia, psiquiatra italiano e principal figura da Reforma Psiquiátrica difundida no mundo, em sua visita em solo brasileiro, em 1979, ao conhecer o Hospital Colônia de Barbacena (MG) demonstrou tamanho espanto que logo associou a instituição ao centro de concentração nazista, conhecido pelo alto número de extermínio daqueles classificados como impuros e inapropriados (ARBEX, 2013).

As condições desprezíveis e desumanas na qual os “loucos” sobreviviam é descrita e pode ser acessada por todos a partir da obra literária de Daniela Arbex (2013), denominada “Holocausto Brasileiro”, manicômio citado acima. Nela são narradas inúmeras histórias silenciadas e o motivo de suas internações, o qual em grande maioria não está relacionado a um diagnóstico, mas por se tornar incômodo a alguém, por se sentir triste, por timidez, por ser alcoólatra, prostituta, homossexual ou mulheres grávidas vítimas de violência. Não importando se eram crianças, jovens, adultos, idosos, mulheres e homens, todos eram excluídos e mantidos em espaços de degradação humana.

Mediante as evidências, pode ocorrer o pensamento que tais fatos aconteceram em um passado distante, no entanto, somente houve uma maior possibilidade de discussão para a superação da lógica manicomial recentemente, a partir da década de 70, por meio de manifestações sociais e movimentos políticos dentro e fora do país (PEREIRA; VIANNA, 2013).

No cenário internacional, Basaglia (2005) foi o símbolo pela luta antimanicomial na Itália, liderou em seu país movimentos que defendia a superação do conhecimento tradicional acerca da loucura e a necessidade de mudanças institucionais, a fim de ultrapassar a violência institucional da psiquiatria, a violação dos direitos humanos e a exclusão das pessoas em sofrimento psíquico. Assim, serviu como referência em todo o mundo pelos serviços substitutivos ao manicômio, ao tratamento psicossocial de caráter inclusivo, integrador e que respeite a singularidade dos sujeitos (AMARANTE, 1994).

A partir do golpe de Estado em 1964 que instaurou a Ditadura Militar no Brasil, perdurou por 21 anos um governo autoritário que impôs a restrição à liberdade, direitos sociais, censura, repressão aos opositores políticos e, no que se refere à economia, incentivo à expansão do setor privado. Sucedeu-se a partir disso, como explicam Paiva e Teixeira (2014), uma série de implicações que comprometeram a qualidade de vida da população, como o aumento da inflação e conseqüentemente o preço das mercadorias, perda do poder aquisitivo do salário mínimo e crise nos serviços de saúde dentre vários outros setores.

O sistema de saúde da época, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), amparava somente a população que contribuía para a previdência social, deixando desassistidos os desempregados. Assim, a baixa cobertura assistencial resultou na disseminação de doenças como verminoses e de contaminação hídrica aos sujeitos que estavam à margem da sociedade.

A criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) se mostraram peça chave para a formação profissional de atores centrais na construção do movimento social e político que resultou na criação de um novo sistema e organização de saúde pública e coletiva que ficou conhecida como Reforma Sanitária (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

No campo da saúde mental, a lógica manicomial se mantinha a partir dos repasses de recursos públicos destinados ao tratamento psiquiátrico para hospitais psiquiátricos privados. As precárias condições de trabalho e práticas degradantes imposta aos pacientes fez com que emergisse, em 1978, o Movimento do Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), primeiro sujeito coletivo entre profissionais, usuários, seus familiares e sociedade civil para denunciar

as práticas de violência e propor reformulação da assistência psiquiátrica (AMARANTE; NUNES, 2018).

A abertura para debates no intuito de tecer críticas e criar planos de enfrentamento às problemáticas em torno do sistema de saúde pela sociedade civil e profissionais em contexto de repressão política foi possível a partir dos anos de 1970 devido aos passos rumo à democracia, como as “eleições para o Senado (1974, 1976 e 1978), o abrandamento da censura (1975 e 1979), a lei da anistia (1979), a volta ao pluripartidarismo e o fim do AI-5 (1979)” (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 20).

A articulação entre o MTSM e a ABRASCO possibilitou ampliar as discussões sobre saúde mental com a saúde de modo geral. Pode-se citar dois encontros importantes para a construção do novo cenário de saúde pública que estava por vir. O 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde realizada em 1979 na Câmara dos Deputados, onde foi discutido os principais pontos de reivindicações do movimento sanitário, dentre eles a saúde como direito universal, descentralização, regionalização e hierarquização do sistema, a participação popular e controle democrático das decisões em saúde (CEBES, 1980).

A eleição indireta do senador Tancredo Neves em 1985 marca o fim da Ditadura Militar e o início do processo democrático no país. No mesmo ano, a Presidência da República por meio do Ministério da Saúde, no intuito de debater em saúde com a sociedade civil para reformular políticas de governo, convoca e realiza em 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde, tornando-se o marco da Reforma Sanitária. A conferência presidida pelo médico sanitário Sérgio Arouca contou com quase 5 mil ouvintes de diferentes setores da sociedade.

A Conferência foi responsável por construir e aprovar demandas do movimento sanitário para a reestruturação do sistema nacional de saúde e criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), como sendo universal e direito do cidadão, financiado integralmente pelo Estado, por meio da expansão e fortalecimento do setor estatal em níveis federal, estadual e municipal e também a criação da noção de atenção à saúde (BRASIL, 1986).

Dessa forma, foram debatidas temáticas gerais e formadas comissões para convocar conferências específicas, como a saúde mental. A I Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu em 1987 na cidade de Bauru/ SP, sendo a única não realizada na capital federal pela não anuência do governo. Foram reunidas diferentes esferas da sociedade para pensar de forma participativa e democrática uma reorganização da assistência à saúde mental, como profissionais especialistas na temática, instituições de ensino, partidos políticos e associações de usuários.

Foram aprovadas pautas importantes para a construção da Reforma Psiquiátrica, como o não incentivo à lógica hospitalocêntrica e manicomial, possuindo como referência assistencial o cuidado extra-hospitalar e multiprofissional, a não implantação de novos leitos psiquiátricos em hospitais psiquiátricos pelo setor público e redução progressiva dos já existentes, para as regiões que necessitarem, os leitos deverão ser inseridos em hospitais gerais (BRASIL, 1988a). Assim, representa o início da caminhada para um processo de desinstitucionalização e resgate à cidadania.

A promulgação da Constituição Federal (BRASIL, 1988b) no ano seguinte assegura a democracia como sistema político, os direitos sociais e individuais dos cidadãos, além de regulamentar as construções em conjunto realizadas acerca do plano nacional de saúde, por meio da implementação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990), onde as ações e serviços assistenciais são voltados à população como um todo, independente da raça, sexo, idade, religião e poder econômico, de forma integral e respeitando a singularidade de cada indivíduo.

No que tange a saúde mental, o Brasil ainda assumiu o seu compromisso nas reformas à atenção ao assinar a Declaração de Caracas (1990), durante a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, promovida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), realizado na capital da Venezuela. A conferência demonstrou ser um importante passo às vistas para a mudança de paradigma na atenção à saúde mental na América Latina ao afirmar que a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos almejados ao isolar o doente do seu meio social e criar condições que fere os direitos humanos e civis do indivíduo. Dessa forma, considera que os países signatários devem se comprometer para promover atendimento ao usuário nos serviços primários de saúde, uma vez que se configura como modelo alternativo, centrado na comunidade e dentro de suas redes sociais.

Portanto, defende-se que os tratamentos na assistência psiquiátrica devem preservar a dignidade pessoal e os direitos humanos dos sujeitos, promover a permanência do enfermo em seu meio comunitário e, para isso, os países devem ajustar as legislações para assegurar os direitos civis, a organização dos serviços substitutivos e sua vigilância.

Destaca-se o fato de o Brasil já ter aprovado a nova Constituição Brasileira e o SUS ao participar da Conferência em Caracas e concordar com os termos da Declaração pela reestruturação da assistência psiquiátrica, tornando-se favorável para a instituição do processo de reforma psiquiátrica.

Promovida após assinatura da Declaração de Caracas, a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), assim como as subsequentes, foi convocada pelo presidente em

exercício, Fernando Collor. Conhecida por carregar o lema “Por uma sociedade sem manicômios” (GOMES, 2013), nela são complementadas as iniciativas já debatidas, como o cuidado integral ao paciente, por meio de uma equipe multiprofissional, não mais em hospitais psiquiátricos, mas em instituições substitutivas, e ainda, que os atendimentos fossem realizados em uma rede de atenção à saúde mental, no intuito de desinstitucionalizar-los e inseri-los na comunidade, objetivando tirar de foco a doença dos sujeitos, que servia como símbolo de estigma, para então evidenciar sua subjetividade e historicidade aos debates (PUPO et al., 2020).

A rede de atenção deve substituir o modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços, diversificada e qualificada, através de unidades de saúde mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto-socorro geral, unidades de atenção intensiva em saúde mental em regime de hospital-dia, centros de atenção psicossocial, serviços territoriais que funcionem 24 horas, pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivência, cooperativas de trabalho e outros serviços que tenham como princípio a integridade do cidadão (BRASIL, 1994).

Além disso, evidencia-se a necessidade de desenvolver o sentimento de pertencimento dos usuários por meio da reinserção social, pois tratamento correto se revelou como sendo aquele junto aos seus familiares e comunidade, não entre os muros, incentivar a participação familiar nos serviços de saúde mental e propiciar a criação de grupos terapêuticos entre usuários e trabalhadores para melhorar a resolução na saúde coletiva. Ao contrário da primeira, a segunda CNSM foi marcada pela grande participação dos usuários na realização dos debates, propostas de intervenções culturais e na defesa dos direitos.

1.2 Por uma saúde mental em rede

A retomada da democracia e promulgação da Constituição Federal trouxe a possibilidade de levantar demandas, compor estratégias com todos os setores da sociedade, além de garantir direitos sociais e humanos, essenciais para amparar a população, principalmente no âmbito da saúde e assistência social.

Os serviços de saúde, por meio do SUS (BRASIL, 1990), passam a ser hierarquizados de acordo com a esfera de gestão e complexidade dos atendimentos, divididos em níveis de atenção à saúde. A baixa complexidade se refere à atenção primária, também conhecida como atenção básica, corresponde à Unidade Básica de Saúde. Popularmente conhecida como “postinho”, nela são realizadas ações de prevenção, promoção e educação em saúde. A média complexidade está na atenção secundária, representada pelos hospitais e ambulatórios e por

último, a atenção terciária, corresponde a alta complexidade, representada pelos hospitais terciários.

Os diferentes níveis de saúde devem se comunicar entre si por meio da articulação em rede, através da Rede de Atenção à Saúde, no intuito de atender o usuário de forma integral e compreender todas as suas necessidades, podendo o profissional lançar mão de encaminhamentos, referências e contrarreferências.

No campo da saúde mental, por outro lado, os direitos da pessoa com transtornos mentais se tornaram política de Estado somente em 2001, por meio do projeto de lei do então deputado federal Paulo Delgado (PT/MG), Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001), após 12 anos em tramitação (BRASIL, 2005). Dispõe-se sobre os direitos fundamentais dos pacientes psiquiátricos, como receber um tratamento de acordo com a sua necessidade e ter acesso ao seu prontuário. Redireciona o modelo assistencial, passando a ser responsabilidade do Estado desenvolver políticas de saúde mental e promover ações aos usuários, com a participação da comunidade e familiares. O tratamento deve visar a reinserção do sujeito na sociedade. Para isso, implementou-se a substituição das internações hospitalares para as redes de atenção sob a lógica do cuidado e territorialização (SEVERO et al., 2020). A internação torna-se, portanto, a última alternativa de atenção e cuidado, devendo acontecer somente quando o serviço extra-hospitalar se mostrar insuficiente.

A aprovação das políticas públicas e em especial a Reforma Psiquiátrica, como ficou conhecida a lei, possibilitou a ampliação de forma considerável da inserção da psicologia em diferentes campos na promoção de direitos e saúde mental (MACEDO; DIMENSTEIN, 2012; CFP, 2013).

A partir disso, revela Elia (2015), surge uma nova modalidade de atenção, mas não de nível, pois esse não se encaixa a nenhum nível e tampouco deveria, a atenção psicossocial. Apesar de conduzida pela saúde, está articulada com outros setores, como a assistência social, educação e justiça, uma vez que a loucura não se limita e não deve ser rotulada a nível biologicista, mas a um conjunto de fatores, biológico, social e psicológico.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é implementado como serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos e passa a ser unidade de referência para tratamento a pessoas com transtornos mentais (PEGORARO et al., 2014). Em geral, são locais abertos em que os sujeitos passam a ser usuários do serviço oferecido, atendidos de forma personalizada de acordo com sua necessidade, por uma equipe interdisciplinar composta por psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, assistente social, além de auxiliares especializados e ordenada de acordo com a

quantidade habitacional do município, o perfil do usuário e as especificidades do atendimento (ROSA; VILHENA, 2012).

Dez anos após a Reforma Psiquiátrica é instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), portaria nº 3.088 (BRASIL, 2011a). Ela surge para articular os serviços de saúde e orientar o atendimento a pessoas com necessidade psicossocial, incluindo transtornos mentais e problemas decorrentes do uso abusivo de crack, álcool e outras drogas. Portanto, passa-se a garantir e orientar serviços de saúde mental por meio de uma rede de atenção que deve comunicar entre si para promover o cuidado de forma a contemplar todas as complexidades do usuário.

O tratamento agora é realizado por meio da escuta ativa (aquilo que o paciente deseja), tratamento ambulatorial, a participação em grupos, atividades, intervenção junto com a equipe interdisciplinar, dentro da comunidade onde reside.

O direito à liberdade, o consentimento com o tratamento, o respeito à cidadania e aos direitos humanos, a participação do usuário no serviço; articulam-se aos conceitos de território, desinstitucionalização, porta aberta, vínculo, trabalho em equipe e em rede. Este conjunto forma os pontos de orientação que organizam e dão sentido ao cuidado nestes lugares (CFP, 2013).

Os serviços são oferecidos em Rede pelos diferentes setores, como na Atenção Básica, por meio das Unidades Básicas de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Consultório de Rua. A Atenção Psicossocial compreende o CAPS I, II, III, CAPSi (Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil) e CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas). Atenção de Urgência e Emergência por meio do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), UPA (Unidade de Pronto Atendimento) e Pronto Socorro. Há também a Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar no Hospital Geral, Psiquiátrico e Hospital Dia. A Estratégia de Desinstitucionalização se dá por meio dos Serviços Residenciais Terapêuticos e Programa de Volta para Casa.

Em suma, enquanto a Lei nº 10.216 garantiu os direitos àquele com transtorno mental e versou sobre o sistema substitutivo ao manicômio, a Lei nº 3.088 orientou os atendimentos e direcionou a diversos serviços de saúde em uma rede de articulação objetivando um cuidado de caráter integral.

Contudo, Elia (2015) atribui críticas contundentes à Rede de Atenção Psicossocial que merecem ser levantadas. O autor explica que a ideia de rede quando articulada com a Atenção Psicossocial passou a ser burocratizada pela RAPS, onde transforma em um emaranhado de dispositivos protocolares, os princípios agora são transformados em protocolos, metas e procedimentos, sob uma prática medicalizante e que extingue qualquer espaço para o sujeito.

De toda forma, os cuidados em saúde mental atualmente se dão por meio de práticas humanizadas que buscam suscitar no sujeito sua autonomia, liberdade e o resgate de sua cidadania. Para isso, utiliza-se a comunidade como grande aliada, por meio dos vínculos e da reinserção social, buscando seu local no mundo.

Nesse sentido, o trabalho em rede torna-se fundamental de forma a complementar e potencializar os serviços já oferecidos, sendo a Atenção Básica indispensável na lógica do cuidado em saúde mental. Isso porque se configura como a porta de entrada dos serviços de saúde, uma vez que oferece o primeiro acesso aos atendimentos por se localizar estrategicamente inserido na comunidade e próximo aos sujeitos assistidos, o que traz uma aproximação entre profissional e usuário, possibilitando conhecer sua história. Por esse motivo, configura-se também como importante elemento para operacionalizar os serviços das redes de atenção, uma vez que consegue ordenar e gerenciar os encaminhamentos (BRASIL, 2012).

Os profissionais que atendem na Unidade Básica de Saúde são generalistas ou especialistas com enfoque na Saúde da Família. Neste espaço, é comum o atendimento de todo grupo familiar, o que possibilita a análise da sistematização e os papéis que cada qual desempenha em seu convívio diário. Em sua grande maioria, a procura é direcionada devido a sinal e sintoma ou de cunho preventivo, mas logo se revela a questão psicológica, podendo ser por meio de uma queixa, situação de sofrimento ou transtorno mental.

1.3 Por uma prática psicológica e o apoio matricial

O cuidado em saúde mental acontece a priori por meio do acolhimento e escuta qualificada, mas, quando os profissionais da atenção básica sentem dificuldade técnica, podem solicitar o apoio de uma equipe especializada em saúde mental para auxiliar no manejo. Essa integração entre equipes, proposta por Gastão Wagner Campos (1999), é denominada matriciamento ou apoio matricial (AM). Segundo o Ministério da Saúde (2011b), corresponde a um modelo de cuidados colaborativos de modo a integrar saúde mental e atenção primária para a criação de uma proposta pedagógica-terapêutica por meio de uma construção compartilhada entre duas equipes ou quantas necessárias.

Os serviços oferecidos em saúde pública com base territorial e comunitária, com ênfase no apoio matricial, fundamenta-se na clínica ampliada (BRASIL, 2009). Busca superar a lógica tradicional da clínica onde tem-se um modelo biomédico fechado que prioriza a doença para a partir de então humanizar os atendimentos (BRASIL, 2011b), por meio da formação de uma

equipe por trabalhadores da saúde de diferentes especialidades, compartilhando saberes e considerando a dimensão subjetiva e social do usuário.

A partir da integração de equipes, objetiva-se substituir o procedimento vertical, onde há transferência de responsabilidade ao realizar o encaminhamento a outro profissional para então adotar uma prática horizontal, com finalidade de aumentar a capacidade resolutiva ainda no primeiro nível de cuidados e reduzir o número de encaminhamento a outros níveis, diminuindo a fila de espera (FAGUNDES; DEUSDEDIT JÚNIOR, 2016).

O matriciamento é solicitado quando há necessidade de apoio profissional no campo da saúde mental na atenção básica, seja para o esclarecimento diagnóstico ou para o suporte nas intervenções psicossociais. O diálogo entre a equipe de matriciamento em saúde mental, composto pelo CAPS e a equipe de referência da Atenção Básica permite realizar ações de capacitação de profissionais acerca da temática, avaliação e acompanhamento dos usuários, discussão de casos, elaboração de planos terapêuticos singulares, consulta conjunta e, se necessário, visita domiciliar (SILVA et al., 2021). O encontro pode ocorrer tanto presencialmente como também por intermédio de tecnologias.

Portanto, cabe ao psicólogo trabalhar em conjunto com a equipe multiprofissional de forma interdisciplinar para oferecer apoio aos demais profissionais e contribuir de acordo com seu conhecimento construído ao longo da graduação e em suas vivências, objetivando ampliar a capacidade de intervenção terapêutica, sem desassociar saúde do cuidado físico e mental.

Não por acaso, o Conselho Federal de Psicologia (2013) cita alguns dos serviços ofertados, como acolhimento aos usuários em sofrimento psíquico, atendimento em decorrência de transtorno mental, intervenção em situação de crise, espaço de convivência, além de estimular vínculo social e familiar. Essa atuação vai ao encontro com o que é regido pelo Código de Ética do Psicólogo (CFP, 2005), onde o profissional deve exercer sua função visando o respeito, a promoção de liberdade, dignidade, promovendo saúde e qualidade de vida, não sendo conivente com negligência, violência e qualquer forma de tortura e exclusão.

Necessário frisar que não há somente um modo de atuar na Rede de Atenção Psicossocial, como uma receita pronta que denota o passo a passo sobre o que se deve fazer. Cada psicólogo deve adequar a sua prática de acordo com as necessidades, peculiaridades existentes em cada território e os instrumentos disponíveis, sempre visando o benefício do usuário.

Diante disso, o psicólogo se mostra um profissional que tem muito a contribuir com o trabalho de apoio matricial, compondo uma equipe interdisciplinar e colocando à disposição dos demais profissionais um saber que concebe o usuário como um sujeito biopsicossocial que

deve ser amparado de maneira integral por diferentes formações. O trabalho a ser realizado pode ser desenvolvido tanto na dimensão clínico-assistencial, diretamente com usuários e familiares, como também na dimensão técnico-pedagógica, na gestão dos serviços.

Uma vez que os profissionais da Unidade Básica de Saúde são generalistas ou especialistas em Saúde da Família, o psicólogo pode coordenar capacitações e orientação em saúde mental a fim de conduzir uma abordagem centrada na pessoa e não na doença que se apresenta. Aposta-se também na educação continuada como forma de estar em constante atualização acerca dos fenômenos sociais e possíveis surgimento de novos indicadores (FAGUNDES; DEUSDEDIT JÚNIOR, 2016).

Ainda na gestão, o psicólogo se faz presente na interconsulta, principal instrumento do matriciamento. Ela se constitui a partir do encontro de profissionais para discutir casos clínicos complexos que demandam um olhar atento e comprometido (IGLESIAS; AVELLAR, 2016). A partir disso, contribui para a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), que corresponde a um conjunto de construção de propostas de ações terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, fruto da discussão interdisciplinar onde é valorizado aspectos para além do diagnóstico e da medicação do usuário (BRASIL, 2009).

Desempenhando o papel de pesquisador, o diagnóstico situacional da população se mostra um importante instrumento utilizado na prática matricial para conhecer a realidade territorial onde a equipe intervém (FAGUNDES; DEUSDEDIT JÚNIOR, 2016). O levantamento de dados, sob a ótica da psicologia, a partir da análise de fatores de risco e de possíveis vulnerabilidades como aspectos estruturais, familiares e simbólicos proporciona práticas intervencionistas contextualizadas (ESCOREL et al, 2007). Além disso, conhecer a maneira como a comunidade se organiza, os papéis que cada sujeito desempenha em sua região possibilita conhecer fatores que fortalecem as potencialidades existentes.

Ao entrar em contato com o usuário, por meio da consulta conjunta ou individual, é necessário estar atento a suas queixas e identificar as demandas por meio de uma escuta qualificada, tanto as explícitas como as que se mostram encobertas. O psicólogo deve demonstrar uma postura acolhedora e empática, sem julgamento e estigma, no intuito de orientar e aumentar a capacidade resolutiva do caso. O acolhimento eficaz oportuniza a criação de vínculo entre profissional, sujeito e também familiares.

O vínculo é o elemento fundamental no processo de cuidado com o usuário, ele conecta os dois agentes importantes no processo terapêutico, quando não estabelecido, a relação se torna vulnerável (QUEIROZ, 2017). A confiança construída os deixam confortáveis para confidenciar situações e contribui para a adesão ao tratamento.

Outro instrumento potente que pode ser adotado são as práticas em grupos, seja visando a educação em saúde ou com propósito terapêutico, de diferentes faixas-etárias. A aplicação das técnicas psicológicas grupais apresenta uma prática de transformação de si, dos outros e do contexto em que estão inseridos, coloca em evidência a possibilidade de uma nova elaboração de conhecimento, interação e questionamentos acerca de si e dos outros (PICHÓN-RIVIÈRE, 2005), permite o compartilhamento de informações, vivências e significados, onde cada membro aprende com o outro, o que possibilita a troca de afetos e aprendizagem.

Todavia, considerando esse cenário pandêmico atual, onde o país atingiu 500 mil vítimas fatais da COVID-19 no dia 20 de junho de 2021 (CASTRO; PILAR, 2021) e com tendência a aumentar ainda mais o número de mortalidade, torna-se evidente a necessidade de reorganizar os processos de trabalho nos equipamentos de saúde, de modo a não expor os profissionais e usuários que comparecem nos espaços pela necessidade de atendimento.

Mediante os fatores dificultadores, as diversas limitações impostas aos profissionais da psicologia e os cuidados necessários que devem ser adotados para estar atuando na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), esse projeto de pesquisa parte do seguinte questionamento: como se dá a prática do psicólogo na dimensão clínico-assistencial no matriciamento em saúde mental no contexto de pandemia?

1.4 Por uma saúde mental em resistência nos debates recentes

Como visto, as políticas nacionais de saúde mental nasceram a partir das mobilizações de diferentes segmentos da sociedade, na construção conjunta de propostas para superar a assistência psiquiátrica tradicional e implementar práticas humanitárias em defesa do direito à cidadania. A Reforma Psiquiátrica se efetivou a partir do conjunto de pequenos passos que completaram a caminhada, como VIII Conferência Nacional de Saúde, I e II Conferência Nacional de Saúde Mental, Declaração de Caracas e promulgação das leis nº 8.080, nº 10.216 e nº 3.088.

Apesar das significativas conquistas alcançadas, é necessário evidenciar que a reforma psiquiátrica jamais cessará ou se constituirá como completa em sua finitude, pois suas práxis são atualizadas, alteradas e revogadas constantemente. Os resultados atuais são reflexo das políticas de governança do Estado, onde cada dirigente geriu de acordo com suas prioridades, assim, como será visto a seguir, o ideário antimanicomial e desinstitucionalizante devem ser defendidas a todo instante.

Objetivando avaliar os resultados obtidos desde a Declaração de Caracas, foi realizada uma nova conferência após 15 anos, desta vez em solo brasileiro. Foi constatado o êxito de diversos países na implementação dos componentes firmados no último encontro, sendo destaque o Brasil e Chile devido os avanços da reestruturação da atenção psiquiátrica, tornando-se referências para a OMS. O primeiro devido a mobilização sociocultural, redução de leitos psiquiátricos e adoção da rede comunitária no tratamento, assim como preconizado na lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O Chile, por sua vez, por integrar saúde mental em serviços de saúde pública e na Atenção Primária (CARTA DE BRASÍLIA, 2005). Necessário relembrar que as medidas adotadas no Brasil foram traçadas em conjunto com organizações especialistas e cidadãos atravessados pela Saúde Mental.

Nesse sentido, o Brasil se torna destaque na superação progressiva da lógica psiquiátrica tradicional para o tratamento psicossocial de base comunitária. Entretanto, indo na lógica contrária desenvolvida anteriormente, não houve a promoção da Conferência Nacional de Saúde Mental no primeiro mandato de Luís Inácio Lula da Silva. A Conferência, que deve ser convocada pelo presidente em exercício, é o espaço para a construção e atualização participativa das políticas públicas no campo da Saúde Mental. Após pressão popular dos movimentos sociais, foi realizada a quarta e última edição até o momento em seu segundo mandato, em 2010 (AMARANTE; NUNES, 2018).

Na gestão da primeira mulher presidente da República, Dilma Rousseff colocou à frente do Ministério da Saúde figuras conservadoras, como exemplo, a Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, responsável por um ex-diretor de um hospital psiquiátrico e defensor do modelo manicomial. Além disso, transferiu a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República para agora integrar o Ministério da Justiça, decreto nº 7.426/2011 (BRASIL, 2011c), o que se torna uma problemática na medida que a justiça criminaliza o uso de drogas, dedica-se na punição dos dependentes químicos e não em sua reabilitação. Tais medidas configuram a abertura para ameaças aos princípios da Reforma Psiquiátrica.

No que se refere à gestão do presidente interino Michel Temer, devido ao impeachment de Dilma, e em continuidade com o atual governo de Jair Bolsonaro, paralisou recursos federais que seriam destinados à ampliação dos serviços de base comunitária para medidas que incentivam os serviços privados, como instituições psiquiátricas asilares.

Em 2017, por meio da portaria nº 3.588, há desestruturação organizativa da Rede de Atenção Psicossocial com a integração dos hospitais psiquiátricos, o aumento do valor da diária

e leitos de internação (BRASIL, 2017), decisão unilateral adotada pelo governo sem a consulta dos setores civis e profissionais da área.

Em 2019 é decretada a nova Política Nacional Sobre Drogas (PNAD), extinguindo a Política Nacional de Redução de Danos para adotar a abstinência como única referência de tratamento ao usuário. Não somente, o decreto nº 9.926 (BRASIL, 2019a) retira todos os Conselhos profissionais, dentre eles o de Psicologia, e a sociedade civil do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad), passando a ser composto majoritariamente por integrantes do governo. A medida retira a discussão de diferentes saberes baseado na cientificidade e a tomada de decisões de forma democrática para então haver uma centralidade de poder, sob um viés religioso e de interesse no setor privado.

Os profissionais e o Conselho Federal de Psicologia se posicionam contra a medida adotada uma vez que a redução de danos “busca promover ações para minimizar qualquer dano de natureza biológica, psicossocial e econômica dos usuários de substâncias psicoativas [...] é o princípio básico de respeito ao sujeito, sua condição, sua autonomia preservada, para que ele possa ressignificar a sua relação com a droga” (CFP, 2019).

Nesse sentido, as comunidades terapêuticas se tornam prioridade e são inseridas na política para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas, através da lei nº 13.840 (BRASIL, 2019b). Possuem funcionamento similar à lógica manicomial, são instituições de internação não governamental regidas pela sociedade civil, em sua maioria composta por grupos religiosos. Nela, os pacientes são retirados do convívio social por meio da internação involuntária e compulsória, ou seja, contra sua vontade.

O tratamento ocorre através da lógica do proibicionismo e concepções moralistas, dessa forma, preza pela abstinência total e transmite o discurso disciplinar de reeducação moral. Segundo o Ministério da Cidadania, os repasses públicos para financiá-las duplicou de 2019 para 2020, passando de R\$153,7 milhões para R\$300 milhões (BRASIL, 2019c). Assim, os aparelhos públicos de saúde vêm passando por processos de desmontes para o incentivo aos interesses das instituições privadas.

Em 2020 é publicada a nota técnica nº 3/2020 que desobriga a presença de equipes multidisciplinares vinculadas ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), ficando a critério dos municípios sua implementação (BRASIL, 2020). O NASF é responsável pela integração de diferentes profissionais no intuito de ampliar os serviços oferecidos à Saúde da Família na Atenção Primária, para atender as necessidades da população e fortalecer serviços comunitários. Este serve como porta de entrada para os usuários terem acesso a diversos atendimentos, dentre eles a psicologia (FIOCRUZ, 2020).

No mesmo período, o Ministério da Saúde apresentou uma planilha com propostas de revogação de diversas portarias da política pública de saúde mental durante o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (Conass), dentre elas estava o encerramento do Programa de Volta para Casa, equipes de Consultório na Rua e Serviço Residencial Terapêutico (AGÊNCIA SENADO, 2021), o que denota a intenção de não governar em prol das minorias ao desassistir a parcela invisibilizada da população, como os que passaram por longos períodos de internação psiquiátrica e pessoas em situação de rua, intensificando os processos de exclusão.

Torna-se um indicador ainda mais preocupante a portaria nº 271/2021, nomeação pelo então ministro da saúde na época ao cargo de coordenador geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde o psiquiatra Rafael Bernardon Ribeiro, conhecido por defender a ampliação dos hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas e eletrochoque como terapia aos transtornos mentais (ABRASCO, 2021), medidas repudiadas com a Reforma Psiquiátrica.

A partir disso, fica claro que apesar de décadas de luta pelas garantias de direitos em saúde mental, ainda persistem práticas negacionistas de caráter excludente e que ferem os direitos humanos, práticas essas que, apesar do discurso, em momento algum visa o bem-estar e beneficência dos sujeitos. Portanto, é preciso reafirmar, defender e lutar constantemente pelos direitos obtidos a partir da Reforma Psiquiátrica.

2 PROBLEMA DE PESQUISA

Como se dá a prática do psicólogo durante a pandemia na dimensão clínico-assistencial referente ao matriciamento em saúde mental na RAPS de Palmas/TO?

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Investigar a prática do psicólogo nas ações de matriciamento em saúde mental frente à COVID-19 no município de Palmas/ TO

3.2 Objetivos específicos

Caracterizar o matriciamento em Saúde Mental no contexto da pandemia.

Identificar como a prática do psicólogo no apoio matricial auxilia no cuidado com o usuário na pandemia.

4 JUSTIFICATIVA

O presente estudo encontra relevância ao se pesquisar a atuação do psicólogo nas políticas públicas de saúde, a partir do matriciamento, em um contexto de pandemia anteriormente desconhecido e que ainda se mostra difícil de dimensionar em suas consequências a curto e longo prazo. Pois, trata-se de uma importante crise na saúde pública atual que representa para o profissional da psicologia diversas limitações, exigências e uma adaptação de sua prática em equipe (DANZMANN et al., 2020). Além disso, há poucos estudos e materiais teóricos que investigam as práticas dos psicólogos no apoio matricial no contexto da pandemia da COVID-19. Os que estão disponíveis, em sua maioria, representam estudos realizados no período pré-pandêmico.

Sendo assim, esse estudo visa contribuir como suporte técnico e fonte de conhecimentos a psicólogos e estudantes de psicologia. Conhecimentos esses que poderão, também, servir para embasar suas possíveis intervenções na importante tarefa do matriciamento, na qual articulações intersetoriais, interdisciplinares e comunitárias se mostram essenciais para o funcionamento em rede da atenção psicossocial e, conseqüentemente, para o cuidado integral do usuário.

Além disso, ao partir do pressuposto que saúde não é vista somente como a ausência de doença, mas como um estado completo de bem-estar físico, social e psicológico, a seguinte pesquisa poderá contribuir para superar a ideia de saúde relacionada somente a lógica biologicista ao atribuir o aspecto psicológico como fundamental para a vida do sujeito (PUPO et al., 2020). Faz-se ainda mais importante tal estudo devido ao seu papel social de subsidiar, por meio do embasamento teórico, os profissionais da psicologia na tarefa de formar, juntamente com os demais profissionais que também compõem a RAPS, um campo de atuação em saúde mental que de fato possibilite a efetivação da integralidade do cuidado e represente um serviço gratuito de qualidade, acessível e especializado a todos, sem distinção de raça, classe e gênero, para promover um atendimento em saúde mental pautada na responsabilidade, comprometimento e ética. O apoio matricial possibilita cuidar do sujeito de forma integral, atendendo toda a sua demanda e complexidade, por diferentes saberes, o que por sua vez oportuniza servir como um guia para profissionais da área que possam vir atuar junto a uma equipe interdisciplinar.

Por fim, a seguinte proposta de pesquisa também encontra a sua justificativa no fato de apoiar a necessária tarefa política do psicólogo de sempre reafirmar a importância da conquista dos direitos das pessoas com transtornos mentais para fortalecer a garantia de direitos,

democracia, o trabalho em rede, a lógica do cuidado e a ciência, uma vez que constantemente há ameaças de desmontes e retrocessos, constituindo uma contrarreforma (SCARCELLI, 2019).

5 METODOLOGIA

A presente pesquisa possui caráter qualitativa no âmbito das ciências sociais e humanas, uma vez que busca se aprofundar no mundo dos significados das ações e das relações que não são possíveis de serem perceptíveis e captável em equações, médias e estatísticas (MINAYO; DESLANDES, 2007). Dessa forma, para investigar a prática do psicólogo nas ações de matriciamento em saúde mental a pesquisa qualitativa se mostra eficaz.

A pesquisa qualitativa é um conjunto de práticas interpretativas que busca dar sentido aos fenômenos sociais por meio dos significados atribuídos pelos participantes da pesquisa (BRIZOLLA et al., 2020), considerando o contexto o qual está inserido e as características sociais pertencentes, sem ter como interesse a quantificação dos elementos.

De acordo com Gil (2002), a pesquisa pode ser classificada ainda de acordo com os objetivos a serem alcançados, dessa forma, além de qualitativa, possui como natureza a pesquisa exploratória, que consiste em proporcionar maior familiaridade e promover um maior conhecimento acerca do problema a ser investigado.

5.1 Método e procedimentos

O método compreende o conjunto de técnicas empregadas que permitem se aproximar da realidade do fenômeno a ser estudado para a coleta de informações. Para isso, além da pesquisa bibliográfica, que corresponde a utilização de materiais já publicados (GIL, 2002), utilizou-se também a pesquisa de campo, no qual a pesquisadora entrou em contato com o local em que ocorre o fenômeno de estudo para a coleta de dados (SEVERINO, 2013).

5.2 Instrumento

Como instrumento para a coleta de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas, onde se buscou informações por meio da interação entre pesquisador e participante (SEVERINO, 2013). De forma a direcionar a entrevista, utilizou-se perguntas estabelecidas previamente por meio de um roteiro, o qual consta no apêndice A, mas que não seguiu à risca, visto que o formato semiestruturado não segue um padrão rígido de perguntas. Mostra-se flexível para assuntos e perguntas que surgiram mediante a conversação. Além disso, foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no formato on-line, seguindo

os aspectos éticos da pesquisa, e gravador de voz, com a permissão das participantes, para auxiliar na análise dos dados.

5.3 Participantes

Os participantes da pesquisa foram escolhidos de acordo com os critérios de inclusão: psicólogos(as) da RAPS, independentemente da idade e sexo. Além disso, foram incluídos profissionais atuantes no município de Palmas, no Tocantins, uma vez que se configura como um estado que possui grande diversidade cultural, localizada na Região Amazônica e não se assemelha com os grandes centros como Sul e Sudeste do país. A amostra foi composta por dois participantes, visto que é uma pesquisa qualitativa e não necessita de um maior valor numérico, que se enquadraram nos critérios acima descritos, tiveram interesse e se disponibilizaram a participar da pesquisa.

Utilizou-se como critério de exclusão profissionais que atuam no apoio matricial e não sejam psicólogos, psicólogos que exerceram matriciamento mas que não compreende o período de pandemia, matriciadores em outros estados que não seja do Tocantins e, por fim, aqueles que não assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Assim, seguindo os critérios mencionados anteriormente, a pesquisa contou com duas psicólogas participantes. A primeira, utilizando o nome fictício de Laura, atuou no CAPS AD entre os anos de 2020 a 2021. A segunda, Heloísa, no mesmo período, enquanto residente atuou por oito meses no CAPS II, oito meses no CAPS AD e seis meses no NASF.

5.4 Coletas de dados

A equipe responsável pela pesquisa realizou um mapeamento das instituições de saúde no município de Palmas/TO que realizam matriciamento em saúde mental. Por meio eletrônico entrou-se em contato com alguns dos psicólogos que atuam no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), onde foram convidados, caso se encaixassem nos critérios de inclusão, para participarem da referida pesquisa. Após o convite eletrônico e aceite, as entrevistas semiestruturadas com os profissionais participantes foram agendadas por contato telefônico.

Antes das realizações das entrevistas, os possíveis participantes foram convidados a ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, caso consentissem, foram solicitados a assinarem o documento em formato digital, por meio do Google Forms (vide apêndice B), dele recebendo uma cópia por e-mail.

As entrevistas semiestruturadas seguiram um roteiro pré-estabelecido de 10 perguntas, duraram aproximadamente 50 minutos cada uma, sendo realizadas em plataforma digital (*google-meet*), visto que todo procedimento metodológico respeitou as medidas de segurança da COVID-19 para assegurar a saúde tanto da pesquisadora, do orientador, como também das participantes.

Com o consentimento das participantes, os encontros foram gravados e posteriormente transcritos (vide apêndice C) para que houvesse uma melhor análise dos dados. Após a coleta de dados, a pesquisadora ficou responsável por fazer o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local e apagou os registros de toda e qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou “nuvem”.

5.5 Análise dos dados

Os dados foram tratados a partir da Análise de Conteúdo de Bardin (2011), a qual orienta, por meio de etapas, a classificação em categorias ou temas. Moraes e Galiazzi (2005, p. 116) afirmam:

Cada categoria corresponde a um conjunto de unidades de análise que se organizam a partir de algum aspecto de semelhança que as aproxima. As categorias são construídas linguisticamente, não tendo por isso limites precisos. Daí a importância de sua descrição cuidadosa, sempre no sentido de mostrar aos leitores e outros interlocutores as opções e interpretações assumidas pelo pesquisador (MORAES; GALIAZZI, 2005, p. 116).

Inicialmente, por meio da transcrição das entrevistas e leitura geral das informações coletadas. A partir disso, foi criada um quadro, o qual consta em apêndice C, para melhor organizar os dados de acordo com as respostas fornecidas de cada questão, denominadas de excertos. Logo em seguida, após uma demorada leitura, foram destacados de cada excerto trechos importantes para a análise, como uma espécie de recorte das informações, selecionados a partir dos objetivos e problema de pesquisa, correspondendo às unidades de contexto.

Para cada unidade de contexto foram criadas unidades de registro, que compreende a temática abordada (vide apêndice D). Feito isso, foi realizada uma confluência das unidades de registro, agrupando-as de acordo com a aproximação do tema, captura dos conteúdos manifestos e latentes, formando as categorias de análise (SILVA; FOSSÁ, 2015), como mostra o quadro a seguir:

Quadro 01 - Confluência das Unidades de Registro: Categorias de Análise

Visita domiciliar	Definição de matriciamento sob a perspectiva das depoentes: quando e porquê.
Articulação com a RAS	
Trabalho com o território	
Compartilhamento do cuidado	
Solicitação do CAPS	
Usuário em comum	
Discutir um tema	
Informar sobre o CAPS	
Quando é solicitado ao CAPS	
Aperfeiçoamento da prática	
Discussão de caso	
Solicitação institucional	
Planejamento a partir da demanda	
Informar sobre o CAPS	Atividades desenvolvidas pelo psicólogo no matriciamento e no contexto da pandemia.
Matriciamento online	
Discussão de caso	
Discutir um tema	
Articulação com a RAS	
Educação Permanente	
Compreensão dos fluxos	
Atendimento compartilhado	
Visita domiciliar	
Não limitada a esfera da saúde	
Comunicação intersetorial	
Informar e orientar	
Matriciamento online	
Comunicação e atendimento por telefone	
Comunicação e divulgação de informação através da internet	
Suspensão temporária do matriciamento	Desafios/ dificuldades que emergiram com a pandemia: (des)articulação da rede
Suspensão das visitas domiciliares	
Sobrecarga da UBS	

Falta de orientação	
Reinvenção constante	
Discussão e planejamento em equipe	
Baixa adesão nas práticas de matriciamento	
Planejamento da gestão	
Qualificação do atendimento	Reflexo do desenvolvimento das ações de matriciamento para os usuários.
Fragmentação do trabalho em rede	
Preconceito	
Importância do matriciamento	
Reinsserir e reabilitar	

Fonte: Borba (2022).

Após o processo descrito, foram identificadas cinco categorias, sendo elas: Definição de matriciamento sob a perspectiva das depoentes: quando e porquê; Atividades desenvolvidas pelo psicólogo no matriciamento e no contexto da pandemia; Matriciamento na pandemia: adaptação dos serviços e da gestão; Desafios/ dificuldades que emergiram com a pandemia: (des)articulação da rede e Reflexo do desenvolvimento das ações de matriciamento para os usuários. Por fim, a última fase corresponde a interpretação das categorias articulando às falas das psicólogas, respaldadas no referencial teórico escolhido.

Considerando que o contexto da pesquisa se baseou na premissa clínica-institucional no campo da saúde mental, o referencial teórico utilizado para o tratamento dos dados se fundamenta em autores que dialogam com a análise institucional como José Bleger e Goffman, visando compreender os atravessamentos institucionais que permeiam o trabalho do psicólogo no matriciamento em tempos de pandemia, assim como legislações e diretrizes do SUS e da Lei da Reforma Psiquiátrica.

5.6 Aspectos éticos

Após a qualificação do projeto, a pesquisa foi submetida à avaliação da Comissão de Avaliação de Projetos da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP), identificado pelo CAAE (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética) nº 54382321.3.3001.9187, o qual consta no anexo A. Após o parecer favorável, o projeto seguiu para a apreciação e análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Tocantins (CEP-UFT), CAAE nº

54382321.3.0000.5519, por meio do parecer nº 5.348.975 (vide anexo B), seguindo a Resolução CNS nº 466/12 que normatiza pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013), criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

As entrevistas foram iniciadas somente após a referida autorização do Comitê de Ética e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos envolvidos na pesquisa. Aos participantes, foi respaldado o sigilo de informações e o direito de se retirar da pesquisa sem implicar em nenhum prejuízo. O TCLE foi disponibilizado via Google Forms e enviado uma cópia por e-mail informado pelas profissionais.

A pesquisadora se dispôs a sanar quaisquer dúvidas que pudessem surgir, bem como assegurou o sigilo de sua identidade, atribuindo-lhes nomes fictícios. Visando potencial risco de violação da confidencialidade dos dados, foram retirados das redes todos os registros usados durante a pesquisa, como a “nuvem” de armazenamento. As participantes demonstraram interesse em contribuir com o estudo, não foi constatado sentimentos de desconforto, constrangimento ou receio em revelar informações a partir de histórias e experiências vivenciadas.

5.6.1 Riscos

É possível que durante a realização das entrevistas, os participantes ao relatarem suas práticas ao exercer matriciamento em contexto de pandemia da COVID-19, revelem condições de trabalho no âmbito institucional. Entre os possíveis riscos associados aos participantes da pesquisa, está a possibilidade de apresentarem desconforto ao expor sua história e experiência, desencadeando memórias negativas, medo, vergonha, constrangimento, receio de revelar informações, ter sentimento de estar se sentindo vigiado, ter sentimento de invasão de privacidade, entre outros sentimentos que podem ser despertados. Além disso, é possível que se sinta mobilizado com situações que vivenciou na execução de suas atividades. Todavia, é dever do pesquisador prezar pela ética ao preservar a identidade do participante e sigilo de informações, a fim de não prejudicá-lo e expor sua imagem. Para tanto, a pesquisadora compromete-se estabelecer o rapport (vínculo) com o(a) entrevistado(a) de modo que possa acolher possíveis relatos que suscitem sentimentos negativos no(a) participante da pesquisa, além de prezar pela ética ao manter o sigilo profissional do participante e de seu local de trabalho, a fim de não prejudicá-lo(a), no sentido de causar constrangimento e expor sua imagem. Por se tratar de uma pesquisa em ambiente virtual, existem riscos relacionados ao uso

de ferramentas digitais. Visando potencial risco de violação da confidencialidade dos dados, serão retirados das redes todos os registros usados durante a pesquisa, como a “nuvem” de armazenamento.

5.6.2 Benefícios

Quanto aos benefícios, a pesquisa contribuirá para compartilhar experiências de trabalho que servirão como referência para a atuação do participante da pesquisa, dos(as) demais profissionais e estudantes que seguirão a mesma área. Esse estudo visa contribuir como suporte técnico e fonte de conhecimentos a psicólogos e estudantes de psicologia. Conhecimentos estes que poderão, também, servir para embasar suas possíveis intervenções na importante tarefa do matriciamento, na qual articulações intersetoriais, interdisciplinares e comunitárias se mostram essenciais para o funcionamento em rede da atenção psicossocial e, conseqüentemente, para o cuidado integral do usuário. Ademais, é importante ressaltar o efeito catártico que uma entrevista dessa ordem proporciona, promovendo um certo sentimento de alívio de tensão do(a) participante da pesquisa.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foi possível dividir os dados da pesquisa em cinco categorias de análise, sendo elas: Definição de matriciamento sob a perspectiva das depoentes: quando e porquê; Atividades desenvolvidas pelo psicólogo no matriciamento e no contexto da pandemia; Matriciamento na pandemia: adaptação dos serviços e da gestão; Desafios/ dificuldades que emergiram com a pandemia: (des)articulação da rede e Reflexo do desenvolvimento das ações de matriciamento para os usuários.

A partir disso, é possível realizar uma série de reflexões. Na primeira categoria, “Definição de matriciamento sob a perspectiva das depoentes: quando e porquê”, será apresentado o entendimento das profissionais acerca do matriciamento e os motivos pelos quais é solicitado, onde as ações desenvolvidas se mostraram sendo, em sua maioria, no sentido político, pela garantia de direitos dos usuários.

Em “Atividades desenvolvidas pelo psicólogo no matriciamento e no contexto da pandemia”, serão abordadas as atividades realizadas pelas profissionais, tanto em períodos regulares como também aquelas possíveis de terem sido desenvolvidas devido às restrições da COVID-19. Em decorrência desse último, são levantadas ainda as modificações empregadas pelos serviços de saúde, por intermédio da gestão, para a continuidade das ações, nomeado de “Matriciamento na pandemia: adaptação dos serviços e da gestão”.

Além disso, alguns obstáculos são evidenciados, como a suspensão temporária do matriciamento e a (des)articulação da rede de saúde, o qual reflete no atendimento ao usuário, contidos no “Desafios/ dificuldades que emergiram com a pandemia: (des)articulação da rede”. Por último e não menos importante, em “Reflexo do desenvolvimento das ações de matriciamento para os usuários”, são descritos os efeitos do compartilhamento do cuidado entre as equipes da Rede de Saúde para o público-alvo das ações, sob a ótica das depoentes.

Assim, apesar dos desafios enunciados, o matriciamento se mostra um importante instrumento no compartilhamento do saber e cuidado em saúde mental nos diferentes níveis de atenção, equipamentos de saúde e também de forma intersetorial, a partir de discussões de caso, educação permanente, atendimento compartilhado e apresentação do serviço para os outros dispositivos da rede. Dito isso, a seguir serão apresentados os dados e análise dos resultados obtidos.

6.1 Definição de matriciamento sob a perspectiva das depoentes: quando e porquê

A atuação do(a) psicólogo(a) se mostra singular a partir da área onde está inserido(a), o contexto socioeconômico daquele território, as características psicossociais dos sujeitos assistidos e os instrumentos disponíveis. Diante disso, é necessário caracterizar o objeto de estudo, o apoio matricial, a partir da prática das profissionais participantes da pesquisa no município de Palmas.

Ao serem questionadas sobre a definição de matriciamento a partir de suas experiências vivenciadas, as depoentes relataram ser a articulação entre duas ou mais equipes, sendo comumente uma da Atenção Básica e a outra especializada em saúde mental (CAPS), mas que não se restringe somente a esses dois níveis de atenção, sendo possível ocorrer de forma intersetorial; a fim de dialogarem para a construção compartilhada de intervenções e qualificação profissional visando aumentar a capacidade resolutiva das demandas dos usuários dos serviços, de modo a prestar assistência em sua integralidade.

Além disso, entendem também que é constituído com ações no território, onde são atendidos usuários que transitam entre os diferentes dispositivos da rede, práticas de visitas domiciliares, discussão de casos, apresentação do funcionamento das instituições para a rede, educação permanente e práticas outras que serão melhor descritas na próxima categoria de análise.

Assim, Laura o descreve como sendo a *“articulação com a atenção básica, no próprio território”* a fim de *“fazer esse compartilhamento do cuidado”* do usuário com os demais profissionais que compõem a rede de saúde. Heloísa explica que *“ele é realizado quando é solicitado pela atenção primária ou por outro órgão que deseja esse matriciamento”*, seja para *“compreender melhor sobre o serviço de atenção especializada”* e/ou para *“aprimorar as condutas”* e *“melhorar as práticas”* profissionais em saúde mental.

O compartilhamento dos saberes como também das responsabilidades entre equipes se mostra como grande potencialidade do AM (apoio matricial), tanto para a ampliação das percepções e qualificação profissional, como para o cuidado com o usuário. Nesse sentido, Gonçalves e Diógenes (2020) explicam que propicia o desenvolvimento de novas competências profissionais para lidar com o cuidado em saúde mental, incentiva a atuação conjunta, integrada e articulada; evita a fragmentação dos serviços e assim possibilita expandir a capacidade de cuidado e a oferta de saúde à população.

Configura-se como *“atividades extra CAPS”*, isto é, realizada para além da estrutura física, o que inclui *“visitas, que tá também ligada ao matriciamento”*. Serve ainda, continua

Laura, tanto para se “*pensar em um usuário em comum ali daquele território, quanto para reunir, para discutir um tema, ou então até mesmo para apresentar o CAPS*”. Sendo este último, apresentar os serviços do Centro de Atenção Psicossocial para a rede, principal atividade citada como sendo desenvolvida pelas profissionais. Isso revela que a proposta de matriciamento para ambas se mostra de forma comum, para que “*o território conhecesse como era o fluxo do serviço, o que o serviço ofertava para o usuário, qual usuário que vai ser encaminhado ou que poderia ser direcionado para o CAPS*”.

Bleger (1984) afirma que é necessário entender a forma como a instituição se coloca frente à comunidade, isto é, o grupo que é assistido pela unidade. O profissional deve focar na tarefa e essa compreendida em função da unidade e totalidade, isto é, promover saúde a partir da assistência ao usuário do território, considerando as características e contexto onde está inserido. Nesse sentido, é imprescindível que os profissionais de saúde, assim como a equipe de modo geral, tenham conhecimento acerca dos dispositivos existentes da rede no município, assim como os serviços ofertados, o público-alvo e o modo de inserção, a fim de traçar estratégias, dialogar e direcionar de forma correta o usuário que procura por atendimento.

Dessa forma, o matriciamento é promovido através do encontro entre dois setores ou mais, solicitado por uma das partes, a partir de uma demanda identificada no território, o qual o serviço especializado em saúde mental presta apoio, “*ele pode surgir de uma discussão de casos, [...] também pode vir, por exemplo, uma demanda que tenho específica e eu quero discutir individual com aquela equipe de saúde da família, ou com CRAS, ou com consultório de rua, então vem de acordo com que vem surgindo as demandas e a análise que faço do território*”. Afirmação de encontro com o que aponta Iglesias e Avellar (2016), onde as ações devem ser planejadas e executadas de forma contextualizada de acordo com a realidade daquele determinado território, considerando os aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos da população, para que não se proponha intervenções descontextualizadas e que não atendam a necessidade daquele público-alvo.

Campos et al. (2014) explicita que o matriciamento é realizado quando a equipe de referência necessita de apoio técnico da equipe especializada em saúde mental, suporte para a realização de intervenções psicossociais, como também para melhorar o desempenho da equipe. Todavia, ao ser questionado sobre quem com maior frequência solicita as ações de AM, a afirmação vem de desencontro ao que é entendido pelo autor, onde resposta foi a mesma entre as duas entrevistadas.

É muito difícil, na verdade, que essa ação seja iniciada, digamos assim, pela atenção básica. Então, geralmente, na minha prática, no território que eu atuei, a gente

procurava o postinho” (Laura), “normalmente, sempre é o CAPS que corre atrás, a especializada que quer fazer esse matriciamento (Heloísa).

A partir do significado da fala das profissionais, não se torna interessante o fato de o apoio matricial ser uma iniciativa, sobretudo, da Atenção Psicossocial, pois, a Atenção Básica como porta de entrada dos serviços de saúde e inserida estrategicamente na comunidade, próximo aos usuários, incluída também na RAPS, configura-se como um campo prolífico para se trabalhar saúde mental, principalmente por conhecer as características do território, suas potencialidades e fragilidades, além de possuir vínculo com os usuários.

Portanto, a iniciativa pela busca do matriciamento não deve se tornar restrita somente à rede especializada, mas que parta de ambos os lados, como explica Macedo e Dimenstein (2012), ao afirmar que é necessário promover o cuidado em saúde mental em todos os níveis de assistência e não concentrar os esforços na rede substitutiva.

6.2 Atividades desenvolvidas pelo psicólogo no matriciamento e no contexto da pandemia

Após uma breve explicação em relação às motivações para seu exercício, agora se torna fundamental evidenciar as atividades desenvolvidas nas ações de matriciamento. Para isso, serão abordadas tanto procedimentos realizados comumente como também àqueles possíveis de terem sido efetivados no decorrer da pandemia, trazendo como foco o papel da psicologia em uma equipe interdisciplinar.

O Ministério da Saúde (2010) divide as ações de matriciamento em dois grupos, de acordo com a forma como é desenvolvida. A dimensão clínico-assistencial consiste nas atividades onde o profissional possui contato direto com o usuário, como atendimentos individuais, compartilhados e visitas domiciliares. A dimensão técnico-pedagógica, por outro lado, compreende atividades desenvolvidas para e com as equipes de saúde, correspondendo a discussão de casos e educação permanente. Destaca-se que ambas as atividades são importantes, de modo que uma complementa a outra, não devendo se sobressair.

Heloísa explica que dentro do AM diversas atividades são promovidas. No âmbito das intervenções técnico-pedagógicas, *“a gente faz a discussão de casos, a gente faz um processo como se fosse educação permanente, compreensão dos fluxos, entendimento sobre o que são esses serviços, o CAPS II por exemplo, o que é CAPS II, qual é o tipo de perfil, orientação [...]”*.

Destaca-se que as assistências em saúde, através das políticas públicas, parte da noção de clínica ampliada, onde para além do entendimento de clínica tradicional representada na figura do médico, o usuário é amparado por uma equipe multiprofissional, de forma interdisciplinar. O cuidado transcende o aspecto físico e biológico, mas considera o sujeito mediante seu contexto social, cultural, familiar e econômico.

Dessa forma, as ações vão ao encontro com a proposta de Bleger (1984), onde busca sair de um modelo individualista, como a psicoterapia, para o modelo que nomeou de psichigiene, isto é, ideia de promoção e prevenção de saúde, no campo grupal. O profissional nesse espaço deve levantar as demandas existentes, considerando todos os aspectos presentes, realizar o planejamento das ações para por fim, desenvolver a intervenção. Assim, deve “estudar os fenômenos humanos que se dão em relação com a estrutura, a dinâmica, as funções e os objetivos da instituição” (BLEGER, 1984, p. 37).

O encontro entre equipes possibilita o compartilhamento de experiências, capacitação e ampliação da visão sobre o sujeito, onde a participação individual não deve ficar restrita apenas no campo de sua formação, mas na troca de saberes. Desse modo, a promoção de discussão de casos, educação permanente e apresentação do funcionamento dos serviços contribui para o aumento da capacidade resolutiva das equipes e qualificação para uma atenção ampliada (CAMPOS et al., 2014).

Assim como citado acima, Laura também reforça a importância de apresentar o funcionamento do CAPS para os demais equipamentos, para que, a depender da necessidade apresentada, o usuário possa ser atendido no serviço correto e assim promover um maior índice de resolutividade das ações:

Às vezes o profissional de saúde não sabe que o CAPS é um serviço de portas abertas, que não precisa de encaminhamento, ou qual o tipo de demanda que deve ser encaminhado para o CAPS. E isso reflete muito nos encaminhamentos errôneos que a gente recebe nos serviços e na realidade não é demanda pra CAPS, então a gente nota esse desconhecimento mesmo do quê que é o CAPS, qual a demanda que a gente atende, como que é o acesso, o que a gente oferta de atividade (Laura).

Portanto, o matriciamento se mostra um importante instrumento para a orientação e qualificação dos profissionais, para “*terem uma noção melhor de como funciona, para qualificar esses encaminhamentos e não fazer a pessoa [usuário] ir lá sendo que ela pode ser acompanhada em outro ponto da rede*”. Entretanto, o fato de ainda ser necessário divulgar o funcionamento da atenção psicossocial para os serviços de saúde revela a fragilidade do cuidado em saúde mental no território, uma vez que o desconhecimento e despreparo podem resultar na

dificuldade do manejo de demandas psicológicas, além de prejudicar o direcionamento correto do usuário para a instituição que irá atendê-lo.

No que se refere à intervenção clínico-assistencial, são citados o atendimento compartilhado e visita domiciliar com a equipe da atenção básica, isto é, PSF e NASF:

Atendimento compartilhado com o profissional da saúde da família também é uma ação importante, porque muitas vezes aquele profissional também tem dificuldades em compreender, a abordar, como lidar com algumas situações, aí o atendimento compartilhado ajuda muito. A visita domiciliar compartilhada, com o agente de saúde ou algum profissional da equipe Saúde da Família, ou do próprio NASF (Laura).

Às vezes determinado postinho ou NASF tem dificuldades no atendimento a casos de suicídio, ou o médico tem dificuldade de manejar a medicação quando tem uma pessoa com demanda de saúde mental, que não é grave, mas pode ser acompanhado pela atenção básica (Laura).

Dessa forma, assim como enunciado pela profissional, Nogueira et al. (2021) afirma que uma das motivações para a solicitação do matriciamento é para prestar apoio à equipe de referência quando essa apresenta dificuldade técnica e insegurança no manejo de demandas em saúde mental. Os atendimentos conjuntos, pontua o autor, possui a importante função pedagógica, uma vez que as equipes podem aprender in loco a intervir no campo da Saúde Mental e se autorizar nas ações que nem sempre cabem nos protocolos, lidando com situações diversas, como exclusão social, violência, luto e que podem ser acolhidas durante a própria consulta clínica.

Com a pandemia da COVID-19, entretanto, as atividades de matriciamento passaram por modificações, tanto para respaldar a saúde dos profissionais como também dos usuários. O período foi marcado mundialmente por sentimentos de medo quanto à doença, insegurança com as consequências a curto e longo prazo e à sua letalidade, recebendo a classificação de emergência sanitária pela OMS.

Considerando a singularidade e importância da presença da psicologia neste contexto, onde se pode citar processos de quebra da normalidade, processos de luto e isolamento, faz-se indispensável buscar conhecer sua atuação, sendo esse o principal objetivo da presente pesquisa.

Assim, ao questionar sobre as atividades desenvolvidas no período pandêmico, as entrevistadas explicaram que inicialmente houve a suspensão temporária das ações de matriciamento, em 2020, devido ao risco de contaminação do vírus e o desenvolvimento da vacina ainda estar em fase de pesquisa.

E aí depois da pandemia, parou tudo [...], a gente ficou um bom tempo assim, sem fazer uma visita, digamos física, ao serviço, ou até mesmo visitas domiciliares, reunião no território, então a gente ficou um período, eu não sei exatamente quantos meses, mas acho que até 2021, depois de março, a gente ficou sem conseguir fazer de forma presencial. E aí, o matriciamento, veio a proposta do matriciamento on-line (Laura).

Os atendimentos compartilhados não deu, nem visita compartilhada (Laura).

Ressalta-se que apesar da impossibilidade do desenvolvimento das ações, o que acarretou em sua suspensão, as demandas em Saúde Mental continuavam crescendo, sendo por motivos anteriores, pelo agravamento, ou que tenha emergido devido a pandemia. Nesse cenário, a estratégia adotada pela Secretaria Municipal de Saúde, no intuito de dar continuidade ao AM e ainda cumprir as medidas sanitárias vigentes, partiu da promoção do diálogo entre os profissionais que compõem a Rede de Atenção à Saúde intermediado pela tecnologia, no formato *on-line*.

E aí, no matriciamento online, foi uma ação também articulada com a gestão. Então, a gestão chamou alguns serviços da rede da atenção secundária, ambulatório, os CAPS, para fazer essa conversa com a atenção básica (Laura).

Dessa forma, possibilitou a comunicação não somente entre a atenção especializada em saúde mental com a atenção primária, mas também com toda a rede de saúde nos diferentes níveis, o que propiciou a inserção de setores que antes não era possível atingir, a discussão de temas, qualificação dos profissionais e planejamento de estratégias a partir das demandas existentes.

A entrevistada cita uma ação desenvolvida que pode ser utilizada para exemplificar toda a discussão realizada até o momento sobre matriciamento. Isto é, a articulação da Rede de Atenção Psicossocial a partir do encontro entre duas equipes, uma especialista em saúde mental, formada pelo CAPS, e outra de referência, composta pela Atenção Primária. Solicitada quando uma das partes sente necessidade técnico-pedagógica no manejo de demandas que se apresentam no território. Assim, busca-se o aperfeiçoamento da prática, qualificação profissional e suporte nas intervenções através de educação permanente, apresentação dos serviços, discussão de casos, atendimentos compartilhados e visitas domiciliares, a partir da lógica do compartilhamento do cuidado, objetivando proporcionar ao usuário um olhar integral e aumentar a capacidade resolutiva dos atendimentos.

Então, um dos temas do matriciamento foi a questão do suicídio, tentando também qualificar o nosso atendimento tanto na atenção especializada como na atenção básica, identificando alguns sinais, falando sobre a importância do acolhimento que o

profissional de saúde precisa fazer independente da categoria profissional ou do local onde ele esteja (Laura).

Posteriormente, com a vacinação da população, algumas das atividades puderam ser retomadas gradualmente, em um ritmo reduzido. Laura cita que realizou atendimento compartilhado, discussão de casos e apresentação do serviço de forma presencial. Destaca ainda que essas atividades não se restringem somente na política de saúde, mas de forma intersetorial, como na assistência social e no sistema socioeducativo:

Com esse período pandêmico, inclusive era uma questão que a gente tava sentindo necessidade de propor um matriciamento com as unidades do sistema socioeducativo que atende crianças e adolescentes que estão em conflito com a lei [...]. Considerando isso, teve a participação de um profissional de lá, um psicólogo inclusive, de lá que foi para uma reunião nossa. Então, a gente conseguiu conversar com ele, assim de uma forma mais direta, no sentido de entender o serviço deles e deles também entenderem o CAPS, como a gente funcionava e quais atividades a gente poderia pensar juntos e propor, inclusive da gente participar de uma reunião de equipe com eles lá na unidade (Laura).

Foi feita a discussão de caso com o CRAS, e aí a gente marcou o atendimento compartilhado com a pedagoga, o usuário e um familiar dele no CRAS do território dele, então também tá ligado com matriciamento que muitas vezes a gente tem uma visão um pouco restrita de achar que só pode ser feito, por exemplo, com postinho, não, isso é mais amplo, essa discussão (Laura).

A saúde mental deve estar articulada nos diferentes espaços e setores, não se restringindo somente no âmbito da saúde, a fim de superar a fragmentação do sujeito e inseri-lo na comunidade. Severo e Demenstien (2011) explicam que as políticas públicas por meio da atenção psicossocial devem priorizar a intersetorialidade como uma estratégia fundamental na construção de projetos de saúde, de solidariedade e de participação social, tornando os sujeitos ativos na produção de saúde.

A partir do exposto, torna-se evidente que a psicologia deve operar com responsabilidade social, trabalhar pela garantia de direitos, promover saúde e qualidade de vida dos sujeitos e ainda buscar o contínuo aprimoramento profissional (CFP, 2005). Em meio a uma equipe interdisciplinar, o psicólogo deve contribuir, em debates e intervenções, sob uma ótica pautada no respeito, na singularidade e nos princípios ancorados na luta antimanicomial, como descrevem as depoentes:

Na minha atuação e na atuação de alguns psicólogos que acompanho aqui e acompanhei na residência, é mais no intuito de lembrar as questões de saúde mental, tentar quebrar paradigmas, porque às vezes os profissionais de outras áreas não têm essa visão. Tentar diminuir preconceitos através da orientação, tentar informar também sobre a reforma psiquiátrica, sobre as formas de condução, isso é sempre

importante trazer e na maioria das vezes quem traz é o psicólogo, não é que seja privativo nosso, mas a nossa atuação é essa (Heloísa).

No meu caso, acho que uma coisa fundamental é fomentar essa articulação primeiro, esse diálogo com os outros serviços. De uma forma que seja compreensível para aqueles profissionais que não estão vivenciando o dia-a-dia do CAPS mas que se propõem a ser resolutivo, de dar encaminhamentos, de levar casos para discussão em comum, um usuário que eu atendo e o CSC também, porque está em território dele, identificar quais são esses casos, ouvir a equipe da atenção básica no sentido de entender qual é a compreensão deles sobre os serviços de saúde mental, sobre os usuários, se eles identificam também um usuário em comum (Laura).

A psicologia nesse espaço se aproxima também daquela proposta por Lapassade (1977), através de uma atuação mais política e engajada ao questionar as estruturas e propor mudanças em sua organização. Dessa forma, possui o seu exercício profissional pautado na promoção de acesso dos usuários à assistência pública de saúde no intuito de romper com os processos de exclusão e discriminação. Fomentar discussões acerca da desinstitucionalização e oferta dos serviços substitutivos de saúde mental, para que o usuário seja direcionado para o dispositivo correto, a depender de sua demanda, seja atendido de forma acolhedora, responsável, resolutivo e inserido na comunidade, fortalecendo o vínculo familiar e social.

6.3 Matriciamento na pandemia: adaptação dos serviços e da gestão

Nesta sessão, serão descritas as adaptações adotadas pelos serviços e pela gestão de saúde, objetivando prosseguir com seu funcionamento em contexto pandêmico. Mediante as estratégias de prevenção para o contágio da doença, os quais inclui o distanciamento físico, a utilização dos meios eletrônicos foi o recurso citado pelas entrevistadas.

Laura explica que como não foi possível realizar o contato presencial, tanto para reuniões com as equipes e gestão como também para o atendimento com os usuários, o uso das tecnologias se tornou útil, pois possibilitou a continuidade dos serviços, mesmo que a distância.

Eu acho que uma coisa que ampliou muito foi o olhar para o uso das tecnologias, eu acho que foi muito importante, uma ferramenta que foi muito útil, porque a gente não conseguia ter esse contato presencial, então por meio dessa tecnologia digital a gente conseguiu (Laura).

A utilização da internet e dos diferentes dispositivos tecnológicos de comunicação, no período da pandemia, cresceu largamente. Seu uso esteve atrelado à continuidade das atividades, nos diferentes âmbitos, como *home office*, vendas *on-line*, ensino remoto e ações em saúde. Os meios digitais também foram utilizados para a emissão de documentos e

certificados, como Carteira de Trabalho e Comprovante de Vacinação, além de agendamentos de consultas.

Dentre os meios tecnológicos, cita-se o *Google Meet*, serviço de comunicação onde há sala virtual de videochamada, capaz de reunir diversos usuários em tempo real, utilizado para realizar as reuniões de matricimento entre a rede de saúde e a gestão do serviço.

Em tempos de pandemia é uma ferramenta interessante, a gente pode fazer muitas coisas, inclusive precisamos explorar mais quais são as potencialidades, pra inclusive deixar o matricimento mais dinâmico, mais interativo, o Google Meet tem várias ferramentas que a gente pode usar que facilita essa interação que até então a gente desconhecia muito (Laura).

Todavia, para os atendimentos direto com os usuários, a metodologia adotada se torna diferente, não somente em plataformas digitais online, mas também ligações telefônicas, prática nomeada como “teleconsulta” ou “telemedicina”. A ação foi normatizada por meio da Portaria nº 467, em 20 de março, de forma temporária e excepcional.

A portaria determina a interação à distância para o atendimento pré-clínico, suporte assistencial, consulta, monitoramento e diagnóstico, intermediado pela tecnologia da informação e comunicação, efetuado diretamente entre profissional e paciente, de modo que garanta a integridade, segurança e sigilo das informações.

Caetano et al. (2020) explica que essa abordagem traz alguns benefícios, como a redução de tempo de atendimento e dos custos de deslocamento de pacientes e profissionais de saúde. Acrescenta-se ainda a flexibilidade, ao ajustar às necessidades em saúde de acordo com cada contexto social, além de proporcionar inovação quanto à prestação de serviços de saúde em contextos de epidemias.

No município de Palmas, todavia, como revela as entrevistadas, foram adotadas somente ligações telefônicas, visto que são medidas utilizadas a fim de abranger um maior número de usuários dos serviços de saúde, uma vez que há aqueles que não possuem acesso à internet ou aparelhos digitais, o que poderia corroborar com os processos de exclusão devido a desigualdade social.

O telefone foi muito usado para fazer esse atendimento aos usuários, de forma individualizada e a distância (Laura).

Os atendimentos online em si com o usuário não aconteceram, mas por telefone sim (Laura).

O que eu vi foi online, orientações também pelo telefone, presencial, às vezes só com o enfermeiro, ou só com o coordenador da unidade, só que assim, outras alternativas eu não consegui ver (Heloísa).

Ademais, outra ferramenta utilizada para abranger um maior número de pessoas no intuito de informar o público foi a criação de um perfil nas redes sociais para a instituição, Instagram e WhatsApp. As mídias sociais hoje são ferramentas de fácil acesso e utilizadas para atingir pessoas de todas as idades, o que facilita em tempo real a troca de informações e mensagens.

A gente fez foi criar um perfil do CAPS no Instagram, porque muitos usuários pensavam que o CAPS tinha fechado durante a pandemia, e aí apesar de saber que a realidade dos nossos usuários não permite o acesso à internet e tudo mais, mas a gente pensou nessa alternativa de criar o instagram do caps pra divulgar os horários de funcionamento, como que tava sendo o atendimento, levar algumas informações que a gente considerava importante (Laura).

A gente conseguiu manter o número do caps com WhatsApp, então isso facilitou a comunicação com os usuários. Mas como não era algo financiado pela gestão, era um celular de uma profissional, quando essa profissional saiu a gente não conseguiu manter o número com WhatsApp (Laura).

Todavia, apesar das estratégias adotadas, Heloísa destaca que em sua percepção, as atividades realizadas de forma remota e a distância não possui a mesma qualidade que aquelas desenvolvidas presencialmente:

Telefone, teve reunião online pelo meet e outras ferramentas, ligação de vídeo, mas não acontecia com profundidade que acontece como no presencial (Heloísa).

Dessa forma, a integração das ferramentas digitais, utilizadas para mitigar os obstáculos na assistência aos usuários em decorrência da pandemia, possui sua avaliação variável, de acordo com a percepção de cada profissional com sua experiência na atuação, o que não invalida a necessidade da abordagem para o contexto no qual foi adotado.

6.4 Desafios/ dificuldades que emergiram com a pandemia: (des)articulação da rede

Apesar das adequações empregadas pelas instituições de saúde para dar continuidade às atividades de apoio matricial em saúde mental, citadas anteriormente, é possível elencar ainda alguns desafios que emergiram decorrentes dessa nova conjuntura imprevisível, tanto para o modo de se trabalhar como também de se viver.

A primeira dificuldade evidenciada compreende o desconhecimento acerca da doença, e, diante disso, o modo de atuar se apresentava como incerto e instável a todo momento, o que resultava nas mudanças constantes nas práxis da equipe. Uma das entrevistadas narra que era frequente as reuniões de planejamento em equipe para reorganizar as ações, pois, correspondia

a um momento singular em que não havia orientações claras sobre a abordagem que deveria ser adotada para além das medidas de segurança sanitárias para frear o contágio da doença.

E nesse período pandêmico, a gente teve muitos momentos de discussão e equipe pensando na reorganização do serviço, porque era um momento muito difícil pra todo mundo, ninguém tinha conhecimento do vírus, não tinha vacina, e o CAPS é um serviço de atendimento contínuo, de convivência (Laura).

E, não sei, acho que foram bem prejudiciais para o serviço e para os usuários principalmente, mas a gente ficou totalmente perdido, não tinha uma orientação sobre o que deveria fazer, ou para se proteger, proteger os usuários (Laura).

A cada dia era outra discussão, uma coisa que a gente decidia hoje já mudava porque a situação já mudava, o contexto da pandemia já se intensificava (Heloísa).

As mudanças frequentes no serviço, a sobrecarga de trabalho e a ameaça ao vírus impactou também saúde mental dos profissionais da saúde, que tiveram que adaptar suas práticas em um curto espaço de tempo, sem planejamento prévio em um contexto nunca antes vivenciado. É preciso evidenciar que quem cuida também está suscetível ao adoecimento e não estão imunes aos fenômenos sociais.

Um desgaste físico e mental muito grande, de tá pensando e repensando, construindo e desconstruindo fluxos de atendimento, do próprio acolhimento, tudo, tudo mudou (Heloísa).

Para além disso, há também o fato de as Unidades Básicas de Saúde estarem funcionando como base de apoio para os atendimentos decorrentes da COVID-19, por meio de testagem, atendimento inicial, vacinação, encaminhamentos e orientações quanto à doença, no intuito de desafogar as atenções secundárias e terciárias que trabalhavam com sobrecarga do fluxo ao assistir os pacientes agravados pelo vírus como também decorrentes de outros fatores. Dessa forma, não se tornava possível desenvolver atividades na atenção básica devido à sobrecarga dos atendimentos e da jornada de trabalho dos profissionais.

Também porque a atenção básica tava muito sobrecarregada por conta da covid, então não tinha condições da gente ir até o serviço, por conta de toda essa questão do distanciamento (Laura).

Teve o desfalque que ocorreu, essa questão de a unidade não conseguir encontrar tempo para nos receber (Heloísa).

E pra fazer matriciamento online com a atenção básica só mesmo com esse direcionamento da gestão, porque eu já tinha tentado antes marcar uma reunião, mas eles não tinham tempo, a carga horária, a sobrecarga de trabalho (Laura).

As unidades estavam com fluxo bem aumentado de pessoas, então aqueles territórios que estavam 100% dependentes (Heloísa).

As reuniões desenvolvidas no formato on-line mostrou ser uma adaptação que trouxe benefícios quanto às necessidades decorrentes da época, como o retorno das atividades, uma vez que estavam suspensas, e a promoção de debates com diferentes níveis de atenção à saúde. Porém, foi levantado pelas psicólogas algumas considerações quanto ao seu cumprimento.

A gente não teve essa organização prévia com a gestão. A gestão definiu as datas e só passou o cronograma, e aí a gente teve que se organizar, ver quem que seria a pessoa que ia participar e tal, então assim, não houve muito esse diálogo, vejo isso como uma diferença, que poderia ter tido, poderia ter organizado melhor (Laura).

No online tinham pessoas de outros territórios, e existe essa diferença, porque a discussão pode ser mais ampliada, porque terão territórios diversos ali naquele espaço (Laura).

Os matriciamentos que eu participei foram todos online, era baixa adesão, um ou outro profissional e a gente sabe que nem sempre repassa as informações, não consegue atingir nem metade do que deveria ser feito (Heloísa).

Laura evidencia que não houve organização participativa para o planejamento das atividades desenvolvidas entre a gestão e os serviços de saúde, os profissionais eram avisados quanto ao cronograma e deveriam organizar entre si para cumpri-los. Além disso, como as reuniões compreendiam diferentes níveis e serviços de outros territórios, as demandas apresentadas não se mostravam singulares e específicas para aquela determinada localidade, mas de forma abrangente.

A partir disso, evidencia-se uma relação de poder, como teoriza Foucault (1979), entre a gestão e as demais equipes, onde uma força é exercida sobre a outra, no entanto, não se apresenta de forma absoluta, como nas instituições totais (GOFFMAN, 2008). Santos (2016) explica que o poder é uma ação sobre ações, isto é, no plano do governo, está presente no direcionar, conduzir e governar o outro.

Relaciona-se também a partir de dois papéis descritos por Lapassade (1977), entre o instituído, aquele que detém o poder, estabelece os padrões e regras; com o instituinte, que se apresenta como aquele que questiona o modo operante.

Ademais, Heloísa relata a falta de adesão dos demais profissionais e, aos que compareciam, não repassavam as deliberações ao restante da equipe, o que demonstra uma articulação interna falha, sem comunicação e fragmentada, o que por sua vez pode prejudicar no atendimento ao usuário e na dinâmica grupal. Colomé et al. (2008) cita que um dos grandes desafios que se apresenta na área da saúde refere-se à integração da equipe de trabalho e, se essa dificuldade não for superada, haverá a repetição de um modelo fragmentado, com enfoque somente na recuperação biológica individual. Dessa forma, “perde-se a potência do trabalho

conjunto e a ampliação das possibilidades de cuidado do usuário que não faz uso de um sistema integrado de saúde, mas de equipamentos isolados que tratam de problemas pontuais” (DELFINE; REIS, 2012, p. 359).

6.5 Reflexo do desenvolvimento das ações de matriciamento para os usuários

Até o momento muito foi exposto sobre o objeto de estudo desta pesquisa, a saber, a definição de matriciamento e atividades desenvolvidas, as adaptações realizadas para o funcionamento dos serviços devido a pandemia, bem como os desafios advindos com ela. Agora, torna-se importante discutir sobre como esse novo modo de fazer saúde reflete nos usuários.

A partir do relato das entrevistadas, foi possível perceber que as atividades desenvolvidas no apoio matricial buscam promover a manutenção dos direitos dos usuários dos serviços em saúde mental, pautados na lógica antimanicomial e na Rede de Atenção Psicossocial, isto é, ser assistido pelos diferentes equipamentos que compõem a rede, não podendo ficar restrito apenas ao serviço especializado, CAPS.

Heloísa relata que em sua atuação profissional percebe que os usuários possuem dificuldade de acesso aos serviços da atenção primária, pois quando são identificadas demandas de saúde mental logo são encaminhados para o serviço especializado, mesmo que a necessidade possa ser solucionada na Unidade Básica de Saúde.

Um exemplo que acontece e muito frequente, a gente tem dificuldade que eles [usuários] acessem a atenção primária. Eles são negligenciados, são muitas vezes ignorados, falam que está mentindo, às vezes está sob efeito, às vezes em crise, então “não é aqui, tudo é no CAPS” (Heloísa).

Gazignato e Silva (2014) afirmam que com a premissa da Reforma Psiquiátrica, em busca pelo redirecionamento do cuidado, sob a perspectiva de atenção integral e humanizada aos sujeitos, é necessário estender o cuidado para todos os níveis de assistência. Requisita, assim, a inserção da pessoa em sofrimento psíquico como sujeito de direito, que como qualquer indivíduo deve ter seu acesso aos seguros em todos os níveis de atenção, inclusive e principalmente na Atenção Básica.

Dessa forma, as atividades desenvolvidas pela equipe interdisciplinar no AM, tanto clínico-assistencial como também técnico-pedagógicas, possuem como finalidade promover acessibilidade aos usuários com demandas em saúde mental nos diferentes serviços.

Então a gente sempre tá discutindo sobre isso, como poderia fazer essa conversa em rede para tentar ser mais resolutivo, para que o usuário não encontre tantas barreiras no atendimento em outros pontos da rede que não seja o CAPS (Laura).

Eu acho que pensando no matriciamento, uma coisa que pode ser um saldo importante, se é que a gente pode falar assim, a diminuição da barreira do acesso do usuário a outros serviços que não seja o CAPS, pensando na assistência direta (Heloísa).

As barreiras que as profissionais apontam são provenientes de um longo processo de exclusão e violação de direitos aos conhecidos como “loucos”, isto é, “maneira negativa como desvio em relação ao normal e de maneira virtual como possibilidade do comportamento não sancionado socialmente” (FOUCAULT, 2019, p. 23), onde, apesar do passar do tempo e direitos conquistados, o ideário social carregado de estigmas, tentativas de silenciamento e desrazão persistem.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira comparece justamente como um processo de luta pela construção contínua de reflexão e transformação nos campos assistencial, cultural e conceitual, com vistas à mudança das relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com as pessoas que vivenciam o sofrimento psíquico, baseadas, grande parte das vezes, no estigma, na segregação e na desqualificação desses sujeitos (IGLESIAS; AVELLAR, 2019).

Assim, quando perguntadas em como as intervenções realizadas refletem na vida do usuário, respondem:

Desconstruir alguns estigmas e preconceitos que ainda existem no imaginário social que é reproduzido e às vezes inclusive é propagado por pessoas que não deveriam, a própria política, as próprias mudanças que a gente vê na política de saúde mental, o discurso de pessoas que deveriam cuidar e não tem essa consciência e acaba reproduzindo muita coisa que deve ser desconstruída e interfere na vivência do usuário (Laura).

Mas, o que a gente espera é que melhore a qualidade desse atendimento, melhore a assistência integral a esse usuário, que ele também consiga encontrar outras alternativas dentro do território dele (Heloísa).

Ao assegurar o acesso à assistência pública de saúde, rompe com práticas de exclusão e discriminação, saindo de um modelo biologicista para uma compreensão sociopolítica com ações de cuida do promotoras de autonomia (GONÇALVES, 2020). Dessa forma, a importância do AM se dá nos resultados das ações desenvolvidas, os quais recaem na qualidade da assistência recebida pelo usuário, no processo resolutivo, no acolhimento e no fortalecimento do vínculo com o território.

Melhorar a assistência, melhorar o acolhimento do usuário em outros pontos da rede, aproximar os serviços que vai refletir na vida e na dinâmica do usuário. Eu acho que o matriciamento é fundamental assim... o fortalecimento do vínculo do usuário no

território, quando a gente faz um atendimento compartilhado no território, com outros serviços, com outros profissionais, acho que isso também fortalece (Laura).

Porque quando a gente sai do CAPS, a gente dialoga com outros serviços, com a rede intersetorial, com a RAPS, da saúde, acho que fortalece, tudo, tanto os serviços que vai refletir na assistência com o usuário (Laura).

A apropriação com as temáticas relacionadas à Saúde Mental possibilita que os profissionais desenvolvam certo nível de criticidade e rompimento com os estigmas, permitindo maior aproximação aos casos e facilitando assumir a responsabilidade sanitária da equipe sobre os casos (Amaral et al., 2018). A partir disso, é perceptível que as psicólogas pautam suas ações nos princípios da Rede de Atenção Psicossocial, embasados nos Direitos Humanos, Lei Antimanicomial e Clínica Ampliada, onde garante a liberdade dos sujeitos, sua assistência nos variados serviços, e inserção nos diferentes espaços e territórios.

A gente tenta e a nossa missão é reinserir e reabilitar, então a gente tenta trabalhar com as unidades pra gente ter essa resposta, porque o intuito maior aqui é que ele consiga conviver no local que ele mora, que ele consiga ter o mínimo de respeito, de assistência, isso é o que a gente sonha e espera que aconteça (Heloísa).

A gente sonha e espera que eles consigam conviver, ter acesso, não sejam barrados por esse acesso, ou sejam limitados por ter uma condição que às vezes não é tão desejada pela sociedade, que é os transtornos ou o uso de substâncias (Heloísa).

Portanto, a partir do exposto, as ações de apoio matricial se mostraram sendo no sentido de efetuar e, permita-se dizer, organizar, o que é preconizado pela Política Nacional de Saúde Mental, na promoção do cuidado nos diferentes serviços, de forma substitutiva, inserido na comunidade, como sujeito de direito, que possui uma história, vontades e, acima de tudo, liberdade.

Nesse aspecto, a prática do psicólogo no matriciamento se mostra um importante elemento, onde cabe evidenciar e refletir sua atuação sob uma perspectiva crítica e política, apoiada na lógica psicossocial, onde envolve aspectos psicológicos e sociais na vida dos protagonistas de forma simultânea.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do trabalho construído, são levantadas algumas considerações que não devem ser concebidas como finais, pois a pesquisa não se esgota, assim como as respostas não compreendem o todo. Dessa forma, apenas despertou questões outras para continuarem a serem pesquisadas.

Pôde-se conhecer com a prática das profissionais participantes o novo modelo de produzir saúde: serviço de portas abertas, amparado na Clínica Ampliada, através de uma equipe multiprofissional de forma interdisciplinar; nos serviços substitutivos de Saúde Mental, com a Reforça Psiquiátrica e em diálogo com os demais serviços nos diferentes níveis, em consonância com a Rede de Atenção Psicossocial. Contudo, imersos em um cenário que se mostra novo e desafiador, atravessado pela pandemia da COVID-19.

O matriciamento, como descrito pelas entrevistadas, compreende a articulação entre dois dispositivos, ou mais, a fim de construir de forma compartilhada intervenções objetivando aprimorar o manejo de demandas em saúde mental. A psicologia, nesse espaço, junto à equipe especializada, apresentou-se como um importante elemento para fortalecer as potencialidades e desenvolver os pontos que merecem atenção. Como posto, por meio da qualificação dos demais profissionais em torno da temática, discussão de casos, atendimento compartilhado, visitas domiciliares, apresentação do serviço especializado a fim de compreenderem os fluxos, orientar os encaminhamentos e por fim, o diálogo intersetorial.

Todavia, com a COVID-19, algumas práticas foram reduzidas, outras suspensas e adaptações foram adotadas, no intuito de manter a integridade física dos profissionais e sujeitos assistidos, assim como para que as atividades continuassem ocorrendo, respeitando as orientações da Organização Mundial da Saúde, como o distanciamento físico entre os sujeitos para evitar o contágio e a vacinação para imunizar a população e reduzir o agravo da doença.

Nesse sentido, a princípio, o matriciamento foi suspenso integralmente e posteriormente as ações foram retomadas de forma gradual a partir de práticas remotas, como reuniões *on-line* entre equipes da rede, organizadas pela gestão, onde eram realizadas discussões de caso, educação permanente e compreensão dos fluxos. As ações que antes eram realizadas diretamente com o usuário foram paralisadas, sendo retomadas com o avanço do processo de vacinação. Para tanto, foram utilizados meios eletrônicos para que estes não ficassem desassistidos.

Para além do contato com o outro, a pandemia também dificultou o desenvolvimento do apoio matricial devido à sobrecarga de atendimento nos diferentes dispositivos de saúde, à

constante alteração no plano de atividades das unidades em razão da incerteza quanto ao prognóstico da doença e as ações que passaram a ser planejadas e organizadas pela gestão de saúde, o que não necessariamente atendia à demanda da equipe e o território ao qual correspondia.

Ainda, mostrou-se que há aspectos que precisam ser trabalhados, como o manejo, a articulação e responsabilização dos serviços. Cada serviço de saúde atende demandas diferentes, a partir do grau de complexidade. Nesse sentido, todos devem abordar e intervir no cuidado em saúde mental, uma vez que este não está desvinculada à saúde física. Todavia, a partir das narrativas das psicólogas, sinaliza que ainda há profissionais que desconhecem o funcionamento dos serviços substitutivos e não sabem como manejar demandas em saúde mental, o que evidencia uma necessidade maior de especialização por parte das equipes.

É preciso romper com a forma tradicional de compreender saúde, ao associar como elemento unicamente biológico, restrito na figura do médico e desconsiderando o contexto psicossocial do sujeito. Para, então, atendê-lo em sua integralidade, a partir de sua necessidade biopsicossocial, de modo que faça os encaminhamentos quando necessário e para o dispositivo correto, sem ocorrer somente pela transferência de responsabilização, como acontece em grande medida com os usuários que apresentam algum tipo de transtorno mental que são direcionados ao CAPS mesmo podendo ser acompanhado na Atenção Básica. Isso pois, a Atenção Psicossocial não deve, tampouco consegue, atender a todas as necessidades apresentadas, apenas aquelas que compreendem o perfil da instituição.

Destaca-se que não há um ponto mais importante que o outro, cada qual possui seus objetivos e quando trabalhados juntos conseguem abranger um maior número de usuários, de forma resolutiva. Ainda, é necessário desenvolver a promoção e prevenção de saúde mental em todos os setores, não somente na saúde, mas na assistência social, no sistema socioeducativo, nas escolas, dentro outros.

Assim, todas as atividades exercidas, tanto técnico-pedagógica como clínico-assistencial, são desenvolvidas visando qualificar os atendimentos como também promover o acesso dos usuários aos diferentes serviços, sendo a principal barreira para essa última devido o estigma que a sociedade ainda carrega em torno da “loucura”. O papel da psicologia, portanto, no matriciamento, está na busca pela garantia de direitos aos usuários.

O cuidado ao usuário pela via Antimanicomial e transitando entre os diferentes dispositivos ainda é um processo que precisa ser trabalhado a todo instante para a manutenção de sua prática, o qual não deve ser restritivo apenas como papel do psicólogo, mas pela equipe, gestão e sociedade civil.

Por fim, a partir das atividades enunciadas, o questionamento a ser feito consiste na possibilidade ou não da continuação do uso da tecnologia nas ações e práticas futuras, bem como seus benefícios, malefícios e o reflexo destas na assistência ao usuário.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. **História, Ciências, Saúde** - Manguinhos, I(1): 61-77, jul.-oct, 1994

AMARANTE, P.; NUNES, M.O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):2067-2074, 2018

AMARAL, C. E. M et al. Apoio matricial em Saúde Mental na atenção básica: efeitos na compreensão e manejo por parte de agentes comunitários de saúde. **Interface (Botucatu)**. 2018; 22(66):801-12

APÓS 20 anos, Reforma Psiquiátrica ainda divide opiniões. **Agência Senado**, Brasília - DF, 06 de abr. de 2021. Disponível em:
<<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/04/06/apos-20-anos-reforma-psiquiatrica-ainda-divide-opinioes>> . Acesso em: 26 de fev. de 2022

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. 1. ed. – São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. SP: Edições 70, 2011.

BASAGLIA, F. A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização. In: AMARANTE, P. (Org). **Franco Basaglia: escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Gramond, 2005. tradução Joana Angélica d'Ávila Melo

BLEGER, J. **Psico-higiene e Psicologia Institucional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984

BOARINI, M. L. Higienismo, eugenia e a naturalização do social. In Boarini, M. L. **Higiene e raça como projetos: higienismo e eugenismo no Brasil**. Maringá: Eduem, 2003

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde**, 1986

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Mental**, 1988a

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília/DF: Senado, 1988b.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

BRASIL. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. 6 Abr 2001.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 2011a

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental** / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) ... [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011b.

BRASIL. **Decreto nº 7.426, de 7 de janeiro de 2011**. Dispõe sobre a transferência da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - CONAD e da gestão do Fundo Nacional Antidrogas - FUNAD do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República para o Ministério da Justiça, bem como sobre remanejamento de cargos para a Defensoria Pública da União. Diário Oficial República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2011c

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <http://bit.ly/1mTMIS3>>

BRASIL. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2017

BRASIL. **Decreto nº 9.926, de 19 de julho de 2019**. Dispõe sobre o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Diário Oficial República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2019a

BRASIL. **Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019**. Altera as Leis nºs 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nºs 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema

Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Diário Oficial República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2019b

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 467, de 20 de março de 2020**. Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Ministério da Cidadania lança edital para seleção de comunidades terapêuticas**. Brasília, 12 de dez. de 2019c. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistencia-social/2019/12/ministerio-da-cidadania-lanca-edital-para-selecao-de-comunidades-terapeuticas>>. Acesso em: 26 de fev. de 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. **NOTA TÉCNICA Nº 3/2020**, de 28 de jan. 2020. Brasília, 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 271, de 17 de fevereiro de 2021**, Brasília/ DF, 2021

BRIZOLLA, M.M.B et al. Uma Revisão Sobre a Pesquisa Qualitativa em Ciências Sociais Aplicadas. **UFAMBR**, Manaus, v. 2, n. 3, art. 6, pp.103 -130, julho-dezembro, 2020

CAETANO, Rosângela et al. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, 2020; 36(5):e00088920

CAMPOS, G. W. de S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, G. W. S. et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**. Botucatu, v. 18, supl.1, p. 983-995, 2014

CARTA DE BRASÍLIA. Ministério da Saúde do Brasil, **Organização Panamericana da Saúde e Organização Mundial da Saúde**, 2005

CASTRO, R; PILAR, A, F. Boletim destaca marco de 500 mil mortes por Covid-19 no Brasil. **FIOCRUZ**. 2021. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/boletim-destaca-marco-de-500-mil-mortes-por-covid-19-no-brasil>> Acesso em: 30 de jun 2021

CEBES. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. A questão democrática na área de saúde. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n.9, p.11-13. 1980

CFP - CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional dos Psicólogos**, 2005

CFP - CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial** / Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2013.

CFP - CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Governo Federal decreta fim da política de Redução de Danos.** Brasília, 12 de abril de 2019. Disponível em <<https://site.cfp.org.br/governo-federal-decreta-fim-da-politica-de-reducao-de-danos/>>. Acessado em 26 de fev. de 2022

COLOMÉ, I. C. S.; LIMA, M. A. D. S.; DAVIS, R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. **Rev Esc Enferm, USP**, 2008; 42(2):256-61.

DANZMANN, P.S; SILVA, A.C.P; GUAZINA, F.M.N. **Atuação do psicólogo na saúde mental da população diante da pandemia.** 2020

DECLARAÇÃO DE CARACAS. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde, 1990.

DELFINI, P.S.S; REIS, A.O.A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(2):357-366, fev, 2012

DELGADO, Paulo Gabriel Godinho. **Voltando ao começo:** desvelando os bastidores políticos da Lei Paulo Delgado. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, V. 44, N. Especial 3, P. 21-28, Outubro 2020

ELIA, Luciano. Medicalização e Subjetividade. Seminário de fundação do Observatório de Direitos Humanos e Justiça Criminal do Espírito Santo- ODHES, 2015
enfrentamento ao fortalecimento de estratégias em saúde mental - Revisão Narrativa. v. 1 n. 4. 2020

SCOREL et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, 21(2), 2007.

FAGUNDES, E. C; DEUSDEDIT JÚNIOR, M. Matriciamento Em Saúde Mental Na Atenção Primária De Saúde: O Papel Do Psicólogo No Desenvolvimento De Ações De Matriciamento Na Atenção Primária De Saúde Envolvendo Serviços De Saúde Mental. **Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas** v. 1, n. 2, jul./dez. 2016 – ISSN 2448-0738

FEITOSA, Juliana Biazze. **A internação do adolescente em conflito com a lei como “única alternativa”:** reedição do ideário higienista. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, Universidade Estadual de Maringá. Maringá, p. 245. 2011

FERREIRA, M.S. Polissemia do conceito de instituição: diálogos entre Goffman e Foucault. **ECOS. Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, V. 2 , N. 1. 2012

FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Saúde Da Família Perde Modelo do Nasf.** Rio de Janeiro/ RJ, 01 de mar. de 2020. Disponível em: <<https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/noticias/saude-da-familia-perde-modelo-do-nasf>> .Acesso em 25 de fev. de 2022.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder.** Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade clássica**. Tradução José Teixeira Coelho Neto; revisão da tradução Newton Cunha; apresentação Vladimir Safatle. – 12.ed. – São Paulo: Perspectiva, 2019

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. Rio de Janeiro, V. 38, N. 101, P. 296-304, ABR-JUN 2014

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. - 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. SP: Perspectiva, 2008.

GOMES, Anna Luiza Castro. **A Reforma Psiquiátrica no contexto do movimento de luta antimanicomial em João Pessoa – PB**. 2013

GONÇALVES, ST; DIÓGENES, JMP. **A atuação do psicólogo no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)**. Cadernos ESP - Revista Científica da Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza-CE, v.14, n.2, p. 15-23, dez., 2020.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(1):297-305, 2009

<https://doi.org/10.25248/reas.e6954.2021>

IGLESIAS, Alexandra; AVELLAR, Luziane Zacché. As Contribuições dos Psicólogos para o Matriciamento em Saúde Mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Abr/Jun. 2016 v. 36 n°2, 364-379. DOI: 10.1590/1982-3703001372014

IGLESIAS, Alexandra; AVELLAR, Luziane Zacché. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24(4):1247-1254, 2019

JANZ JR, Dones Cláudio. O Valor Da Eugenia: Eugenia E Higienismo No Discurso Médico Curitibano No Início Do Século XX. **Cordis. História, Corpo e Saúde**, n. 7, jul./dez. pp. 87-120, 2011

LAPASSADE, G. **Grupos, Organizações e Instituições**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

MACEDO, João Paulo; DIMENSTEIN, Magda. O trabalho dos psicólogos nas políticas sociais no Brasil. **Av. Psicol. Latinoam.**, Bogotá , v. 30, n. 1, p. 182-192, Jun 2012

MANIFESTO contra a nomeação de Rafael Bernardon para Coordenação Nacional de Saúde Mental. **ABRASCO**, Rio de Janeiro – RJ, 04 de marc. de 2021. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/manifesto-contra-a-nomeacao-de-rafael-bernardon-para-coordenacao-nacional-de-saude-mental/56509/>>. Acesso em: 28 de mar. de 2022

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F . Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 25 ed. **rev. atual**. Petrópolis: Vozes, 2007.

MORAES, Roque; GALIAZZI, Maria do C. **Análise Textual Discursiva**. Ijuí: Unijuí, 2005

NOGUEIRA, N. F. O.; MOTA, C. S.; TEIXEIRA, D. S. Apoio Matricial e Saúde Mental: relato das potencialidades e desafios no fazer do NASF por uma psicóloga em uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, 10(3), 455-468, 2021. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpds.v10i3.3750>

OLIVEIRA, D. S; FIRMO, A.C; BEZERRA, I. C; LEITE, J.H.C. *COVID-19: do* PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

PEGORARO et al. Matriciamento em Saúde Mental Segundo Profissionais Da Estratégia Da Saúde Da Família. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 4 p. 621-631, out./dez. 2014

PEREIRA, Alexandre de Araújo; VIANNA, Paula Cambraia de Mendonça . **Saúde mental**. -- Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013

PICHÓN-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. 7ª ed. São Paulo: Martins fontes. 2005.

PUPO, LR et al. Saúde mental na Atenção Básica: identificação e organização do cuidado no estado de São Paulo. **Saúde Debate** | Rio De Janeiro, V. 44, N. Especial 3, P. 107- 127, outubro 2020

QUEIROZ, Edilza Wanderleia da Silva – A Construção do Vínculo Terapêutico: Uma reflexão sob a perspectiva gestáltica. **Revista IGT na Rede**, v. 14, nº 26, 2017. p. 109 – 126. Disponível em <http://www.igt.psc.br/ojs> ISSN: 1807-2526

RADECKI, W. **Hygiene mental da criança**. Archivos Brasileiros de Hygiene Mental. 1(1), 11-89, 1925

ROSA, Carlos Mendes; VILHENA, Junia de. Do manicômio ao CAPS da contenção (im)pediosa à responsabilização. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n.37, p.154-176, jul./dez. 2012

SANTOS, Paulo Rodrigues dos. A concepção de poder em Michel Foucault. **Especiaria - Cadernos de Ciências Humanas**. v. 16, n. 28, jan./jun. 2016, p. 261-280.

SCARCELLI, I. R. A contrarreforma na política de saúde mental: o que temos a ver com isso? **Jornal da USP**, 2019. Disponível em: <<https://jornal.usp.br/artigos/a-contrarreforma-na-politica-de-saude-mental-o-que-temos-a-ver-com-isso/>>. Acesso em: 05 de jul de 2021

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico**. 1. ed. -- São Paulo: Cortez, 2013

SEVERO, Ana Kalliny; DIMENSTEIN, Magda. Rede e intersectorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 31, n. 3, p. 640-655, 2011

SEVERO, FMD et al. Retratos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, V. 44, N. Especial 3, P. 9-14, Outubro 2020

SILVA et al. Práticas de matriciamento em saúde mental desenvolvidas na atenção primária à saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 13(5), e6954. 2021

SILVA, A.H; FOSSÁ, M. I.T. Análise De Conteúdo: Exemplo De Aplicação Da Técnica Para Análise De Dados Qualitativos. **Qualit@s Revista Eletrônica**, ISSN 1677 4280 Vol.17. Nº 1 (2015)

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

APÊNDICE C - TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS

APÊNDICE D – TRATAMENTO DOS DADOS

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Local de trabalho (instituição/ cidade):

Tempo exercendo matriciamento:

1. Quando é realizado o matriciamento?
2. Quais as atividades de matriciamento são realizadas? E quais equipes e profissionais realizam essa atividade?
3. Qual o papel do psicólogo no apoio matricial, como ele atua?
4. Como funciona a comunicação entre as equipes?
5. Como é feito o planejamento das ações? E com a pandemia?
6. Houveram alterações nas atividades devido a pandemia? Quais?
7. Na prática, surgiram dificuldades devido a COVID-19?
8. Foram adotadas algumas adaptações mediante essas dificuldades?
9. Houve alguma possibilidade que tenha surgido nesse contexto?
10. Como as intervenções realizadas refletem na vida do usuário?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) participante,

Convido o (a) Sr. (a) para participar da pesquisa intitulada: “Matriciamento na Pandemia: A Perspectiva dos(as) Psicólogos(a) da Rede de Atenção Psicossocial do Município de Palmas/TO”, sob responsabilidade e orientação do pesquisador Prof^o Dr. Ricardo Monteiro Guedes de Almeida, tendo como assistente e membro da equipe executora Elisa Alves Borba, ambos do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Tocantins do Campus de Miracema. Nesta pesquisa, pretendo investigar a prática do(a) psicólogo(a) nas ações de matriciamento em saúde mental frente à COVID-19.

O motivo que me leva a pesquisar este tema é a relevância acerca da atuação do(a) psicólogo(a) nas políticas públicas de saúde, a partir do matriciamento, em um contexto de pandemia anteriormente desconhecido e que ainda se mostra difícil de dimensionar em suas consequências a curto e longo prazo. Esse estudo visa contribuir como suporte técnico e fonte de conhecimentos aos psicólogos(as) e estudantes de psicologia, os quais servirão para embasar suas possíveis intervenções na importante tarefa do matriciamento.

Para esta pesquisa adotei os seguintes procedimentos: após o convite ao profissional, esclarecimento de quaisquer dúvidas e autorização por meio da assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), será realizada uma entrevista semiestruturada no formato on-line através da plataforma Google Meet. Será enviado um link para o endereço eletrônico (e-mail) do participante da pesquisa, o que dará acesso a sala virtual na qual ocorrerá a entrevista. A entrevista levará aproximadamente 45 minutos e será gravada em formato de áudio para posteriormente transcrição das informações na íntegra. A sua participação é voluntária e consistirá em responder aos questionamentos da pesquisadora em relação às práticas profissionais do psicólogo desenvolvidas no matriciamento em saúde mental.

Existem riscos para os participantes no momento da entrevista, onde poderá apresentar desconforto ao expor sua história e experiência, desencadeando memórias negativas, medo, vergonha, constrangimento, receio de revelar informações, ter sentimento de estar se sentindo vigiado, ter sentimento de invasão de privacidade, entre outros sentimentos que podem ser despertados. Para tanto, comprometo-me em estabelecer o rapport (vínculo) com o(a) entrevistado(a) de modo que possa acolher possíveis relatos que suscitem

sentimentos negativos no(a) participante da pesquisa, além de prezar pela ética ao manter o sigilo profissional do(a) participante e de seu local de trabalho, a fim de não prejudicá-lo(a), causar constrangimento e expor sua imagem. Por se tratar de uma pesquisa com uma amostra pequena de participantes e desenvolvida apenas no Município de Palmas do Tocantins, há o risco de os participantes serem identificados. No entanto, a pesquisa tem seu foco nas modalidades de atuação do profissional no contexto em questão, portanto, todos os dados pessoais dos participantes serão omitidos a fim de diminuir o risco de identificação dos mesmos. Por se tratar de uma pesquisa em ambiente virtual, existem riscos relacionados ao uso de ferramentas digitais, tais como: quebra de confidencialidade e de violação dos dados. Uma vez concluída a coleta de dados, eu ficarei responsável por fazer o download dos dados coletados em um dispositivo eletrônico local e apagarei todos os registros de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou “nuvem”.

A pesquisa contribuirá para compartilhar experiências de trabalho que servirão como referência para a atuação de profissionais e estudantes que seguirão a mesma área. É importante ressaltar o efeito catártico que uma entrevista dessa ordem proporciona, promovendo um certo sentimento de alívio de tensão do(a) participante da pesquisa. Você não é obrigado(a) a responder todas as perguntas e poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ser prejudicado(a) por isso. Não há respostas certas ou erradas, pois o que importa é como você compreende os assuntos abordados.

Eu serei a responsável pelo estudo que irá analisar as informações passadas por você através de seu relato nas entrevistas. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Após ser esclarecido sobre as informações, no caso de aceitar participar desse estudo, será enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) através de link eletrônico (plataforma do Google Formulário) que será registrado e salvo, concluindo o aceite do participante e enviado uma cópia por e-mail fornecido pelo mesmo. Em caso de recusa, você não será penalizado(a) de forma alguma. Vale ressaltar que tanto os seus dados de identificação, quanto a sua identidade serão mantidos em sigilo, apenas eu e o meu orientador terão acesso.

O (A) Sr. (a) poderá questionar ou solicitar informações sobre a pesquisa quando achar necessário, mesmo depois de realizada a entrevista ou após o encerramento e/ou a interrupção da pesquisa, por meio do meu telefone (63) 98133-2689, no endereço: Avenida Amaury Nolasco, 432, Setor Universitário, Miracema do Tocantins - CEP - 77650-000 e/ou

no endereço eletrônico: elisaborba3@gmail.com. Além disso, terá o livre acesso aos resultados da pesquisa quando esta for encerrada, sendo assegurado, também, o direito à indenização caso sofra algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa.

Quanto aos aspectos éticos da pesquisa, o (a) Sr. (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Tocantins – CEP/UFT. O CEP foi criado para defender e garantir os seus interesses como participante da pesquisa. Ele possui a obrigação de avaliar os aspectos éticos da pesquisa, tanto no seu planejamento, como na sua execução. Caso seja necessário, você poderá entrar em contato com o CEP da UFT através do telefone (63) 3232-8023, pelo e-mail: cep_uft@uft.edu.br, ou Quadra 109 Norte, Av. Ns 15, ALCNO 14, Prédio do Almoxarifado, CEP-UFT 77001-090 - Palmas/TO. Os horários de atendimentos são: segundas e terças-feiras, das 14h às 17h e quartas e quintas-feiras, das 9h às 12h. Nas sextas-feiras, não há atendimento ao público. Você também poderá entrar em contato com o CEP da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP) que se encontra no endereço: Quadra 405 Sul, Avenida LO 09 – S/N, Lote 11, Edifício Instituto Vinte de Maio, Térreo, Biblioteca - sala do Comitê de Ética, Palmas - TO; CEP: 77015-611. Horário de atendimento ao público: segunda a sexta-feira, das 13 às 18 horas. E-mail: cepfesp.pal masto@gmail.com. Telefone: (63) 3212-7166. Desde já agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

1. Insira seu e-mail abaixo para ter acesso à sua via deste termo:

2. Insira seu nome abaixo (essa informação será usada apenas para TCLE, sendo garantidos os direitos ao sigilo e anonimato):

Eu fui informado(a) sobre o que a pesquisadora quer fazer e a razão dela precisar da minha colaboração, e entendi a explicação. Portanto, concordo em participar da pesquisa, sabendo que não receberei nenhum tipo de compensação financeira em troca da minha participação e que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento.

Após a leitura do presente termo, caso haja aceite, selecione a opção "Declaro que li e concordo em participar da pesquisa", localizada abaixo da apresentação do TCLE on-line, acusando que leu e está de acordo com o Termo apresentado. Caso não concorde participar, apenas feche essa página no seu navegador.

Declaro que li e concordo em participar da pesquisa.

APÊNDICE C - TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS

Entrevista 01 - Laura

1. Quando é realizado o matriciamento?

Assim, logo quando eu entrei, participei de uma reunião de equipe e aí uma das pautas da reunião era os horários do carro, que horário o carro ia ficar à disposição, digamos assim, para os profissionais. E aí, uma sugestão que eu dei foi que a gente organizasse isso por turno, cada turno, cada dia da semana um profissional teria o carro a disposição dele para fazer as atividades extra CAPS, que aí envolve matriciamento, visitas, que tá também ligada ao matriciamento, principalmente essa articulação com a atenção básica, no próprio território. E aí, antes da pandemia, eu acho que consegui fazer dois matriciamentos no território, de janeiro até março, onde as coisas estavam mais ou menos organizadas, a gente conseguiu fazer.

E aí depois da pandemia, parou tudo. Por um tempo a gente pensou de que forma a gente poderia se reorganizar tanto para continuar assistindo os usuários de forma direta, ali no dia-a-dia do caps, como também para manter essa relação com o território, esse vínculo com o território, porque as demandas continuavam acontecendo, a vida das pessoas, ninguém parou de viver por conta da pandemia. As demandas surgiam e a gente precisava de alguma forma conversar também com o território pra fazer esse compartilhamento do cuidado. Então depois da pandemia a gente ficou um bom tempo assim, sem fazer uma visita, digamos física, ao serviço, ou até mesmo visitas domiciliares, reunião no território, então a gente ficou um período, eu não sei exatamente quantos meses, mas acho que até 2021, depois de março, a gente ficou sem conseguir fazer de forma presencial. E aí, o matriciamento, veio a proposta do matriciamento online, que eu acho que já foi em 2021, mas enfim...

Sim, sim. E quando a atenção primária solicitava o matriciamento com o CAPS? Havia um motivo específico?

Assim, é muito difícil na verdade, que essa, digamos, essa ação seja iniciada, digamos assim, pela atenção básica, então geralmente, na minha prática, no território que eu atuei, a gente procurava o postinho, tanto para pensar em um usuário em comum ali daquele território, quanto para reunir, para discutir um tema, ou então até mesmo para apresentar o CAPS. Nesses dois matriciamentos que eu fiz antes da pandemia, a proposta era basicamente essa, porque eu queria que o território conhecesse como era o fluxo do serviço, o que o serviço ofertava para o usuário, qual usuário que vai ser encaminhado ou que poderia ser direcionado para o CAPS, apesar de o CAPS não precisar necessariamente de encaminhamento para que a pessoa tenha o atendimento. Então, era geralmente nessas situações, no início quando eu retornei para o CAPS,

a proposta do matriciamento era essa. E aí no matriciamento online, foi uma ação também articulada com a gestão, então a gestão chamou alguns serviços da rede da atenção secundária, ambulatório, os caps, para fazer essa conversa com a atenção básica. E aí tinha um pessoal que era da secretaria, tinha gente dos serviços da atenção secundária, e tinha profissionais do CSC (Centro de Saúde da Comunidade), e aí nessa proposta já foi outra discussão, também de apresentar os serviços, cada representante por exemplo, eu enquanto representante do CAPS, apresentei nossos serviços, nosso fluxo de atendimento, nossas atividades, falei um pouco da portaria que institui o CAPS, enfim, para que os profissionais conhecessem, e aí depois dessa apresentação, onde cada um apresentou o seu, a gente começou a discutir sobre suicídio, o fluxo de atendimento para casos de ideação ou de tentativa de suicídio, aqui na rede municipal, então foi mais focado numa temática considerando o período que estávamos vivendo, bem crítico, ainda da pandemia, e todo o quadro de violência autoprovocada que tem em Palmas. Inclusive, antes desse momento de matriciamento, a gente tinha passado por uma reunião com o pessoal da secretaria para falar sobre a notificação, orientando a gente como fazer a notificação em casos de tentativas de suicídio e eles apresentaram alguns dados sobre isso aqui, inclusive são bem alarmantes. Então, foi um dos temas do matriciamento, foi a questão do suicídio, tentando também qualificar o nosso atendimento tanto na atenção especializada como na atenção básica, identificando alguns sinais, falando sobre a importância do acolhimento que o profissional de saúde precisa fazer independente da categoria profissional ou do local onde ele esteja, então foi mais ou menos por aí, o conteúdo das propostas de matriciamento online.

2. Quais as atividades de matriciamento são realizadas?

Era basicamente uma reunião que estávamos fazendo ali com os profissionais dos serviços, discutindo essa questão inclusive da articulação em rede, com outros pontos de atenção, o próprio hospital, enxergando a necessidade de trazer esse serviço também para os matriciamentos.

As equipes que participavam eram do CAPS e a equipe da atenção básica, havia também alguém da gestão?

Sim, havia alguém da gestão, que digamos assim, foi quem organizou, articulou assim, essa proposta de matriciamento online, porque também já era uma necessidade nossa, nas nossas reuniões enquanto equipe lá no CAPS AD a gente sempre pontuou a necessidade de estar dialogando com os outros serviços da rede e de fazer o matriciamento, porque infelizmente ainda existe uma fragmentação muito grande do trabalho em rede, principalmente se tratando em saúde mental em que os serviços que as vezes não se enxergam como parte dessa política, como parte da RAPS, tem dificuldade e resistência no atendimento a essa população com algum

tipo de demanda em saúde mental, e aí a gente sente isso, se reflete no CAPS no discurso dos usuários, na própria comunicação com os serviços, na dificuldade que é o usuário que faz tratamento no CAPS acessar os serviços da atenção básica, para, enfim, atendimento de outras demandas que não tem relação propriamente dita com o tratamento que é feito no CAPS ou no uso do álcool e outras drogas. Isso sempre aparece pra gente. Então a gente sempre tá discutindo sobre isso, como poderia fazer essa conversa em rede para tentar ser mais resolutivo, para que o usuário não encontre tantas barreiras no atendimento em outros pontos da rede que não seja o CAPS, porque o CAPS não vai e nem é a proposta de resolver tudo, lógico que o atendimento é na perspectiva da integralidade, do cuidado, mas tem demandas específicas que a atenção básica e até mesmo outros pontos como as UPAS, de urgência e emergência, o próprio hospital, que precisam ser tratados e a gente não dá conta de tratar tudo, inclusive não é a proposta de serviços. Então, nos matriciamentos a gente também discutia isso, tanto presenciais quanto no formato online.

E a questão do preconceito, assim, a pessoa que faz algum tipo de tratamento em saúde mental, também foi uma coisa que a gente abordou no matriciamento, porque a gente percebe que tá relacionado a essas barreiras que o usuário encontra.

3. Qual o papel do psicólogo no apoio matricial, como ele atua?

Uma boa pergunta (risos), porque eu acho que depende, depende da demanda e da forma como aquela profissional compreende os processos de trabalho, os fluxos e a própria política. No meu caso, acho que uma coisa fundamental é fomentar essa articulação primeiro, esse diálogo com os outros serviços. De uma forma que seja compreensível para aqueles profissionais que não estão vivenciando o dia-a-dia do CAPS mas que se propõem a ser resolutivo, de dar encaminhamentos, de levar casos para discussão em comum, um usuário que eu atendo e o CSC também, porque está em território dele, identificar quais são esses casos, ouvir a equipe da atenção básica no sentido de entender qual é a compreensão deles sobre os serviços de saúde mental, sobre os usuários, se eles identificam também um usuário em comum. Atendimento compartilhado com o profissional da saúde da família, também é uma ação importante porque muitas vezes aquele profissional também tem dificuldades em compreender, a abordar, como lidar com algumas situações, aí o atendimento compartilhado ajuda muito. A visita domiciliar compartilhada, com o agente de saúde ou algum profissional da equipe Saúde da Família, ou do próprio NASF.

E como é que ficaram, na verdade não ficaram, né. Eu ia perguntar como ficaram esses atendimentos compartilhados durante a pandemia?

É, não rolou... os atendimentos compartilhados não deu, nem visita compartilhada. Deixa eu

ver se visita compartilhada teve... porque eu fiz algumas visitas.... Ah, teve, assim... pensando na questão da articulação com outros serviços e que não é da política de saúde, tem também a articulação intersetorial, o atendimento compartilhado também pode ser feito com outros serviços e outras instituições que não sejam só da política de saúde, então teve atendimento compartilhado com o CRAS, de um usuário que eu estava acompanhando e fazia o uso muito prejudicial de álcool e tava provocando situações de violência em casa contra uma pessoa idosa, então a partir disso já entra questões que a saúde propriamente dita não vai conseguir também lidar. E aí foi feita essa articulação, foi feita a discussão de caso com o CRAS e aí a gente marcou o atendimento compartilhado com a pedagoga, o usuário e um familiar dele no CRAS do território dele, então também tá ligado com matriciamento que muitas vezes a gente tem uma visão um pouco restrita de achar que só pode ser feito, por exemplo, com postinho, não, isso é mais amplo, essa discussão.

E esse atendimento foi realizado durante a pandemia ou foi antes?

Durante a pandemia, foi durante 2021, foi muito legal, porque a gente percebe essa corresponsabilização também, do outro serviço no acompanhamento daquela pessoa, daquela família, apesar de que nesse caso a gente precisou fazer outras articulações, com a própria polícia, disque 100, a gente entrou em contato, enfim, porque né... envolvia outras questões de violação de direitos que se apresenta pra gente e a gente não pode fingir que não está acontecendo, porque é da saúde não pode fingir que não está acontecendo. Essa articulação aconteceu, produzir relatórios em conjunto com a assistente social do caps, foi muito bom, porque a gente ultrapassou a esfera da saúde e viu também essa comunicação intersetorial e também é bem frágil, a gente precisa fortalecer.

Foi possível realizar outros atendimentos ou só esse, durante a pandemia?

Não, compartilhado assim não. Mas teve por telefone, por telefone eu consegui conversar com outros serviços, com o próprio CRAS também, com o socioeducativo. Com esse período pandêmico, inclusive era uma questão que a gente tava sentindo necessidade de propor um matriciamento com as unidades do sistema socioeducativo que atende crianças e adolescentes que estão em conflito com a lei. Principalmente porque uma das unidades ficava no meu território, e aí os adolescentes acessavam o CAPS pra procurar atendimento, ou a própria equipe do socioeducativo também.

Então, a gente precisava alinhar algumas questões por conta da nossa dificuldade, por exemplo, em sair do CAPS para fazer atividades lá, e também como a dificuldade deles em sair de lá para vir ao CAPS. E, como se trata de um público adolescente, a gente precisa tomar outros cuidados, por exemplo, a gente não pode fazer uma atividade coletiva com os adolescentes e os adultos,

toda a questão do ECA e tal. Era uma necessidade que a gente tava sentindo de propor um matriciamento com esse serviço. Considerando isso, teve a participação de um profissional de lá, um psicólogo inclusive, de lá que foi para uma reunião nossa. Então, a gente conseguiu conversar com ele, assim de uma forma mais direta, no sentido de entender o serviço deles e deles também entenderem o CAPS, como a gente funcionava e quais atividades a gente poderia pensar juntos e propor, inclusive da gente participar de uma reunião de equipe com eles lá na unidade, então é uma comunicação que estava se aproximando, mas aí não sei se continuou, como é que ficou depois.

E aí percebemos que um dos maiores desafios, com a comunidade como também para os outros serviços é fazer com que eles conheçam o funcionamento do CAPS, desde o começo você foi falando sobre apresentar o serviço para que eles conhecessem.

Sim, porque, quem tá lá no dia-a-dia não tem essa dificuldade, mas quem não tá tem uma dificuldade muito grande de primeiro conhecer, às vezes profissionais que não sabem mesmo, e de entender. Por exemplo, às vezes o profissional de saúde não sabe que o CAPS é um serviço de portas abertas, que não precisa de encaminhamento, ou qual o tipo de demanda que deve ser encaminhado para o CAPS. E isso reflete muito nos encaminhamentos errôneos que a gente recebe nos serviços e na realidade não é demanda pra CAPS, então a gente nota esse desconhecimento mesmo do quê que é o CAPS, qual a demanda que a gente atende, como que é o acesso, o que a gente oferta de atividade.

E aí, sempre nos matriciamentos a gente apresenta um pouco desse funcionamento geral para as pessoas terem uma noção melhor de como funciona, para qualificar esses encaminhamentos e não fazer a pessoa ir lá sendo que ela pode ser acompanhada em outro ponto da rede, então é uma necessidade, e muito também mais uma vez do preconceito. Já ouvi de usuários que relatavam que iam lá pro acolhimento inicial, o primeiro atendimento que a pessoa passa e dizia que tava indo pela segunda, terceira vez, que a primeira vez foi e ficou do lado de fora só olhando, não entrou. Ainda tem muito isso, sabe. E não é diferente com os profissionais da saúde, é um preconceito muito grande, a gente vê uma diferença no atendimento a um usuário que faz tratamento no CAPS em alguns momentos. É uma coisa que a gente precisa estar refletindo e levando pra discussão sempre pras pessoas ampliarem essa compreensão do quê que é o CAPS e da importância que tem esse serviço, pra tentar diminuir essas resistências, essas barreiras, que muitas vezes dificulta a pessoa a procurar um tratamento e às vezes a ser direcionado a uma forma qualificada.

4. Como funciona a comunicação entre as equipes?

Em se tratando da equipe interna do CAPS, acho que uma forma de manter uma comunicação

melhor é as reuniões, toda quarta, semanalmente, havia uma reunião de equipe ampla, com todos os profissionais, para todo mundo participar. E diariamente a gente fazia muitas discussões de caso, eu acho que essa é uma forma da equipe estar se comunicando. A partir das situações que iam surgindo também naquele dia, porque o CAPS é muito dinâmico, você vai trabalhar e você não sabe o que pode acontecer, com o que você pode se deparar naquele dia, enfim. Situações inusitadas, inesperadas que aconteciam, até processos de trabalho.

E nesse período pandêmico, a gente teve muitos momentos de discussão e equipe pensando na reorganização do serviço, porque era um momento muito difícil pra todo mundo, ninguém tinha conhecimento do vírus, não tinha vacina, e o CAPS é um serviço de atendimento contínuo, de convivência. Então, como manter essa convivência, essa relação com os usuários no momento de distanciamento social, de proibição de aglomerações, de atividades em grupo, como a gente vai continuar cuidando dessas pessoas nesse contexto? Então, nesse momento, a gente discutia muito em equipe, tentando realizar o serviço, eu acho que essa é uma estratégia interessante de comunicação. Fora isso, tem os instrumentos, as atas, as reuniões eram registradas em atas, os encaminhamentos eram registrados, para que o profissional que não participou daquele momento tivesse acesso. A gente tinha um livro de plantão, cada equipe registrava os acontecimentos do plantão daquele dia, naquele período, e no outro dia quem chegava já via, podia ler o que tinha acontecido. Os prontuários também eu considero uma forma de comunicação, porque aqui em Palmas a gente tem um sistema eletrônico que é o e-sus. Então o usuário que é atendido no postinho, que é atendido no CAPS, na UPA, o registro desses atendimentos fica no prontuário, então a equipe do CAPS sabe como foi o atendimento da equipe do postinho, em relação a pessoa, naquele dia e tal. Mas assim, não é o suficiente, né, para se manter um trabalho em rede, mas é uma forma de se comunicar com a rede. E dependendo, a partir disso, desses registros e tudo mais, a gente vai buscando essas articulações com os serviços que a pessoa passou, que foi atendido, entrar em contato por telefone. O telefone também foi um veículo que viabilizou essa comunicação durante esses dois últimos anos, os protocolos.

Com a pandemia, as reuniões eram realizadas de forma remota ou ainda eram presenciais?

Essas reuniões diárias ainda eram presenciais, porque no CAPS a gente não teve trabalho remoto, a gente ia pro serviço todos os dias, a cada turno, quem trabalhava pela manhã ao final do turno geralmente a gente fazia uma reunião para discutir algum caso ou para discutir alguma situação que surgiu naquele dia, ou para discutir o fluxo.

As de quarta eram presenciais e em determinado momento começamos a fazer de forma remota,

quando a pandemia ficou muito crítica, os profissionais, tentando ali pensar numa estratégia de cuidado, porque eram muitos profissionais dentro da sala. A gente passou a fazer remoto principalmente quando tinha a participação de alguém da gestão, porque a gestão não participava das reuniões presenciais e quando a gente conseguia marcar uma reunião, era online

5. Como é feito o planejamento das ações? E com a pandemia?

Quando eu cheguei, uma coisa que me fez pensar no matriciamento foi justamente essa comunicação com o postinho, o planejamento foi nesse sentido, eu levei alguns documentos que a gente tem no CAPS, como a ficha de acolhimento, a ficha da RAS, é uma ficha que a gente registra o atendimento a partir de um código, cada atendimento tem um código pra ser registrado na RAS, que é como se fosse uma ficha de produtividade, e é a partir dessa ficha que os recursos pro CAPS também vem, é preenchida mensalmente.

O planejamento do matriciamento online eu não participei, foi algo planejado pela gestão, as datas, o próprio conteúdo, então a gente não participou.

Eu acho que o planejamento ele sempre vem a partir da demanda que se apresenta no território. As vezes determinado postinho ou NASF tem dificuldades no atendimento a casos de suicídio, ou o médico tem dificuldade de manejar a medicação quando tem uma pessoa com demanda de saúde mental, que não é grave, mas pode ser acompanhado pela atenção básica. Então, é a partir da demanda que a gente identifica que faz esse planejamento.

Tem uma pergunta que eu acho que você já a respondeu do início ao fim, mas é sempre bom repetir caso venha a ter mais coisas, que é se houveram alterações nas atividades devido a pandemia?

Sim, muitas, muitas alterações. Primeiro que a gente ficou muito perdido em como continuar, sabe, cuidado dos usuários no período que a gente não podia fazer grupo, que é uma das atividades principais do CAPS, um período em que a situação de vida das pessoas estava piorando. Pessoas que estavam perdendo trabalho, perdendo renda, perdendo a vida, perdendo familiar, e a gente é um serviço de saúde mental. Então, como continuar o cuidado numa pandemia? E aí uma das principais alterações foi essa, os grupos foram suspensos, os atendimentos passaram a ser totalmente individualizados, a gente modificou o fluxo de movimentação dentro do serviço. Tem o acolhimento 24h que continuou, mas teve uma redução no número de vagas, porque ele preconiza 6 vagas fem e 6 masc, e aí são dois quartos para cada público, mas com a pandemia a gente não podia colocar mais de uma pessoa no quarto, por conta do risco do contágio. A gente passou a acolher uma pessoa por quarto, em vez de seis vagas, reduziram-se para duas. E os usuários não pararam de usar substâncias, então eles também necessitavam de atendimento.

O CAPS é também um serviço que promove a convivência, as relações, a vida, e nesse período não tinha como a gente fazer isso. O telefone foi muito usado para fazer esse atendimento aos usuários, de forma individualizada e a distância.

O próprio serviço, por ser um serviço de saúde, a maioria dos profissionais trabalhavam em outros serviços de saúde, então em hospital, UPA, teve uma contaminação muito grande da equipe, muito grande mesmo, 90% da equipe se contaminou. Foi muito difícil. As visitas foram suspensas e depois a gente passou a fazer visitas muito pontuais, para casos muito urgentes ou caso de demandas judiciais, porque as demandas não paravam de chegar, então a Defensoria, Ministério Público mandava demandas judiciais e a gente precisava fazer essa busca ativa, porque geralmente são usuários que não fazem tratamento e nesses casos a gente ia também fazer a visita, mas acho que foi isso, foram muitas mudanças.

E, não sei, acho que foram bem prejudiciais para o serviço e para os usuários principalmente, mas a gente ficou totalmente perdido, não tinha uma orientação sobre o que deveria fazer, ou para se proteger, proteger os usuários, para continuar trabalhando, então a gente foi se reinventando e a cada dia era outra discussão, uma coisa que a gente decidia hoje já mudava porque a situação já mudava, o contexto da pandemia já se intensificava, então foi um desgaste físico e mental muito grande, de tá pensando e repensando, construindo e desconstruindo fluxos de atendimento, do próprio acolhimento, tudo, tudo mudou. Tem um CAPS antes e um CAPS pós pandemia e é difícil mensurar esses impactos porque a gente não saiu ainda da pandemia, mas foi bem complicado

6. Houveram alterações nas atividades devido a pandemia? Quais?

Alterações foi esse período estagnado, porque houve um período em que não aconteceu, também porque a atenção básica tava muito sobrecarregada por conta da covid, então não tinha condições da gente ir até o serviço, por conta de toda essa questão do distanciamento e porque os serviços estavam abarrotados de covid, teste, tratamento, acompanhamento, tudo. Foi um período muito complicado pra toda a rede, e teve um período em que o matriciamento não foi feito, não tinha condições. E pra fazer matriciamento online com a atenção básica só mesmo com esse direcionamento da gestão, porque eu já tinha tentado antes marcar uma reunião, mas eles não tinham tempo, a carga horária, a sobrecarga de trabalho, então foi um período em que os olhos se voltaram muito para a questão da covid.

Com que frequência eram realizadas os matriciamentos antes da pandemia e as poucas que foram realizadas durante a pandemia?

Olha, antes da pandemia eu não sei dizer, porque entrei em janeiro, a pandemia iniciou em março, mas eu sei que existem metas para que o caps cumpra em relação ao número de

matriciamentos, agora não me lembro se são 9 ou 12 por ano. Existe uma meta, mas não sei dizer com que frequência antes da pandemia. Mas depois da pandemia ficou muito tempo sem acontecer, muito, alguns meses, e aí voltou em 2021 com uma frequência maior, e aí acho que era quinzenal ou a cada 20 dias que foi essa sequência de matriciamento online. Depois, quando a vacinação já estava avançando mais, a sobrecarga na atenção básica tava reduzindo, alguns profissionais conseguiram fazer presencial, mas aí eu não participei desse presencial, mas não sei dizer com que frequência, acho que um por mês, teve matriciamento em que a distância foi mais curta entre um e outro, porque também tem essa cobrança da produtividade né, e da própria necessidade da rede de serviços.

7. Na prática, surgiram dificuldades devido a COVID-19?

É diferente, primeiro porque o presencial eu fiz com as equipes do território que eu era responsável, eu sabia a metodologia e qual que seria mais ou menos o conteúdo da discussão; e no online tinham pessoas de outros territórios, e existe essa diferença, porque a discussão pode ser mais ampliada, porque terão territórios diversos ali naquele espaço. Mas outro ponto é que por exemplo, a gente não tinha muito claro qual que seria o conteúdo, a gente não teve essa organização prévia com a gestão. A gestão definiu as datas e só passou o cronograma, e aí a gente teve que se organizar, ver quem que seria a pessoa que ia participar e tal, então assim, não houve muito esse diálogo, vejo isso como uma diferença, que poderia ter tido, poderia ter organizado melhor.

8. Foram adotadas algumas adaptações mediante essas dificuldades?

Assim, muito a questão do distanciamento, desse cuidado da higiene, o uso de máscaras, a redução da quantidade de pessoas. Já em 2021 com o avanço da vacinação e tudo mais, a gente conseguiu retornar um grupo, grupo de mulheres, mas tinham poucas participantes, eram 5, 6 ali no máximo, numa sala que a gente preservava a questão da distância, a questão da máscara, do álcool, acho que o telefone, as ligações. Os atendimentos online em si com o usuário não aconteceram, mas por telefone sim. Outra coisa que a gente fez foi criar um perfil do CAPS no Instagram, porque muitos usuários pensavam que o CAPS tinha fechado durante a pandemia, e aí apesar de saber que a realidade dos nossos usuários não permite o acesso à internet e tudo mais, mas a gente pensou nessa alternativa de criar o instagram do caps pra divulgar os horários de funcionamento, como que tava sendo o atendimento, levar algumas informações que a gente considerava importante. Teve também um período que a gente conseguiu manter o número do caps com WhatsApp, então isso facilitou a comunicação com os usuários. Mas como não era algo financiado pela gestão, era um celular de uma profissional, quando essa profissional saiu a gente não conseguiu manter o número com WhatsApp. Adaptação do acolhimento com a

redução das vagas e o fluxo dentro da unidade que o usuário acolhido não poderia circular por todo o CAPS para minimizar o contato.

9. Houve alguma possibilidade que tenha surgido nesse contexto?

Eu acho que uma coisa que ampliou muito foi o olhar para o uso das tecnologias, eu acho que foi muito importante, uma ferramenta que foi muito útil, porque a gente não conseguia ter esse contato presencial, então por meio dessa tecnologia digital a gente conseguiu. Eu acho que foi algo positivo, até então a gente não pensava nessa possibilidade, sempre nessa questão de contato presencial, reunião presencial, atendimentos presenciais. Então eu acho que uma coisa que fez a gente ampliar foi isso, o uso da tecnologia pra viabilizar o matriciamento, por exemplo, em tempos de pandemia é uma ferramenta interessante, a gente pode fazer muitas coisas, inclusive precisamos explorar mais quais são as potencialidades, pra inclusive deixar o matriciamento mais dinâmico, mais interativo, o google Meet tem várias ferramentas que a gente pode usar que facilita essa interação que até então a gente desconhecia muito.

10. Como as intervenções realizadas, pensando no matriciamento, refletem na vida do usuário?

Eu acho que pensando no matriciamento, uma coisa que pode ser um saldo importante, se é que a gente pode falar assim, a diminuição da barreira do acesso do usuário a outros serviços que não seja o CAPS, pensando na assistência direta. Na questão mais ampla eu acho que é desconstruir alguns estigmas e preconceitos que ainda existem no imaginário social que é reproduzido e às vezes inclusive é propagado por pessoas que não deveriam, a própria política, as próprias mudanças que a gente vê na política de saúde mental, o discurso de pessoas que deveriam cuidar e não tem essa consciência e acaba reproduzindo muita coisa que deve ser desconstruída e interfere na vivência do usuário, eu acho que melhorar a assistência, melhorar o acolhimento do usuário em outros pontos da rede, aproximar os serviços que vai refletir na vida e na dinâmica do usuário. Eu acho que o matriciamento é fundamental assim... o fortalecimento do vínculo do usuário no território, quando a gente faz um atendimento compartilhado no território, com outros serviços, com outros profissionais, acho que isso também fortalece.

A corresponsabilização da rede em si, que em muitas vezes não se enxerga dentro desse cuidado, como responsável também, como potência. Porque quando a gente sai do CAPS, a gente dialoga com outros serviços, com a rede intersetorial, com a RAPS, da saúde, acho que fortalece, tudo, tanto os serviços que vai refletir na assistência com o usuário, como o próprio usuário e mostra a importância de cada um, porque a gente tem muita potência, mas as vezes desconhece, desconhece muito.

A gente percebe o quanto o trabalho em saúde mental é árduo, mas também é contínuo, e não deve ser realizado sozinho, e como é difícil ser realizado em equipe, com outros dispositivos...

Sim, principalmente nesse período, em que os sistemas de saúde se sobrecarregou muito com covid, os serviços de saúde mental já são, eram negligenciados, excluídos, a gente tem uma conjuntura política que não favorece esse cuidado, a atenção psicossocial, e refletindo em notas técnicas, portaria, e muitas vezes fortalece o cuidado baseado numa lógica proibicionista, pensando no caso da D3, via da abstinência, internação, e o cuidado que a gente oferta no caps é diferente, o cuidado em saúde mental precisa ser diferente, e aí é difícil fazer isso e fazer os outros serviços também entenderem a necessidade da gente ampliar o olhar pra saúde mental e considerar isso como saúde também, produção de saúde, como qualidade de vida, algo importante que inclusive vai além da questão da saúde, diz muito sobre a sociedade em que a gente vive, as pessoas que a gente lida, os profissionais que a gente forma, como eles enxergam a saúde mental, a pessoa que faz algum tipo de tratamento em saúde mental, porque isso também vai dizer muito do tratamento que esse profissional vai ofertar, como ele vai acolher essa pessoa, seja lá onde ele estiver.

Entrevista 02 - Heloísa

1. Quando é realizado o matriciamento?

Vamos lá, o matriciamento em saúde mental aqui em Palmas ele ocorre por alguns motivos. Ele é realizado quando é solicitado pela atenção primária ou por outro órgão que deseja esse matriciamento, que tem interesse em aprimorar essas condutas, querem melhorar suas práticas, compreender melhor sobre o serviço de atenção especializada, então ele pode ser solicitado pela atenção primária ou outro órgão. Pode também sair da especializada visando, quando eu tenho um diagnóstico situacional daquele território que eu trabalho, daí que eu percebo que há a necessidade desse matriciamento. Então ele por ser vindo tanto da atenção básica para a especializada, como também da especializada para atenção básica.

Cada profissional normalmente tem uma responsabilidade territorial, tem um espaço delimitado para que ele acompanhe dentro da especialidade. Especificamente em CAPS essa é uma das prioridades, que é conhecer o território e fazer com que ele tenha uma qualidade melhor de habitar os nossos usuários, pacientes. Ele pode surgir de uma discussão de casos, matriciamento além dessa solicitação institucional, ele também pode vir, por exemplo, uma demanda que tenho específica e eu quero discutir individual com aquela equipe de saúde da família, ou com CRAS, ou com consultório de rua, então vem de acordo com que vem surgindo as demandas e a análise que faço do território.

Quando você estava lá, na maioria das vezes vinha de quem essa demanda?

Normalmente sempre é o CAPS que corre atrás, a especializada que quer fazer esse matriciamento, porque reflete nos nossos usuários quando eles não são acompanhados como deveriam, de maneira... quando eles não têm esse acesso de maneira adequada dos serviços. A unidade básica ela passa a ser porta aberta e gerenciadora do cuidado, mas quando se fala de paciente de saúde mental normalmente essa história se reverte, então tem todo um manejo que a gente precisa ter com a atenção básica, e ao mesmo tempo a gente percebe que não está preparada pra essas atuações quando fazem, e também o usuário traz essas queixas, essas demandas, então vem sempre da especializada na maioria das vezes para a atenção básica, atenção primária de forma geral.

2. Quais as atividades de matriciamento são realizadas? E quais equipes e profissionais realizam essa atividade?

Aí vai depender de cada profissional, de cada técnico de referência. Você fala em atividades, tipo, o quê que a gente vai fazer lá? Seria nesse sentido?

Sim, a gente faz a discussão de casos, a gente faz um processo como se fosse educação permanente, compreensão dos fluxos, entendimento sobre o que são esses serviços, o CAPSII por exemplo, o que é CAPS II, qual é o tipo de perfil, orientação, entrega panfletos, fazemos dinâmicas pra fixação melhor do conteúdo, porque de boca a boca parece que não fica tão importante como realmente é, essa articulação. A gente faz esse processo todo, a gente pega o que eles têm de demandas e dúvidas e tenta saná-las nessas 1 ou 2h que a gente vai lá, tenta também ver o que eles tem de demandas pra nós. Por exemplo, às vezes a gente vai e tem demanda de ação em conjunto, então a gente já organiza mais ou menos como vai ficar, é uma conversa cheia de conteúdos importantes que são da nossa prática, muitas vezes ela nem vem da teoria, mas sim da atuação. Às vezes todo mundo sabe a teoria, mas na hora de aplicar na prática não consegue.

Como era formada essas equipes, por exemplo, do CAPS ia psicólogo, enfermeiro, assistente social, a equipe completa ou só alguns, no matriciamento?

No CAPS II não trabalha com demanda de território, eles trabalham aberto, todo mundo cuida de todo mundo. No CAPS AD a gente trabalha com território, tem um profissional responsável pra executar aquela área, aquela delimitação geográfica, então assim, lá no II no dia que chegava, que a atenção básica pudesse era segunda a tarde, era o profissional disponível na segunda a tarde pra fazer esse matriciamento. O CAPS se organizava de acordo com a agenda da unidade.

Aqui [ad] tem a pessoa responsável, ela vai, reúne a equipe, às vezes, por exemplo, de outro

território pra poder reforçar. Se eu vejo que é uma questão social muito grande, então eu sozinha não consigo, então eu preciso levar o assistente social que entenda melhor a situação, tem um empoderamento sobre isso. É um trabalho em equipe, mas podem ir quantas pessoas quiserem. A gente inclui os residentes, os estagiários, nessa situação.

3. Qual o papel do psicólogo no apoio matricial, como ele atua?

Assim, um ponto mais importante que eu acho nessa atuação é que tem coisas que só a gente faz, mas também não quer dizer que só nós deveríamos fazer. Então assim, na minha atuação e na atuação de alguns psicólogos que acompanho aqui e acompanhei na residência, é mais no intuito de relembrar as questões de saúde mental, tentar quebrar paradigmas, porque às vezes os profissionais de outras áreas não têm essa visão. Tentar diminuir preconceitos através da orientação, tentar informar também sobre a reforma psiquiátrica, sobre as formas de condução, isso é sempre importante trazer e na maioria das vezes quem traz é o psicólogo, não é que seja privativo nosso, mas a nossa atuação é essa. E também tentar ver o olhar da atenção básica para esse usuário, porque a gente como psicólogo tem essa habilidade, uma forma mais de tentar interagir com essa unidade, não que as outras categorias não tenha, mas o olhar de como a unidade pode atuar e como eles veem esse usuário, a gente consegue alcançar mais que as outras categorias. Mas não quer dizer que seja todos também. Eu acho que a questão de informação, de estar empoderados de conteúdos de saúde mental, porque as outras categorias não são tão empoderados assim, às vezes também trazer questões de diagnóstico, possíveis orientações até com relação a medicações, às vezes uma orientação mais direcionada para questões de saúde mental mesmo, além dos fluxos de serviços. Eu acredito que é mais como se o psicólogo fosse, uma atuação mais esclarecedora nesse sentido que gera saúde mental, de política, histórico.

4. Como funciona a comunicação entre as equipes?

É um pouco delicado, às vezes a gente consegue agendar. Porque eles chegam aqui com as demandas que são pra ser resolvidas em outros lugares, por exemplo, às vezes a pessoa quer um benefício, eu não consigo atender benefício no CAPS. Eu consigo tentar ver com a assistente social o que entende sobre isso, se ela não entender sobre isso tem que ligar no CRAS, acionar, ver como funciona, porque não atendeu, o que aconteceu. São coisas que a gente aciona mais do que a primária.

Um exemplo que acontece e muito frequente, a gente tem dificuldade que eles acessem a atenção primária. Eles são negligenciados, são muitas vezes ignorados, falam que está mentindo, às vezes está sob efeito, às vezes em crise, então “não é aqui, tudo é no CAPS”, aí eles, por exemplo, vêm pra cá com corte no dedo que lá na unidade consegue resolver, às vezes ele precisa mostrar um exame e lá na unidade não consegue, ele necessita de um

acompanhamento clínico ou de alguma comorbidade, e muitas vezes eles fazem aqui porque não tem essa vinculação com a atenção primária

5. Como são realizados os planejamentos das ações de matriciamento?

Vai variar, a gente tem uma meta, todo serviço tem uma meta por ano. E a gente tem os territórios, cada território a gente tem em média 3 a 4 unidade de saúde dentro daquele território, que são os territórios de saúde que são divididos em Palmas, e esse matriciamento, esse planejamento é feito com cada representante de território. Cada técnico tem sua forma. Cada técnico tem seus respectivos planejamentos de como ele vai atuar, mas tem coisas que são específicas que precisam conter nesse matriciamento. O planejamento é individual, do profissional, mas tem coisas que são obrigatórias, que tem que ter, ou que deveriam ter, como por exemplo, levar os nomes nas listas que a gente tem dos cadastros dos usuários, porque às vezes surge uma dúvida, fala de algum paciente que você precisa saber quem é, o que é, o que vocês podem articular em equipe nesse matriciamento.

Falar sobre a rede é muito importante, o funcionamento da rede, a importância da rede funcionar, a importância do cuidado integral. São coisas necessárias pra gente trabalhar, até porque a gente sabe que a integralidade precisa acontecer. Acontece falha atualmente? Acontece, e por isso a gente precisa fazer, nem que seja falar mil vezes sobre isso. Mas o foco principal é sobre essa conscientização do serviço, o que é esse serviço, o fluxo desse serviço, além da rede e das listas, das pessoas.

6. Houveram alterações nas atividades devido a pandemia? Quais?

Sim, houveram muitas. Por exemplo, as unidades estavam com fluxo bem aumentado de pessoas, então aqueles territórios que estavam 100% dependentes, que não tem plano de saúde, não tem condições de ter assistência médica sem ser via pública, ficaram sobrecarregados, a gente sabe que a quantidade de profissionais de vidas, adoecimento profissional também em grande escala, não só na atenção básica, mas também especializada, dentro dos CAPS.

7. Na prática, surgiram dificuldades devido a COVID-19?

Eu não peguei COVID até hoje, mas teve épocas que estava indo trabalhar só eu e mais um, sempre tinha seis, sete, ao mesmo tempo. Teve o desfalque que ocorreu, essa questão de a unidade não conseguir encontrar tempo para nos receber. Os matriciamentos que eu participei foram todos online, era baixa adesão, um ou outro profissional e a gente sabe que nem sempre repassa as informações, não consegue atingir nem metade do que deveria ser feito. Na época dos atendimentos online participei no CAPSII, participei de dois ou três. No CAPSad participei de um. Os demais foram presenciais, mas cheios de regras e limitações de pessoas.

E como eram esses atendimentos, tanto online como presenciais?

Às vezes ia o psicólogo, ou às vezes um preceptor. Às vezes a dúvida do psicólogo é totalmente diferente da vivência da atenção primária. O psicólogo na atenção básica não fica na porta de entrada, ele já fica no segundo, terceiro... Então ele não tem tanto acesso assim a essa demanda que chega, às vezes ele vai ter acesso porque não conseguiu resolver. Então às vezes é psicólogo, preceptor da residência, às vezes eles trazem mais para discutir casos e não para atender fluxos, porque esse também é diferente. Tem também a questão de atendimento compartilhado, essas outras partes do matriciamento não existiam, e hoje também é difícil existir, o compartilhamento de atendimento né, mas cada um no seu território fazendo o melhor por aquele usuário e se articulando por telefone e essas coisas.

Quando é enfermeira é mais fácil, porque ela consegue levar pra técnica de enfermagem, pra equipe dela, os agentes comunitários. Mas um só que eu participei que tinha todas as categorias, mas era uma discussão de caso, não levava em consideração as outras coisas.

8. Foram adotadas algumas adaptações mediante essas dificuldades?

Dos que eu participei não, até porque eu não tinha autonomia com relação a isso, eu mais trabalhava de acordo com o que eles, com o que o preceptor trazia, ou às vezes a equipe. A gente não tinha tanta autonomia na execução desses matriciamentos, e também não tinha essa questão de planejar de outras formas. O que eu vi foi online, orientações também pelo telefone, presencial às vezes só com o enfermeiro, ou só com o coordenador da unidade, só que assim, outras alternativas eu não consegui ver.

9. Houve alguma possibilidade que tenha surgido nesse contexto?

Telefone, teve reunião online pelo meet e outras ferramentas, ligação de vídeo, mas não acontecia com profundidade que acontece como no presencial, era mais pra tentar auxiliar a unidade nesse processo ou serviço que tava solicitando esse atendimento.

10. Como as intervenções realizadas refletem na vida do usuário?

Em algumas unidades a gente percebe que não houve uma assistência mais qualificada dentro da demanda que ele solicita. Em outras unidades a gente percebe que não muda muita coisa. Então assim, a gente tenta. E uma parte importante que a gente faz que não é considerada como matriciamento é empoderar o usuário do direito dele, empoderar da necessidade que ele saiba como funciona os demais serviços e o que ele possa exigir, para que quando ele chegue lá ele consiga ter uma assistência mesmo que forçada, mas ele consiga entender o que está sendo oferecido pra ele.

Mas o que a gente espera é que melhore a qualidade desse atendimento, melhore a assistência integral a esse usuário, que ele também consiga encontrar outras alternativas dentro do território dele, em ser incluso em atividades que são ofertadas pela atenção primária, ou pelo cras, ou por

qualquer serviço que esteja dentro do território, que a nossa missão é também reinserir, e sozinhos a gente não consegue. Primeiro porque a gente não tá dentro do território deles, o CAPS não tem como estar em todos os territórios, a gente tenta e a nossa missão é reinserir e reabilitar, então a gente tenta trabalhar com as unidades pra gente ter essa resposta, porque o intuito maior aqui é que ele consiga conviver no local que ele mora, que ele consiga ter o mínimo de respeito, de assistência, isso é o que a gente sonha e espera que aconteça.

Obvio que vem de um contexto histórico e cultural muito além do que a gente tá hoje, mas se a gente não começar a fazer pequenos passos, pequenas coisas pra tentar mudar pelo menos um profissional que esteja ali, a gente já consegue alcançar um pouco, todos os dias a gente alcança. É uma luta diária.

E a gente tem também um problema que eu não citei, mas você também pode colocar que é a rotatividade de profissionais. A gente tem uma rotatividade muito grande, a gente tem uma rotatividade dentro do caps, na atenção primária, então dificulta esse acesso. A gente tem dificuldade na rede inteira.

A gente sonha e espera que eles consigam conviver, ter acesso, não sejam barrados por esse acesso, ou sejam limitados por ter uma condição que às vezes não é tão desejada pela sociedade, que é os transtornos ou o uso de substâncias. A gente tenta fazer o máximo e desmistificar, o nosso plano é desconstruir muitas coisas que foram engessadas e tentar trazer um novo olhar pra esse sujeito, uma nova forma de ver, mudar o olhar humano que existe nas pessoas.

APÊNDICE D – TRATAMENTO DOS DADOS

Questão 1: Quando é realizado o matriciamento?			
Identificação do Depoente	Excertos	Unidade de Contexto	Unidades de Registro
<p>Depoente 1</p> <p>Realizou residência no CAPS II no período de 2017/2018. Retornou ao CAPSad de forma efetiva entre os períodos de 2020 a janeiro de 2022</p>	<p>Assim, logo quando eu entrei, participei de uma reunião de equipe e aí uma das pautas da reunião era os horários do carro, que horário o carro ia ficar à disposição, digamos assim, para os profissionais. E aí, uma sugestão que eu dei foi que a gente organizasse isso por turno, cada turno, cada dia da semana um profissional teria o carro a disposição dele para fazer as atividades extra CAPS, que aí envolve matriciamento, visitas, que tá também ligada ao matriciamento, principalmente essa articulação com a atenção básica, no próprio território. E aí, antes da pandemia, eu acho que consegui fazer</p>	<p>as atividades extra CAPS, que aí envolve matriciamento, visitas, que tá também ligada ao matriciamento, principalmente essa articulação com a atenção básica, no próprio território.</p>	<p>Visitas domiciliares.</p>
		<p>E aí depois da pandemia, parou tudo. Por um tempo a gente pensou de que forma a gente poderia se reorganizar tanto para continuar assistindo os usuários de forma direta, ali no dia-a-dia do caps, como também para manter essa relação com o território, esse vínculo com o território, porque as demandas continuavam acontecendo, a vida das pessoas, ninguém</p>	<p>Articulação com a Rede de Atenção à Saúde.</p>
			<p>Suspensão temporária do matriciamento.</p>
			<p>Trabalho com o território.</p>

<p>dois matriciamentos no território, de janeiro até março, onde as coisas estavam mais ou menos organizadas, a gente conseguiu fazer.</p> <p>E aí depois da pandemia, parou tudo. Por um tempo a gente pensou de que forma a gente poderia se reorganizar tanto para continuar assistindo os usuários de forma direta, ali no dia-a-dia do caps, como também para manter essa relação com o território, esse vínculo com o território, porque as demandas continuavam acontecendo, a vida das pessoas, ninguém parou de viver por conta da pandemia. As demandas surgiam e a gente precisava de alguma forma conversar também com o território pra fazer esse compartilhamento do cuidado. Então depois</p>	parou de viver por conta da pandemia.	
	As demandas surgiam e a gente precisava de alguma forma conversar também com o território pra fazer esse compartilhamento do cuidado.	Trabalho com o território.
	um bom tempo assim, sem fazer uma visita, digamos física, ao serviço, ou até mesmo visitas domiciliares, reunião no território	Suspensão das visitas domiciliares.
	a gente ficou um período, eu não sei exatamente quantos meses, mas acho que até 2021, depois de março, a gente ficou sem conseguir fazer de forma presencial.	Trabalho com o território.
	veio a proposta do matriciamento online, que eu acho que já foi em 2021	Suspensão temporária do matriciamento.
	é muito difícil na verdade, que essa, digamos, essa ação seja iniciada, digamos	Matriciamento online.
		Solicitação do CAPS.

<p>da pandemia a gente ficou um bom tempo assim, sem fazer uma visita, digamos física, ao serviço, ou até mesmo visitas domiciliares, reunião no território, então a gente ficou um período, eu não sei exatamente quantos meses, mas acho que até 2021, depois de março, a gente ficou sem conseguir fazer de forma presencial. E aí, o matriciamento, veio a proposta do matriciamento online, que eu acho que já foi em 2021, mas enfim...</p> <p>Sim, sim. E quando a atenção primária solicitava o matriciamento com o CAPS? Havia um motivo específico?</p> <p>Assim, é muito difícil na verdade, que essa, digamos, essa ação seja iniciada, digamos assim, pela atenção básica, então geralmente, na minha prática, no</p>	<p>assim, pela atenção básica, então geralmente, na minha prática, no território que eu atuei, a gente procurava o postinho</p>		
	<p>pensar em um usuário em comum ali daquele território, quanto para reunir, para discutir um tema, ou então até mesmo para apresentar o CAPS.</p>	<p>Usuário em comum.</p>	
		<p>Discutir um tema.</p>	
		<p>Informar sobre o CAPS.</p>	
		<p>dois matriciamentos que eu fiz antes da pandemia, a proposta era basicamente essa, porque eu queria que o território conhecesse como era o fluxo do serviço, o que o serviço ofertava para o usuário, qual usuário que vai ser encaminhado ou que poderia ser direcionado para o CAPS, apesar de o CAPS não precisar necessariamente de encaminhamento para que a pessoa tenha o</p>	<p>Antes da pandemia.</p>
			<p>Trabalho com o território.</p>
		<p>Informar sobre o CAPS.</p>	

	<p>território que eu atuei, a gente procurava o postinho, tanto para pensar em um usuário em comum ali daquele território, quanto para reunir, para discutir um tema, ou então até</p>	<p>atendimento. Então, era geralmente nessas situações, no início quando eu retornei para o CAPS, a proposta do matriciamento era essa.</p>	
	<p>mesmo para apresentar o CAPS. Nesses dois matriciamentos que eu fiz antes da pandemia, a proposta era basicamente essa, porque eu queria que o território conhecesse como era o fluxo do serviço, o que o serviço ofertava para o usuário,</p>	<p>E aí no matriciamento online, foi uma ação também articulada com a gestão, então a gestão chamou alguns serviços da rede da atenção secundária, ambulatório, os caps, para fazer essa conversa com a atenção básica.</p>	<p>Matriciamento online Articulação com a Rede de Atenção à Saúde.</p>
	<p>qual usuário que vai ser encaminhado ou que poderia ser direcionado para o CAPS, apesar de o CAPS não precisar necessariamente de encaminhamento para que a pessoa tenha o atendimento. Então, era geralmente nessas situações, no início quando eu retornei para o CAPS, a proposta do matriciamento era essa.</p>	<p>apresentar os serviços, cada representante por exemplo, eu enquanto representante do CAPS, apresentei nossos serviços, nosso fluxo de atendimento, nossas atividades, falei um pouco da portaria que institui o CAPS, enfim, para que os profissionais conhecessem</p>	<p>Informar sobre o CAPS.</p>

<p>E aí no matriciamento online, foi uma ação também articulada com a gestão, então a gestão chamou alguns serviços da rede da atenção secundária, ambulatorio, os caps, para fazer essa conversa com a atenção básica. E aí tinha um pessoal que era da secretaria, tinha gente dos serviços da atenção secundaria, e tinha profissionais do CSC (Centro de Saúde da Comunidade), e aí nessa proposta já foi</p>	<p>a gente começou a discutir sobre suicídio, o fluxo de atendimento para casos de ideação ou de tentativa de suicídio, aqui na rede municipal, então foi mais focado numa temática considerando o período que estávamos vivendo, bem crítico, ainda da pandemia, e todo o quadro de violência autoprovocada que tem em Palmas.</p>	<p>Discutir um tema.</p>
		<p>Suicídio.</p>
		<p>Matriciamento online.</p>
<p>outra discussão, também de apresentar os serviços, cada representante por exemplo, eu enquanto representante do CAPS, apresentei nossos serviços, nosso fluxo de atendimento, nossas atividades, falei um pouco da portaria que institui o CAPS, enfim, para que os profissionais conhecessem, e aí depois dessa</p>	<p>Então, foi um dos temas do matriciamento, foi a questão do suicídio, tentando também qualificar o nosso atendimento tanto na atenção especializada como na atenção básica, identificando alguns sinais, falando sobre a importância do acolhimento que o profissional de saúde precisa fazer</p>	<p>Matriciamento online.</p>
		<p>Discutir um tema.</p>
		<p>Articulação com a Rede de Atenção à Saúde.</p>

	<p>apresentação, onde cada um apresentou o seu, a gente começou a discutir sobre suicídio, o fluxo de atendimento para casos de ideação ou de tentativa de suicídio, aqui na rede municipal, então foi mais focado numa temática considerando o período que estávamos vivendo, bem crítico, ainda da pandemia, e todo o quadro de violência autoprovocada que tem em Palmas. Inclusive, antes desse momento de matriciamento, a gente tinha passado por uma reunião com o pessoal da secretaria para falar sobre a notificação, orientando a gente como fazer a notificação em casos de tentativas de suicídio e eles apresentaram alguns dados sobre isso aqui, inclusive são bem alarmantes. Então, foi um dos temas do matriciamento, foi a</p>	<p>independente da categoria profissional ou do local onde ele esteja, então foi mais ou menos por aí, o conteúdo das propostas de matriciamento online.</p>	
--	--	--	--

	<p>questão do suicídio, tentando também qualificar o nosso atendimento tanto na atenção especializada como na atenção básica, identificando alguns sinais, falando sobre a importância do acolhimento que o profissional de saúde precisa fazer independente da categoria profissional ou do local onde ele esteja, então foi mais ou menos por aí, o conteúdo das propostas de matriciamento online.</p>		
<p>Depoente 2</p> <p>Residente durante o período da pandemia 2020/2021, atuou 8 meses no CAPS II, 8 meses no CAPSad e 6 meses no</p>	<p>Vamos lá, o matriciamento em saúde mental aqui em Palmas ele ocorre por alguns motivos. Ele é realizado quando é solicitado pela atenção primária ou por outro órgão que deseja esse matriciamento, que tem interesse em aprimorar essas condutas, querem melhorar suas práticas,</p>	<p>Ele é realizado quando é solicitado pela atenção primária ou por outro órgão que deseja esse matriciamento, aprimorar essas condutas, querem melhorar suas práticas sobre o serviço de atenção especializada, então ele pode ser</p>	<p>Quando é solicitado ao CAPS.</p> <p>Aperfeiçoamento das práticas.</p> <p>Informar sobre o CAPS.</p> <p>Quando é solicitado ao CAPS.</p>

<p>NASF. Atualmente é efetiva no CAPSad.</p>	<p>compreender melhor sobre o serviço de atenção especializada, então ele pode ser solicitado pela atenção primária ou outro órgão. Pode também sair da especializada visando, quando eu tenho um diagnóstico situacional daquele território que eu trabalho, daí que eu percebo que há a necessidade desse matriciamento. Então ele por ser vindo tanto da atenção básica para a especializada, como também da especializada para atenção básica. Cada profissional normalmente tem uma responsabilidade territorial, tem um espaço delimitado para que ele acompanhe dentro da especialidade. Especificamente em CAPS essa é uma das prioridades, que é conhecer o território e</p>	<p>solicitado pela atenção primária ou outro órgão</p>	
		<p>Pode também sair da especializada visando, quando eu tenho um diagnóstico situacional daquele território que eu trabalho, daí que eu percebo que há a necessidade desse matriciamento.</p>	<p>Solicitação do CAPS.</p>
		<p>Ele pode surgir de uma discussão de casos, matriciamento além dessa solicitação institucional, ele também pode vir, por exemplo, uma demanda que tenho específica e eu quero discutir individual com aquela equipe de saúde da família, ou com CRAS, ou com consultório de rua, então vem de acordo com que vem surgindo as demandas e a análise que faço do território.</p>	<p>Discussão de caso.</p>
			<p>Solicitação institucional</p>
			<p>Solicitação do CAPS.</p>

	<p>fazer com que ele tenha uma qualidade melhor de habitar os nossos usuários, pacientes. Ele pode surgir de uma</p>	<p>Normalmente sempre é o CAPS que corre atrás, a especializada que quer fazer esse matriciamento</p>	<p>Solicitação do CAPS.</p>
	<p>discussão de casos, matriciamento além dessa solicitação institucional, ele também pode vir, por exemplo, uma demanda que tenho específica e eu quero discutir individual com aquela equipe de saúde da família, ou com CRAS, ou com consultório de rua, então vem de acordo com que vem surgindo as demandas e a análise que faço do território.</p> <p>Quando você estava lá, na maioria das vezes vinha de quem essa demanda?</p> <p>Normalmente sempre é o CAPS que corre atrás, a especializada que quer fazer esse matriciamento, porque reflete nos nossos usuários quando eles</p>	<p>reflete nos nossos usuários quando eles não são acompanhados como deveriam, de maneira... quando eles não têm esse acesso de maneira adequada dos serviços.</p>	<p>Qualificação do atendimento.</p>

	<p>não são acompanhados como deveriam, de maneira... quando eles não têm esse acesso de maneira adequada dos serviços. A unidade básica ela passa a ser porta aberta e gerenciadora do cuidado, mas quando se fala de paciente de saúde mental normalmente essa história se reverte, então tem todo um manejo que a gente precisa ter com a atenção básica, e ao mesmo tempo a gente percebe que não está preparada pra essas atuações quando fazem, e também o usuário traz essas queixas, essas demandas, então vem sempre da especializada na maioria das vezes para a atenção básica, atenção primária de forma geral.</p>		
<p>Questão 2: Quais as atividades de matriciamento são realizadas? E quais equipes e profissionais realizam essa atividade?</p>			
<p>Identificação do Depoente</p>	<p>Excertos</p>	<p>Unidade de Contexto</p>	<p>Unidades de Registro</p>

<p>Depoente 1</p> <p>Realizou residência no CAPS II no período de 2017/2018. Retornou ao CAPSad de forma efetiva entre os períodos de 2020 a janeiro de 2022</p>	<p>Era basicamente uma reunião que estávamos fazendo ali com os profissionais dos serviços, discutindo essa questão inclusive da articulação em rede, com outros pontos de atenção, o próprio hospital, enxergando a necessidade de trazer esse serviço também para os matriciamentos.</p>	<p>Era basicamente uma reunião que estávamos fazendo ali com os profissionais dos serviços, discutindo essa questão inclusive da articulação em rede</p>	<p>Articulação com a Rede de Atenção à Saúde.</p>
	<p>As equipes que participavam eram do CAPS e a equipe da atenção básica, havia também alguém da gestão?</p> <p>Sim, havia alguém da gestão, que digamos assim, foi quem organizou, articulou assim, essa proposta de matriciamento online, porque também já era uma necessidade nossa, nas nossas reuniões enquanto equipe lá no CAPSad a gente sempre pontuou a necessidade de estar dialogando com os outros serviços da rede e de fazer o matriciamento, porque infelizmente ainda existe uma fragmentação muito grande do trabalho em rede, principalmente se tratando em saúde mental em que os serviços que as vezes não se enxergam como parte dessa</p>	<p>proposta de matriciamento online, porque também já era uma necessidade nossa, nas nossas reuniões enquanto equipe lá no CAPSad a gente sempre pontuou a necessidade de estar dialogando com os outros serviços da rede e de fazer o matriciamento, porque infelizmente ainda existe uma fragmentação muito grande do trabalho em rede</p>	<p>Articulação com a Rede de Atenção à Saúde.</p> <p>Fragmentação do trabalho em rede</p>
	<p>se tratando em saúde mental em que os serviços que as vezes não se enxergam como parte dessa</p>	<p>tem dificuldade e resistência no atendimento a essa</p>	<p>Qualificação do atendimento.</p>

	política, como parte da RAPS, tem dificuldade e resistência no atendimento a essa população com algum tipo de demanda em	população com algum tipo de demanda em saúde mental		
	saúde mental, e aí a gente sente isso, se reflete no CAPS no discurso dos usuários, na própria comunicação com os serviços, na dificuldade que é o usuário que faz tratamento no CAPS acessar os serviços da atenção básica, para, enfim, atendimento de outras demandas que não tem relação propriamente dita com o tratamento que é feito no CAPS ou no uso do álcool e outras drogas. Isso sempre aparece pra gente. Então a gente sempre tá discutindo sobre isso, como	na dificuldade que é o usuário que faz tratamento no CAPS acessar os serviços da atenção básica, para, enfim, atendimento de outras demandas que não tem relação propriamente dita com o tratamento que é feito no CAPS ou no uso do álcool e outras drogas.	Qualificação do atendimento.	Articulação com a Rede de Atenção à Saúde.
	poderia fazer essa conversa em rede para tentar ser mais resolutivo, para que o usuário não encontre tantas barreiras no atendimento em outros pontos da rede que não seja o CAPS, porque o CAPS não vai e nem é a proposta de resolver tudo, lógico que o atendimento é na perspectiva da integralidade, do cuidado, mas tem demandas específicas que a atenção básica e até mesmo outros pontos como as UPAS, de urgência e emergia, o	Então a gente sempre tá discutindo sobre isso, como poderia fazer essa conversa em rede para tentar ser mais resolutivo, para que o usuário não encontre tantas barreiras no atendimento em outros pontos da rede que não seja o CAPS	Fragmentação do trabalho em rede	

	<p>próprio hospital, que precisam ser tratados e a gente não dá conta de tratar tudo, inclusive não é a proposta de serviços. Então, nos matriciamentos a gente também discutia isso, tanto presenciais quanto no formato online.</p>	<p>Então, nos matriciamentos a gente também discutia isso, tanto presenciais quanto no formato online.</p>	<p>Discutir um tema.</p>
			<p>Matriciamento online.</p>
	<p>E a questão do preconceito, assim, a pessoa que faz algum tipo de tratamento em saúde mental, também foi uma coisa que a gente abordou no matriciamento, porque a gente percebe que tá relacionado a essas barreiras que o usuário encontra.</p>	<p>E a questão do preconceito, assim, a pessoa que faz algum tipo de tratamento em saúde mental, também foi uma coisa que a gente abordou no matriciamento,</p>	<p>Preconceito.</p>
		<p>porque a gente percebe que tá relacionado a essas barreiras que o usuário encontra.</p>	<p>Discutir um tema.</p>

<p>Depoente 2</p> <p>Residente durante o período da pandemia 2020/2021, atuou 8 meses no CAPS II, 8 meses no CAPSad e 6 meses no NASF. Atualmente é efetiva no CAPSad.</p>	<p>Aí vai depender de cada profissional, de cada técnico de referência. Você fala em atividades, tipo, o quê que a gente vai fazer lá? Seria nesse sentido?</p> <p>Sim, a gente faz a discussão de casos, a gente faz um processo como se fosse educação permanente, compreensão dos fluxos, entendimento sobre o que são esses serviços, o CAPSII por exemplo, o que é CAPS II, qual é o tipo de perfil, orientação, entrega panfletos, fazemos dinâmicas pra fixação melhor do conteúdo, porque de boca a boca parece que não fica tão importante como realmente é, essa articulação. A gente faz esse processo todo, a gente pega o que eles têm de demandas e dúvidas e tenta saná-las nessas 1 ou 2h que a gente vai lá, tenta também ver o que eles tem de demandas pra nós. Por exemplo, às vezes a gente vai e tem demanda de ação em conjunto, então a gente já organiza mais ou menos como vai ficar, é uma conversa cheia</p>	<p>Sim, a gente faz a discussão de casos, a gente faz um processo como se fosse educação permanente, compreensão dos fluxos, entendimento sobre o que são esses serviços, o CAPSII por exemplo, o que é CAPS II, qual é o tipo de perfil, orientação, entrega panfletos, fazemos dinâmicas pra fixação melhor do conteúdo</p>	<p>Discussão de caso.</p>
		<p>A gente faz esse processo todo, a gente pega o que eles têm de demandas e dúvidas e tenta saná-las nessas 1 ou 2h que a gente vai lá, tenta também ver o que eles tem de demandas pra nós.</p>	<p>Educação permanente.</p>
		<p>Educação permanente.</p> <p>Demandas de ação em conjunto.</p>	<p>Educação permanente.</p>

	<p>de conteúdos importantes que são da nossa prática, muitas vezes ela nem vem da teoria, mas sim da atuação. Às vezes todo mundo sabe a teoria, mas na hora de aplicar na prática não consegue.</p> <p>Como era formada essas equipes, por exemplo, do CAPS ia psicólogo, enfermeiro, assistente social, a equipe completa ou só alguns, no matriciamento?</p> <p>No CAPSII não trabalha com demanda de território, eles trabalham aberto, todo mundo cuida de todo mundo. No CAPSad a gente trabalha com território, tem um profissional responsável pra executar aquela área, aquela delimitação geográfica, então assim, lá no II no dia que chegava, que a atenção básica pudesse era segunda a tarde, era o profissional disponível na segunda a tarde pra fazer esse matriciamento. O CAPS se organizava de acordo com a agenda da unidade.</p> <p>Aqui [ad] tem a pessoa responsável, ela vai, reúne a equipe, às vezes, por exemplo, de</p>		
--	---	--	--

	<p>outro território pra poder reforçar. Se eu vejo que é uma questão social muito grande, então eu sozinha não consigo, então eu preciso levar o assistente social que entenda melhor a situação, tem um empoderamento sobre isso. É um trabalho em equipe, mas podem ir quantas pessoas quiserem. A gente inclui os residentes, os estagiários, nessa situação.</p>		
<p>Questão 3: Qual o papel do psicólogo no apoio matricial, como ele atua?</p>			
Identificação do Depoente	Excertos	Unidade de Contexto	Unidades de Registro
<p>Depoente 1</p> <p>Realizou residência no CAPS II no período de 2017/2018. Retornou ao CAPSad de forma efetiva entre os períodos de 2020 a janeiro de 2022</p>	<p>Uma boa pergunta (risos), porque eu acho que depende, depende da demanda e da forma como aquela profissional compreende os processos de trabalho, os fluxos e a própria política. No meu caso, acho que uma coisa fundamental é fomentar essa articulação primeiro, esse diálogo com os outros serviços. De uma forma que seja compreensível para aqueles profissionais que não estão vivenciando o dia-a-dia do CAPS mas que se propõem a ser resolutivo, de dar encaminhamentos, de levar</p>	<p>No meu caso, acho que uma coisa fundamental é fomentar essa articulação primeiro, esse diálogo com os outros serviços.</p>	<p>Articulação com a Rede de Atenção à Saúde.</p>
		<p>mas que se propõem a ser resolutivo, de dar encaminhamentos, de levar casos para discussão em comum, um usuário que eu atendo e o CSC também, porque está em território dele, identificar quais são</p>	<p>Discussão de caso.</p> <p>Educação permanente.</p>

	<p>casos para discussão em comum, um usuário que eu atendo e o CSC também, porque está em território dele, identificar quais são esses casos, ouvir a equipe da atenção básica no sentido de entender qual é a compreensão deles sobre os serviços de saúde mental, sobre os usuários, se eles identificam também um usuário em comum.</p>	<p>esses casos, ouvir a equipe da atenção básica no sentido de entender qual é a compreensão deles sobre os serviços de saúde mental, sobre os usuários, se eles identificam também um usuário em comum.</p>	
	<p>Atendimento compartilhado com o profissional da saúde da família, também é uma ação importante porque muitas vezes aquele profissional também tem dificuldades em compreender, a abordar, como lidar com algumas situações, aí o atendimento compartilhado ajuda muito. A visita domiciliar compartilhada, com o agente de saúde ou algum profissional da equipe Saúde da Família, ou do próprio NASF.</p>	<p>Atendimento compartilhado com o profissional da saúde da família, também é uma ação importante porque muitas vezes aquele profissional também tem dificuldades em compreender, a abordar, como lidar com algumas situações, aí o atendimento compartilhado ajuda muito.</p>	<p>Atendimento compartilhado.</p>
<p>E como é que ficaram, na verdade não ficaram, né. Eu ia perguntar como ficaram esses atendimentos compartilhados durante a pandemia? É, não rolou... os atendimentos</p>		<p>A visita domiciliar compartilhada, com o agente de saúde ou algum profissional da equipe Saúde da Família, ou do</p>	<p>Visita domiciliar compartilhada.</p>

<p>compartilhados não deu, nem visita compartilhada. Deixa eu ver se visita compartilhada teve... porque eu fiz algumas visitas.... Ah, teve, assim... pensando na questão da articulação com outros serviços e que não é da política de saúde, tem também a articulação intersetorial, o atendimento compartilhado também pode ser feito com outros serviços e outras instituições que não sejam só da política de saúde, então teve atendimento compartilhado com o CRAS, de um usuário que eu estava acompanhando e fazia o uso muito prejudicial de álcool e tava provocando situações de violência em casa contra uma pessoa idosa, então a partir disso já entra questões que a saúde propriamente dita não vai conseguir também lidar. E aí foi feita essa articulação, foi feita a discussão de caso com o CRAS e aí a gente marcou o atendimento compartilhado com a pedagoga, o usuário e um familiar dele no CRAS do território dele, então também tá ligado com matriciamento que</p>	<p>próprio NASF.</p>	
	<p>teve atendimento compartilhado com o CRAS, de um usuário que eu estava acompanhando e fazia o uso muito prejudicial de álcool e tava provocando situações de violência em casa contra uma pessoa idosa</p>	<p>Atendimento compartilhado na pandemia.</p>
	<p>E aí foi feita essa articulação, foi feita a discussão de caso com o CRAS e aí a gente marcou o atendimento compartilhado com a pedagoga, o usuário e um familiar dele no CRAS do território dele, então também tá ligado com matriciamento</p>	<p>Discussão de caso.</p> <p>Atendimento compartilhado na pandemia.</p>
	<p>Essa articulação aconteceu, produzir relatórios em conjunto com a assistente social do caps, foi muito bom, porque a gente</p>	<p>Não limitada a esfera da saúde.</p> <p>Comunicação intersetorial</p>

	<p>muitas vezes a gente tem uma visão um pouco restrita de achar que só pode ser feito, por exemplo, com postinho, não, isso é mais amplo, essa discussão.</p> <p>E esse atendimento foi realizado durante a pandemia ou foi antes?</p>	<p>ultrapassou a esfera da saúde e viu também essa comunicação intersetorial e também é bem frágil, a gente precisa fortalecer.</p>	
	<p>Durante a pandemia, foi durante 2021, foi muito legal, porque a gente percebe essa corresponsabilização também, do outro serviço no acompanhamento daquela pessoa, daquela família, apesar de que nesse caso a gente precisou fazer outras articulações, com a própria polícia, disque 100, a gente entrou em contato, enfim, porque né... envolvia outras questões de violação de direitos que se apresenta pra gente e a gente não pode fingir que não está acontecendo, porque é da saúde não pode fingir que não está acontecendo. Essa articulação aconteceu, produzir relatórios em conjunto com a assistente social do caps, foi muito bom, porque a gente</p>	<p>eu consegui conversar com outros serviços, com o próprio CRAS também, com o socioeducativo. Com esse período pandêmico, inclusive era uma questão que a gente tava sentindo necessidade de propor um matriciamento com as unidades do sistema socioeducativo que atende crianças e adolescentes que estão em conflito com a lei.</p>	<p>Comunicação intersetorial</p>
		<p>Considerando isso, teve a participação de um profissional de lá, um psicólogo</p>	<p>Comunicação intersetorial Informar sobre o CAPS.</p>

<p>ultrapassou a esfera da saúde e viu também essa comunicação intersetorial e também é bem frágil, a gente precisa fortalecer.</p> <p>Foi possível realizar outros atendimentos ou só esse, durante a pandemia?</p> <p>Não, compartilhado assim não. Mas teve por telefone, por telefone eu consegui conversar com outros serviços, com o próprio CRAS também, com o socioeducativo. Com esse período pandêmico, inclusive era uma questão que a gente estava sentindo necessidade de propor um matriciamento com as unidades do sistema socioeducativo que atende crianças e adolescentes que estão em conflito com a lei.</p> <p>Principalmente porque uma das unidades ficava no meu território, e aí os adolescentes acessavam o CAPS pra procurar atendimento, ou a própria equipe do socioeducativo também.</p> <p>Então, a gente precisava alinhar algumas questões por conta da nossa dificuldade, por exemplo, em sair do CAPS para fazer</p>	<p>inclusive, de lá que foi para uma reunião nossa. Então, a gente conseguiu conversar com ele, assim de uma forma mais direta, no sentido de entender o serviço deles e deles também entenderem o CAPS, como a gente funcionava e quais atividades a gente poderia pensar</p>	<p>Educação permanente.</p>
	<p>então é uma comunicação que estava se aproximando, mas aí não sei se continuou, como é que ficou depois.</p>	<p>Comunicação intersetorial</p>
	<p>Por exemplo, às vezes o profissional de saúde não sabe que o CAPS é um serviço de portas abertas, que não precisa de encaminhamento, ou qual o tipo de demanda que deve ser encaminhado para o CAPS. E isso reflete</p>	<p>Informar sobre o CAPS.</p> <p>Qualificação do atendimento.</p>

	atividades lá, e também como a dificuldade deles em sair de lá para vir ao CAPS. E, como se trata de um público adolescente, a gente precisa tomar outros cuidados, por exemplo, a gente não pode fazer uma atividade coletiva com os adolescentes e os adultos, toda a questão do ECA e tal. Era uma necessidade que a gente tava sentindo de propor um matriciamento com esse serviço. Considerando isso, teve a participação de um profissional de lá, um psicólogo inclusive, de lá que foi para uma reunião nossa. Então, a gente conseguiu conversar com ele, assim de uma forma mais direta, no sentido de entender o serviço deles e deles também entenderem o CAPS, como a gente funcionava e quais atividades a gente poderia pensar juntos e propor, inclusive da gente participar de uma reunião de equipe com eles lá na unidade, então é uma comunicação que estava se aproximando, mas aí não sei se continuou, como é que ficou depois.	muito nos encaminhamentos errôneos que a gente recebe nos serviços e na realidade não é demanda pra CAPS	
	E aí, sempre nos matriciamentos a gente apresenta um pouco desse funcionamento geral para as pessoas terem uma noção melhor de como funciona, para qualificar esses encaminhamentos e não fazer a pessoa ir lá sendo que ela pode ser acompanhada em outro ponto da rede	Qualificação do atendimento.	
		Informar sobre o CAPS.	

	<p>E aí percebemos que um dos maiores desafios, com a comunidade como também para os outros serviços é fazer com que eles conheçam o funcionamento do CAPS, desde o começo você foi falando sobre apresentar o serviço para que eles conhecessem.</p> <p>Sim, porque, quem tá lá no dia-a-dia não tem essa dificuldade, mas quem não tá tem uma dificuldade muito grande de primeiro conhecer, às vezes profissionais que não sabem mesmo, e de entender. Por exemplo, às vezes o profissional de saúde não sabe que o CAPS é um serviço de portas abertas, que não precisa de encaminhamento, ou qual o tipo de demanda que deve ser encaminhado para o CAPS. E isso reflete muito nos encaminhamentos errôneos que a gente recebe nos serviços e na realidade não é demanda pra CAPS, então a gente nota esse desconhecimento mesmo do quê que é o CAPS, qual a demanda que a gente atende, como que é o acesso, o que a</p>		
--	---	--	--

	<p>gente oferta de atividade.</p> <p>E aí, sempre nos matriciamentos a gente apresenta um pouco desse funcionamento geral para as pessoas terem uma noção melhor de como funciona, para qualificar esses encaminhamentos e não fazer a pessoa ir lá sendo que ela pode ser acompanhada em outro ponto da rede, então é uma necessidade, e muito também mais uma vez do preconceito.</p> <p>Já ouvi de usuários que relatavam que iam lá pro acolhimento inicial, o primeiro atendimento que a pessoa passa e dizia que tava indo pela segunda, terceira vez, que a primeira vez foi e ficou do lado de fora só olhando, não entrou.</p> <p>Ainda tem muito isso, sabe. E não é diferente com os profissionais da saúde, é um preconceito muito grande, a gente vê uma diferença no atendimento a um usuário que faz tratamento no CAPS em alguns momentos. É uma coisa que a gente precisa estar refletindo e levando pra discussão sempre pras pessoas</p>		
--	---	--	--

	<p>ampliarem essa compreensão do quê que é o CAPS e da importância que tem esse serviço, pra tentar diminuir essas resistências, essas barreiras, que muitas vezes dificulta a pessoa a procurar um tratamento e as vezes a ser direcionado a uma forma qualificada.</p>		
<p>Depoente 2</p> <p>Residente durante o período da pandemia 2020/2021, atuou 8 meses no CAPS II, 8 meses no CAPSad e 6 meses no NASF. Atualmente é efetiva no CAPSad.</p>	<p>Assim, um ponto mais importante que eu acho nessa atuação é que tem coisas que só a gente faz, mas também não quer dizer que só nós deveríamos fazer. Então assim, na minha atuação e na atuação de alguns psicólogos que acompanho aqui e acompanhei na residência, é mais no intuito de relembrar as questões de saúde mental, tentar quebrar paradigmas, porque às vezes os profissionais de outras áreas não têm essa visão. Tentar diminuir preconceitos através da orientação, tentar informar também sobre a reforma psiquiatria, sobre as formas de condução, isso é sempre importante trazer e na maioria das vezes quem traz é o psicólogo, não é que seja</p>	<p>Tentar diminuir preconceitos através da orientação, tentar informar também sobre a reforma psiquiatria, sobre as formas de condução, isso é sempre importante trazer e na maioria das vezes quem traz é o psicólogo, não é que seja privativo nosso, mas a nossa atuação é essa.</p> <p>tentar ver o olhar da atenção básica para esse usuário, porque a gente como psicólogo tem essa habilidade, uma forma mais de tentar interagir com essa unidade, não que</p>	<p>Informar e orientar.</p> <p>Articulação com a Rede de Atenção à Saúde.</p>

	<p>privativo nosso, mas a nossa atuação é essa. E também tentar ver o olhar da atenção básica para esse usuário, porque a gente como psicólogo tem essa habilidade, uma forma mais de</p>	<p>as outras categorias não tenha, mas o olhar de como a unidade pode atuar e como eles veem esse usuário</p>	
	<p>tentar interagir com essa unidade, não que as outras categorias não tenha, mas o olhar de como a unidade pode atuar e como eles veem esse usuário, a gente consegue alcançar mais que as outras categorias. Mas não quer dizer que seja todos também. Eu acho que a questão de informação, de estar empoderados de conteúdos de saúde mental, porque as outras categorias não são tão empoderados assim, às vezes também trazer questões de diagnóstico, possíveis orientações até com relação a medicações, às vezes uma orientação mais direcionada para questões de saúde mental mesmo, além dos fluxos de serviços. Eu acredito que é mais como se o psicólogo fosse, uma atuação mais esclarecedora nesse sentido que gera saúde mental, de política, histórico.</p>	<p>também trazer questões de diagnóstico, possíveis orientações até com relação a medicações, às vezes uma orientação mais direcionada para questões de saúde mental mesmo, além dos fluxos de serviços.</p>	<p>Informar e orientar.</p>

Questão 4: Como funciona a comunicação entre as equipes?			
Identificação do Depoente	Excertos	Unidade de Contexto	Unidades de Registro
Depoente 1 Realizou residência no CAPS II no período de 2017/2018. Retornou ao CAPSad de forma efetiva entre os períodos de 2020 a janeiro de 2022	Em se tratando da equipe interna do CAPS, acho que uma forma de manter uma comunicação melhor é as reuniões, toda quarta, semanalmente, havia uma reunião de equipe ampla, com todos os profissionais, para todo mundo participar. E diariamente a gente fazia muitas discussões de caso, eu acho que essa é uma forma da equipe estar se comunicando. A partir das situações que iam surgindo também naquele dia, porque o CAPS é muito dinâmico, você vai trabalhar e você não sabe o que pode acontecer, com o que você pode se deparar naquele dia, enfim. Situações inusitadas, inesperadas que aconteciam, até processos de trabalho. E nesse período pandêmico, a gente teve muitos momentos de discussão e equipe pensando na reorganização do serviço, porque era um momento muito difícil pra todo mundo, ninguém tinha conhecimento do vírus, não tinha vacina, e o CAPS é	Em se tratando da equipe interna do CAPS, acho que uma forma de manter uma comunicação melhor é as reuniões, toda quarta, semanalmente, havia uma reunião de equipe ampla, com todos os profissionais, para todo mundo participar. E diariamente a gente fazia muitas discussões de caso, eu acho que essa é uma forma da equipe estar se comunicando.	Discussão de caso
		E nesse período pandêmico, a gente teve muitos momentos de discussão e equipe pensando na reorganização do serviço, porque era um momento muito difícil pra todo	Discussões e planejamento em equipe.

	<p>um serviço de atendimento contínuo, de convivência. Então, como manter essa convivência, essa relação com os usuários no momento de distanciamento social, de proibição de aglomerações, de atividades em grupo, como a</p>	<p>mundo, ninguém tinha conhecimento do vírus, não tinha vacina, e o CAPS é um serviço de atendimento contínuo, de convivência.</p>	
	<p>gente vai continuar cuidando dessas pessoas nesse contexto? Então, nesse momento, a gente discutia muito em equipe, tentando realizar o serviço, eu acho que essa é uma estratégia interessante de comunicação. Fora isso, tem os instrumentos, as atas, as reuniões eram registradas em atas, os encaminhamentos eram registrados, para que o profissional que não participou daquele momento tivesse acesso. A gente tinha um livro de plantão, cada equipe registrava os acontecimentos do plantão daquele dia, naquele período, e no outro dia quem chegava já via, podia ler o que</p>	<p>Então, nesse momento, a gente discutia muito em equipe, tentando realizar o serviço, eu acho que essa é uma estratégia interessante de comunicação. Fora isso, tem os instrumentos, as atas, as reuniões eram registradas em atas, os encaminhamentos eram registrados, para que o profissional que não participou daquele momento tivesse acesso.</p>	<p>Discussões e planejamento em equipe.</p>
	<p>teve acontecido. Os prontuários também eu considero uma forma de comunicação, porque aqui em Palmas a gente tem um sistema</p>	<p>E dependendo, a partir disso, desses registros e tudo mais, a gente vai buscando essas articulações</p>	<p>Comunicação e atendimento por telefone.</p>

	<p>eletrônico que é o e-sus. Então o usuário que é atendido no postinho, que é atendido no CAPS, na UPA, o registro desses atendimentos fica no prontuário, então a equipe do CAPS sabe como foi o atendimento da equipe do postinho, em relação a pessoa, naquele dia e tal. Mas assim, não é o suficiente, né, para se manter um trabalho em rede, mas é uma forma de se comunicar com a rede. E dependendo, a partir disso, desses registros e tudo mais, a gente vai buscando essas articulações com os serviços que a pessoa passou, que foi atendido, entrar em contato por telefone. O telefone também foi um veículo que viabilizou essa comunicação durante esses dois últimos anos, os protocolos.</p> <p>Com a pandemia, as reuniões eram realizadas de forma remota ou ainda eram presenciais?</p> <p>Essas reuniões diárias ainda eram presenciais, porque no CAPS a gente não teve trabalho</p>	<p>com os serviços que a pessoa passou, que foi atendido, entrar em contato por telefone. O telefone também foi um veículo que viabilizou essa comunicação durante esses dois últimos anos, os protocolos.</p> <p>Essas reuniões diárias ainda eram presenciais, porque no CAPS a gente não teve trabalho remoto, a gente ia pro serviço todos os dias, a cada turno, quem trabalhava pela manhã ao final do turno geralmente a gente fazia uma reunião para discutir algum caso ou para discutir alguma situação que surgiu naquele dia, ou para discutir o fluxo.</p>	<p></p> <p>Discussão de caso.</p> <p>Discussões e planejamento em equipe.</p>
--	--	---	---

	<p>remoto, a gente ia pro serviço todos os dias, a cada turno, quem trabalhava pela manhã ao final do turno geralmente a gente fazia uma reunião para discutir algum caso ou para discutir alguma situação que surgiu naquele dia, ou para discutir o fluxo.</p> <p>As de quarta eram presenciais e em determinado momento começamos a fazer de forma remota, quando a pandemia ficou muito crítica, os profissionais, tentando ali pensar numa estratégia de cuidado, porque eram muitos profissionais dentro da sala. A gente passou a fazer remoto principalmente quando tinha a participação de alguém da gestão, porque a gestão não participava das reuniões presenciais e quando a gente conseguia marcar uma reunião, era online</p>		
--	--	--	--

<p>Depoente 2</p> <p>Residente durante o período da pandemia 2020/2021, atuou 8 meses no CAPS II, 8 meses no CAPSad e 6 meses no NASF. Atualmente é efetiva no CAPSad.</p>	<p>É um pouco delicado, às vezes a gente consegue agendar. Porque eles chegam aqui com as demandas que são pra ser resolvidas em outros lugares, por exemplo, às vezes a pessoa quer um benefício, eu não consigo atender benefício no CAPS. Eu consigo tentar ver com a assistente social o que entende sobre isso, se ela não entender sobre isso tem que ligar no CRAS, acionar, ver como funciona, porque não atendeu, o que aconteceu. São coisas que a gente aciona mais do que a primária.</p> <p>É algo que já é recorrente, eu já ouvi de outros profissionais sobre essa falta de conhecimento sobre qual o público que o CAPS atende e esses encaminhamentos errados.</p> <p>Um exemplo que acontece e muito frequente, a gente tem dificuldade que eles acessem a atenção primária. Eles são negligenciados, são muitas vezes ignorados, falam que está mentindo, às vezes está sob</p>	<p>Eu consigo tentar ver com a assistente social o que entende sobre isso, se ela não entender sobre isso tem que ligar no CRAS, acionar, ver como funciona, porque não atendeu, o que aconteceu. São coisas que a gente aciona mais do que a primária.</p>	<p>Comunicação e atendimento por telefone.</p>
--	--	---	--

	efeito, às vezes em crise, então “não é aqui, tudo é no CAPS”, aí eles, por exemplo, vêm pra cá com corte no dedo que lá na unidade consegue resolver, às vezes ele precisa mostrar um exame e lá na unidade não consegue, ele necessita de um acompanhamento clínico ou de alguma comorbidade, e muitas vezes eles fazem aqui porque não tem essa vinculação com a atenção primária		
Questão 5: Como é feito o planejamento das ações? E com a pandemia?			
Identificação do Depoente	Excertos	Unidade de Contexto	Unidades de Registro
Depoente 1 Realizou residência no CAPS II no período de 2017/2018. Retornou ao CAPSad de forma efetiva entre os períodos	Quando eu cheguei, uma coisa que me fez pensar no matriciamento foi justamente essa comunicação com o postinho, o planejamento foi nesse sentido, eu levei alguns documentos que a gente tem no CAPS, como a ficha de acolhimento, a ficha da RAS, é uma ficha que a gente registra o atendimento a partir de um código, cada atendimento tem um código pra ser registrado	O planejamento do matriciamento online eu não participei, foi algo planejado pela gestão, as datas, o próprio conteúdo, então a gente não participou.	Matriciamento online.
		o planejamento ele sempre vem a partir da demanda que se	Planejamento da gestão
			Trabalho com o território.
			Suicídio

<p>de 2020 a janeiro de 2022</p>	<p>na RAS, que é como se fosse uma ficha de produtividade, e é a partir dessa ficha que os recursos pro CAPS também vem, é preenchida mensalmente.</p> <p>O planejamento do matriciamento online eu não participei, foi algo planejado pela gestão, as datas, o próprio conteúdo, então a gente não participou.</p> <p>Eu acho que o planejamento ele sempre vem a partir da demanda que se apresenta no território. As vezes determinado postinho ou NASF tem dificuldades no atendimento a casos de suicídio, ou o médico tem dificuldade de manejar a medicação quando tem uma pessoa com demanda de saúde mental, que não é grave, mas pode ser acompanhado pela atenção básica. Então, é a partir da demanda que a gente identifica que faz esse planejamento.</p> <p>Tem uma pergunta que eu acho que você já a respondeu do início ao fim, mas é</p>	<p>apresenta no território. As vezes determinado postinho ou NASF tem dificuldades no atendimento a casos de suicídio, ou o médico tem dificuldade de manejar a medicação quando tem uma pessoa com demanda de saúde mental, que não é grave, mas pode ser acompanhado pela atenção básica. Então, é a partir da demanda que a gente identifica que faz esse planejamento.</p> <p>E aí uma das principais alterações foi essa, os grupos foram suspensos, os atendimentos passaram a ser totalmente individualizados, a gente modificou o fluxo de movimentação</p>	<p>Articulação com a Rede de Atenção à Saúde.</p> <p>Planejamento a partir da demanda.</p> <p>Atendimento individualizado.</p>
----------------------------------	--	---	--

<p>sempre bom repetir caso venha a ter mais coisas, que é se houveram alterações nas atividades devido a pandemia?</p> <p>Sim, muitas, muitas alterações. Primeiro que a gente ficou muito perdido em como continuar, sabe, cuidado dos usuários no período que a gente não podia fazer grupo, que é uma das atividades principais do CAPS, um período em que a situação de vida das pessoas estava piorando. Pessoas que estavam perdendo trabalho, perdendo renda, perdendo a vida, perdendo familiar, e a gente é um serviço de saúde mental. Então, como continuar o cuidado numa pandemia? E aí uma das principais alterações foi essa, os grupos foram suspensos, os atendimentos passaram a ser totalmente individualizados, a gente modificou o fluxo de movimentação dentro do serviço. Tem o acolhimento 24h que continuou, mas teve uma redução no número de</p>	<p>dentro do serviço. Tem o acolhimento 24h que continuou, mas teve uma redução no número de vagas, porque ele preconiza 6 vagas fem e 6 masc, e aí são dois quartos para cada público, mas com a pandemia a gente não podia colocar mais de uma pessoa no quarto, por conta do risco do contágio.</p>	
	<p>A gente passou a acolher uma pessoa por quarto, em vez de seis vagas, reduziram-se para duas. E os usuários não pararam de usar substâncias, então eles também necessitavam de atendimento.</p>	Atendimento individualizado.
	<p>O CAPS é também um serviço que promove a convivência, as relações, a vida, e</p>	<p>Comunicação e atendimento por telefone.</p> <p>Atendimento individualizado.</p>

	<p>vagas, porque ele preconiza 6 vagas fem e 6 masc, e aí são dois quartos para cada público, mas com a pandemia a gente não podia colocar mais de uma pessoa no quarto, por conta do risco do contágio. A gente passou a acolher uma pessoa por quarto, em vez de seis vagas, reduziram-se para duas.</p>	<p>nesse período não tinha como a gente fazer isso. O telefone foi muito usado para fazer esse atendimento aos usuários, de forma individualizada e a distância.</p>	
	<p>E os usuários não pararam de usar substâncias, então eles também necessitavam de atendimento.</p> <p>O CAPS é também um serviço que promove a convivência, as relações, a vida, e nesse período não tinha como a gente fazer isso. O telefone foi muito usado para fazer esse atendimento aos usuários, de forma individualizada e a distância.</p> <p>O próprio serviço, por ser um serviço de saúde, a maioria dos profissionais trabalhavam em outros serviços de saúde, então em hospital, UPA, teve uma contaminação muito grande da equipe, muito grande mesmo, 90% da equipe se contaminou. Foi muito difícil. As visitas</p>	<p>As visitas foram suspensas e depois a gente passou a fazer visitas muito pontuais, para casos muito urgentes ou caso de demandas judiciais, porque as demandas não paravam de chegar, então a Defensoria, Ministério Público mandava demandas judiciais e a gente precisava fazer essa busca ativa, porque geralmente são usuários que não fazem tratamento e nesses casos a gente ia também fazer a visita, mas acho que foi isso, foram</p>	<p>Visitas suspensas.</p>

	<p>foram suspensas e depois a gente passou a fazer visitas muito pontuais, para casos muito urgentes ou caso de demandas judiciais, porque as demandas não paravam de chegar, então a Defensoria, Ministério Público mandava demandas judiciais e a gente precisava fazer essa busca ativa, porque geralmente são usuários que não fazem tratamento e nesses casos a gente ia também fazer a visita, mas acho que foi isso, foram muitas mudanças.</p>	<p>muitas mudanças.</p>	
	<p>E, não sei, acho que foram bem prejudiciais para o serviço e para os usuários principalmente, mas a gente ficou totalmente perdido, não tinha uma orientação sobre o que deveria fazer, ou para se proteger, proteger os usuários, para continuar trabalhando, então a gente foi se reinventando e a cada dia era outra discussão, uma coisa que a gente decidia hoje já mudava porque a situação já mudava, o contexto da pandemia já se intensificava, então foi um desgaste físico e mental muito grande, de tá pensando e repensando, construindo e desconstruindo fluxos de</p>	<p>E, não sei, acho que foram bem prejudiciais para o serviço e para os usuários principalmente, mas a gente ficou totalmente perdido, não tinha uma orientação sobre o que deveria fazer, ou para se proteger, proteger os usuários</p>	<p>Falta de orientação.</p>
		<p>a gente foi se reinventando e a</p>	<p>Reinvenção constante.</p>
		<p>cada dia era outra discussão, uma coisa que a gente decidia hoje já mudava porque a situação já mudava, o contexto da pandemia já se intensificava, então foi um desgaste físico e mental muito grande, de tá pensando e repensando, construindo e desconstruindo fluxos de</p>	<p>Discussões e planejamento em equipe.</p>

	<p>desgaste físico e mental muito grande, de tá pensando e repensando, construindo e desconstruindo fluxos de atendimento, do próprio acolhimento, tudo, tudo mudou. Tem um CAPS antes e um CAPS pós pandemia e é difícil mensurar esses impactos porque a gente não saiu ainda da pandemia, mas foi bem complicado.</p>	<p>atendimento, do próprio acolhimento, tudo, tudo mudou.</p>	
<p>Depoente 2</p> <p>Residente durante o período da pandemia 2020/2021, atuou 8 meses no CAPS II, 8 meses no CAPSad e 6 meses no NASF. Atualmente é efetiva no CAPSad.</p>	<p>Vai variar, a gente tem uma meta, todo serviço tem uma meta por ano. E a gente tem os territórios, cada território a gente tem em média 3 a 4 unidade de saúde dentro daquele território, que são os territórios de saúde que são divididos em Palmas, e esse matriciamento, esse planejamento é feito com cada representante de território. Cada técnico tem sua forma. Cada técnico tem seus respectivos planejamentos de como ele vai atuar, mas tem coisas que são específicas que precisam conter nesse matriciamento. O planejamento é individual, do profissional, mas tem coisas</p>	<p>E a gente tem os territórios, cada território a gente tem em média 3 a 4 unidade de saúde dentro daquele território, que são os territórios de saúde que são divididos em Palmas, e esse matriciamento, esse planejamento é feito com cada representante de território.</p> <p>porque às vezes surge uma dúvida, fala de algum paciente que você precisa saber quem é, o que é, o que vocês</p>	<p>Trabalho com o território.</p> <p>Discussões e planejamento em equipe.</p>

	<p>que são obrigatórias, que tem que ter, ou que deveriam ter, como por exemplo, levar os nomes nas listas que a gente tem dos cadastros dos usuários, porque às vezes surge uma dúvida, fala de algum paciente que você precisa saber quem é, o que é, o que vocês podem articular em equipe nesse matriciamento.</p>	<p>podem articular em equipe nesse matriciamento.</p>	
	<p>Falar sobre a rede é muito importante, o funcionamento da rede, a importância da rede funcionar, a importância do cuidado integral. São coisas necessárias pra gente trabalhar, até porque a gente sabe que a integralidade precisa acontecer. Acontece falha atualmente? Acontece, e por isso a gente precisa fazer, nem que seja falar mil vezes sobre isso. Mas o foco principal é sobre essa conscientização do serviço, o que é esse serviço, o fluxo desse serviço, além da rede e das listas, das pessoas.</p>	<p>Falar sobre a rede é muito importante, o funcionamento da rede, a importância da rede funcionar, a importância do cuidado integral. São coisas necessárias pra gente trabalhar, até porque a gente sabe que a integralidade precisa acontecer. Acontece falha atualmente? Acontece, e por isso a gente precisa fazer, nem que seja falar mil vezes sobre isso. Mas o foco principal é sobre essa conscientização do serviço, o que é esse serviço, o fluxo desse serviço, além da rede e das listas, das pessoas.</p>	<p>Articulação com a Rede de Atenção à Saúde.</p> <p>Educação permanente.</p>
<p>Questão 6: Houveram alterações nas atividades devido a pandemia? Quais?</p>			

Identificação do Depoente	Excertos	Unidade de Contexto	Unidades de Registro
<p>Depoente 1</p> <p>Realizou residência no CAPS II no período de 2017/2018. Retornou ao CAPSad de forma efetiva entre os períodos de 2020 a janeiro de 2022</p>	<p>Alterações foi esse período estagnado, porque houve um período em que não aconteceu, também porque a atenção básica tava muito sobrecarregada por conta da covid, então não tinha condições da gente ir até o serviço, por conta de toda essa questão do distanciamento e porque os serviços estavam abarrotados de covid, teste, tratamento, acompanhamento, tudo. Foi um período muito complicado pra toda a rede, e teve um período em que o matriciamento não foi feito, não tinha condições. E pra fazer matriciamento online com a atenção básica só mesmo com esse direcionamento da gestão, porque eu já tinha tentado antes marcar uma reunião, mas eles não tinham tempo, a carga horária, a sobrecarga de trabalho, então foi um período em que os olhos se voltaram muito para a questão da covid.</p> <p>Com que frequência eram</p>	<p>Alterações foi esse período estagnado, porque houve um período em que não aconteceu, também porque a atenção básica tava muito sobrecarregada por conta da covid, então não tinha condições da gente ir até o serviço, por conta de toda essa questão do distanciamento</p>	<p>Suspensão temporária do matriciamento.</p>
		<p>E pra fazer matriciamento online com a</p>	<p>Planejamento da gestão</p>
		<p>atenção básica só mesmo com esse direcionamento da gestão, porque eu já tinha tentado antes marcar uma reunião, mas eles não tinham tempo, a carga horária, a sobrecarga de trabalho</p>	<p>Suspensão temporária do matriciamento.</p>

	<p>realizadas os matriciamentos antes da pandemia e as poucas que foram realizadas durante a pandemia?</p> <p>Olha, antes da pandemia eu não sei dizer, porque entrei em janeiro, a pandemia iniciou em março, mas eu sei que existem metas para que o caps cumpra em relação ao número de matriciamentos, agora não me lembro se são 9 ou 12 por ano. Existe uma meta, mas não sei dizer com que frequência antes da pandemia. Mas depois da pandemia ficou muito tempo sem acontecer, muito, alguns meses, e aí voltou em 2021 com uma frequência maior, e aí acho que era quinzenal ou a cada 20 dias que foi essa sequência de matriciamento online. Depois, quando a vacinação já estava avançando mais, a sobrecarga na atenção básica tava reduzindo, alguns profissionais conseguiram fazer presencial, mas aí eu não participei desse presencial, mas não sei dizer com que frequência, acho que um por mês, teve matriciamento em que a distância foi mais curta</p>	<p>Mas depois da pandemia ficou muito tempo sem acontecer, muito, alguns meses, e aí voltou em 2021 com uma frequência maior, e aí acho que era quinzenal ou a cada 20 dias que foi essa sequência de matriciamento online.</p>	<p>Matriciamento online.</p> <p>Matriciamento online frequente.</p>
--	---	---	---

	entre um e outro, porque também tem essa cobrança da produtividade né, e da própria necessidade da rede de serviços.		
Depoente 2 Residente durante o período da pandemia 2020/2021, atuou 8 meses no CAPS II, 8 meses no CAPSad e 6 meses no NASF. Atualmente é efetiva no CAPSad.	Sim, houveram muitas. Por exemplo, as unidades estavam com fluxo bem aumentado de pessoas, então aqueles territórios que estavam 100% dependentes, que não tem plano de saúde, não tem condições de ter assistência médica sem ser via pública, ficaram sobrecarregados, a gente sabe que a quantidade de profissionais de vidas, adoecimento profissional também em grande escala, não só na atenção básica, mas também especializada, dentro dos CAPS.	Sim, houveram muitas. Por exemplo, as unidades estavam com fluxo bem aumentado de pessoas, então aqueles territórios que estavam 100% dependentes	Matriciamento online frequente.
Questão 7: Na prática, surgiram dificuldades devido a COVID-19?			
Identificação do Depoente	Excertos	Unidade de Contexto	Unidades de Registro
Depoente 1 Realizou residência no CAPS II no período de 2017/2018.	É diferente, primeiro porque o presencial eu fiz com as equipes do território que eu era responsável, eu sabia a metodologia e qual que seria mais ou menos o conteúdo da discussão; e no online tinham pessoas de outros territórios, e	e no online tinham pessoas de outros territórios, e existe essa diferença, porque a discussão pode ser mais ampliada, porque terão territórios	Trabalho com o território. Comunicação intersetorial Discussões e planejamento em equipe.

<p>Retornou ao CAPSad de forma efetiva entre os períodos de 2020 a janeiro de 2022</p>	<p>existe essa diferença, porque a discussão pode ser mais ampliada, porque terão territórios diversos ali naquele espaço. Mas outro ponto é que por exemplo, a gente não tinha muito claro qual que seria o conteúdo, a gente não teve essa organização prévia com a gestão. A gestão definiu as datas e só passou o cronograma, e aí a gente teve que se organizar, ver quem que seria a pessoa que ia participar e tal, então assim, não houve muito esse diálogo, vejo isso como uma diferença, que poderia ter tido, poderia ter organizado melhor.</p>	<p>diversos ali naquele espaço.</p>	
		<p>a gente não teve essa organização prévia com a gestão. A gestão definiu as datas e só passou o cronograma, e aí a gente teve que se organizar, ver quem que seria a pessoa que ia participar e tal, então assim, não houve muito esse diálogo, vejo isso como uma diferença, que poderia ter tido, poderia ter organizado melhor.</p>	<p>Planejamento da gestão.</p>
<p>Depoente 2 Residente durante o período da pandemia 2020/2021, atuou 8 meses no CAPS II, 8 meses no CAPSad e 6 meses no NASF.</p>	<p>Eu não peguei COVID até hoje, mas teve épocas que estava indo trabalhar só eu e mais um, sempre tinha seis, sete, ao mesmo tempo. Teve o desfalque que ocorreu, essa questão de a unidade não conseguir encontrar tempo para nos receber. Os matriciamentos que eu participei foram todos online, era baixa adesão, um ou outro profissional e a gente sabe que nem sempre repassa as informações, não consegue atingir nem metade do que deveria ser feito.</p>	<p>Os matriciamentos que eu participei foram todos online, era baixa adesão, um ou outro profissional e a gente sabe que nem sempre repassa as informações, não consegue atingir nem metade do que deveria ser feito.</p>	<p>Matriciamento online. Baixa adesão nas práticas de matriciamento.</p>
		<p>Então às vezes é psicólogo, preceptor da residência, às</p>	<p>Discussão de caso.</p>

<p>Atualmente é efetiva no CAPSad.</p>	<p>informações, não consegue atingir nem metade do que deveria ser feito. Na época dos atendimentos online participei no CAPSII, participei de dois ou três. No CAPSad participei de um. Os demais foram presenciais, mas cheios de regras e limitações de pessoas.</p> <p>E como eram esses atendimentos, tanto online como presenciais?</p> <p>Às vezes ia o psicólogo, ou às vezes um preceptor. Às vezes a dúvida do psicólogo é totalmente diferente da vivência da atenção primária.</p>	<p>vezes eles trazem mais para discutir casos e não para atender fluxos, porque esse também é diferente. Tem também a questão de atendimento compartilhado, essas outras partes do matriciamento não existiam, e hoje também é difícil existir, o compartilhamento de atendimento né</p>	<p>Atendimento compartilhado na pandemia.</p>
	<p>O psicólogo na atenção básica não fica na porta de entrada, ele já fica no segundo, terceiro... Então ele não tem tanto acesso</p>	<p>fazendo o melhor por aquele usuário e se articulando por telefone e essas coisas.</p>	<p>Comunicação e atendimento por telefone.</p>
	<p>assim a essa demanda que chega, às vezes ele vai ter acesso porque não conseguiu resolver. Então às vezes é psicólogo, preceptor da residência, às vezes eles trazem mais para discutir casos e não para atender fluxos, porque esse também é diferente. Tem também a questão de atendimento compartilhado, essas outras partes do</p>	<p>Mas um só que eu participei que tinha todas as categorias, mas era uma discussão de caso, não levava em consideração as outras coisas.</p>	<p>Discussão de caso.</p>

	<p>matriciamento não existiam, e hoje também é difícil existir, o compartilhamento de atendimento né, mas cada um no seu território fazendo o melhor por aquele usuário e se articulando por telefone e essas coisas.</p> <p>Quando é enfermeira é mais fácil, porque ela consegue levar pra técnica de enfermagem, pra equipe dela, os agentes comunitários. Mas um só que eu participei que tinha todas as categorias, mas era uma discussão de caso, não levava em consideração as outras coisas.</p>		
Questão 8: Foram adotadas algumas adaptações mediante essas dificuldades?			
Identificação do Depoente	Excertos	Unidade de Contexto	Unidades de Registro
<p>Depoente 1</p> <p>Realizou residência no CAPS II no período de 2017/2018. Retornou ao CAPSad de forma efetiva entre</p>	<p>Assim, muito a questão do distanciamento, desse cuidado da higiene, o uso de máscaras, a redução da quantidade de pessoas. Já em 2021 com o avanço da vacinação e tudo mais, a gente conseguiu retornar um grupo, grupo de mulheres, mas tinham poucas participantes, eram 5, 6 ali no máximo, numa sala que a gente preservava a questão da</p>	<p>com o avanço da vacinação e tudo mais, a gente conseguiu retornar um grupo, grupo de mulheres, mas tinham poucas participantes, eram 5, 6 ali no máximo</p>	<p>Retorno ao trabalho em grupo.</p>
		<p>Os atendimentos online em si com o usuário não</p>	<p>Comunicação e atendimento por telefone.</p>

os períodos de 2020 a janeiro de 2022	distância, a questão da máscara, do álcool, acho que o telefone, as ligações. Os atendimentos online em si com o usuário não aconteceram, mas por telefone sim. Outra coisa que a gente fez foi criar um perfil do CAPS no Instagram, porque muitos usuários pensavam que o CAPS tinha fechado durante a pandemia, e aí apesar de saber que a realidade dos nossos usuários não permite o acesso à internet e tudo mais, mas a gente pensou nessa alternativa de criar o instagram do caps pra divulgar os horários de funcionamento, como que tava sendo o atendimento, levar algumas informações que a gente considerava importante. Teve também um período que a gente conseguiu manter o número do caps com WhatsApp, então isso facilitou a comunicação com os usuários. Mas como não era algo financiado pela gestão, era um celular de uma profissional, quando essa profissional saiu a gente não conseguiu manter o número com WhatsApp. Adaptação do acolhimento com	aconteceram, mas por telefone sim.	
		gente fez foi criar um perfil do CAPS no Instagram, porque muitos usuários pensavam que o CAPS tinha fechado durante a pandemia, e aí apesar de saber que a realidade dos nossos usuários não permite o acesso à internet e tudo mais, mas a gente pensou nessa alternativa de criar o instagram do caps pra divulgar os horários de funcionamento, como que tava sendo o atendimento, levar algumas informações que a gente considerava importante.	Comunicação e divulgação de informações através da internet.
		a gente conseguiu manter o número do caps com WhatsApp, então isso facilitou a comunicação com os usuários. Mas como	Comunicação e divulgação de informações através da internet.

	a redução das vagas e o fluxo dentro da unidade que o usuário acolhido não poderia circular por todo o CAPS para minimizar o contato.	não era algo financiado pela gestão, era um celular de uma profissional, quando essa profissional saiu a gente não conseguiu manter o número com WhatsApp.	
<p>Depoente 2</p> <p>Residente durante o período da pandemia 2020/2021, atuou 8 meses no CAPS II, 8 meses no CAPSad e 6 meses no NASF. Atualmente é efetiva no CAPSad.</p>	<p>Dos que eu participei não, até porque eu não tinha autonomia com relação a isso, eu mais trabalhava de acordo com o que eles, com o que o preceptor trazia, ou às vezes a equipe. A gente não tinha tanta autonomia na execução desses matriciamentos, e também não tinha essa questão de planejar de outras formas. O que eu vi foi online, orientações também pelo telefone, presencial às vezes só com o enfermeiro, ou só com o coordenador da unidade, só que assim, outras alternativas eu não consegui ver.</p>	<p>A gente não tinha tanta autonomia na execução desses matriciamentos, e também não tinha essa questão de planejar de outras formas.</p>	Planejamento da gestão.
		<p>O que eu vi foi online, orientações também pelo telefone, presencial às vezes só com o enfermeiro, ou só com o coordenador da unidade, só que assim, outras alternativas eu não consegui ver.</p>	Comunicação e divulgação de informações através da internet.
			Comunicação e atendimento por telefone.
<p>Questão 9: Houve alguma possibilidade que tenha surgido nesse contexto?</p>			
Identificação do Depoente	Excertos	Unidade de Contexto	Unidades de Registro

<p>Depoente 1</p> <p>Realizou residência no CAPS II no período de 2017/2018. Retornou ao CAPSad de forma efetiva entre os períodos de 2020 a janeiro de 2022</p>	<p>Eu acho que uma coisa que ampliou muito foi o olhar para o uso das tecnologias, eu acho que foi muito importante, uma ferramenta que foi muito útil, porque a gente não conseguia ter esse contato presencial, então por meio dessa tecnologia digital a gente conseguiu. Eu acho que foi algo positivo, até então a gente não pensava nessa possibilidade, sempre nessa questão de contato presencial, reunião presencial, atendimentos presenciais. Então eu acho que uma coisa que fez a gente ampliar foi isso, o uso da tecnologia pra viabilizar o matriciamento, por exemplo, em tempos de pandemia é uma ferramenta interessante, a gente pode fazer muitas coisas, inclusive precisamos explorar mais quais são as potencialidades, pra inclusive deixar o matriciamento mais dinâmico, mais interativo, o google Meet tem várias ferramentas que a gente pode usar que facilita essa interação que até então a gente desconhecia muito.</p>	<p>Eu acho que uma coisa que ampliou muito foi o olhar para o uso das tecnologias, eu acho que foi muito importante, uma ferramenta que foi muito útil, porque a gente não conseguia ter esse contato presencial, então por meio dessa tecnologia digital a gente conseguiu.</p>	<p>Comunicação e divulgação de informações através da internet.</p>
		<p>em tempos de pandemia é uma ferramenta interessante, a gente pode fazer muitas coisas, inclusive precisamos explorar mais quais são as potencialidades, pra inclusive deixar o matriciamento mais dinâmico, mais interativo, o google Meet tem várias ferramentas que a gente pode usar que facilita essa interação que até</p>	<p>Comunicação e divulgação de informações através da internet.</p>

		então a gente desconhecia muito.	
Depoente 2	Telefone, teve reunião online pelo meet e outras ferramentas, ligação de vídeo, mas não acontecia com profundidade que acontece como no presencial, era mais pra tentar auxiliar a unidade nesse processo ou serviço que tava solicitando esse atendimento.	Telefone, teve reunião online pelo meet e outras ferramentas, ligação de vídeo, mas não acontecia com profundidade que acontece como no presencial,	Comunicação e atendimento por telefone.
Residente durante o período da pandemia 2020/2021, atuou 8 meses no CAPS II, 8 meses no CAPSad e 6 meses no NASF. Atualmente é efetiva no CAPSad.			Comunicação e divulgação de informações através da internet.
Questão 10: Como as intervenções realizadas refletem na vida do usuário?			
Identificação do Depoente	Excertos	Unidade de Contexto	Unidades de Registro
Depoente 1	Eu acho que pensando no matriciamento, uma coisa que pode ser um saldo importante, se é que a gente pode falar assim, a diminuição da barreira do acesso do usuário a outros serviços que não seja o CAPS, pensando na	Eu acho que pensando no matriciamento, uma coisa que pode ser um saldo importante, se é que a gente pode falar	Articulação com a Rede de Atenção à Saúde.

<p>2017/2018. Retornou ao CAPSad de forma efetiva entre os períodos de 2020 a janeiro de 2022</p>	<p>assistência direta. Na questão mais ampla eu acho que é desconstruir alguns estigmas e preconceitos que ainda existem no imaginário social que é reproduzido e às vezes inclusive é propagado por pessoas que não</p>	<p>assim, a diminuição da barreira do acesso do usuário a outros serviços que não seja o CAPS, pensando na assistência direta.</p>	
	<p>deveriam, a própria política, as próprias mudanças que a gente vê na política de saúde mental, o discurso de pessoas que deveriam cuidar e não tem essa consciência e acaba reproduzindo muita coisa que deve ser desconstruída e interfere na vivência do usuário, eu acho que melhorar a assistência, melhorar o acolhimento do usuário em outros pontos da rede, aproximar os serviços que vai refletir na vida e na dinâmica do usuário. Eu acho que o matriciamento é fundamental assim... o fortalecimento do vínculo do usuário no território, quando a gente faz um atendimento compartilhado no território, com outros serviços, com outros profissionais, acho que isso também fortalece.</p>	<p>desconstruir alguns estigmas e preconceitos que ainda existem no imaginário social que é reproduzido e às vezes inclusive é propagado por pessoas que não deveriam, a própria política, as próprias mudanças que a gente vê na política de saúde mental, o discurso de pessoas que deveriam cuidar e não tem essa consciência e acaba reproduzindo muita coisa que deve ser desconstruída</p>	Educação continuada.
	<p>A corresponsabilização da rede em si, que em muitas vezes não</p>	<p>melhorar a assistência, melhorar o acolhimento do</p>	Qualificação do atendimento.

	<p>se enxerga dentro desse cuidado, como responsável também, como potência. Porque quando a gente sai do CAPS, a gente dialoga com outros serviços, com a rede intersetorial, com a RAPS, da saúde, acho que fortalece, tudo, tanto os serviços que vai refletir na assistência com o usuário, como o próprio usuário e mostra a importância de cada um, porque a gente tem muita potência, mas as vezes desconhece, desconhece muito.</p>	usuário em outros pontos da rede, aproximar os serviços que vai refletir na vida e na dinâmica do usuário.	
	<p>A gente percebe o quanto o trabalho em saúde mental é árduo, mas também é contínuo, e não deve ser realizado sozinho, e como é difícil ser realizado em equipe, com outros dispositivos...</p>	o fortalecimento do vínculo do usuário no território, quando a gente faz um atendimento compartilhado no território, com outros serviços, com outros profissionais, acho que isso também fortalece.	Trabalho com o território.
	<p>Sim, principalmente nesse período, em que os sistemas de saúde se sobrecarregou muito com covid, os serviços de saúde mental já são, eram negligenciados, excluídos, a gente tem uma conjuntura política que não favorece esse cuidado, a atenção psicossocial, e</p>	Porque quando a gente sai do CAPS, a gente dialoga com outros serviços, com a rede intersetorial, com a RAPS, da saúde, acho que fortalece, tudo, tanto os serviços que vai refletir na assistência com o usuário	Importância do matriciamento.
			Articulação com a Rede de Atenção à Saúde.

	refletindo em notas técnicas, portaria, e muitas vezes fortalece o cuidado baseado numa lógica proibicionista, pensando no caso da D3, via da abstinência, internação, e o cuidado que a gente oferta no caps é diferente, o cuidado em saúde mental precisa ser diferente, e aí é difícil fazer isso e fazer os outros serviços também entenderem a necessidade da gente ampliar o olhar pra saúde mental e considerar isso como saúde também, produção de saúde , como qualidade de vida, algo importante que inclusive vai além da questão da saúde, diz muito sobre a sociedade em que a gente vive, as pessoas que a gente lida, os profissionais que a gente forma, como eles enxergam a saúde mental, a pessoa que faz algum tipo de tratamento em saúde mental, porque isso também vai dizer muito do tratamento que esse profissional vai ofertar, como ele vai acolher essa pessoa, seja lá onde ele estiver.	A gente percebe o quanto o trabalho em saúde mental é árduo, mas também é contínuo, e não deve ser realizado sozinho, e como é difícil ser realizado em equipe, com outros dispositivos...	Articulação com a Rede de Atenção à Saúde.
		Sim, principalmente nesse período, em que os sistemas de saúde se sobrecarregou muito com covid, os serviços de saúde mental já são, eram negligenciados, excluídos, a gente tem uma conjuntura política que não favorece esse cuidado,	Desafios na pandemia
		e aí é difícil fazer isso e fazer os outros serviços também entenderem a necessidade da	Desafios na pandemia

		gente ampliar o olhar pra saúde mental e considerar isso como saúde também, produção de saúde , como qualidade de vida	
Depoente 2	Em algumas unidades a gente percebe que não houve uma assistência mais qualificada dentro da demanda que ele solicita. Em outras unidades a gente percebe que não muda muita coisa. Então assim, a gente tenta. E uma parte importante que a gente faz que não é considerada como matriciamento é empoderar o usuário do direito dele, empoderar da necessidade que ele saiba como funciona os demais serviços e o que ele possa exigir, para que quando ele chegue lá ele consiga ter uma assistência mesmo que forçada, mas ele consiga entender o que está sendo oferecido pra ele.	Em algumas unidades a gente percebe que não houve uma assistência mais qualificada dentro da demanda que ele solicita.	Desafios na pandemia
Residente durante o período da pandemia 2020/2021, atuou 8 meses no CAPS II, 8 meses no CAPSad e 6 meses no NASF. Atualmente é efetiva no CAPSad.	Mas o que a gente espera é que melhore a qualidade desse atendimento, melhore a assistência integral a esse usuário, que ele também consiga encontrar outras alternativas dentro do território dele,	Mas o que a gente espera é que melhore a qualidade desse atendimento, melhore a assistência integral a esse usuário, que ele também consiga encontrar outras alternativas dentro do território dele,	Qualificação do atendimento.
	Mas o que a gente espera é que melhore a qualidade desse atendimento, melhore a assistência integral a esse usuário, que ele também consiga	que a nossa missão é também reinserir, e sozinhos a gente não consegue.	Importância do matriciamento.

	<p>encontrar outras alternativas dentro do território dele, em ser incluso em atividades que são ofertadas pela atenção primária, ou pelo cras, ou por qualquer serviço que esteja dentro do território, que a nossa missão é também reinserir, e sozinhos a gente não consegue. Primeiro porque a gente não tá dentro do território deles, o CAPS não tem como estar em todos os territórios, a gente tenta e a nossa missão é reinserir e reabilitar, então a gente tenta trabalhar com as unidades pra gente ter essa resposta, porque o intuito maior aqui é que ele consiga conviver no local que ele mora, que ele consiga ter o mínimo de respeito, de assistência, isso é o que a gente sonha e espera que aconteça.</p> <p>Obvio que vem de um contexto histórico e cultural muito além do que a gente tá hoje, mas se a gente não começar a fazer pequenos passos, pequenas coisas pra tentar mudar pelo menos um profissional que esteja ali, a gente já consegue alcançar um pouco, todos os dias a gente alcança. É uma luta diária.</p>	<p>a gente tenta e a nossa missão é reinserir e reabilitar, então a gente tenta trabalhar com as unidades pra gente ter essa resposta, porque o intuito maior aqui é que ele consiga conviver no local que ele mora, que ele consiga ter o mínimo de respeito, de assistência, isso é o que a gente sonha e espera que aconteça.</p>	<p>Reinserir e reabilitar.</p>
			<p>Importância do matriciamento.</p>
		<p>E a gente tem também um problema que eu não citei, mas você também pode colocar que é a rotatividade de profissionais. A gente tem uma rotatividade muito grande, a gente tem uma rotatividade dentro do caps, na atenção primária,</p>	<p>Desafios na pandemia</p> <p>Rotatividade dos profissionais.</p>

	<p>E a gente tem também um problema que eu não citei, mas você também pode colocar que é a rotatividade de profissionais. A gente tem uma rotatividade muito grande, a gente tem uma rotatividade dentro do caps, na atenção primária, então dificulta esse acesso. A gente tem dificuldade na rede inteira.</p> <p>A gente sonha e espera que eles consigam conviver, ter acesso, não sejam barrados por esse acesso, ou sejam limitados por ter uma condição que às vezes não é tão desejada pela sociedade, que é os transtornos ou o uso de substâncias. A gente tenta fazer o máximo e desmistificar, o nosso plano é desconstruir muitas coisas que foram engessadas e tentar trazer um novo olhar pra esse sujeito, uma nova forma de ver, mudar o olhar humano que existe nas pessoas.</p>	então dificulta esse acesso	
		<p>A gente sonha e espera que eles consigam conviver, ter acesso, não sejam barrados por esse acesso, ou sejam limitados por ter uma condição que às vezes não é tão desejada pela sociedade, que é os transtornos ou o uso de substâncias.</p>	<p>Importância do matriciamento.</p> <p>Reinsere e reabilitar.</p>

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – FESP

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - UFT

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – FESP

FUNDAÇÃO ESCOLA DE
SAÚDE PÚBLICA DE PALMAS -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MATRICIAMENTO NA PANDEMIA: A PERSPECTIVA DOS(AS) PSICÓLOGOS(A) DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DE PALMAS/TO

Pesquisador: RICARDO MONTEIRO GUEDES DE ALMEIDA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 54382321.3.3001.9187

Instituição Proponente: FUNDACAO ESCOLA DE SAUDE PUBLICA DE PALMAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.430.108

Apresentação do Projeto:

As informações apresentadas abaixo foram copiadas e/ou elaboradas a partir dos conteúdos do arquivo "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1931133.pdf", datado de 24/05/2022, e dos arquivos "PROJETOCORRIGIDO.pdf", de 24/05/2022, e do arquivo "TCLECORRIGIDO.pdf", de 24/05/2022.

PROBLEMA DE PESQUISA: Como se dá a prática do psicólogo durante a pandemia na dimensão clínico-assistencial referente ao matriciamento em saúde mental na RAPS de Palmas/TO?

Metodologia: Pretende-se trabalhar com a pesquisa qualitativa no âmbito das ciências sociais e humanas para se aprofundar no mundo dos significados das ações e das relações que não são possíveis de serem perceptíveis e captável em equações, médias e estatísticas (MINAYO & DESLANDES, 2007). Dessa forma, para investigar a prática do psicólogo nas ações de matriciamento em saúde mental a pesquisa qualitativa se mostra eficaz.

O método compreende o conjunto de técnicas empregadas que permitem se aproximar da realidade do fenômeno a ser estudado para a coleta de informações com a finalidade de alcançar os objetivos da pesquisa. Para isso, além da pesquisa bibliográfica, que corresponde a utilização de materiais já publicados (GIL, 2002), será utilizada a pesquisa de campo, no qual o pesquisador

Endereço: Qd 405 Sul, Avenida LO 09 ç S/N, Lote 11, Edifício Instituto Vinte de Maio, Térreo, sala da parte interna da
Bairro: PLANO DIRETOR SUL **CEP:** 77.015-611
UF: TO **Município:** PALMAS
Telefone: (63)3212-7166 **E-mail:** cepfesp.palasto@gmail.com

FUNDAÇÃO ESCOLA DE
SAÚDE PÚBLICA DE PALMAS -



Continuação do Parecer: 5.430.108

entra em contato com o local em que ocorre o fenômeno de estudo para a coleta de dados (SEVERINO, 2013).

Como instrumento para a coleta de dados serão realizadas entrevistas semiestruturadas, onde se busca informações por meio da interação entre pesquisador e pesquisado (SEVERINO, 2016). Além disso, de forma a direcionar a entrevista, utilizará perguntas estabelecidas previamente por meio de um roteiro, o qual consta no apêndice A, mas que não precisará seguir à risca, visto que o formato semiestruturado não segue um padrão rígido de perguntas. Mostra-se flexível para assuntos e perguntas que possam surgir mediante a conversação.

Os participantes da pesquisa serão escolhidos de acordo com os critérios de inclusão: psicólogos(as) da RAPS, independentemente da idade e sexo, que exerçam matriciamento com tempo mínimo de um ano, uma vez que necessita dispor de um período para experiência profissional. Além disso, serão incluídos profissionais atuantes no município de Palmas, no Tocantins, uma vez que se configura como um estado que possui grande diversidade cultural, localizada na Região Amazônica e não se assemelha com os grandes centros como Sul e Sudeste do país. A amostra será composta por dois participantes, visto que é uma pesquisa qualitativa e não necessita de um maior valor numérico, que se enquadrem nos critérios acima descritos, tenham interesse e se disponibilizem a participar da pesquisa.

Utilizará como critério de exclusão profissionais que atuam no apoio matricial e não sejam psicólogos, psicólogos que já exerceram matriciamento mas que não estejam atuando nesse momento. Matriciadores em outros estados do país que não seja do Tocantins e, por fim, aqueles que não assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Coletas de dados: A equipe responsável pela pesquisa realizará um mapeamento das instituições de saúde no município de Palmas/TO que realizam matriciamento em saúde mental. Por meio eletrônico fará o contato com as unidades, onde serão convidados os(a) psicólogos(a) que atuam na rede de atenção psicossocial, caso se encaixem nos critérios de inclusão, por meio da busca ativa, para participarem da referida pesquisa. Após o convite eletrônico, as entrevistas semiestruturadas com os profissionais participantes serão agendadas por contato telefônico.

Antes das realização das entrevistas, os possíveis paticipantes serão convidados a ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, caso consentirem, serão solicitados a a assinar o

Endereço: Qd 405 Sul, Avenida LO 09 ç S/N, Lote 11, Edifício Instituto Vinte de Maio, Térreo, sala da parte interna da
Bairro: PLANO DIRETOR SUL CEP: 77.015-611
UF: TO Município: PALMAS
Telefone: (63)3212-7166 E-mail: cepfesp.palmasto@gmail.com

FUNDAÇÃO ESCOLA DE
SAÚDE PÚBLICA DE PALMAS -



Continuação do Parecer: 5.430.108

documento, dele recebendo uma cópia.

As entrevistas semiestruturadas seguirão um roteiro pre-estabelecido de 10 perguntas (apêndice A), levarão aproximadamente 45 minutos e serão realizadas em plataforma digital (google-meet), visto que todo procedimento metodológico deve respeitar as medidas de segurança da COVID-19 para assegurar a saúde tanto da pesquisadora, do orientador, como também dos participantes. Caso houver o consentimento do participante, o encontro será gravado e posteriormente transcrito para que haja uma melhor análise dos dados. Após a coleta de dados, a pesquisadora ficará responsável por fazer o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local e apagar os registros de toda e qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem".

Análise dos dados: Os dados serão tratados a partir da Análise de conteúdo de Bardin (2011), a qual orienta, por meio de etapas, a classificação em categorias ou temas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Investigar a prática do psicólogo nas ações de matriciamento em saúde mental frente à COVID-19 no município de Palmas/ TO.

Objetivos específicos:

Caracterizar o matriciamento em Saúde Mental no contexto da pandemia.

Identificar como a prática do psicólogo no apoio matricial auxilia no cuidado com o usuário na pandemia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: É possível que durante a realização das entrevistas, os participantes ao relatarem suas práticas ao exercer matriciamento em contexto de pandemia da COVID-19, revelem condições de trabalho no âmbito institucional. Entre os possíveis riscos associados aos participantes da pesquisa, está a possibilidade de apresentarem desconforto ao expor sua história e experiência, desencadeando memórias negativas, medo, vergonha, constrangimento, receio de revelar informações, ter sentimento de estar se sentindo vigiado, ter sentimento de invasão de privacidade, entre outros sentimentos que podem ser despertados. Além disso, é possível que se sinta mobilizado com situações que vivenciou na execução de suas atividades. Todavia, é dever do pesquisador prezar pela ética ao preservar a identidade do participante e sigilo de informações, a fim de não prejudicá-lo e expor sua imagem. Para tanto, a pesquisadora compromete-se

Endereço: Qd 405 Sul, Avenida LO 09 ç S/N, Lote 11, Edifício Instituto Vinte de Maio, Térreo, sala da parte interna da
Bairro: PLANO DIRETOR SUL CEP: 77.015-611
UF: TO Município: PALMAS
Telefone: (63)3212-7166 E-mail: cepfesp.palmas@gmail.com

FUNDAÇÃO ESCOLA DE
SAÚDE PÚBLICA DE PALMAS -



Continuação do Parecer: 5.430.108

estabelecer o rapport (vínculo) com o(a) entrevistado(a) de modo que possa acolher possíveis relatos que suscitem sentimentos negativos no(a) participante da pesquisa, além de prezar pela ética ao manter o sigilo profissional do participante e de seu local de trabalho, a fim de não prejudicá-lo(a), no sentido de causar constrangimento e expor sua imagem. Por se tratar de uma pesquisa com uma amostra pequena de participantes e desenvolvida apenas no Município de Palmas do Tocantins, há o risco de os participantes serem identificados. No entanto, a pesquisa tem seu foco nas modalidades de atuação do profissional no contexto em questão, portanto, todos os dados pessoais dos participantes serão omitidos a fim de diminuir o risco de identificação dos mesmos. Por se tratar de uma pesquisa em ambiente virtual, existem riscos relacionados ao uso de ferramentas digitais. Visando potencial risco de violação da confidencialidade dos dados, serão retirados das redes todos os registros usados durante a pesquisa, como a “nuvem” de armazenamento.

Benefícios: Quanto aos benefícios, a pesquisa contribuirá para compartilhar experiências de trabalho que servirão como referência para a atuação do participante da pesquisa, dos(as) demais profissionais e estudantes que seguirão a mesma área. Esse estudo visa contribuir como suporte técnico e fonte de conhecimentos a psicólogos e estudantes de psicologia. Conhecimentos estes que poderão, também, servir para embasar suas possíveis intervenções na importante tarefa do matriciamento, na qual articulações intersetoriais, interdisciplinares e comunitárias se mostram essenciais para o funcionamento em rede da atenção psicossocial e, conseqüentemente, para o cuidado integral do usuário. Ademais, é importante ressaltar o efeito catártico que uma entrevista dessa ordem proporciona, promovendo um certo sentimento de alívio de tensão do(a) participante da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa têm relevância social e científica. Há articulação entre objeto, problema, objetivos e abordagem metodológica. A fundamentação teórica, do mesmo modo, articula-se com os outros elementos do projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão devidamente elaborados e preenchidos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos

Endereço: Qd 405 Sul, Avenida LO 09 z S/N, Lote 11, Edifício Instituto Vinte de Maio, Térreo, sala da parte interna da
Bairro: PLANO DIRETOR SUL CEP: 77.015-611
UF: TO Município: PALMAS
Telefone: (63)3212-7166 E-mail: cepfesp.palasto@gmail.com

FUNDAÇÃO ESCOLA DE
SAÚDE PÚBLICA DE PALMAS -



Continuação do Parecer: 5.430.108

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_1931133.pdf	24/05/2022 19:40:37		Aceito
Outros	DECLARACAODOPESQUISADOR.pdf	24/05/2022 11:12:38	RICARDO MONTEIRO GUEDES DE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCORRIGIDO.pdf	24/05/2022 11:05:57	RICARDO MONTEIRO GUEDES DE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECORRIGIDO.pdf	24/05/2022 10:45:42	RICARDO MONTEIRO GUEDES DE ALMEIDA	Aceito
Outros	Termo.pdf	14/12/2021 12:21:44	RICARDO MONTEIRO GUEDES DE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	14/12/2021 11:40:06	RICARDO MONTEIRO GUEDES DE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	14/12/2021 11:31:08	RICARDO MONTEIRO GUEDES DE ALMEIDA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PALMAS, 25 de Maio de 2022

Assinado por:
Eliane Patricia Lino Pereira Franchi
(Coordenador(a))

Endereço: Qd 405 Sul, Avenida LO 09 & S/N, Lote 11, Edifício Instituto Vinte de Maio, Térreo, sala da parte interna da
Bairro: PLANO DIRETOR SUL CEP: 77.015-611
UF: TO Município: PALMAS
Telefone: (63)3212-7166 E-mail: cepfesp.palmas@gmail.com

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - UFT

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
FEDERAL DO TOCANTINS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MATRICIAMENTO NA PANDEMIA: A PERSPECTIVA DOS(AS) PSICÓLOGOS(A) DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DE PALMAS/TO

Pesquisador: RICARDO MONTEIRO GUEDES DE ALMEIDA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 54382321.3.0000.5519

Instituição Proponente: Fundação Universidade Federal do Tocantins - Câmpus universitário de

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.348.975

Apresentação do Projeto:

Parecer avaliado de acordo com Resolução do Conselho Nacional de Saúde de nº 466 de 12/12/12 e suas complementares.

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa", "Avaliação dos Riscos e Benefícios", Comentários e considerações sobre a pesquisa foram copiadas dos arquivos "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1817581.pdf" de 14/12/2021 e do "Projeto.pdf" de 14/12/2021.

- Projeto de Conclusão de Curso de Graduação em Psicologia apresentado à Banca de Qualificação da Universidade Federal do Tocantins (UFT) - Campus Universitário de Miracema, como requisito à obtenção de créditos na Disciplina Trabalho Final de Graduação I, sob a orientação do Profº Dr. Ricardo Monteiro Guedes de Almeida.

- Trata-se de uma pesquisa qualitativa.

requisito à obtenção de créditos na Disciplina Trabalho Final de Graduação I, sob a orientação do Profº Dr. Ricardo Monteiro Guedes de Almeida.

- Trata-se de uma pesquisa qualitativa.

- A amostra composta por dois participantes, visto que é uma pesquisa qualitativa e não necessita de um maior valor numérico, que se enquadrem nos critérios acima descritos, tenham interesse e se disponibilizem a participar da pesquisa.

- Os Critérios de Inclusão: Serão incluídos os(as) psicólogos(as), independentemente da idade e sexo, que estão atuando há pelo menos um ano em Centros de Atenção

Endereço: Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoxarifado

Bairro: Plano Diretor Norte

CEP: 77.001-090

UF: TO

Município: PALMAS

Telefone: (63)3232-8023

E-mail: cep_uft@uft.edu.br

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
FEDERAL DO TOCANTINS



Continuação do Parecer: 5.348.975

Psicossocial (CAPS) de um município do Estado de Tocantins, que estejam exercendo a prática do matriciamento, tenham interesse e se

disponibilizem a participar da pesquisa e assinarem o TCLE.

- Os Critérios de Exclusão: Indivíduos que atuam no apoio matricial e não sejam psicólogos; psicólogos(as) que já exerceram matriciamento, mas que não estejam atuando

nesse momento; matriciadores em outros estados do país que não seja de um município do Estado do Tocantins; ou não aceitem assinar o TCLE.

- O instrumento: Como instrumento para a coleta de dados serão realizadas entrevistas semiestruturadas, onde se busca informações por meio da interação entre pesquisador e pesquisado. Além disso, de forma a direcionar a entrevista, utilizará perguntas estabelecidas previamente por meio de um roteiro.

- O plano para análise de dados: Os dados serão tratados a partir da Análise de conteúdo de Bardin (2011), a qual orienta, por meio de etapas, a classificação em categorias ou temas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário

- Investigar a prática do psicólogo nas ações de matriciamento em saúde mental frente à COVID-19.

Objetivos secundários

- Caracterizar o matriciamento em Saúde Mental no contexto da pandemia.

- Identificar como a prática do psicólogo no apoio matricial auxilia no cuidado com o usuário na pandemia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- Riscos: Existem riscos para os participantes associados a entrevista, onde poderá apresentar desconforto ao expor sua história e experiência, desencadeando memórias negativas, medo, vergonha, constrangimento, receio de revelar informações, ter sentimento de estar se sentindo vigiado, ter sentimento de invasão de privacidade, entre outros sentimentos que podem ser despertados. Para tanto, a pesquisadora se compromete em

estabelecer o rapport (vínculo) com o(a) entrevistado(a) de modo que possa acolher possíveis relatos que suscitem sentimentos negativos no(a) participante da pesquisa, além de prezar pela ética ao manter o sigilo profissional do participante e de seu local de trabalho, a fim de não prejudicá-lo(a), causar constrangimento e expor sua imagem. Por se tratar de uma pesquisa em

Endereço: Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoarifado

Bairro: Plano Diretor Norte

CEP: 77.001-090

UF: TO

Município: PALMAS

Telefone: (63)3232-8023

E-mail: cep_uft@uft.edu.br

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
FEDERAL DO TOCANTINS



Continuação do Parecer: 5.348.975

ambiente virtual, existem riscos relacionados ao uso de ferramentas digitais. Visando potencial risco de violação da confidencialidade dos dados, serão retirados das redes todos os registros usados durante a pesquisa, como a "nuvem" de armazenamento.

- Benefícios: A pesquisa contribuirá para compartilhar experiências de trabalho que servirão como referência para a atuação do participante da pesquisa, dos(as) demais profissionais e estudantes que seguirão a mesma área. Esse estudo visa contribuir como suporte técnico e fonte de conhecimentos a psicólogos e estudantes de psicologia. Conhecimentos estes que poderão, também, servir para embasar suas possíveis intervenções na importante tarefa do matriciamento, na qual articulações intersetoriais, interdisciplinares e comunitárias se mostram essenciais para o funcionamento em rede da atenção psicossocial e, conseqüentemente, para o cuidado integral do usuário. Ademais, é importante ressaltar o efeito catártico que uma entrevista dessa ordem proporciona, promovendo um certo sentimento de alívio de tensão do(a) participante da pesquisa.

- Em relação aos RISCOS descritos na Resolução CNS 466/12 no III.1, alínea b, bem como a Norma Operacional CONEP 001/2013 item 12 os pesquisadores ponderam riscos e benefícios envolvidos na execução da pesquisa. Os pesquisadores avaliaram a gradação dos riscos e descreveram as medidas para sua minimização e proteção do participante da pesquisa, as medidas para assegurar os necessários cuidados, no caso de danos aos indivíduos e os possíveis benefícios, diretos ou indiretos, para a população estudada e a sociedade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Projeto de extrema relevância considerando, como os próprios pesquisadores apresentam "O presente estudo encontra relevância ao se pesquisar a atuação do psicólogo nas políticas públicas de saúde, a partir do matriciamento, em um contexto de pandemia anteriormente desconhecido e que ainda se mostra difícil de dimensionar em suas conseqüências a curto e longo prazo. Pois, trata-se de uma importante crise na saúde pública atual que representa para o profissional da psicologia diversas limitações, exigências e uma adaptação de sua prática em equipe."

- O protocolo, em geral, apresenta de modo organizado. Como se trata de um Projeto de Conclusão de Curso de Graduação em Psicologia apresentado da Universidade Federal do Tocantins, entende-se que o protocolo atende a Resolução 466/12 estando adequado para ser desenvolvido.

Endereço: Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoxarifado

Bairro: Plano Diretor Norte

CEP: 77.001-090

UF: TO

Município: PALMAS

Telefone: (63)3232-8023

E-mail: cep_uft@uft.edu.br

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
FEDERAL DO TOCANTINS



Continuação do Parecer: 5.348.975

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de Rosto - todos os campos foram preenchidos, datados e assinados, com identificação dos signatários. As informações prestadas são compatíveis com as do protocolo. A identificação das assinaturas contém, com clareza, o nome completo e a função de quem assinou, bem como está indicada por carimbo.
- Orçamento financeiro - detalha os recursos e destinação, apresentado em moeda nacional e explicita no projeto quem custeará a pesquisa.
- Cronograma - descreve a duração total e as diferentes etapas da pesquisa.
- TCLE: Elaborado em forma de convite, inclui informações quanto à justificativa, os objetivos e os procedimentos; explicitação dos possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, além dos benefícios esperados dessa participação e apresentação das providências e cautelas a serem empregadas para evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que possam causar dano, considerando características e contexto do participante da pesquisa; esclarecimento sobre a forma de acompanhamento e assistência a que terão direito os participantes da pesquisa; garantia de plena liberdade ao participante da pesquisa, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma; garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa; garantia de que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; explicitação de como serão cobertas as despesas da pesquisa e dela decorrentes; explicita a garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Refere ser elaborado em duas vias, garantiu espaços em todas as páginas para colher assinaturas do convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, bem como do pesquisador responsável, ou pela (s) pessoa (s) por ele delegada (s), com identificação do endereço e contato telefônico dos responsáveis pela pesquisa e do CEP local. Cumpriu as exigências éticas expressas na CNS nº 466/12.
- Declaração de Compromisso do Pesquisador Responsável – contemplada na folha de rosto em pesquisador responsável.
- Documento da Instituição Campo Autorizando o Estudo – não postado (CAPP - FESP)
- Instrumentos de coleta – construídos em conformidade com os objetivos da pesquisa.
- Projeto de pesquisa - anexado de forma correta.
- Os currículos dos pesquisadores atendem as exigências para esta pesquisa.

Recomendações:

- Conforme item XI (DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL) na Resolução CONEP 466/12, destacamos

Endereço: Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoarifado	
Bairro: Plano Diretor Norte	CEP: 77.001-090
UF: TO	Município: PALMAS
Telefone: (63)3232-8023	E-mail: cep_uft@uft.edu.br

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
FEDERAL DO TOCANTINS



Continuação do Parecer: 5.348.975

apenas como lembrete:

XI.2 - Cabe ao pesquisador:

- c) desenvolver o projeto conforme delineado;
- d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e/ou finais;
- f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto;
- h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Não foram observados óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Reitera-se que, conforme Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, e Resolução CNS 510/2016, Art. 28, inc. V, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1817581.pdf	14/12/2021 12:24:51		Aceito
Outros	Termo.pdf	14/12/2021 12:21:44	RICARDO MONTEIRO GUEDES DE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	14/12/2021 11:40:06	RICARDO MONTEIRO GUEDES DE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	14/12/2021 11:31:08	RICARDO MONTEIRO GUEDES DE ALMEIDA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA.pdf	30/08/2021 21:45:24	RICARDO MONTEIRO GUEDES DE	Aceito

Endereço: Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoarifado
 Bairro: Plano Diretor Norte CEP: 77.001-090
 UF: TO Município: PALMAS
 Telefone: (63)3232-8023 E-mail: cep_uft@uft.edu.br

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
FEDERAL DO TOCANTINS



Continuação do Parecer: 5.348.975

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PALMAS, 13 de Abril de 2022

Assinado por:

PEDRO YSMAEL CORNEJO MUJICA
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almojarifado

Bairro: Plano Diretor Norte

CEP: 77.001-090

UF: TO

Município: PALMAS

Telefone: (63)3232-8023

E-mail: cep_uft@uft.edu.br