



Apoio matricial na atenção básica: desafios para integralidade do cuidado em saúde mental

Matrix support in primary care: challenges in mental health care

Apoyo matricial en la atención básica: retos para integralidad de la atención en salud mental

Jackeline de Freitas Costa 

Prefeitura Municipal de Potiretama - CE

Jonas Rayfe Vasconcelos da Silva 

Hospital Geral Dr. João Machado. Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte - Natal - RN - Brasil

Bruno Gonçalves de Medeiros 

Universidade Potiguar - UNP - Natal - RN - Brasil

Dulcian Medeiros de Azevedo 

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN - Caicó - RN - Brasil

Tiago Rocha Pinto 

Universidade Estadual Paulista - UNESP - Botucatu - SP - Brasil

RESUMO

Objetivo: investigar o desenvolvimento das atividades do matriciamento entre Núcleo Ampliado de Saúde da Família, Centro de Atenção Psicossocial e Equipes da Estratégia de Saúde da Família. **Método:** Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, desenvolvida por meio da perspectiva da Análise Institucional no município de Currais Novos interior do Rio Grande do Norte no período de junho a setembro de 2017. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 22 profissionais dos referidos serviços de saúde. **Resultado:** Da Análise de Conteúdo realizada a partir das narrativas produzidas pelas entrevistas, foram identificadas três categorias: Fragilidades e dificuldades na prática do acolhimento em saúde mental; Apoio Matricial e os caminhos trilhados; Fragmentação da atenção e desresponsabilização do cuidado. **Conclusão:** Foi possível identificar que o apoio matricial ainda necessita que um longo caminho seja trilhado para que o seu modo de conduzir e articular as demandas e equipamentos seja de fato como preconizado.

Descritores: Atenção Básica; Integralidade em saúde; Saúde Mental.

ABSTRACT

Objective: To investigate the development of matrix support activities between the Expanded Family Health Center (Núcleo Ampliado de Saúde da Família), the Psychosocial Care Center (Centro de Atenção Psicossocial) and Family Health Strategy Teams (Equipes de Estratégia de Saúde da Família). **Method:** This is a qualitative research, developed through the perspective of Institutional Analysis in the city of Currais Novos, Rio Grande do Norte countryside from June to September 2017. Semi-structured interviews were carried out with 22 professionals from the aforementioned services of health. **Result:** From the Content Analysis carried out from the narratives produced by the interviews, three categories were identified: Weaknesses and difficulties in the practice of mental health care; Matrix support and the paths taken; Fragmentation of care and lack of responsibility for care. **Conclusion:** It was possible to identify that matrix support still has a long way to go, in order to lead and articulate that demands and equipment could be recommended.

Descriptors: Basic care; Integrality in health; Mental health.

RESUMEN

Objetivo: Investigar el desarrollo de las actividades del matriciamento entre Núcleo Ampliado de Salud de la Familia, Centro de Atención Psicossocial y Equipos de Estrategia de Salud de la Familia. **Método:** Se trata de una investigación de naturaleza



Este artigo está publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho seja corretamente citado.

Recebido em: 26/07/2022

Aceito em: 05/05/2023

qualitativa, desarrollada por medio de la perspectiva del Análisis Institucional en el municipio de Currais Novos, interior del Rio Grande do Norte, en el período de junio a septiembre de 2017. Fueron realizadas entrevistas semiestructuradas con 22 profesionales de los referidos servicios de salud. **Resultado:** Del Análisis del Contenido realizado a partir de las narrativas producidas por las entrevistas, fueron identificadas tres categorías: Fragilidades y dificultades en la práctica de la acogida en salud mental; Apoyo Matricial y los caminos recorridos; Fragmentación de la atención y “desresponsabilización” de la atención. **Conclusión:** Fue posible identificar que el apoyo matricial aún necesita que un largo camino sea recorrido para que su modo de conducir y articular las demandas y equipos sea, de hecho, como preconizado.

Descriptores: Atención básica; Integralidad en salud; Salud Mental.

INTRODUÇÃO

Ao longo da história, pode-se identificar que as práticas de assistência e de cuidado em saúde mental passaram por muitas e significativas transformações. O que antes era visto como um mal que deveria se extirpado e apartado do convívio social, foi objeto de intervenção de uma psiquiatria biologicista e articulada ao aparato manicomial como locus único e primordial de tratamento⁽¹⁾.

A partir da década de 1970, o Brasil acompanhou o surgimento de uma série de movimentos de contestação ao paradigma manicomial e de proposição de novos modelos e práticas de assistência em saúde mental. Na esteira da Reforma Sanitária Brasileira, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial se fez presente, vindo a compor e consolidar o movimento da Reforma Psiquiátrica (RP). Entre outras bandeiras de luta, a saúde mental passou a ser reconhecida como parte da integralidade do cuidado, com um modelo de atenção de base territorial e que deve ser assistido de forma interprofissional e intersetorial^(1,2).

Neste processo, a lei 10.216, de 6 de abril de 2001, mais conhecida como a Lei de Reforma Psiquiátrica, foi o grande marco legislativo no Brasil ao institucionalizar a necessidade de respeito e dignidade às pessoas com sofrimento mental⁽³⁾. Posteriormente, a Portaria nº 3.088, de dezembro de 2011 foi responsável por instituir a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde e que deve ser estruturada por diversos dispositivos e equipamentos⁽⁴⁾.

Todavia, é fundamental no processo de desospitalização e desinstitucionalização psiquiátrica, que ocorra a criação e expansão da rede substitutiva em saúde mental e, que a problemática do sofrimento psíquico seja reconhecida e fortalecida na Atenção Primária à Saúde (APS), fazendo-se necessário para o próprio avanço da RP^(5,6).

Estudo aponta⁽⁷⁾ que os CAPS ocupam um lugar de destaque na saúde mental e no processo de regionalização, por outro lado, a assistência em saúde mental nos cenários da APS vem se dando com menos investimento e preocupação.

No contexto em que se insere a presente pesquisa, a saúde mental se mostra como uma das maiores demandas das equipes, refletida por uma grande cultura da medicalização⁽⁸⁾, acarretando a busca por fármacos, dificuldade das equipes de desenvolverem ações de promoção, grupos e até mesmo de identificação de casos. Essas equipes também sofrem em razão da pouca oferta de serviços e profissionais especializados que deem suporte e apoio matricial (AM), afim de que amplie seu escopo de ações e resolutividade.

Neste intuito, é preciso fortalecer o papel da APS como porta de entrada e ordenadora do cuidado em saúde, ampliando a oferta assistencial, diminuindo o número de encaminhamentos desnecessários e cronificação do sofrimento psíquico. E é nessa lógica que o AM se insere. Ele permite ver a saúde de forma ampliada e integrada, visto que existe um compartilhamento de saberes e práticas. Contribui também como um regulador do fluxo, permitindo identificar e entender a necessidade de cada caso^(7,9).

O apoio matricial, assim como posto no Guia Prático de Apoio Matricial, é também caracterizado por poder proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte voltado para educação em saúde e apoio na construção coletiva de instrumentos que são parte do matriciamento, como: o Projeto Terapêutico Singular, interconsulta, consulta conjunta em saúde mental, visita domiciliar conjunta, contato à distância, genograma, ecomapa^(10,11).

Diante de um contexto de retrocessos nas políticas públicas de saúde enfrentada nos últimos anos e, em especial, na da área de saúde mental, com notório desmantelamento, sucateamento e subfinanciamento dos dispositivos assistência e apoio em saúde é que está ancorada a pertinência e relevância deste estudo. Deste modo, objetivou-se investigar o desenvolvimento das atividades do matriciamento entre Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, embasada nos conceitos da Análise Institucional. A análise institucional permite ao pesquisador buscar entender uma realidade social e organizacional específica diante dos discursos e práticas dos sujeitos, a partir de uma relação dialética⁽¹²⁾.

Tal perspectiva assume que as instituições estudadas “não são somente os objetos ou as regras visíveis na superfície das relações sociais. Tem uma face escondida. Esta face, que a análise institucional se propõe a descobrir, revela-se no não dito”⁽¹³⁻⁶⁸⁾. O estudo foi realizado em um município do interior do Rio Grande do Norte, o qual possui no âmbito da Rede de Atenção à Saúde 17 Unidades de Saúde da Família, dividida em área rural e urbana; 1 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); 1 Hospital Regional; 1 Policlínica, além de 2 equipes Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II).

Neste cenário de prática de saúde, o campo de pesquisa ocorreu no NASF, CAPS e nas ESF, os quais devem executar e estarem envolvidos no apoio matricial. Nos referidos serviços de saúde foram realizadas entrevistas semiestruturada com 22 profissionais dos quais 11 foram profissionais da ESF (6 enfermeiras e 5 médicos); 3 do CAPS (psicóloga, coordenadora - Psicóloga e psiquiatra) e 8 do NASF (2 psicólogas, 1 assistente social, 1 fisioterapeuta, 1 profissional de atividade física, 1 farmacêutica, 1 psiquiatra, 1 coordenadora-Assistente Social), no período de 06/2017 a 09/2017.

Os profissionais foram escolhidos por conveniência e atenderem ao interesse da pesquisa, englobando unidades de saúde que recebiam alunos do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da EMCM/UFRN, a qual a pesquisadora estava vinculada na época do estudo. Para tanto, foram privilegiados a escuta das categorias profissionais que atuavam mais diretamente com a prática da preceptoria e apoio matricial – médicos(as) e enfermeiros(as), bem como foram convidados todos os profissionais de nível superior que atuavam nos principais dispositivos de matriciamento no município, a saber o CAPS e o NASF.

As entrevistas foram realizadas individualmente, gravadas com a autorização dos sujeitos que aceitaram deliberadamente participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE. Foram conduzidas em salas reservadas nas próprias dependências dos serviços de saúde em horário previamente acordado com os participantes. As entrevistas foram transcritas e posteriormente descartadas a partir do desenvolvimento das diferentes etapas da análise de conteúdo. Ressalta-se ainda, que todo processo foi acompanhado pelo registro em diário de campo como forma de compor um leque maior de informações sobre o fenômeno em estudo.

As entrevistas foram conduzidas a partir das questões: 1. Identificação pessoal; 2. Acolhimento em saúde mental; 3. Percepção e condução do Apoio Matricial e todas as suas ferramentas (PTS, genograma, ecomapa, consulta conjunta, interconsulta, visita domicilia conjunta e contato à distância); Integração e articulação entre os equipamentos de saúde mental; e percepções de como os cuidados em saúde mental podem ser melhorados.

No que remete a identificação dos entrevistados nos discursos se deu pelas siglas ESF, NASF e CAPS, apontando os locais de trabalho dos profissionais participantes, e pela numeração de 1 a 22 representando o total de sujeitos participante. É importante ressaltar que essa numeração foi dada de forma aleatória, buscando a preservação da identidade do profissional, como pressupõe o TCLE.

A partir das informações obtidas deu-se o processo de identificação de temas por meio da Análise de Conteúdo, seguindo as três principais etapas da análise de conteúdo: a fase de pré-exploração do material ou de leituras flutuantes do corpus das entrevistas; a seleção das unidades de análise e o processo de categorização e subcategorização⁽¹⁴⁾. Destaca-se também o material produzido a partir da escrita do diário de campo e observação do serviço.

Deste processo de identificação foram elucidadas três categorias temáticas: 1) Fragilidades e dificuldades na prática do acolhimento em saúde mental; 2) Apoio Matricial e os caminhos que vem sendo trilhados; 3) Fragmentação da atenção e desresponsabilização do cuidado.

Vale deixar claro que o presente trabalho passou por todos os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido analisado e aceito pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA_UFRN) com número CAAE de 67839717.0.0000.5568.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir, serão apresentadas e discutidas as categorias temáticas conforme mencionadas na metodologia.

Fragilidades e dificuldades na prática do acolhimento em saúde mental

Nesta categoria estão organizados os elementos que correspondem aos primeiros contatos com as demandas e casos na área da saúde mental, assim como os caminhos e percursos advindos a partir disso.

De modo geral, constatou-se a partir da vivência neste território que os usuários de saúde mental chegam até a ESF, principalmente, por intermédio do Agente Comunitário de Saúde ou de algum familiar e é encaminhado para uma consulta médica, na qual, quase sempre, medicado. Se o caso for considerado mais grave ele é encaminhado para a psiquiatra do NASF, a qual vai para as UBS a cada três meses, revelando um cuidado ainda fragmentado, insuficiente e arraigado no paradigma biomédico tradicional. Apenas uma enfermeira da ESF afirmou fazer o encaminhamento para o CAPS, dependendo da gravidade do caso.

Quando foi perguntado qual é a maior demanda do serviço às respostas foram às mesmas: saúde mental! Mesmo assim, o acolhimento e assistência em saúde mental ainda é falha e com poucos esclarecimentos sobre o seu modo de funcionamento. Tal problemática nos é exemplificada na fala a seguir:

“As coisas estão assim... Os pontos estão soltos, não há uma definição de quem é quem, eu não consigo visualizar as coisas com clareza.”(ESF2)

Do mesmo modo, os profissionais reconhecem a fragilidade desse acolhimento e dificuldades em desenvolver ações de cuidado em saúde mental:

“Esse acolhimento é feito de uma forma precária” (ESF2)

“É muito... esse acolhimento é muito pouco.” (ESF5)

“Ai... é tão difícil acolher eles...” (ESF7)

Conforme ilustrado nestas falas, é possível reconhecer que as falhas e dificuldades no acolhimento são muitas, percorrendo desde a entrada do usuário, até os devidos caminhos que pode trilhar dentro da rede. Tais questões, também foram observadas em estudo⁽¹⁵⁾ que mostra que os profissionais devem estar atentos às queixas e às necessidades desde acolhimento, até todo o cuidado em saúde deste sujeito.

Do mesmo modo, um dos profissionais do NASF corrobora estes aspectos ao ilustrar que:

“Elas chegam nas unidades básicas e automaticamente as enfermeiras encaminham para o grupo de ansiedade, basicamente é feito isso.” (NASF16)

A problemática posta acima mostra que o cuidado em saúde mental se perpetua de forma desarticulada e com pouca interlocução entre equipes de referência da APS com equipes e serviços especializados, assim como nos ilustra a seguinte fala:

“Aqui tem muita demanda dos remédios controlados, mas sempre a gente faz de melhorar o atendimento, fazendo encaminhamento para o especialista”. (NASF1)

Tal constatação revela a falta de critérios nos encaminhamentos soltos, sem que antes fossem desenvolvidas ações de acolhimento e escuta tal como preconizado neste nível de atenção, que mostram a fragilidade nos processos de trabalho e a necessidade de uma auto-organização⁽¹⁶⁾.

Embora alguns profissionais questionem e identifiquem a necessidade de mudar esse contexto, quando o usuário em sofrimento mental é atendido pela própria ESF, o cuidado se resume à renovação de receitas médicas, pautando a atenção exclusivamente no atendimento médico e farmacológico, assim como revela um profissional da ESF:

“Aqui quase sempre o paciente com doença mental e que toma psicotrópico eles somente enviam familiares para pegarem as receitas.”(ESF5)

Autores⁽¹⁷⁾ problematizam a situação citada acima e afirmam que esse modo de atuação dificulta a possibilidade de um olhar multidirecional para saúde mental, tornando ainda mais o cuidado centrado ao uso medicamento.

Quando falamos em apoio matricial, saúde mental e acolhimento, conseqüentemente pensaram em processo organizativo de atenção ao cuidado, no qual, existe um percurso a ser trilhado, pelo o usuário e profissionais, nos diversos equipamentos conforme as suas demandas⁽¹⁸⁾. O apoio matricial em saúde mental na APS pode transformar toda a rede de equipamentos, tornando nítido o papel de cada profissional e serviço, deixando que os usuários passem a não ser mais “refém” apenas do cuidado no CAPS⁽¹⁹⁾.

Pelo que foi possível constatar nesta categoria, os profissionais da ESF mostraram-se como conhecedores da responsabilidade ao acolhimento em saúde mental, mas um saber ainda muito retido por práticas pautadas num modelo biologicista, desconhecendo que caminhos devem ser trilhados por esses usuários e o que de fato deve ser feito^(20,21)

Deste modo, o usuário, muitas vezes, fica à mercê de sua própria sorte, peregrinando de serviço em serviço em busca de alguma ajuda que lhe traga alívio, sem que os profissionais e serviços de saúde se comprometam com a responsabilidade compartilhada dos casos.

Apoio matricial e os caminhos que vem sendo trilhados

Nesta categoria busca-se demonstrar como vem sendo a trajetória do Apoio Matricial, quais as concepções e o processo de atuação dos profissionais envolvidos.

Para efetivar o apoio matricial em saúde mental é preciso que as equipes estejam informadas, conscientes e saibam compreender com um olhar da desinstitucionalização⁽²⁰⁾. Isso necessita de muito investimento intelectual, emocional e prático, visando um trabalho intersetorial, integral, multiprofissional e interprofissional.

Nesta perspectiva, foi possível verificar que grande parte dos profissionais ainda tem dificuldades de compreensão sobre o conceito e importância do matriciamento. Assim, como apontado em estudo anterior⁽²¹⁾ isso acaba por criar ainda mais dificuldades a sua execução, tal como nos revela a excerto abaixo:

“O matriciamento, a princípio, foi muito bonito quando a gente iniciou, porque a gente conseguiu juntar... é... no primeiro matriciamento todas as unidades estavam presentes, a unidade toda, médico, enfermeiro, ACS, todo mundo estava presente, massa agora, basicamente só a enfermeira e a gente.” (NASF16)

Quando as equipes não têm uma noção clara sobre o conceito Apoio Matricial, acabam dando brechas para criação de obstáculos que já não deveriam existir, dificultando o cuidado integral e continuado⁽²²⁾. Os profissionais que atuam no âmbito da saúde mental precisam compreender as necessidades de se atualizar a um novo campo de conhecimento, na tentativa de (re)construir novas práticas de saúde, proporcionando que a saúde mental seja efetivada dentro dos serviços substitutivos como espaços de cuidado, voltados ao processo saúde-doença mental do usuário e de sua família⁽¹⁷⁾.

Tendo em vista que o Apoio Matricial é uma ferramenta de cuidado e de trabalho, como também modo para se realizar a gestão da atenção em saúde, contribuindo para diminuição da fragmentação do trabalho, almejando um processo de atuação transdisciplinar⁽²¹⁾, sendo notório que essas falhas acabam prejudicando esse percurso, bem como, a possibilidade de novas conquistas.

Porém, vale ressaltar que mesmo os profissionais não tendo noções claras sobre o modo de funcionamento do Apoio Matricial, já existe uma tentativa de um modo de atuar diferente e com mais consonância com a ferramenta. Tal aspecto pode ser melhor clarificado ao observarmos os discursos:

“Matriciamento a gente acontece uma vez por mês com toda a equipe NASF e a equipe de atenção básica” (ESF6)

“O agendamento do matriciamento é matriciamento mensal junto com o NASF de acordo com a demanda” (ESF9);

“A gente instituiu toda última semana do mês, toda última semana do mês a gente faz” (NASF17)

É válido considerar que esse modo de atuação está em acessão com uma proposta que coloca duas formas básicas de estabelecer o contato entre equipe de referência e apoiadores⁽²²⁾. Uma delas é combinando regulamente e periodicamente (semanal, quinzenal ou maior espaço de tempo) encontros entre ESF e NASF⁽²¹⁾.

Isso aponta que as equipes estão passando, mesmo que superficialmente, por um processo de autoanálise, o qual possibilita que os integrantes avaliem as condições que estão inseridas e a partir daí buscarão juntos soluções para o problema identificado, proporcionando que ocorra simultaneamente uma auto-organização⁽¹⁶⁾.

Outro ponto que ficou perceptível é o que o apoio matricial é declaradamente entendido como discussão de casos e planejamento de ações. Assim como mencionam os profissionais:

“O matriciamento eu vejo muito como essa questão de organizar as ações, de discutir casos com as equipes.” (NASF18)

“Eu realmente vejo como uma conversa detalhada para determinados casos e além de agendamentos para determinadas coisas.” (NASF19)

“Matriciamento vai desde discussão de caso até o planejamento.” (NASF20)

Os encontros (reuniões de matriciamento), assim como citados acima, podem ser usados para discutir casos e elaborar Projeto Terapêutico Singular (PTS). O cuidado que se deve ter é como vem sendo conduzido, nesse caso, muitas vezes apresenta ser algo voltado apenas para discussão, sem iniciativa de ação/prática. Esse modo

de atuação também pode comprometer uma maior organização dos saberes e práticas, tornando-se mais distante de uma relação de transversalidade entre as equipes^(21,23).

As equipes em questão mostraram desconhecimento na maior parte dos instrumentos de apoio ao matriciamento (PTS, genograma, ecomapa, visita domiciliar conjunta, contato a distância, interconsulta e consulta conjunta), alicerçando suas ações no atendimento clínico e individual, com pouco espaço de instrumentalização e empoderamento das equipes^(9,10).

Assim, é possível afirmar que mesmo já existindo um espaço para um fazer diferente, ainda são muitos os entraves para que se consiga promover movimentos que possibilitam o instituinte. Quando considerado que esses momentos estão centrados no planejamento e discussão de casos, em uma prática mais fechada, sem abertura para novas potencialidades e impossibilitando o rompimento de práticas segregadoras e excludentes, direcionando-se ao instituído⁽¹³⁾. Existem muitos caminhos que ainda devem ser trilhados, principalmente quando relacionado à construção e execução do PTS.

No roteiro de entrevista continha um tópico específico sobre a utilização dos instrumentos (PTS, genograma, ecomapa, interconsulta, consulta conjunta, visita domiciliar conjunta e contato à distância) indicados pelo o Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental que potencializam e contribuem para a concretização do apoio matricial^(9,10).

Foi identificado que os profissionais já conheciam o PTS ou de alguma forma já havia feito, mas sua execução não ultrapassa o formato de discussão de caso. Os casos são discutidos e pensados possíveis soluções avulsas, deixando vulnerável o processo sistemático que norteia o PTS:

“Pelo que eu entendi é um estudo de caso, tipo a história de cada paciente e a quem recorrer, os profissionais a quem recorrer, aí tem o planejamento e todo um processo de estudo, estudar um caso do paciente.” (PEE5)

Os entrevistados da ESF afirmaram não saber ao certo o que é PTS, mas afirmaram que na ESF já havia sido feito pela equipe do NASF, o que é contraditório ao considerar que o PTS é um dispositivo que necessita de ações intersetoriais, interdisciplinar, multiprofissional e de um profissional de referência, normalmente, esse profissional é o da ESF para a sua efetividade^(9,10).

A fala seguinte mostra bem a problemática citada:

“Já! Com um paciente, pelo o NASF. O NASF desenvolveu, tinha um paciente nosso acamado que tem câncer e a equipe do NASF que desenvolveu o PTS, a gente mesmo não”. (ESF10)

Tal afirmativa provoca a necessidade de maior horizontalidade nas relações dentro da própria Atenção Básica à Saúde (ABS), esse viés horizontal torna possível a base para uma construção de rede, pois enfatiza a necessidade de que todos os equipamentos estejam articulados com mesmo propósito, o cuidado integral^(24,25).

AABS representa cenário privilegiado e capilarizado para efetivar o processo de reorientação dos modos de agir na saúde, onde a valorização das tecnologias leves e a aposta na clínica ampliada e compartilhada podem facilitar a qualidade ao processo de trabalho em saúde, e conseqüente mobilização para o cuidado integral⁽²³⁾.

Em relação ao genograma e ao ecomapa, apenas um profissional da ESF e dois do NASF já tinham ouvido falar, não sabiam de fato como funciona e ambos nunca colocaram em prática:

“Não sei o que isso aí não. Não, isso não existe aqui.” (ESF2) “Eu acho que já, mas eu não estou lembrado, acho que já feito.” (NASF19)

Tal ocorrência mostra pouco conhecimento do próprio material que norteia a atuação, visto que apenas uma profissional mencionou a leitura desse material e mesmo assim não chegou a colocar em prática as ferramentas em discussão:

“Não. Eu vi como tinha na diretriz, vi como faz, mas nunca chegamos a fazer”. (NASF18)

Torna-se cada vez mais visível a necessidade das equipes apoiadoras, juntamente com a equipe de referência, procurar construir e protagonizar espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre ambos os atores envolvidos no processo de cuidado⁽²⁴⁾. Com a interconsulta e a consulta conjunta a realidade foi um pouco diferente, apesar de não reconhecerem pelo o nome e também não saberem falar o conceito em si, a maioria contou como realizava a interconsulta e a consulta conjunta:

“Sim. Normalmente, é... às vezes que aconteceram foram no CeD, e aí foram nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo e assistente social”. (NASF17)

Apenas os médicos relataram não ser uma prática corriqueira as consultas relatadas acima, denotando pouca

compreensão sobre práticas interprofissionais em saúde, denotando a uniprofissionalidade como elemento central da prática médica no cenário pesquisado.

“Como? Não. Tenho contato com a enfermeira. Ela atende, manda para mim. Eu atendo e mando para ela”. (ESF1)

A visita domiciliar conjunta todos afirmaram ser uma atividade cotidiana no seu modo de funcionamento de trabalho, mas, poucos afirmaram ser em uma perspectiva interdisciplinar. O Agente de Saúde acompanha todas as visitas, mas os médicos têm um dia, enfermeiro outro e a equipe NASF também separado:

“A gente tem a demanda de visita domiciliar, e aquela demanda vai o enfermeiro e técnico para a avaliação daquele usuário e acontece muito de ir o enfermeiro e o agente de saúde, é mais frequente. Com o NASF também”. (ESF6)

O contato à distância para muitos foi considerado uma prática incipiente e outros falaram que é sempre realizado como forma de aviso ou de tirar dúvidas, apenas uma profissional disse que tinha o contato à distância como ferramenta de cuidado, tendo até mesmo grupos no aplicativo de celular pessoal (*WhatsApp*®) com membros específicos (gestantes e puérperas).

Fica nítido que é preciso que esse processo de atuação se direcione para uma atuação com mais protagonismo e consciência de seus problemas e suas demandas, uma auto-análise^(12,13), subvertendo as relações de poder para um encontro com a construção de vínculos pautados na transversalidade⁽²⁵⁾.

Entre outros aspectos aqui observados, destaca-se a necessidade de maior comprometimento dos gestores com fomento aos espaços de educação permanente e de instrumentalização dos profissionais para a prática assistencial cotidiana. Mais do que conhecer de modo superficial alguns conceitos e/ou executar de modo altruísta e espontaneísta, há que se haver a construção e qualificação dos profissionais para exercer as ações de apoio matricial tal como orientadas e recomendadas.

Fragmentação da atenção e desresponsabilização do cuidado

Essa categoria apresenta como a atenção vem sendo dada, percebendo que o seu desenvolvimento vem se dando de maneira fragmentada e com manejo insatisfatório.

Foi nítido que cada ESF e profissional assumem o manejo das pessoas em sofrimento mental de maneira diferente, tornando esse processo mais confuso e frágil, até mesmo para os profissionais de todos os outros equipamentos da rede, mostrando o quanto ainda é falho o trabalho integrado, interdisciplinar e intersetorial. Assim como apresenta na fala:

“Isolada! O pessoal do CAPS fica isolado lá, sobrecarregado, né? Quando chega tem 40, 50 para atender e não dá para atender, tem que selecionar, e também não tem como se relacionar. E o NASF também chega e fica fazendo as coisas dele por lá, e fica só no encaminhamento, necessito de uma nutricionista e encaminhado e aí muitas vezes, não tenho nem retorno, quando o paciente retorna para mim por outra coisa é que fico sabendo.” (ESF3)

Estudo realizado na mesma região, aponta que uma parte expressiva de profissionais da ESF não conseguem perceber o usuário em sofrimento mental, enquanto parte de sua demanda. Em muitos casos o acolhimento se estrutura na lógica do encaminhamento, levando a uma desresponsabilização da ESF para com o usuário e o seu familiar⁽²⁶⁾.

Os profissionais dos equipamentos e serviços de apoio também têm revelado dificuldades no que compete à oferta de suporte e apoio às equipes da APS, o que tem deixado claro que ainda são muitos os desafios na concretização do apoio matricial, principalmente quando direcionado à articulação dos próprios equipamentos, do mesmo modo como explanado abaixo por uma profissional:

“Acho que a gente nunca nem teve contato com o CAPS para nada, assim não sei nem dizer qual a dificuldade por nunca ter entrado nem em contato. Normalmente, até porque, os usuários que a gente chegou a atender na UBS ou eram usuários que foram no CAPS, mas não gostam de lá e não ficou e aí foi atrás da UBS e a gente atendeu lá. Então a gente não chegou a ter nenhum contato assim... de usuário em comum, que estava precisando até agora.” (NASF17)

Mostrando assim que a falta de articulação dos equipamentos não está em concordância com os princípios que devem nortear as ações em saúde mental quanto à atenção básica: “a articulação de conhecimentos e práticas, o acolhimento dos usuários; a responsabilização pela clientela atendida no território; o estabelecimento de vínculos entre os sujeitos envolvidos; e a integralidade do cuidado”⁽²⁷⁻¹¹²⁷⁾.

O CAPS, por sua vez, é um equipamento que tem sua prática subsidiada no apoio matricial⁽²⁵⁾, apesar do CAPS pesquisa não ter conseguido ainda desenvolver movimentos que condiz com o matriciamento, centrando sua prática ao próprio equipamento, mesmo os profissionais conhecendo e tendo a noção da necessidade desse movimento para promoção de práticas antimanicomiais.

Foi também revelada a necessidade de maior integração com as equipes quando perguntado como se dava a relação entre CAPS, ESF e NASF:

“No momento é bem precária. Porque assim, a gente nunca liga para saber... só quando tem um problema, não é uma relação de amizade... e aí assim, eles também só ligam para cá se tiverem com alguma intercorrência, alguma coisa... e o NASF é a mesma coisa, acho que o NASF veio aqui uma vez e nos nunca fomos lá.” (PC1)

Tal cenário demonstra uma forma tradicional de trabalhar, centrada no modelo biomédico de exercer o cuidado em saúde, através de uma tecnologia de atenção leve-dura⁽²⁸⁾, na qual cada dispositivo trabalha isoladamente, o que tendência para um trabalho fragmentado e fragilizado, sem a resolutividade necessária.

A fala seguinte contempla a percepção de uma profissional do CAPS de como vem sendo essa articulação com os outros serviços:

“Esse diálogo está muito distante e acaba que a gente nem entende eles, nem eles a gente. Então, é uma questão de construção de vínculos. Não temos vínculos! Se temos é muito fragilizados”. (PC1)

Esse modo de fazer acaba não permitindo novas práticas e a integração do cuidado, deixando-se levar pelo o instituído, ou seja, um formato conservador, guiado por algo já estabelecido e com pouca abertura para mudanças⁽¹⁶⁾. Estudo realizado na mesma região, aponta que uma parte expressiva de profissionais da ESF não conseguem perceber o usuário em sofrimento mental enquanto parte de sua demanda. Em muitos casos o acolhimento se estrutura na lógica do encaminhamento, levando a uma desresponsabilização da ESF para com o usuário e o seu familiar⁽²⁹⁾.

Chamou atenção que a maioria dos profissionais entrevistados tem consciência da fragilidade do cuidado em saúde mental e eles próprios têm alternativas muito viáveis para superação dessas problemáticas: educação permanente em saúde, maior integração e comunicação entre os profissionais e equipamentos e criação dos leitos psiquiátricos no hospital geral. Mas, mesmo assim, parecerem desacreditarem que pode funcionar e que é possível um fazer diferente.

Cabe destacar ainda que o matriciamento em saúde mental, diante de todos os desafios de gestão, das relações intequipes e individuais de cada profissional, prescinde de formas de se relacionar mais integrados, que não se mantêm a partir de encontros eventuais, sem intencionalidade e centralidade no usuário/família⁽³⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As últimas décadas acompanharam uma série de mudanças no campo da saúde mental, que se fizeram notar na criação de políticas públicas, ampliação dos dispositivos e equipamentos substitutivos em saúde mental, assim como em equipes especializadas de apoio matricial. Contudo, as equipes reconhecem ainda grande dificuldade na identificação e no manejo de pacientes nesta área e encontra obstáculos diante da necessidade de encaminhamento e articulação com os níveis de maior complexidade e dentro da própria Atenção Básica à Saúde.

Foi possível identificar que o apoio matricial ainda necessita que um longo caminho seja trilhado para que o seu modo de conduzir e articular as demandas e equipamentos seja de fato como preconizado nos preceitos do Ministério da Saúde, mas especificamente no Guia prático de Matriciamento e nos escritos de Campos, mentor desta ferramenta.

Este cenário mostra como é mais fácil os profissionais reproduzirem o velho, o que “já é de costume”, o instituído, do que tentar provocar mudanças e rupturas naquilo que está posto. Ficou visível como os profissionais acabam sendo reprodutores de uma lógica há qual muito se luta para sua inexistência, mesmo os que conhecem e sabem um pouco mais de como pode fazer, terminam cedendo ao mesmo modo biomédico de atuação.

Outra questão que foi notória é do quanto às condições de trabalho são precarizadas, com falta de Educação Permanente em Saúde, insuficiência de suporte da gestão, demandas excessivas para poucos profissionais darem conta e muitas vezes sem nenhum recurso, e a falta de estabilidade profissional. Nenhum profissional do NASF é efetivo. Da ESF e CAPS foram entrevistados apenas cinco concursados. Desta forma, a fragilidade na rede mostra também o quanto às equipes estão debilitadas.

Para um fazer almejado pelo Apoio Matricial, é necessária uma prática com o olhar intersetorial e integral. Voltando-se para um ideal de transformação social e ruptura com a dominação, exploração e mistificação, para que seja possível recontextualizar o cuidado no âmbito da saúde mental.

Vale destacar que esse estudo foi muito importante para mostrar que o Apoio Matricial é uma temática que tem despertado interesse e mobiliza as equipes. Por outro lado, é necessário ressaltar as limitações deste estudo no que tange o seu recorte para uma dimensão local circunscrita ao olhar de determinados atores que não esgotam sobremaneira todas as facetas e aspectos que atravessam o fenômeno.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram que não há conflitos de interesses.

CONTRIBUIÇÕES

Jackeline de Freitas Costa contribuiu para a elaboração, execução e delineamento do estudo. **Bruno Gonçalves de Medeiros e Jonas Rayfe Vasconcelos da Silva** contribuíram com a análise e interpretação dos dados. **Tiago Rocha Pinto e Dulcian Medeiros de Azevedo** contribuíram com a redação e revisão do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão a ser publicada do artigo e são responsáveis por seu conteúdo e integridade

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não houve financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 8. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2016.
2. Penido C. Apoio matricial em saúde mental no contexto da saúde coletiva. In: Paulon S, Neves R, organizadores. Saúde mental na atenção básica. Porto Alegre: Sulina; 2013. p. 17-38.
3. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de Abril de 2001. 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.
4. Brasil. Ministério da saúde. (2011). 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 (SUS). Diário oficial da união. 24 dez 2011.
5. Figueiredo M, Campos R. Saúde mental e atenção básica à saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. Saúde em Debate, 2009; 32(79):143-9.
6. Dimenstein M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. Cad. BrasSaúde Mental, 2009; 1(1):1-10.
7. Bezerra E, Dimenstein M. Os Caps e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. Psic. Ciênc. Profissão, 2008; 28(3):632-45.
8. Gaudenzi P, Ortega F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. Saude Educ., 2012; 16(40): 21-34.
9. Brasil. HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
10. Ministério da Saúde (BR), Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
11. Iglesia A. O matriciamento em saúde mental sob vários olhares. [Tese]. Espírito Santo: Universidade Federal do Espírito Santo; 2015.
12. L'abbate S. Análise institucional e intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na saúde coletiva. Mnemosine, 2012; 8(1):194-219.
13. Lourau R. Objeto e método da análise institucional. Hucitec: São Paulo; 2004.
14. Minayo MCS. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Vozes. Petrópolis. 2004.
15. Schutel TAA, Rodrigues J, Peres GM. A concepção de demanda em saúde mental na atenção primária à saúde. Ciência & Saúde. Florianópolis. 2015; 8(2): 85-93.

16. Baremlitt G. Compêndio de análise institucional. 3. Ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1996.
17. Azevedo D, Gondim M, Silva D. Matrix support in mental health: the perception of professional in territory. R. pesq.: cuid. fundam. [periódico na internet]. 2013 [acesso 2020 fev 2]; 5(1): 3311-22. Disponível em: http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/1951/pdf_689
18. Cunha G, Campos G. Apoio matricial e atenção primária em saúde. Saúde Soc., 2011; 20(4): 961-70.
19. Quinderé PHD, Jorge MSB, Nogueira MSL, et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. Ciênc. saúde coletiva, 2013; 18(7): 2157-66.
20. Gama CAP et al. Os profissionais da atenção primária à saúde diante das demandas de saúde mental: perspectivas e desafios. Interface (Botucatu, Online) [periódico na Internet]. 2021 [acesso em 2022 Nov 18]; 25(1):1-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/ngR3KBLS6xBNvHGNGjscJ9S/?lang=pt>
21. Silva AM, Miranda L. Paradoxos e limites da colaboração interprofissional: análise de um núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica. Trabeduc saúde [periódico na Internet]. 2022 [acesso em 2022 Nov 18]; 20(1):1-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/QWHT8phR4GFDTcKxbrR53S/?lang=pt>
22. Campos G, Domitti A. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, 2007; 23(2):399-407.
23. Queiroz DM, Oliveira LC, Araújo Filho PA, Silva MRF. Desafios e potencialidades para produção do cuidado integral na atenção primária à saúde brasileira. RevBrasEnferm[periódico na internet]. 2021 [acesso 2022 fev 2]; 74(5):e20210008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Ntj6sMgKWb8Jskmrw58nyQ/?format=pdf&lang=pt>
24. Salvador DB, Pio DAM. Apoio matricial e Capsi: desafios do cenário na implantação do matriciamento em saúde mental. Saúde debate, 2016; 40(111): 246-56.
25. Pinto A. Produção do cuidado em saúde mental: significados e sentidos da prática clínica em Centro de Atenção Psicossocial. [Dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará. 2008.
26. Fagundes, G. S., Campos, M. R., & Fortes, S. L. C. L.(2021). Matriciamento em Saúde Mental: análise do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na atenção básica. Ciênc. saúde coletiva [periódico na internet], 2021: [acesso em 2022 Nov 18];26(6):2311-22. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/McmFdYbq6pRgTMqJXtzVfbP/?lang=pt>
27. Wenceslau LD, Ortega F. Saúde mental na atenção primária e saúde mental global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. Interface (Botucatu)[periódico na internet]. 2015 [acesso 2022 fev 2]; 19(55):1121-32. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/LBVxWYCLX8tCVPB3jkJSCGQ/?format=pdf&lang=pt>
28. MerhyEE, Onocko R. Agir em saúde: um desafio para o público. Hucitec. São Paulo; 1997.
29. Azevedo D, Guimarães F, Dantas J, et al. Atenção Básica e Saúde Mental: um diálogo e articulação necessário. Rev. APS. 2014. 17(4): 537 – 543.
30. Iglesias A, Avellar LZ. Matriciamento em saúde mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. Ciênc. saúde coletiva [periódico na internet]. 2019 [acesso 2022 fev 2]; 24(4):1147-54. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jG6jHLkx8zpxQMB4wQz6V6j/?format=pdf&lang=pt>

Endereço para correspondência:

Jackeline de Freitas Costa
Rua Raimundo Soares Maia, 52
Bairro: Jatobá
CEP: 6290000 - Iracema - CE - Brasil.
E-mail: jackfc2@hotmail.com

Como citar: Costa JF, Silva JRV, Medeiros BG, Azevedo DM, Pinto TR. Apoio matricial na atenção básica: desafios para integralidade do cuidado em saúde mental. Rev Bras Promoç Saúde. 2023;36:13156.
