

# PRINCÍPIOS E VALORES DOS ESPECIALISTAS QUE DÃO SUSTENTAÇÃO ÀS PRÁTICAS DE APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL

PRINCIPLES AND VALUES OF EXPERTS WHICH SUSTAIN THE PRACTICES IN MATRIX SUPPORT IN MENTAL HEALTH

PRINCIPIOS Y VALORES DE ESPECIALISTAS QUE DAN APOYO A PRÁCTICAS MATRICIALES EN SALUD MENTAL

*Alice Hirdes\**

## RESUMO

A pesquisa teve por objetivo identificar os princípios e valores que subsidiam o apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde. Estudo com abordagem qualitativa, realizado com apoiadores matriciais de um Município da Região Metropolitana de Porto Alegre, Brasil. Os instrumentos utilizados foram as entrevistas semiestruturadas e o grupo focal. Para o tratamento dos dados, utilizou-se da análise de conteúdo na modalidade temática. Os resultados evidenciam que os princípios que justificam as práticas são norteados pelo desejo de trabalhar na comunidade, a responsabilidade compartilhada, as habilidades de comunicação, a atenção ao curso de vida das pessoas e a sustentação de uma rede simbólica mediada pelos vínculos. Os valores que sustentam o processo de trabalho estão alicerçados no cuidado, na disponibilidade de interagir e na comunicação dialógica. Pode-se depreender que os princípios e valores pessoais e profissionais constituem um amálgama que perpassa e sustenta as práticas no cotidiano.

**Palavras-chave:** Saúde mental. Atenção primária à saúde. Apoio matricial. Apoio ao planejamento em saúde. Estratégias locais.

## ABSTRACT

The research aimed to identify the principles and values that support matrix support in mental health in Primary Health Care. It reports a qualitative study, done with matrix supporters in mental health, from metropolitan region in Porto Alegre, Brazil. The instruments used were semi-structured

---

Texto recebido em 8 de julho de 2020 e aprovado para publicação em 5 de outubro de 2020.

\* Doutora em Psicologia Social, docente no Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde, Desenvolvimento Humano e Sociedade. Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Luterana do Brasil. Endereço: Avenida Farroupilha, 8001, sala 124, prédio 1 - Bairro São José, Canoas-RS, Brasil. CEP: 92425-900. Telefone: (51) 99364-0036. E-mail: alicehirdes@gmail.com. ORCID: 0000-0003-3318-0514.

**Agradecimentos:** à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e à Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), pela bolsa de doutorado.

O artigo é produto da tese intitulada *Apoio matricial em saúde mental: tecendo relações e interações*, defendida na Pontifícia Universidade Católica de Porto Alegre (PUCRS), Brasil.

interviews and a focus group. For data treatment, content analysis was used in the thematic modality. Results show that the principles which justify the practices are guided by the wish to work in a community, shared responsibility, communication skills, care for people's lives and the development of a symbolic network mediated by bonds. Values that support the work process are based on care, on availability to interact and on dialogic communication. It may be concluded that personal and professional principles and values constitute the core that supports everyday practices.

**Keywords:** Mental health. Primary health care. Matrix support. Health planning support. Local strategies.

## RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo identificar los principios y valores que sustentan el apoyo matricial en salud mental en la Atención Primaria de Salud. El estudio es de tipo cualitativo, realizado con colaboradores matriciales en una localidad de la región metropolitana de Porto Alegre, RS, Brasil. Los instrumentos utilizados fueron entrevistas semiestructuradas y un grupo focal. Para el tratamiento de los datos se utilizó el análisis de contenido en la modalidad temática. Los resultados muestran que los principios que justifican las prácticas son guiados por el deseo de trabajar en la comunidad, la responsabilidad compartida, por las habilidades de comunicación, la atención al curso de vida de las personas y el apoyo de una red simbólica mediada por los vínculos. Los valores que sustentan el proceso de trabajo se basan en la atención, la disponibilidad de la interacción y la comunicación dialógica. Se puede inferir que los principios y valores personales y profesionales son una amalgama que impregna y sustenta las prácticas en la cotidianidad.

**Palabras clave:** Salud mental. Atención primaria de salud. Matriz de soporte. Apoyo a la planificación en salud. Estrategias locales.

## 1. INTRODUÇÃO

A descentralização em saúde mental, por meio do apoio matricial (AM), traz desafios de várias ordens, entre estes, os organizacionais, estruturais, epistemológicos e políticos (Cunha & Campos, 2011). Entretanto, mesmo com a superação destes, outros desafios situam-se na micropolítica do trabalho, na relação em ato (Merhy, 2005). Dessa forma, as diretrizes gerais e princípios que orientam o trabalho estarão subordinados aos profissionais (especialistas e

generalistas). Assim, mediante o trabalho vivo em saúde (Merhy, 2005), nas práticas interprofissionais compartilhadas no cotidiano dos serviços, podem-se vislumbrar os princípios e valores que permeiam o processo. Estes podem, na dependência das interações e processos em curso, exprimir potência de cuidado, a criação de espaços que incluam processos de subjetivação e a sustentação do AM na atenção primária à saúde (APS). Assim, considerando que o AM é um exercício compartilhado entre sujeitos com distintos interesses e inserções sociais, por meio da cogestão e coparticipação (Cunha & Campos, 2011), os princípios e valores profissionais de apoiadores e equipes de referência necessitam ser, no mínimo, convergentes.

Thornicroft e Tansella (1999) trazem os *inputs* visíveis e invisíveis. Os *inputs*, conceituados como os recursos alocados no sistema de cuidados de saúde mental, distinguem-se das atividades realizadas pelos serviços. Esses recursos são categorizados em três níveis geográficos (regional, local e do paciente), assim como são visíveis e invisíveis. Os primeiros referem-se aos prédios, equipamentos e profissionais. Nesse sentido, a área da saúde mental, comparada a outras especialidades, depende pouco com equipamentos, e os gastos centram-se em torno de gastos com pessoal. Destacam-se os *inputs* invisíveis, que incluem, numa primeira categoria, as relações profissionais estabelecidas entre especialistas e generalistas, e entre serviços, assim como o estilo de trabalho. Uma segunda categoria de *inputs* invisíveis inclui a política de trabalho no qual o serviço é autorizado a operar. Uma terceira categoria diz respeito aos arranjos organizacionais de como o processo de trabalho será realizado.

Os *inputs* invisíveis, normalmente não considerados nas avaliações de serviços de saúde, influenciarão os processos de trabalho e, por conseguinte, as relações estabelecidas com os usuários dos serviços. Os *inputs* invisíveis (Thornicroft & Tansella, 1999) podem qualificar as relações de trabalho entre profissionais e o atendimento conjunto, bem como as relações entre profissionais e usuários, materializados no cuidado ao usuário. As tecnologias leves e leve-duras (Merhy, 2005, p. 49) são fundamentais para o trabalho, quer seja de especialistas ou generalistas. Também fundamental a noção de ampliação das práticas clínicas, desviando o foco das intervenções na doença ou nos procedimentos, para o enfoque no sujeito portador de doenças (Campos et al., 2014).

Princípios são importantes para guiar e compartilhar decisões sobre questões gerais de organização e atividades cotidianas específicas no cuidado em saúde mental. Dessa forma, os princípios devem ser compartilhados no início, e, quando isso não ocorre, os conflitos de valor podem aparecer durante a prática e inviabilizar ou dificultar os projetos coletivos (Thornicroft & Tansella, 2009). Essa é uma afirmação válida para serviços de saúde mental e se torna

imprescindível para o trabalho de profissionais e equipes de referência no AM. Valores são crenças arraigadas que fazem vigorar informações específicas sobre comportamentos, atitudes e ideias (Pratt et al., 1999). Os autores compreendem valores como atitudes gerais que influenciam o comportamento profissional de diferentes maneiras.

Pesquisa realizada em diferentes *settings* e com profissionais de diferentes áreas identificou valores pessoais necessários no trabalho em equipe: honestidade, disciplina, criatividade, humildade e curiosidade. Entre os princípios, estão o compartilhamento de objetivos, papéis claros, confiança mútua, comunicação efetiva e avaliação de processos e resultados. Esses princípios estão interligados e são interdependentes, não podendo ser vistos de forma isolada (Mitchell et al., 2012). Um fator relevante identificado no suporte organizacional é a liderança institucional que, de forma explícita e inequívoca, apoia esses princípios por meio da palavra e da ação, proporcionando um ambiente de suporte institucional favorável à liderança e à gestão de mudança (Mitchell et al., 2012).

Cecílio (2009) defende que a gestão do cuidado comporta três dimensões: a dimensão profissional, a dimensão organizacional e a dimensão sistêmica. A primeira decorre do encontro trabalhador-usuário. Para a gestão do cuidado nessa dimensão, três componentes são essenciais: a postura ética do profissional, a competência técnica com relação ao seu núcleo de saber, a capacidade de criação de vínculo terapêutico. A segunda dimensão do cuidado, a organizacional, tem como elemento central a configuração da responsabilidade gerencial e a dinâmica de relacionamento da equipe. E, por último, a dimensão sistêmica, representada pelos diferentes serviços de saúde, com suas diferentes configurações tecnológicas e os fluxos que estabelecem entre si.

O AM em saúde mental é um trabalho eminentemente profissional-dependente. Nesse sentido, as práticas em saúde são permeadas por princípios e valores que atravessam o fazer profissional. Por meio do trabalho relacional em ato (Merhy, 2005) com pessoas em sofrimento, familiares e profissionais generalistas, poderá ser produzido um cuidado ético, sensível e singularizado. Desse modo, faz-se necessário conhecer os princípios e valores dos profissionais que legitimam e justificam as práticas. Assim, a pesquisa teve como objetivo identificar os princípios e valores que subsidiam o AM em saúde mental na APS. O conhecimento das peculiaridades dos profissionais poderá subsidiar os gestores na contratação e na elaboração de concursos ou processos seletivos específicos que contemplem as necessidades do AM.

## 2. MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritivo-analítica, com abordagem qualitativa, realizada com apoiadores matriciais em um Município da Região Metropolitana de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Os apoiadores matriciais são profissionais concursados e vinculados ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que mediante supervisão e, ou, atendimento conjunto, propiciam a retaguarda assistencial nos casos considerados de maior complexidade pelas equipes da APS. Atualmente, todas as 26 unidades de saúde do Município são sistematicamente acompanhadas pelas equipes matriciais de saúde mental.

Em razão das características demográficas e sanitárias, o Município é subdividido em quatro regiões distritais. Assim, dois profissionais, um psicólogo e um psiquiatra são responsáveis em cada região e realizam sistematicamente o trabalho conforme agenda semestral previamente estabelecida. No total, o Município dispunha de sete apoiadores matriciais.

Da pesquisa participaram seis apoiadores matriciais homens (4 psiquiatras e 2 psicólogos) que obedeceram ao critério de inclusão previamente elencado: atuar no apoio matricial em saúde mental há, pelo menos, dois anos, independentemente da modalidade de intervenção (discussão de casos, supervisão ou atendimento conjunto; atendimento ou intervenções específicas do apoiador, com posterior cuidado pela equipe de referência). Devido a esses critérios, um apoiador não participou da pesquisa.

## 3. INSTRUMENTOS

Os instrumentos da pesquisa foram entrevistas semiestruturadas (Minayo, 2013) e um grupo focal (Barbour, 2011). Para ambos, foi utilizado um roteiro, com questões norteadoras.

## 4. COLETA DOS DADOS

As entrevistas foram realizadas mediante agendamento com os profissionais, no CAPS. Inicialmente, foram realizadas todas as entrevistas semiestruturadas e, posteriormente, um GF. Foi realizada a adequabilidade do instrumento de pesquisa (entrevista semiestruturada) mediante a aplicação de um instrumento-piloto. As entrevistas foram gravadas em áudio, e o GF foi filmado, com posterior transcrição de todo o material empírico. Os dados foram coletados no período compreendido entre julho e setembro de 2013.

## 5. ANÁLISE DOS DADOS

Para cumprir a análise formal ou discursiva, foi utilizada a análise de conteúdo, na modalidade temática, proposta por Minayo (2013), que compreende: ordenação, classificação e análise final dos dados. Na sequência, os bancos de dados foram primeiramente analisados de modo individual, mediante a leitura exaustiva dos textos, conforme a proposta analítica. Após esse primeiro movimento, realizou-se a triangulação dos dados das duas técnicas, mediante a leitura transversal dos dados.

## 6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Foram respeitados os aspectos éticos referentes à pesquisa com seres humanos, conforme determina a Resolução nº 466 de 2012. O projeto de pesquisa foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer n. 304.227. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Estes serão doravante identificados por letras e números, de forma a preservar o anonimato (AM1, AM2, AM3, etc.).

## 7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nas duas categorias a seguir, serão discutidos os princípios e valores profissionais que subsidiam as práticas. A atribuição de significados às palavras “princípios” e “valores” e as construções que estas formas simbólicas assumem foram mantidas fidedignamente nas falas dos participantes. Assim, em algumas partes do artigo, esses dois termos aparecem com o mesmo sentido, o que reflete, em última análise, na dificuldade semântica com os termos propostos e as diferentes compreensões dos participantes.

## 8. PRINCÍPIOS PROFISSIONAIS (E PESSOAIS) ENVOLVIDOS NO PROCESSO DE TRABALHO

Thornicroft e Tansella (2009) elegeram quatro princípios particularmente relevantes no desenvolvimento de serviços de saúde mental em nível local, entre estes, a acessibilidade, o acolhimento, a continuidade e a coordenação. No decorrer dos relatos referentes a essa área temática, far-se-á a leitura de como esses princípios são operacionalizados nas práticas cotidianas dos profissionais e serviços. A acessibilidade é um princípio importante à descentralização em saúde mental. Para os autores anteriormente citados, pode ser caracterizada em termos geográficos e como a resposta dos serviços de forma não demorada e burocrática, expressa em termos entre a procura por atendimento e a instituição

do tratamento. Significa, em outras palavras, prover o cuidado para quem e onde se faz necessário.

A nossa presença nos locais onde eles estão (UBS, UFS) se faz importante para que essas pessoas se sintam seguras de que não estão sendo simplesmente abandonadas ou barradas nas suas necessidades. Porque, se chega um paciente com uma doença mental mais séria em uma UBS e eu vou encaminhar para um CAPS, essa pessoa vai ser atendida daqui a dois ou três meses, ou entrar em uma emergência para ter a sua demanda atendida mais rapidamente. São três meses de um limbo onde nada acontece e as coisas podem ficar muito agravadas (AM3).

No contexto do território, a acessibilidade e as noções de acolhimento (Thornicroft & Tansella, 2008) transversal (pela equipe e entre equipes), longitudinal (no tempo), horizontal (o grau em que um serviço é oferecido no curso de um transtorno) e, sobretudo, o acolhimento vertical (a disponibilidade para o cuidado) são princípios que atravessam o escopo do trabalho dos apoiadores. As noções de acolhimento horizontal e vertical elaboradas por Thornicroft e Tansella (2008) remetem-se, respectivamente, à existência de serviços e do grau com que estes são oferecidos e a um compromisso pessoal, mediante a responsabilização ética pelo cuidado.

Considerando as construções anteriores, o cenário que se descortina nos serviços de saúde e saúde mental pode ser composto por acolhimento horizontal e vertical; acolhimento predominantemente horizontal e acolhimento predominantemente vertical. Este último decorre daquelas situações em que o peso dos serviços de saúde e saúde mental é atenuado, em que as “variáveis” que influenciam o tratamento e a reabilitação são as pessoas, os profissionais. Essa construção vem ao encontro do trabalho desenvolvido no AM, mediante um processo de trabalho eminentemente relacional, sustentado por uma ética do cuidado.

A ideia é sempre de território, de que o território, ele tem todas as condições de adoecer e, ao mesmo tempo, de trazer a saúde àquele ser que está ali, porque é uma coemergência. Então isso é um princípio que norteia o nosso trabalho. Quanto mais possível, fazer essa abordagem mais próximo do lugar em que ele está, porque ali estão todas as causas, os efeitos dessa inter-relação dessa doença com o meio que está mais ou menos saudável (AM1).

O vínculo como uma estratégia de cuidado produz, nos profissionais do AM que trabalham com grupos na comunidade, um novo desenho sustentado não mais pela adscrição das pessoas a determinada área geográfica, mas inclui a possibilidade de as pessoas se movimentarem pelos diferentes grupos que acontecem na cidade, a partir das diferentes necessidades individuais e de um arranjo sustentado pela subjetivação. “Eu acho que um princípio é ter a rede



mais bem articulada. O matriciamento *é* muito importante para a articulação da rede, porque aí a gente daqui vai para lá e de lá vai para cá, a informação, o conhecimento” (AM5). Na fala, aparece o princípio de continuidade transversal do cuidado, que inclui continuidade entre diferentes serviços, operacionalizada na prática entre diferentes equipes ou programas (Thorncroft & Tansella, 2009) e a necessidade de qualificar essa articulação. Assim também as noções de integralidade e longitudinalidade (vínculo ou responsabilização), particularmente importantes para pessoas com doenças crônicas.

A corresponsabilização e a cogestão do processo são discutidas com as equipes de referência e aparecem nas falas como princípios profissionais dos apoiadores.

Eu acredito que o trabalho em saúde mental, ele tenha que ser realizado por todos. Eu acho que essa é a minha preocupação maior quando eu estou em uma reunião, para fazer com que todos possam entender a importância do seu papel e responsabilizar todos, para que cada vez mais eles busquem identificar o sofrimento nessas pessoas e que isso possa ser contemplado já nos primeiros momentos em que o contato se estabelece (AM3).

Outros atributos reportados pelos apoiadores, que devem permear as interações, são a sensibilidade, o envolvimento, a empatia, a flexibilidade e a disponibilidade. Mitchell et al. (2012) identificaram que o princípio da confiança mútua pode ser desenvolvido a partir do tempo, espaço e suporte, para que as pessoas possam se conhecer em um nível pessoal; os processos de contratação que considerem os valores pessoais para um cuidado compartilhado em equipes de alto desempenho e as habilidades de comunicação e resolução de conflitos entre os membros das equipes.

A constituição do grupo de trabalho dos especialistas para o AM decorreu não por imposição contratual, mas por aderência voluntária à proposta. Assim, tanto nas entrevistas como no GF, surgiram características dos apoiadores, como o forte viés para trabalhar no território, o perfil para o trabalho, a facilidade de se relacionar, vincular e compartilhar conhecimentos, o comprometimento e a responsabilização, a disposição de transitar nas comunidades, a curiosidade e a possibilidade de um trabalho criativo e não repetitivo.

E outro dos princípios também que nos norteia é que o profissional precisa ter o perfil de desejo de trabalho na comunidade, de se inserir na comunidade. Ele precisa gostar de pessoas, ele precisa gostar de sair das quatro paredes, ele precisa gostar de se movimentar, gostar de ver o que está passando onde ele (usuário) vive. Estar inteirado não só de uma forma virtual, mas na vivência concreta, conhecendo as pessoas, vendo elas, percebendo elas ao vivo (AM1).

Cecílio (2009) defende a gestão do cuidado para além das regularidades sistêmicas dos serviços de saúde como resultado de uma rede de encontros. A



construção anterior encontra ressonância no trabalho realizado pelos participantes da pesquisa, por meio dos encontros em diferentes pontos da rede. Sobretudo os grupos terapêuticos, que ocorrem em diferentes espaços da comunidade, são sustentados pelas relações e interações humanas. A singularidade das intervenções, permeadas pela generosidade, o abrir-se ao encontro e ao outro, quer seja esse outro o usuário ou um colega, sinaliza que é possível romper com o instituído e criar espaços com potência terapêutica.

Um aspecto interessante reportado no GF diz respeito à “desinstitucionalização” dos profissionais do atendimento ambulatorial no CAPS. Ela se refere à necessidade de os profissionais operarem com modos alternativos de trabalho, em outros cenários, com outros profissionais. O AM proporciona a possibilidade de instrumentalização dos colegas da APS, para um trabalho para o qual não se sentiam capacitados. Pesquisa realizada sobre o cuidado compartilhado identificou um elemento em comum, um coordenador que atua fazendo a conexão entre a APS e os especialistas (Kelly et al., 2011). Na pesquisa, foi identificada a existência de um coordenador que, além de atuar no AM e nos grupos, atuava sistematicamente junto às equipes, com os demais serviços da rede e fazendo a interlocução com a gestão. Um papel relevante desse profissional diz respeito à sensibilização e mobilização dos diferentes atores envolvidos no processo. Esse resultado encontra ressonância na pesquisa de Nancarrow et al. (2013), os quais identificaram a necessidade de uma liderança positiva e com capacidade para manejar os atributos da equipe, faça a conexão interna e externa ao grupo, seja democrático e compartilhe o poder como uma necessidade de equipes interdisciplinares.

A liderança em saúde mental com vistas à descentralização das práticas tem sido defendida como um atributo indispensável (Kebe et al., 2019a; Nancarrow et al., 2013; Petersen et al., 2017; Raghavan & Rangaswamy, 2019; Thornicroft & Tansella, 2009). Petersen et al. (2017) constataram que a liderança é um princípio para a integração da saúde mental em países de média ou baixa renda. A liderança qualificada necessita estar em vários níveis (local, regional e nacional), para o desenvolvimento de planos de ação para a integração da saúde mental na APS. “E aí volta a figura do agregador que é o (apoiador X), de conseguir motivar as pessoas, ir nos lugares e conseguir mostrar a importância que cada um tem no processo é fundamental” (AM3). Cabe ressaltar o fato de essa liderança não assumir características pessoalizadas, o que impediria o protagonismo dos outros membros da equipe. Entretanto, apesar da relevância da liderança, esta é ainda considerada pobre em pesquisa realizada em países de baixa e média renda (Petersen et al., 2017).

Existe, por parte de todos os envolvidos, uma preocupação com a sustentabilidade da proposta.

E outro princípio também que nos norteia é que nós precisamos ter constância e persistência, porque as mudanças políticas estão aí. Então a gente precisa ter clareza de onde nós queremos chegar. É como que uma identidade nossa de como fazer e não perder o foco nesse nosso ser, apesar dos percalços que acontecem (AM1).

As questões de ordem política, como as trocas de governos e gestores, podem configurar-se como obstáculos à manutenção do AM. Considerando que as questões de ordem política podem sobrepor-se às questões técnicas, a constância e persistência parecem explicar a manutenção do trabalho, mesmo ante os obstáculos de diferentes ordens. O participante traz outra perspectiva, a construção de uma identidade grupal. Esta pôde ser constatada quando da realização do GF. Ela se caracteriza por objetivos comuns, pelo compartilhamento de princípios e valores, e pela manutenção do trabalho e do apoio interno. Depreende-se, também, que os profissionais se sentem produtores de uma obra, o que lhes confere gratificação e sentido para a própria vida.

As estratégias de base comunicativa (Cecílio, 2009) são usadas em várias instâncias, na relação profissional-usuário, entre profissionais e destes para com as diferentes instâncias da gestão. Isso ocorre por meio das redes de conversação, formal e informal, produzidas no cotidiano. As habilidades de comunicação aparecem em relevo nos dados empíricos. Elas são importantes no AM, em razão de mediar processos de negociação com os diferentes atores envolvidos, criarem consensos e, no início do processo, ajudaram na sensibilização e aderência das equipes da APS à proposta de trabalho. Ressalta-se que o AM no Município pesquisado não decorreu de imposição da gestão, mas de um processo construído, defendido e sustentado pelos especialistas. A comunicação foi identificada em estudos (Karam et al., 2018; Nancarrow et al., 2013; Sangaleti et al., 2017) como um princípio essencial para o trabalho em equipe.

O princípio da coordenação pode ocorrer de forma transversal ou longitudinal (Thornicroft & Tansella, 2009). A primeira refere-se à coordenação de informações e serviços dentro de um episódio de cuidado. A segunda diz respeito ao compartilhamento entre a equipe e entre serviços, durante um longo período de cuidado. Tanto a coordenação transversal como a longitudinal (Thornicroft, & Tansella, 2009) são conceituadas no Brasil por Cunha e Campos (2011) como a cogestão de caso aparecem no fazer dos profissionais.

A gente precisa que as pessoas cada vez mais se sintam importantes no processo, e acho que é isso que eu procuro fazer, mostrar a importância de cada um no processo e fazer com que

eles gostem de cada vez mais perguntar, para os seus pacientes, para os seus colegas, e trazer a equipe sempre como parceira (AM3).

Para além de princípios profissionais apreendidos, pode-se inferir que estes antecedem à prática profissional. São, antes de tudo, princípios sustentados por características e valores pessoais dos apoiadores.

Mas os profissionais que trabalham na área do matriciamento, eles já têm esse viés que é de uma formação mais pessoal, não tanto da academia, é como se eles já tivessem essas aulas antes, sabe-se lá quando, mas já vêm com o perfil. Por isso é importante o perfil, independente da formação . . . Então é uma coisa que está anterior à formação (AM1).

Para a World Health Organization (2017), dois princípios gerais no cuidado clínico em saúde mental na comunidade por não especialistas são o uso efetivo de habilidades comunicacionais (com o usuário, familiares e equipes) e a promoção do respeito e da dignidade de pessoas com transtornos mentais.

As entrevistas e o GF evidenciam que os princípios que justificam e direcionam as práticas são orientados pelo cuidado ampliado no território, pela corresponsabilização, pela compreensão da importância de cada pessoa no processo, pelo desejo de ajudar, pelo perfil para o trabalho na comunidade. Outros atributos são a motivação da coordenação/liderança em conseguir mostrar a importância de cada pessoa no processo, junto aos diferentes serviços, assim como dos apoiadores em trazer a equipe como parceira e a ampliação da capacidade da APS para a atenção ao sujeito e à vida deste, não somente à doença. Outro princípio inclui a garantia de que a pessoa necessitada de atendimento na atenção secundária e terciária tenha a sua demanda atendida, mediante um processo personalizado de referência.

## 9. VALORES PROFISSIONAIS (E PESSOAIS) QUE SUBSIDIAM O APOIO MATRICIAL

Esta categoria descreve as condições contextuais do AM, mediante a análise dos valores que permeiam as práticas. Os valores dos profissionais que atravessam o processo de trabalho são expressos nas interações e construções simbólicas. As falas evidenciam que os valores que permeiam as práticas precedem e transcendem a formação profissional. Assim também a construção de valor pessoal para os envolvidos, mediante o trabalho relacional entre os especialistas e os generalistas.

A generosidade, defendida por Cecílio (2009) é parte integrante do fazer dos apoiadores. Outro atributo dos apoiadores é a capacidade da escuta do outro (colegas, equipes de referência da APS e usuários).

Tratar-se-ia, portanto, da possibilidade de se construírem práticas gerenciais que valorizem as “linhas de fuga” que escapam ao que está instituído e sacramentado pelos saberes que operam os serviços de saúde, possibilitando uma escuta mais fina das necessidades singulares de cada pessoa (Cecílio, 2009, p. 553).

Para trabalhar no AM, é importante tu ter essa generosidade de partilhar o saber no trabalho com as equipas, com os teus colegas, com o paciente. Acho que isso é um valor importante, ter a capacidade de participar, de escutar os outros, escutar opiniões diferentes das tuas, de tu teres vontade de trabalhar em equipa (AM2).

Pesquisa realizada com profissionais de saúde mental que trabalhavam na APS e em equipas especializadas evidenciou que o apoio organizacional, a participação na tomada de decisões, o compartilhamento de conhecimento, o conhecimento integrado, a confiança mútua, o comprometimento afetivo com a equipa, a diversidade profissional e a crença nos benefícios da colaboração interdisciplinar foram características associadas a uma *performance* positiva. Esta última característica, individual, foi considerada um pressuposto básico para o trabalho interprofissional (Kebe et al., 2019b).

O trabalho colaborativo entre profissionais da APS e especialistas melhoraria a comunicação e as relações entre as equipas especializadas de saúde mental. Esses resultados indicaram que os profissionais generalistas que trabalhavam mais perto de sua equipa de saúde mental especializada tiveram uma melhor percepção de sua relação com o centro de saúde mental e menos estigmatização em relação à doença mental (Anguiano et al., 2019). “Tem que querer se comunicar. A comunicação está articulada com outros serviços, com os pontos onde os usuários estão passando. A gente tem que se comunicar com esses outros pontos da rede” (AM5). “Comprometimento para permear isso . . . Onde eu percebo maior comprometimento, o resultado é mais satisfatório” (AM6).

Nesse sentido, a valorização de um processo de trabalho é construída diariamente, no trabalho em ato (Merhy, 2005), nas relações estabelecidas entre as pessoas. As falas evidenciam que o aspecto relacional, intra e interequipes, é reconhecido como uma importante ferramenta de trabalho. Isso também foi evidenciado na interação do GF, permeada pelo afeto, respeito à ideia do outro, construção conjunta de novos acordos e, também, pelo humor. Tais verbalizações revelam que esses valores e atitudes que permeiam o trabalho antecedem a formação profissional. A flexibilidade, a disponibilidade para interagir com as pessoas constitui-se em outra ferramenta de trabalho. “Tem que ter flexibilidade . . . Conseguir fazer coisas diferentes, estar aberto a fazer o que aparecer” (AM5). “Isso é uma coisa que, a prática mesmo, ela convoca . . . Tu notas que é necessária essa disponibilidade e, quanto melhor tu consegues interagir com outras pessoas, é como uma ferramenta de trabalho” (AM2).

Relações de trabalho flexíveis e acessíveis entre os profissionais da APS e o especialista em saúde mental são consideradas essenciais para permitir que as pessoas com transtornos mentais tenham acesso a um tratamento mais eficaz na APS (Thornicroft et al., 2016). A flexibilidade também foi reportada em uma revisão sistemática como um elemento importante na prática em razão da complexidade do trabalho, além do processo de afirmação de uma nova identidade profissional de psicólogos (Araújo, & Ferreira, 2019). Outra pesquisa, comparando os psicólogos que atuam individualmente com os que atuam em equipes multiprofissionais, evidenciou que estes últimos apresentaram média significativamente mais alta de satisfação no serviço (Sousa & Coleta, 2015).

A qualidade das relações estabelecidas pela equipe é evidenciada nas falas como sendo de cuidado consigo mesmo, com o outro e com o usuário. Essas relações de cuidado ficaram evidenciadas não somente nas entrevistas, mas igualmente na sinergia do GF. Esses recursos imateriais, simbólicos, dão sustentabilidade à prática do AM. “Acho que o cuidado, cuidado que cada um deve ter consigo mesmo, com seu colega, e com o paciente, com o usuário” (AM3). A qualidade do cuidado na prática diária depende dos valores, das motivações e dos comportamentos da equipe e de como a equipe interage com os pacientes, colocando o conhecimento explícito e tácito em ações específicas (Farr & Cressey, 2015). Comunicação, confiança, respeito, convivência mútua, objetivos compartilhados, filosofias e valores congruentes, consenso, abordagem centralizada no paciente, características da tarefa e o ambiente foram identificados como conceitos principais para o trabalho interprofissional e interorganizacional (Karam et al., 2018).

No GF, foi relatado que, quando da existência de tensionamentos de qualquer natureza, mormente “conflitos de personalidade” entre apoiador e profissional de referência, há dispêndio de tempo e energia para a solução destes, acarretando prejuízos ao desenvolvimento do trabalho. Estudo aponta que há necessidade de ficar atento às mudanças comportamentais e tensões da equipe, que podem sinalizar uma possível deterioração das relações interprofissionais (Kebe et al., 2019a). Para evitar tais tensionamentos, Sangaleti et al. (2017) sugerem o compartilhamento da liderança.

O participante traz a perspectiva do não desacreditar como um valor. “O processo envolve experiência, envolve cuidado, envolve doação e . . . Não desacreditar que é possível, que com boa vontade e paciência e um pouco de conhecimento as coisas fluem” (AM3).

Estudo realizado com o objetivo de identificar os valores profissionais em relação à recuperação (*recovery*) de pessoas com transtornos mentais identificou

a prática centrada no cliente; as habilidades e os conhecimentos do profissional; fazer a diferença na vida deste, que engloba os valores de ajudar os outros, possibilitar a mudança e fornecer apoio; o cuidado e a empatia, e o trabalho que gera significado como valores relevantes para a recuperação. No que tange a esperança e otimismo, valores importantes de recuperação, havia evidências indiretas ou implícitas de endosso desses valores nas respostas dos participantes (Glajz et al., 2017). Ross et al. (2015), investigando as barreiras e as facilidades de pessoas com transtornos mentais em atendimento na APS, concluíram que as experiências dos pacientes foram profundamente impactadas pelos valores e atitudes dos profissionais. Os profissionais da APS que foram capazes de ver os usuários como pessoas inteiras e não simplesmente rotuladas pelo diagnóstico, propiciaram a facilidade do acesso aos cuidados.

Esse resultado encontra ressonância em estudo nacional (Athié et al., 2016) mostrando que as intervenções em saúde mental na APS foram consideradas importantes, já que os profissionais buscam uma melhor compreensão e agem mais próximo do contexto do paciente do que em uma abordagem tradicional especializada em saúde mental, que geralmente se concentra apenas na doença do indivíduo.

Eles são cuidados por uma equipe de saúde que visa a lhes dar sustentação e atendimento para todas as coisas, no que as doenças da alma fazem parte, e também um pouquinho da desmitificação em relação ao fato de que a pessoa pode ter um problema e estar triste, e isso não é uma doença (AM6).

Dessa forma, pautado na ética da solidariedade, podem ser produzidas possibilidades de intervenção na vida e no sofrimento humano a partir da perspectiva de importar-se com o outro. “Os valores que precisam nortear esse trabalho passam pelo acolhimento, e eu colocaria acolhimento como um valor universal . . . Mas é conseguir se colocar no lugar do outro, compreender realmente o que se passa no outro” (AM1). Conforme os relatos dos participantes, o cuidado do outro implica, também, o cuidado com as pessoas e relações da equipe, estar atento ao colega. O cuidado requer essencialmente a proximidade, o envolvimento, a abertura e a disposição ao outro.

E aí, entram todos os outros valores, da generosidade, de poder realmente cuidar do outro, porque percebe que o cuidar do outro é cuidar de ti, as questões éticas de saber como falar, o que falar . . . A medida que tu estás na frente de uma pessoa, mas está pensando em outra coisa, não há uma associação entre o cuidar daquele que está contigo e o outro. Então são questões éticas no corpo, na fala e no pensamento (AM1).

Para Merhy (2005) o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato, nos encontros entre subjetividades que portam um grau de liberdade significativo



nas escolhas do modo de fazer essa produção. Assim, o ato clínico em saúde se dá em meio à existência efetiva do trabalho vivo em ato. “Eu acho que o principal para o matriciamento acontecer são as pessoas quererem, se a pessoa não quer não tem, não é uma atividade burocrática” (AM5).

Castro et al. (2016) evidenciam os fatores que fragilizam o AM, como a ausência de processos seletivos específicos para o AM e a não priorização do AM como uma diretriz da gestão municipal. Esses resultados corroboram a necessidade de um “perfil” apoiador e o envolvimento da gestão no processo.

As falas dos participantes remetem à complexidade do processo e fornecem a explicação para a sustentação do trabalho, mesmo diante de condições objetivas e, por vezes, subjetivas, não favoráveis. Na pesquisa, pode-se depreender que o grupo de apoiadores sustenta a proposta de descentralização em saúde mental, mesmo diante de questões adversas, de ordem organizacional, estrutural e política. Smith-Merry et al. (2015) constataram que o apoio fornecido por meio do trabalho conjunto na Austrália foi limitado pelas mudanças das prioridades políticas.

## 10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os princípios que permeiam o trabalho no AM e nos grupos na comunidade encontram ressonância nos princípios do SUS, pressupostos da Reforma Psiquiátrica e publicações sobre o trabalho em saúde mental no território. Entretanto, para além de diretrizes e princípios abstratos, a descentralização, a integralidade, a universalidade e a equidade são produzidas em situações espaçotemporais concretas na APS. Além destes, outros princípios estão presentes e representam, para além de princípios profissionais, os princípios pessoais dos envolvidos. Estes revelam características do funcionamento dos apoiadores com os usuários, às equipes e profissionais de referência, e com os demais serviços da rede.

O desejo de trabalhar na comunidade, gostar de pessoas, motivar as pessoas, não centralizar funções, trazer a equipe como parceira e mostrar a importância de cada pessoa no processo surgem como princípios que atravessam as práticas. Outro princípio relatado diz respeito ao apoiador conhecer os diferentes serviços da rede. Esse princípio é operacionalizado de várias formas: o conhecimento teórico-prático da rede; a circulação física nos diferentes espaços da rede/território; o intercâmbio entre diferentes unidades de saúde e equipes da APS, por meio da realização de encontros em diferentes pontos da rede. A habilidade de escuta das pessoas envolvidas (profissionais e pessoas em sofrimento) assim como de construir consensos foram reportados pelos participantes.



Os valores que atravessam as interações e as práticas são sustentados pelas relações de cuidado intra e interequipe, e com as pessoas em sofrimento. Pôde-se depreender que, quando essas relações de cuidado estão presentes com os profissionais/equipes de referência, ocorrem transformações também no universo destes. O acolhimento, o comprometimento com colegas e pessoas em sofrimento mental, a flexibilidade, a disponibilidade dos apoiadores e a generosidade de partilhar o saber emergem como valores e sustentam as práticas. O acolhimento aparece como um valor universal, assim também o vínculo e as relações personalizadas com profissionais da APS e usuários.

Pode-se depreender que o amálgama de princípios e valores profissionais e pessoais determinam as relações entre as pessoas e são potentes para o estabelecimento de vínculo, de corresponsabilização e de cogestão. Dito de outra forma, a imanência desses princípios é um atributo primordial que subjaz à práxis cotidiana dos apoiadores nos diferentes espaços, afetando as pessoas em sofrimento, os profissionais generalistas e os especialistas. Essa constatação leva a uma questão central: o AM constitui-se em um fazer eminentemente profissional-dependente, sustentado em tecnologias relacionais. Assim, as diretrizes gerais estarão subordinadas aos princípios, valores e atitudes dos profissionais envolvidos nos diferentes *settings*.

O AM é uma política importante para a inclusão da saúde mental na APS, mas sempre estará sujeito aos modos de trabalho, aos princípios e valores das pessoas envolvidas. Estes aparecem nas atitudes dos profissionais com os usuários e com as equipes da APS. O AM enfrenta, ainda, os obstáculos de ordem política, das diferentes forças e interesses em jogo, que podem se alinhar ou se contrapor aos desejos dos profissionais. Se isso já se constitui em um desafio em serviços instituídos, assume amplitude ainda maior em razão do trabalho conjunto, interdisciplinar e em rede, necessários à proposta.

## REFERÊNCIAS

- Anguiano, M. C. C., Aragón, A. B., Fernández, D. A., & Küstner, B. M. (2019). Perceptions about mental illness among general practitioner. *International Journal of Mental Health Systems*, 13(27). <https://doi.org/10.1186/s13033-019-0284-9>
- Araújo, C. B., & Ferreira, J. L., Neto (2019). Apoio matricial do NASF: uma revisão sistemática de literatura. *Psicologia em Revista*, 25(2), 626-646. <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2019v25n2p626-646>
- Athié, K., Menezes, A. L., Silva A. M., Campos, M., Delgado, P. G., Fortes, S., & Dowrick, C. (2016). Perceptions of health managers and professionals about mental health and primary care integration in Rio de Janeiro: a mixed methods study. *BMC Health Services Research*, 16(1), 532. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1740-8>
- Barbour, R. (2011). *Grupos focais*. Artmed.
- Campos, G. W. S., Figueiredo, M. D., Pereira Jr., & Castro, C. P. (2014). A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na Clínica ampliada. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18(supl. 1), 983-995. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>
- Castro, C. P., Oliveira, M. M., & Campos G. W. S. (2016). Apoio Matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5), 1625-1636. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.19302015>
- Cecílio, L. C. O. (2009). A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(1), 545-55. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500007>
- Cunha, G. T., & Campos, G. W. S. (2011). Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde e Sociedade*, 20(4), 961-970. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013>
- Farr, M., & Cressey, P. (2015). Understanding staff perspectives of quality in practice in healthcare. *BMC Health Services Research*, 15, 123. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0788-1>

- Glajz, B. A., Deane, F., & Williams, V. C. (2017). Mental health workers' values and their congruency with recovery principles. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 12(1), 1-12. <https://doi.org/10.1108/JMHTEP-08-2015-0036>
- Karam, M., Braultb, I., Van Durmea, T., & Macqa, J. (2018). Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: a systematic review of the qualitative research. *International Journal of Nursing Studies*, 79, 70-83. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.11.002>
- Kebe, N. N. M. K., Chiocchio, F., Bamvita, J. M., & Fleury, M. J. (2019a). Profiling mental health professionals in relation to perceived interprofessional collaboration on teams. *SAGE Open Medicine*, 7. <https://doi.org/10.1177/2050312119841467>
- Kebe, N. N. M. K., Chiocchio, F., Bamvita, J. M., & Fleury, M. J. (2019b). Variables associated with interprofessional collaboration: the case of professionals working in Quebec local mental health service networks. *Journal of Interprofessional Care*, 33(1), 76-84. <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1515191>
- Kelly, B. J., Perkins, D. A., Fuller, J. D., & Parker, S. M. (2011). Shared care in mental illness: a rapid review to inform implementation. *International Journal of Mental Health Systems*, 5(31). <https://doi.org/10.1186/1752-4458-5-31>
- Merhy, E. E. (2005). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. Hucitec.
- Minayo, M. C. S. (2013). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (13a ed.). Hucitec, & Abrasco.
- Mitchell, P., Wynia, M., Golden, R., McNellis, B., Okun, S., Webb, C. E., Rohrbach, V., & Von Kohorn, I. (2012). Core principles & values of effective team-based health care. *Discussion Paper*. <https://nam.edu/wp-content/uploads/2015/06/VSRT-Team-Based-Care-Principles-Values.pdf>
- Nancarrow, S. A., Booth, A., Arris, S., Smith, T., Enderby, P., & Roots, A. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health*, 11, 19. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-19>
- Petersen, I., Marais, D., Abdulmalik, J., Ahuja, S., Alem, A., Chisholm, D., Egbe, C., Gureje, O., Hanlon, C., Lund, C., Shidhaye, R., Jordans, M., Kigozi, F., Mugisha, J., Upadhaya, N., & Thornicroft, G. (2017). Strengthening mental health system governance in six low- and middle-income countries in Africa

- and South Asia: challenges, needs and potential strategies. *Health Policy and Planning*, 32(5), 699-709. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx014>
- Pratt, W., Gil, K. J., Barrett, N. M., & Roberts, M. M. (1999). *Psychiatric rehabilitation*. Academic Express.
- Raghavan, V., & Rangaswamy, T. (2019). Challenges and opportunities in delivering mental health care in low- and middle-income countries. In S. O. Okpaku (ed.), *Innovations in global mental health*. Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-70134-9\\_13-1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-70134-9_13-1)
- Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. (2012, 12 de dezembro). O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua 240ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de dezembro de 2012, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, . . . Diário Oficial da União, nº 466. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Ross, L. E., Vigod, S., Wishart, J., Waese, M., Spence, J. D., Oliver, J., Chambers, J., Anderson, S., & Shields, R. (2015). Barriers and facilitators to primary care for people with mental health and/or substance use issues: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 16, 135. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0353-3>
- Sangaletti, C., Schweitzer, M. C., Peduzzi, M., Zoboli, E. L.C. P., & Soares, C. B. (2017). Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15, 2723-2788. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003016>
- Smith-Merry, J., Gillespie, J., Hancock, N., & Yen, I. (2015). Doing mental health care integration: a qualitative study of a new work role. *International Journal of Mental Health Systems*, 9(32). <https://doi.org/10.1186/s13033-015-0025-7>
- Sousa, A. A., & Coleta, M. F. D. (2015). Professional profile, well-being and job satisfaction among psychologists working in public healthcare services. *Estudos de Psicologia*, 32(2), 249-258. <https://dx.doi.org/10.1590/0103-166X2015000200009>
- Thornicroft, G., Deb, T., & Henderson, C. (2016). Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry*, 15, 276–286. <https://doi.org/10.1002/wps.20349>.

- Thornicroft, G., & Tansella, M. (1999). *The mental health matrix: a manual to improve services*. Cambridge University Press.
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2008). Quais são os argumentos a favor da atenção comunitária à saúde mental? *Pesquisa e Práticas Psicossociais*, 3(1), 9-25.
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2009). *Better mental Health*. Cambridge University Press.
- World Health Organization. (2017). *mhGAP training manuals for the mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings version 2.0*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549790>