

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Adilson José da Silva

Desafios para integração da saúde mental na atenção primária: matriciamento como ferramenta estratégica para a rede de saúde mental em um município de Alagoas

Rio de Janeiro

2019

Adilson José da Silva

Desafios para integração da saúde mental na atenção primária: matriciamento como ferramenta estratégica para a rede de saúde mental em um município de Alagoas

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cecília de Araújo Carvalho

Coorientadora: Profa. Dra. Cristina Camelo de Azevedo

Rio de Janeiro

2019

Challenges for integrating mental health in primary care: matrix support as a strategic tool for the mental health network in the municipality of Alagoas

Catálogo na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Saúde Pública

S586	<p>Silva, Adilson José da. Desafios para integração da saúde mental na atenção primária: matriciamento como ferramenta estratégica para a rede de saúde mental em um município de Alagoas / Adilson José da Silva. -- 2019. 63 f. : il. color. ; graf. ; tab.</p> <p>Orientadora: Maria Cecília de Araújo Carvalho Coorientadora: Cristina Camelo de Azevedo Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.</p> <p>1. Saúde Mental. 2. Assistência à Saúde Mental. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Integralidade em Saúde. 5. Psiquiatria. I. Título. CDD – 23.ed. – 362.2098135</p>
------	--

Adilson José da Silva

Desafios para integração da saúde mental na atenção primária: matriciamento como ferramenta estratégica para a rede de saúde mental em um município de Alagoas

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Aprovada em: 31 de maio de 2019.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Michael Ferreira Machado
Universidade Federal de Alagoas – Campus Aarapiraca

Profª. Dra. Angélica Ferreira Fonseca
Fundação Oswaldo Cruz - Polo Rio de Janeiro

Profª. Dra. Maria Cecília de Araújo Carvalho (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz - Polo Rio de Janeiro

Profª. Dra. Cristina Camelo de Azevedo (Coorientadora)
Universidade Federal de Alagoas – Campus Maceió

Rio de Janeiro

2019

AGRADECIMENTOS

Começo pelo maior afeto, minha Mãe, que, como já sabedora das coisas do mundo, segurou minha mão conduzindo as primeiras palavras com lápis que eu compartilhava com meus irmãos. Foi ela quem esteve comigo quando vinha o medo das incertezas do dia seguinte, que nunca nos deixou sós, mesmo distante quando o remédio para sua loucura a distanciava de nós. Em silêncio, no olhar e em suas atitudes nos dizia “nada a temer senão o correr da luta, nada a fazer senão esquecer o medo, abrir o peito a força, numa procura, fugir às armadilhas da mata escura”.

Ao afeto do meu Pai, dos meus irmãos, da minha esposa, Ana Maria, dos meus filhinhos, Ádle e Érique, dos demais familiares, dos professores, em especial das professoras Cecília e Cristina, orientadora e co-orientadora respectivamente desta dissertação. Enfim todas as relações afetivas que contribuíram e contribuem para minha formação, referencio e as homenageio sempre.

RESUMO

SILVA, Adilson José da. **Desafios para integração da saúde mental na atenção primária: matriciamento como ferramenta estratégica para a rede de saúde mental em um município de Alagoas**. 2019. 63 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - PROFSAUDE - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

Considerando que ainda é baixa integração entre as redes de atenção primária e de saúde mental em nosso país (Brasil), que isso traz consequências negativas importantes no acompanhamento dos pacientes portadores de sofrimento psíquico, entendendo ser fundamental que se compreenda como estão articulados os elementos do cuidado das duas realidades. Este trabalho tem como objetivo geral discutir o cenário de integração da saúde mental (SM) na atenção primária à saúde (APS) com ênfase para o matriciamento no município de São Sebastião - Alagoas. Para isso, procurou-se compreender o desenho da rede de SM na realidade do município, buscando descrever o cenário da SM e identificar as particularidades do matriciamento no município. Realizou-se um estudo de caso através do levantamento de informações sobre a rede de saúde do município. As entrevistas foram analisadas utilizando a análise de conteúdo a partir de três categorias de análise: organização e desenvolvimento das ações de matriciamento; abordagem do sofrimento psíquico na atenção primária e a integração do cuidado e formação e qualificação profissional. Desse modo, observa-se que o desenho da rede do município contempla poucos serviços substitutivos previstos no modelo psicossocial; há muita fragmentação e pouca efetividade no processo de apoio matricial, mesmo havendo sucesso em algumas ações e boa vontade dos profissionais; observa-se que o NASF faz uma cobertura mais efetiva, pois faz a busca ativa das demandas no território, o CAPS ocupa um lugar de ambulatório de SM. Ainda não existe no município um alinhamento de todos os pontos assistenciais para o mesmo propósito. Os profissionais dos pontos de cuidado (NASF, CAPS, ESF) entrevistados não conseguiram falar de um paciente em comum, do qual, utilizando os equipamentos de cuidados, ajudaram, em algum momento, no enfrentamento do sofrimento psíquico. Permitindo concluir que o município precisa desenvolver mecanismos para melhorar e fortalecer a integração do cuidado em SM; a partir do que foi observado, construímos uma matriz individual de ações para o apoio ao matriciamento, essa matriz permitirá uma visão panorâmica do itinerário seguido e/ou proposto pelo/para o usuário na rede de cuidados, possibilitando um planejamento terapêutico e indicando os equipamentos da rede de cuidados que ele está utilizando ou poderá utilizar.

Palavras-chave: Apoio matricial. Saúde mental. Atenção primária. Integralidade.

ABSTRACT

SILVA, Adilson José da. **Challenges for integrating mental health in primary care: matrix support as a strategic tool for the mental health network in the municipality of Alagoas** 2019. 63 f. Dissertation (Professional Master in Family Health) - PROFSAUDE) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

Considering that there is still a low integration between the primary care and mental health networks in our country, this has important negative consequences in the follow-up of patients suffering from psychological distress, understanding that it is fundamental to understand how the elements of care of the two are articulated realities. This study aims to discuss the integration of mental health in primary health care (PHC), with emphasis on matriciation in the city of São Sebastião - Alagoas. In order to do so, we sought to understand the design of the SM network in the municipality reality trying to describe the scenario of the SM and to identify the particularities of the matriciamento in the municipality. A case study was carried out through the collection of information about the health network of the municipality. The interviews were analyzed applying content analysis using three categories: organization and development of matrix support actions; the psychological suffering approach in primary care and the integration of care; and professional training and qualification. Thus, it is observed that the design of the network of the municipality contemplates few substitutive services foreseen in the psychosocial model; there is a lot of fragmentation and little effectiveness in the matrix support process, even though there is success in some actions and good will of the professionals; it is observed that the NASF makes a more effective coverage, since it actively seeks the demands in the territory, the CAPS occupies a SM ambulatory place. There is still no alignment in the municipality of all assistance points for the same purpose. The professionals at the care points (NASF, CAPS, ESF) interviewed failed to speak about a patient in common, from which, using the care equipment, they helped, at some point, in dealing with psychic suffering. Allowing to conclude that the municipality needs to develop mechanisms to improve and strengthen the integration of care in MS; from what was observed, we constructed an individual matrix of actions to support matriciation, this matrix will allow a panoramic view of the route followed and / or proposed by / to the user in the network of care, allowing a therapeutic planning and indicating the equipment of the network of care that he is using or can use.

Keywords: Matrix support. Mental health. Primary attention. Integrality in health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Município de S. Sebastião - AL em destaque no mapa do Estado.....	32
Figura 2 - Mapa Físico de S. Sebastião - AL.....	32
Figura 3 - Rede de Saúde de São Sebastião - AL.....	33
Figura 4 - Rede de APS em São Sebastião-AL.....	34
Figura 5 - Rede de Saúde Intermunicipal para S. Sebastião.....	35
Figura 6 - Rede de Saúde Mental S. Sebastião - AL.....	36
Figura 7 - Rede de Saúde Mental Intermunicipal para S. Sebastião.....	36
Figura 8 - Ações de matriciamento em SM de São Sebastião/AL.....	40
Figura 9 - Matriz de ação construída a parti do resultado do trabalho DESAFIOS PARA INTEGRAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: matriciamento como ferramenta estratégica para a rede de saúde mental em um município de Alagoas.....	55
Quadro 1 - Características do Município de São Sebastião.	30
Quadro 2 - Perfil dos participantes do estudo.....	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Longevidade, Mortalidade e Fecundidade - São Sebastião – AL.....	31
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AM	Apoio Matricial
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
SM	Saúde Mental
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
WONCA	Organização Mundial dos Médicos de Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	ASPECTOS NORTEADORES DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL (SM)	14
2.1	<i>O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro</i>	14
2.2	<i>A integralidade</i>	15
2.3	<i>O cuidado integral</i>	16
2.4	<i>A integração do cuidado</i>	16
2.5	<i>A atenção primária à saúde (AP)</i>	17
2.6	<i>O núcleo de apoio à saúde da família (NASF)</i>	19
2.7	<i>O matriciamento ou apoio matricial (AM)</i>	21
2.8	<i>Formação profissional em saúde para o cuidado na atenção primária</i>	24
2.9	<i>A reforma psiquiátrica brasileira (RPB)</i>	25
3	OBJETIVOS	28
3.1	<i>Geral</i>	28
3.2	<i>Específicos</i>	28
4	METODOLOGIA	29
4.1	<i>Tipo de estudo</i>	29
4.2	<i>Campo de pesquisa</i>	29
4.2.1	Identificação e descrição do município	29
4.2.2	População e economia	30
4.2.3	Longevidade, mortalidade e fecundidade	31
4.2.4	Macrocenário	32
4.2.5	Microcenário	35
4.2.6	Participantes do estudo	36
4.2.7	Análise e sistematização dos dados	37
5	O MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO	39
5.1	<i>Categoria 1: Desenvolvimento e organização das ações de matriciamento</i>	39
5.2	<i>Categoria 2: Abordagem do sofrimento psíquico na atenção primária e a integralidade do cuidado</i>	42
5.3	<i>Categoria 3: Formação e qualificação</i>	45
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
	REFERÊNCIAS	49
	APÊNDICE A – RECOMENDAÇÕES AOS SERVIÇOS	54

ANEXO A – ROTEIRO DE ENTREVISTA – PROFISSIONAL DE EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA*	56
ANEXO B – ROTEIRO DE ENTREVISTA – APOIADOR MATRICIAL DE SAÚDE MENTAL*	58
ANEXO C - ROTEIRO DE ENTREVISTA – GESTOR*	60

1 INTRODUÇÃO

As inquietações iniciais sobre o problema da integração entre as redes de Atenção Básica e de Saúde mental surgiram ainda no início de minha vida profissional, quando percebi o quanto era marcante a falta de habilidade dos profissionais que atuavam na Atenção Primária à Saúde (APS) quando se tratava do manejo clínico do paciente de Saúde Mental (SM). E, portanto, era gritante o quanto essa demanda exigia de nós um olhar que vislumbrasse uma mudança de paradigma no nosso processo de trabalho, e no modo de produzir saúde na comunidade.

Durante minha graduação tive a oportunidade de participar do PET-saúde, onde desenvolvi atividades em equipes multidisciplinares, o que me fez entender que nenhum profissional sozinho consegue dar resolubilidade às demandas de saúde e, por isso, precisamos trabalhar em rede, tornando possível o cuidado de pessoas com necessidades de saúde mais específicas, como nos casos que envolvem o sofrimento psíquico no nível da atenção primária em saúde.

Noutro momento, também na graduação, participei do PET- saúde mental, e tive a oportunidade de não só me apropriar do manejo clínico do sofrimento psíquico como apreender conteúdos teóricos relacionados à reforma psiquiátrica brasileira. Mas ainda era inquietante o modo como se fragmentava a assistência, de maneira que os profissionais da APS não enxergavam o sofrimento psíquico como parte integrante do adoecimento global de uma pessoa, dificultando, assim, a consolidação do cuidado integral.

No meu primeiro trabalho como médico da família tive a oportunidade, trazida em parte por essas inquietações, de desenvolver um projeto de intervenção relacionado à SM, no qual o objetivo do trabalho era elaborar estratégias para a diminuição do uso inadequado de benzodiazepínicos na APS. O trabalho baseava-se na discussão trazida por Onocko-Campos et al. 2011 de que a ausência de seguimento clínico e a falta de avaliações periódicas dos pacientes que usam psicotrópicos, criam práticas de repetição de receitas que são muito criticadas pelos usuários^[1]. Nesse trabalho, percebemos o quanto é complexa essa questão e que, inicialmente, existiu uma resistência a outras terapêuticas por parte do usuário, mas que em muitos conseguimos o desmame ou redução com o uso mais consciente.

Desde a década de 1990, o modelo de atenção primária orienta o cuidado em saúde no Brasil. No SUS do Brasil, as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) funcionam como equipes de referência interdisciplinares, atuando com uma responsabilidade sanitária que inclui o cuidado longitudinal, além do atendimento especializado que realizam concomitante-

mente. A Unidade de Saúde da Família (USF) trabalha em equipe multiprofissional e é responsável por um território definido, cujos princípios fundamentais são: integralidade, universalidade, equidade e participação social^[2].

O engajamento a esses princípios nos cenários das diversas realidades brasileiras é desafiador. Quando falamos da saúde mental, a realidade é ainda mais desafiadora, pois, é sabido por todos que trabalhamos na APS que o modo de enfrentamento do sofrimento psíquico estabelecido nos serviços de atenção à saúde, que respeite os princípios da humanização, exige dos profissionais uma compreensão do modelo assistencial no contexto da reforma psiquiátrica, onde o olhar dos profissionais de saúde, interessados em oferecer uma terapêutica mais adequada ao enfrentamento do sofrimento psíquico/emocional, passou por uma mudança de paradigma revolucionária.

Transtornos psiquiátricos e os demais sofrimentos psíquicos são frequentes no dia a dia da unidade básica de saúde e com destaque para ansiedade, depressão e insônia, sendo o sexo feminino mais acometido. Soma-se a isso a automedicação pelo acesso fácil, de forma ilícita, aos psicofármacos. A alta prevalência dos transtornos mentais em contraponto com a escassez e desarticulação dos serviços é um problema de saúde pública.

As avaliações mundiais apontam a necessidade de desenvolvimento dos sistemas de saúde para prover cuidado aos portadores de transtornos mentais já que a taxa de pessoas que não estão em tratamento é elevada^[3], sobretudo nos países em desenvolvimento. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Mundial dos Médicos de família (WONCA), alinhadas às ideias da reforma psiquiátrica, preconizam que o enfrentamento das questões relacionadas ao sofrimento mental deva ser prioritariamente realizado em serviços de base comunitária^[4].

Nessa perspectiva, a integração da rede de SM com a APS, assim como a qualificação de suas equipes para o trabalho integrado, são desafios prioritários para o alcance do cuidado integral em saúde. Para isso, a gestão compartilhada do cuidado assume um significado de extrema importância, pois potencializa as forças resolutivas e de seguimento (longitudinalidade) das equipes e da rede que envolve o cuidado em saúde mental.

Assim, a proposta de matriciamento em saúde mental se configura como uma ferramenta essencial na condução desse processo. Pois, segundo Campos 2007, o Matriciamento ou Apoio Matricial (AM) é um modo de realizar a atenção em saúde de forma compartilhada com vistas à integralidade e à resolubilidade da atenção, por meio do trabalho interdisciplinar^[5].

No município de São Sebastião, em Alagoas, onde atuo como médico de família, per-

cebo uma baixa integração entre as redes de atenção primária e de saúde mental, que traz consequências negativas importantes no acompanhamento dos pacientes portadores de transtornos mentais, sendo fundamental que se compreenda como estão articulados os elementos do cuidado das duas redes.

2 ASPECTOS NORTEADORES DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL (SM)

2.1 *O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro*

Ao se propor uma temática como a deste trabalho é pertinente trazer para este momento um pouco da discussão a respeito do nosso sistema de saúde, conscientes de que o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é uma obra em construção, fruto de lutas e conquistas de movimentos da sociedade insatisfeitos com um modelo de saúde que alcançava alguns “privilegiados” e não respondia às reais necessidades das pessoas.

A regulamentação do SUS, em 1990, resulta do esforço de mais de uma década do que ficou conhecido como movimento da reforma sanitária criando espaços de intensa discussão sobre os problemas de saúde em nosso país. Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde reuniu cerca de 5000 pessoas entre elas, gestores profissionais e usuários do sistema de saúde, e teve como resultado o estabelecimento dos princípios norteadores de um sistema de saúde universal, equânime e integral, que passam a fazer parte da Constituição Federal (CF) de 1988 que preconizou a criação do SUS^[6]. É nesse novo cenário que a Atenção Primária à Saúde (APS) ganha status primordial na estruturação do sistema.

Nesse contexto e de acordo com Mattos 2004, o SUS pode ser visto como um dispositivo institucional criado pelo governo para dar conta do seu dever de garantir o acesso universal e igualitário nos termos da Constituição; onde foi concebido como abarcando todas as ações e serviços públicos de saúde (assim como alguns serviços privados)^[7].

O SUS é uma proposta que se construiu e se institucionalizou a partir de um amplo debate na sociedade brasileira, estimulado pelo movimento sanitário e acolhido na Constituição Federal de 1988. É um experimento social que está dando certo e seus avanços são inquestionáveis, mas enfrenta enormes desafios e tem de superá-los^[8].

Nesta análise, os princípios do SUS passaram a ser a matriz de orientação para as práticas assistenciais, contemplando o acesso universal e igualitário, a regionalização, a hierarquização e a descentralização dos serviços de saúde, o atendimento na perspectiva da integralidade e na participação popular^[8].

Esses princípios direcionam as estratégias e ações dos profissionais, permitindo para o serviço uma visão holística do usuário. Por isso, o modelo de APS integral, como o concebido na declaração de Alma-Ata é o modelo preconizado pelo SUS; já que responde com eficiência e eficácia comprovada às demandas de saúde das populações. As mudanças e ajustes são feitos no sentido de uma reorientação para melhor responder a essas demandas.

Considerando isso, a reestruturação da APS no Brasil ocorreu com a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), iniciada nos anos 1990. Starfield 2002 elenca como atributos inerentes à APS, podendo resolver 80% dos agravos, provendo atenção longitudinal, organizando o cuidado e ampliando a oferta de acesso à saúde^{[9], [10]}. Starfield 2002 e outros autores apontam a integralidade como atributo importante da APS^[9].

2.2 *A integralidade*

Falar sobre matriciamento passa por fazer algumas considerações a respeito da integralidade, pois este princípio é um dos pilares que se pretende fortalecer quando se utiliza tal ferramenta. A integralidade constitui um dos princípios que fundamentam o SUS; seu conceito pode envolver várias dimensões.

Na lei nº 8080/90, que regulamentou o que já estava previsto na CF de 1988, a integralidade da assistência é expressa como uma articulação contínua da promoção de saúde com prevenção e tratamento de agravos, por meio dos serviços e ações prestadas, no âmbito individual e coletivo, de acordo com cada caso, abrangendo todos os níveis que compõem o sistema^[11]. Numa compreensão global, a integralidade pode ser vista como reflexo da articulação da rede assistencial. Para Pinheiro 2014, a integralidade como definição legal e institucional é concebida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema. Ele nos diz ainda que, ao ser constituída como ato em saúde nas vivências cotidianas dos sujeitos nos serviços de saúde, a integralidade tem germinado experiências que produzem transformações na vida das pessoas, cujas práticas eficazes de cuidado em saúde superam os modelos idealizados para sua realização^[12].

Neste sentido, no que diz respeito às práticas da assistência prestadas pelos profissionais, que também passa por uma compreensão destes sobre o significado de integralidade, passamos a entendê-la como uma demanda que atende às múltiplas causalidades das condições de saúde de uma pessoa.

Presente tanto nas discussões quanto nas práticas na área da saúde, a integralidade está relacionada à condição integral, e não parcial, de compreensão do ser humano. Ou seja: o sistema de saúde deve estar preparado para ouvir o usuário, entendê-lo inserido em seu contexto social e, a partir daí, atender às demandas e necessidades desta pessoa^[13].

A proposta de matriciamento ou apoio matricial (AM) está em total sintonia com as múltiplas possibilidades de análise da integralidade. Sendo ferramenta importante para sua

consolidação no serviço.

2.3 *O cuidado integral*

O cuidado integral é outro aspecto que se fortalece com o matriciamento ou AM. Segundo Ayres 2004, quase sempre que se fala de Cuidado, humanização ou integralidade se faz referência a um conjunto de princípios e estratégias que norteiam, ou devem nortear a relação entre um sujeito, o paciente, e o profissional de saúde que lhe atende^[14]. Para isso, Pinheiro nos traz uma reflexão a ser considerada:

A noção de “cuidado” integral permite inserir, no âmbito da saúde, as preocupações pelo bem-estar dos indivíduos – opondo-se a uma visão meramente economicista – e devolver a esses indivíduos o poder de julgar quais são suas necessidades de saúde, situando-os assim como outros sujeitos e não como outros-objetos^[12].

O cuidado vai além de um serviço que se presta a alguém, passando pela compreensão da pessoa como alguém que traz um sentido existencial singular às suas demandas de saúde. O cuidado, nesta análise e de acordo com Ayres 2004, pode ser visto como a designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento físico ou mental e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde^[14].

É preciso que cada profissional de saúde, ou equipe de saúde, gestor ou formulador de política se interroguem acerca de por que, como e quanto se responsabilizam em relação aos projetos de felicidade daqueles de cuja saúde cuidam, preocupando-se, ao mesmo tempo, acerca do quanto esses sujeitos são conhecedores e partícipes desses compromissos^[14].

Kleinman 1988 esclarece que, para uma abordagem integral, o entendimento do paciente sobre seu adoecimento é tão importante quanto o entendimento do processo patológico^[15]. Fortes 2014 completa essa ideia dizendo que o médico e pessoa precisam construir uma comunicação que integre seus diferentes pontos de vista e estabeleça um plano terapêutico conjunto com a participação e autonomia do usuário, construindo assim um cuidado integral^[16].

2.4 *A integração do cuidado*

A integração do cuidado na rede de saúde constitui um dos principais desafios a serem enfrentados para, assim, ser mais resolutiva e acessível.

De acordo com Mendes 2011, os sistemas de atenção à saúde podem ser analisados

num contínuo que vai desde a fragmentação à integração. Os sistemas integrados de atenção à saúde estão organizados em um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde que oferecem assistência contínua e integrada à uma população de um território definido sob sua responsabilidade, oferecendo atenção tanto às condições agudas quanto às crônicas^[17].

A efetivação da integração do cuidado está relacionada ao acolhimento aos diversos itinerários terapêuticos, passando pela sistematização da assistência colaborativa dos diversos profissionais.

Para Mendes 2011, os sistemas de atenção à saúde, caracterizados pela fragmentação, vem gerando uma crise no setor marcada pelo desencontro entre uma situação epidemiológica dominada pelas condições crônicas e por um modelo de sistema de atenção à saúde organizado, predominantemente, para responder às condições agudas de doença de forma reativa, episódica e fragmentada^[17].

Ao considerarmos a situação existente em muitos municípios do país, observamos que apesar de haver uma população adscrita de responsabilização na atenção primária (APS), esta não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e esses dois níveis também não se comunicam de forma efetiva com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio. Apesar disso, existem propostas promissoras para transformação dessa realidade, o matriciamento ou AM é uma dessas propostas.

2.5 *A Atenção Primária à Saúde (AP)*

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) brasileira reconhece que a APS utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. Por outro lado, afirmam que a APS é palco de um embate entre diferentes concepções no modo de fazer saúde, podendo-se identificar dois paradigmas em confronto: O Biomédico e o da Ampliação da Clínica/Clinica Ampliada.

A proposta da Clínica Ampliada busca se constituir numa ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas. A Clínica Ampliada reconhece que, em um dado momento e situação singular, pode existir uma predominância, uma escolha, ou a emergência de um enfoque (biomédico, social ou psicológico) ou de um tema, sem que isso signifique a negação de outros enfoques e possibilidades de ação. No modelo biomédico, por exemplo, o diagnóstico pressupõe uma certa regularidade, uma repetição em um contexto ideal. Mas, para que se realize uma clínica adequada, é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de “igual”, o que ele apresenta de “diferente”, de singular. Inclusive um conjunto de sinais e sintomas que somente

nele se expressam de determinado modo^[18].

O paradigma da clínica ampliada ainda é o modelo mais adequado e efetivo no processo de produção de saúde na APS. É o mais convergente com a proposta de integralidade a que se propõe o sistema de saúde brasileiro. Entretanto, ainda há muito o que se fazer para consolidá-lo na APS brasileira.

É imperativa a necessidade de superação de importantes pilares do modelo clínico sustentado nas noções de doença, tratamento em busca da cura e remissão de sintomas. Deste modo, deve-se lançar mão de pressupostos clínicos que se aproximem da vida concreta das pessoas que acolhe e das produções de modos de viver que são possíveis a elas. Para isso, é fundamental convocar novos atores para ativar outras formas de convívio, de estar junto e de viver em sociedade^[19].

Como foi dito anteriormente, espera-se que os cuidados primários assegurem a gestão de 80% dos casos apresentados, incluindo o diagnóstico e o tratamento da maioria das doenças^[4]. Na APS, as ESF apoiam a promoção da saúde e a prevenção de modo consistente com a Declaração de Alma Ata.

A APS é reconhecidamente um componente-chave dos sistemas de saúde. Esse reconhecimento fundamenta-se nas evidências de seu impacto na saúde e no desenvolvimento da população nos países que a adotaram como base para seus sistemas de saúde: melhores indicadores de saúde, maior eficiência no fluxo dos usuários dentro do sistema, tratamento mais efetivo de condições crônicas, maior eficiência do cuidado, maior utilização de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços e o estado geral de saúde^{[9],[20]}.

A Portaria 4279 de dezembro de 2010 do Ministério da Saúde (MS) pontua que APS é estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde. Nos diz ainda que a APS é o centro de comunicação da rede de atenção à saúde (RAS) e tem um papel chave na sua estruturação como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado. Nesse sentido e, considerando a integralidade como princípio, é fundamental que a APS tenha um bom grau de integração na rede de atenção à saúde. Para que, desse modo, possa garantir uma cobertura mais abrangente e resolutiva dos casos menos frequentes e mais complexos^[21].

A esfera da saúde mental entra no delineamento de competências atribuídas à APS, pois deve ser considerada como qualquer outra demanda de saúde neste serviço, além disso, é crescente a demanda de sofrimento psíquico. A OMS postula, em seu relatório de 2005^[22], que, no mundo em geral e nos países de média e baixa renda em particular, ao se considerar o

impacto sobre a perda de anos de vida saudáveis, os três principais problemas de saúde, em ordem decrescente, são: doença mental, trauma e doença cardiovascular. De acordo com Ono-ko-Campos et al. a APS é reconhecida mundialmente como a responsável pela solução dos principais problemas de saúde da comunidade, incluso a mental^[1].

A APS expande as fronteiras do cuidado de SM e configura um novo desafio para a Psiquiatria século XXI, por ampliar-se dos atendimentos pontuais para a atenção longitudinal; da atuação unidisciplinar para a multi e até mesmo transdisciplinar; da supervisão para o compartilhamento de casos; do foco nos TMPG (Transtornos Mental Persistentes Graves) para a atenção transversal a todas as condições clínicas; do tratamento eminentemente farmacológico para a abordagem biopsicossocial, ou seja, do trabalho especializado para o trabalho em colaboração^[16].

Conforme explica Fortes et al. 2014^[16], a integração entre SM e APS busca melhorar a integração entre o especialista e a APS. Com a atuação da ESF na resolução, prevenção e reabilitação em SM, faz-se necessária uma nova forma de articulação entre os dois níveis. Um elemento articulador importante nessa integração é o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

2.6 O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

O núcleo de apoio à saúde da família (NASF), surgiu, como o próprio nome já informa, com o objetivo de apoiar as ESF, no sentido de ampliar a abrangência e o escopo das ações das equipes, bem como sua resolutividade. A proposta da nova PNAB (2017)^[23] modifica o campo de atuação do NASF ampliando seu campo de ação que passa a se chamar Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), ou seja, passam a complementar também as equipes de Atenção Básicas (AB) tradicionais e originalmente foram criados através da portaria GM nº 154/2008^[24]. As equipes do NASF são compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuam de maneira integrada, compartilhando saberes e práticas e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família diretamente responsáveis pelo acompanhamento dos casos. De acordo com essa portaria os NASF não se constituem serviços com unidades físicas próprias, não se constituindo como porta de entrada do sistema de saúde. Tem seu trabalho desenvolvido nas unidades de Saúde da Família e no território onde essas equipes atuam.

A composição das equipes de NASF pode variar de acordo com critérios de prioridade identificados a partir das necessidades de cada território. As áreas estratégicas para a constituição dos NASF são: saúde da criança/adolescente, saúde da mulher, reabilitação e saúde integral da pessoa idosa, alimentação e nutrição, serviço social, assistência farmacêutica, atividade física/ práticas

corporais, praticas integrativas/ complementares e saúde mental (BRASIL,^[25]

A equipe do NASF desenvolve ações de promoção, prevenção reabilitação em saúde e cura, além de ações de educação permanente, humanização e promoção da integralidade. Utiliza diversas modalidades de intervenção no território, apoio a grupos educativos, enfrentamento de situações de violência, mas sempre de forma compartilhada com a equipe de saúde da família. As intervenções diretas e individualizadas ocorrem apenas em situações pontuais, quando há necessidade, e devem ser discutidas a priori com os profissionais responsáveis pelo caso. É necessário evitar o encaminhamento direto aos profissionais do NASF e sem pactuação prévia com as equipes, tais como, criação de pastas de encaminhamento, disponibilização de agenda na recepção da unidade para demanda espontânea ou encaminhamentos sem pactuação prévia com as equipes de referência^[26].

As equipes do NASF procuraram desconstruir a lógica fragmentada dos atendimentos em saúde. Assim, partindo para a construção de redes de atenção e cuidado, deve procurar manter a co-responsabilidade e garantir atendimento integral e, quando possível, a resolutividade dos casos na própria rede territorial de atuação da equipe de referência.

As ferramentas tecnológicas utilizadas pelo NASF no território são: O Apoio Matricial, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), Projeto de Saúde no Território e a Pactuação do Apoio^[25]. Usando essas ferramentas tecnológicas apresentadas acima, o processo de trabalho dos profissionais do NASF deve ser desenvolvido através da criação de espaços de discussão e planejamento coletivos.

O NASF, por se constituir uma equipe de apoio que lida com diversas equipes e com realidades complexas e distintas, necessita construir uma agenda de trabalho que contemple as diversidades e as amplas possibilidades de ações que podem ser realizadas através de um trabalho integrado. De acordo com o Ministério da Saúde^[26], a agenda dos profissionais deve conter alguns elementos considerados estruturantes como: reuniões de matriciamento com as equipes de SF, atendimentos individuais (específicos e compartilhados), grupos e atividades coletivas, espaços destinados à elaboração de material de apoio, rotinas, protocolos e outras ações de educação permanente, reuniões entre os profissionais do NASF e reuniões com outros núcleos e outros pontos de atenção do município. O trabalho com grupos temáticos constitui importante recurso no cuidado na atenção primária e são caracterizados como grupos de educação em saúde, que englobam propostas de promoção e prevenção ou terapêuticos. “O NASF em conjunto com a ESF pode organizar um sistema colaborativo de intervenções grupais que tornará possível produzir cuidados psicossociais de forma escalonada e progressiva

que também incluam recursos de suporte comunitário”. A prática de matriciamento é prevista pela Portaria nº 154, a mesma que regula a criação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF)^[24].

Segundo Fortes et al. 2014, a proposta do NASF é trabalhar interdisciplinarmente em conjunto com a APS, em ações de interconsulta, discussão de casos, consultas conjuntas e visitas domiciliares para caracterização dos problemas específicos de sua demanda, desenvolvimento de novos tipos de intervenção terapêutica, estruturação da rede de cuidado em saúde e de parcerias intersetoriais com os recursos comunitários^[16].

Visando essa perspectiva, a gestão compartilhada do cuidado assume um significado de extrema importância, pois potencializa as forças resolutivas e de seguimento (longitudinalidade) das equipes e da rede que envolve o cuidado em saúde mental. De acordo com Cunha e Campos 2011 a demanda de saúde mental na atenção primária é considerada uma demanda complexa, atravessada pela questão da precariedade do território e pela vulnerabilidade social^[27].

Desse modo, a proposta de matriciamento ou apoio matricial em saúde mental se mostra como uma estratégia importante para o enfrentamento dessa complexidade, servindo como eixo condutor das forças resolutivas nesse cenário.

2.7 *O matriciamento ou Apoio Matricial (AM)*

O Apoio Matricial (AM) ou matriciamento em saúde mental é uma forma de cuidado colaborativo que tem sua origem definidora no Brasil em discussões sobre a organização do trabalho em saúde no final dos anos 1990^[7]. Isso ocorreu alguns anos depois do início da construção do nosso sistema de saúde, após o Sistema Único de Saúde (SUS) ter sido legalmente instituído em 1988. Naquele momento, os serviços que se opunham ao modelo hospitalocêntrico (funcionamento da saúde centrado no hospital) estando alinhada a reforma psiquiátrica, eram as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Com o desenvolvimento do SUS, a rede de saúde começa a incluir em seu sistema, ainda nos anos 1990, equipamentos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF).

De quando foi primeiramente idealizado até então, o matriciamento vem passando por transformação em seu significado, apresentando diversas polifonias conceituais. Alguns o entendem como um arranjo, outros como uma tecnologia/dispositivo de gestão, como um método ou como um modelo de cuidados colaborativos.

Campos (1998) criou um novo arranjo para os serviços de saúde com base nos conceitos de equipe de referência e de apoio matricial especializado. No seu sentido original, o

AM seria composto por um ou mais profissionais de saúde, detentores de saber específico, que apoia uma ou mais equipes de referência (ER) no que se refere tanto a questões assistenciais quanto a suporte técnico-pedagógico^[28]. No ano 2000, Cunha e Campos sugerem o AM como um modo de funcionamento para o trabalho em rede, valorizando uma concepção ampliada do processo saúde-doença, a interdisciplinaridade, o diálogo e a interação entre profissionais que trabalham em equipes ou em redes e sistemas de saúde^[27]. Já no início da década deste século 2003, Campos considera que os processos de matriciamento devem promover relações horizontais. Assim, o apoiador e a equipe de referência podem trabalhar na construção de visões multi e transdisciplinares, compartilhando saberes de seu núcleo de conhecimento e incorporando demandas de outros profissionais e da comunidade^[30].

Em 2004, a cartilha de humanização do MS^[31] traz o apoio matricial como uma forma de organizar e ampliar a oferta de ações em saúde, que lança mão de saberes e práticas especializadas, sem que o usuário deixe de ser cliente da equipe de referência. Campos e Domitti 2007 afirmam que o AM visa oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referências da Atenção Básica^[32].

Um conceito relevante é o trazido por Figueiredo e Onocko-Campos 2009. Para eles, o AM consiste numa das principais ferramentas para a efetivação da rede de cuidados. Este, é realizado por uma equipe inter e multidisciplinar, oferecendo um suporte técnico especializado a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações, buscando ainda garantir às equipes da ESF maior apoio quanto à responsabilização do processo de assistência, garantindo a integralidade da atenção em todo sistema de saúde^[33].

Para o MS ^[34] O apoio matricial é uma tecnologia de gestão utilizada em conjunto com o arranjo organizacional de equipes de referência. Já Bertussi 2010 relata que o AM não é um método, mas um dispositivo, uma ferramenta da gestão. A ideia de método de gestão, segundo a autora, pressupõe um caminho pré-definido para se chegar num objetivo, ou seja, um caminho que sintetizaria todos os elementos teóricos conceituais e as ferramentas necessárias para produzir a gestão e a atenção em saúde^[35].

Cunha e Campos 2011 referem que o AM se constitui como tentativa de consolidar o cuidado em saúde mental na APS e potencializar o protagonismo de profissionais da ESF e de usuários. Informam que ele busca assegurar retaguarda especializada, por meio das equipes do CAPS, à assistência direta ao usuário, bem como fornece suporte técnico-pedagógico aos profissionais da ESF, instrumentalizando-os para o cuidado adequado à referida demanda. Nesse sentido, o AM procura aumentar o grau de resolubilidade^[27].

Para o guia prático de matriciamento em SM do MS^[34] matriciamento ou apoio matri-

cial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Ele ainda nos diz que o processo de saúde-enfermidade-intervenção não é monopólio nem ferramenta exclusiva de nenhuma especialidade, pertencendo a todo o campo da saúde. Isso torna o matriciamento um processo de trabalho interdisciplinar por natureza, com práticas que envolvem intercâmbio e construção do conhecimento. Vejamos uma definição interessante sobre apoio matricial:

O apoio matricial é um arranjo que visa dar suporte às equipes da Atenção Primária através do compartilhamento de situações de trabalho cotidianas produzindo uma corresponsabilização pelos casos. Ele leva ao aumento da capacidade resolutiva da equipe, a aproximação e a desfragmentação entre a UBS e as Unidades de Referência, a melhoria da clínica dos atores envolvidos, a ampliação e a qualificação das ofertas no território e a capilarização de saberes técnicos^{[27],[5]}.

Os autores Belotti e Lavrador trazem que a ideia central do AM é compartilhar situações encontradas no território, numa atitude de corresponsabilização pelos casos, que se realiza por meio de supervisões clínicas e intervenções conjuntas. Dessa forma, busca-se superar a lógica do encaminhamento/fragmentação, por meio da ampliação da capacidade resolutiva da equipe local^[36].

Seguindo este mesmo raciocínio Minozzo e Costa (2013) dizem que o AM em SM é uma prática em que profissionais especialistas em saúde mental oferecem suporte a equipes de Saúde da Família (SF) com o objetivo de ampliar a sua resolubilidade e produzir maior responsabilização no acompanhamento e atendimento das pessoas em sofrimento psíquico, rompendo com a lógica dos encaminhamentos indiscriminados e ampliando a clínica da SF^[37].

Sandra Fortes et al. sintetizam muito bem o AM, onde informam que ele surge como um modelo de cuidados colaborativo do SUS brasileiro e propõe a ser uma nova forma de relação entre a atenção primária e a atenção especializada, através de uma matriz de interação de diferentes saberes. Informam que os transtornos mentais mais prevalentes na APS são: transtornos mentais comuns (TMC); transtornos mentais graves persistentes (TMGP) e uso nocivo de álcool. Esses transtornos têm o matriciamento como espaço de cuidado^[16].

Fortes et al. trazem como um dos pilares matriciadores o NASF, falam que sua proposta é trabalhar interdisciplinarmente em conjunto com a APS, em ações de interconsulta, discussão de casos, consultas conjuntas e visitas domiciliares para caracterização dos problemas específicos de sua demanda, desenvolvimento de novos tipos de intervenção terapêutica, estruturação da rede de cuidado em saúde e de parcerias intersetoriais com os recursos comuni-

tários^[16].

O guia prático de matriciamento em SM do MS refere que profissionais matriciadores em saúde mental na APS podem ser psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais ou enfermeiros de saúde mental. Esse guia também traz como instrumentos do processo de matriciamento: o Projeto Terapêutico Singular (PTS), a interconsulta, a consulta conjunta, a visita domiciliar conjunta; o genograma e o ecomapa.

Segundo Cunha e Campos (2001), o SUS apresenta, além dos problemas estruturais diversos e complexos, problemas de ordem organizacional ou gerencial que, apesar de interligados aos primeiros, dependem, em grande medida, de gestores e trabalhadores. Entre esses problemas, eles destacam a fragmentação da atenção e a responsabilização clínica insuficiente e inadequada. Para estes autores, a proposta de Equipe de Referência e Apoio Matricial dialoga diretamente com o enfrentamento desses impasses, na medida em que propõe novas formas de contratos entre serviços de saúde, desses com os profissionais e desses com os usuários^[27].

A proposta de matriciamento está em consonância com a previsão dos princípios do SUS e com o modelo biopsicossocial da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), onde o cenário de trabalho para estratégia de matriciamento é o território/comunidade. Desse modo, o espaço terapêutico da saúde mental passa do hospital (modelo hospitalocêntrico) para o local onde os ciclos da vida humana acontecem, a comunidade.

Os cuidados primários para a saúde mental devem fazer parte do manejo adequado dos pacientes em sofrimento psíquico.

Cuidados primários para a saúde mental referem-se especificamente aos serviços de saúde mental que estão integrados nos cuidados de saúde gerais a nível dos cuidados primários. Os cuidados primários para a saúde mental dizem respeito a todas as perturbações mentais diagnosticáveis, assim como a questões de saúde mental que afetam o bem-estar físico e mental. Neste conceito estão inclusos: as intervenções de primeira linha prestadas como uma parte integral dos cuidados de saúde gerais; e cuidados de saúde mental prestados por profissionais de cuidados primários qualificados e apoiados para prestar cuidados de saúde mental. Um modelo de integração que está a ser cada vez mais utilizado consiste em cuidados colaborativos entre profissionais de cuidados primários e de saúde mental através de uma rede (matriciamento). Neste modelo, formação e supervisão de saúde mental são prestadas por profissionais de saúde mental a uma rede extensa de ESFs com base em consultas conjuntas e intervenções multidisciplinares^[4].

2.8 *Formação profissional em saúde para o cuidado na atenção primária*

O processo formativo de qualquer profissional de saúde é algo complexo, pois tem como propósito formar pessoas que precisam lidar com demandas do processo de saúde-doença-saúde em realidades socioculturais variadas e contextos de recursos escassos. Dentro

do escopo dessa discussão, é bom que se traga para o debate as ideias da clínica ampliada que, segundo o Ministério da Saúde^[25], é uma das diretrizes que a Política Nacional de Humanização propõe para qualificar o modo de se fazer saúde. Sendo assim, ampliar a clínica é aumentar a autonomia do usuário do serviço de saúde, da família e da comunidade. É integrar a equipe de trabalhadores da saúde de diferentes áreas na busca de um cuidado e tratamento de acordo com cada caso, com a criação de vínculo com o usuário.

Com esse olhar, essa política nos diz ainda que dentre as muitas correntes teóricas que contribuem para o trabalho em saúde, podemos distinguir três grandes enfoques: o biomédico, o social e o psicológico. Cada uma destas três abordagens é composta de várias facetas; no entanto, pode-se dizer que existe em cada uma delas uma tendência para valorizar mais um tipo de problema e alguns tipos de solução, muitas vezes de uma forma excludente. A proposta da Clínica Ampliada busca se constituir numa ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas. Para isso, a Clínica Ampliada reconhece que, em um dado momento e situação singular, pode existir uma predominância, uma escolha, ou a emergência de um enfoque ou de um tema, sem que isso signifique a negação de outros enfoques e possibilidades de ação. Essa proposta nos revela que uma formação pautada em questões psicossociais, que envolvem o sujeito que adocece, é tão relevante quanto àquela pautada em questões biológicas, uma não anula a outra.

O desafio seria harmonizar os diferentes enfoques para dar resolutividades às demandas e/ou utilizar o potencial isolado de cada um em situações oportunas. Num trabalho intitulado *Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento*, Sandra Fortes, quando faz reflexões sobre as demandas de saúde mental na atenção primária, coloca o matriciamento como sendo um espaço de cuidado à família numa perspectiva da clínica ampliada. Para a autora o aprendizado para atuar nesta nova realidade necessita de novas metodologias de aprendizagem, novas formas de intervenção, novos modelos de compreensão, novas práticas de apoio mútuo dos profissionais de distintas formações. O processo de matriciamento, enquanto espaço de colaboração e educação permanente, é efetivo na construção dessas alternativas^[16].

É assim que, em sintonia com a proposta da clínica ampliada, o apoio matricial dialoga com essa importante diretriz da política de humanização, tendo em vista que ambos são condutores da prática clínica centrada na pessoa.

2.9 *A reforma psiquiátrica brasileira (RPB)*

No Brasil, o tratamento dado aos pacientes em sofrimento psíquico/emocional sem-

pre foi, atualmente menos, pautado em estigmas que, quase sempre, vão de encontro aos princípios fundamentais da dignidade humana. Com advento da reforma psiquiátrica, o olhar dos profissionais de saúde interessados em oferecer uma terapêutica mais adequada ao enfrentamento do sofrimento psíquico/emocional passou por uma mudança de paradigma revolucionária. Os ganhos advindos da reforma sanitária, alinhadas com a declaração de Alma Ata e com o modelo de APS abrangente, contribuíram e contribuem significativamente para a consolidação da RPB. A OMS e Organização Mundial dos Médicos de Família - WONCA (2009) afirmam que os cuidados primários para a saúde mental eliminam o risco de violações dos direitos humanos comuns em hospitais psiquiátricos^[4].

Além disso, afirmam que o estigma e a discriminação são reduzidos porque as pessoas com perturbações mentais são tratadas da mesma maneira que as pessoas com outras doenças. Concordam que, a reforma geral de saúde, proporcionada pelo movimento da reforma sanitária, representou uma oportunidade e deu um estímulo importante para a integração da saúde mental nos cuidados primários. Que as preocupações quanto às violações dos direitos humanos em hospitais psiquiátricos encorajaram o processo ainda mais.

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios^[38].

Esse processo profundamente transformador, traz suas lutas e conquistas para atualidade num movimento direcionado à construção e fortalecimento de uma rede de cuidados que surge do sentimento engajado sobre a compreensão do adoecimento mental numa perspectiva de humanização e abandono de estigmas, uma guinada sem precedentes na história da saúde mental. Para Tenório (2002), esse processo, embora trazendo desafios e exigências (políticas, administrativas e técnicas), tem como marca distintiva e fundamental o reclame da cidadania do louco e dos direitos do doente mental^[39]. Nunes (2007) informa que a RPB, com o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a implantação dos CAPS, deslocou o tratamento dos pacientes para o território onde habitam. Que a expansão da ESF, que compartilha o cuidado com os CAPS e ambulatorios, fortalece a Reforma Psiquiátrica e contribui para sua consolidação através da ampliação do conceito de saúde-doença, da integralidade da atenção e da participa-

ção social, da interdisciplinaridade no cuidado e da territorialização das ações^[40].

Para Bezerra (2007) desafio nesse campo, mais do que buscar a aceitação de uma nova política assistencial, é produzir uma nova sensibilidade cultural para com tema da loucura e do sofrimento psíquico. Para ele, trata-se de promover uma desconstrução social dos estigmas e estereótipos vinculado à loucura e à figura do doente mental, substituindo-os por um olhar solidário e compreensivo sobre a diversidade e os descaminhos que a experiência subjetiva pode apresentar^[41].

A Reforma Psiquiátrica brasileira teve como objetivo principal a mudança do modelo de atenção e de gestão do cuidado em saúde mental. No lugar de uma rede composta por serviços baseados no modelo asilar hospitalocêntrico, vem sendo implantado um sistema de assistência orientado pelos princípios de universalização, equidade e integralidade, que também estão presentes nas propostas de construção do Sistema Único de Saúde. Todo esse processo de mudanças teve como consequência a redução gradual e programada de leitos em hospitais psiquiátricos e a criação de serviços e ações de saúde mental de base comunitária, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que vem modificando a estrutura da assistência à saúde mental no Brasil^[38].

São os chamados equipamentos substitutivos de SM. Nessa linha de mudança de paradigma, começa a ser articulada uma nova rede de cuidados e uma política de saúde mental no Brasil. A RPB e a Organização Mundial de Saúde partilham de um olhar comum para o enfrentamento desse problema num alinhamento que argumentam a favor do tratamento de base comunitária. Atualmente, já existe uma política de saúde mental estabelecida mas ainda há muito a ser conquistado e consolidado.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Discutir o cenário de integração da saúde mental (SM) na APS com ênfase para o matriciamento no município de São Sebastião - Alagoas..

3.2 Específicos

Compreender o desenho da rede de SM na realidade do município. Descrever o cenário da SM e identificar as particularidades do matriciamento no município.

4 METODOLOGIA

4.1 *Tipo de estudo*

Para investigação do tema proposto foi realizado um estudo transversal exploratório numa perspectiva qualitativa, em que foi utilizado o método de estudo de caso. As abordagens qualitativas são utilizadas para investigações de grupos e segmentos delimitados, permitindo o estudo de processos sociais ainda pouco conhecidos^[42]. A investigação será baseada no método de estudo de caso, largamente utilizado nas ciências biomédicas e sociais, onde discute-se Profunda e exaustivamente um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento, tarefa praticamente impossível mediante outros delineamentos^[43].

A produção do material foi feita através de entrevistas semiestruturadas (Anexos) com profissionais de equipes de Saúde da Família e profissionais do NASF e CAPS; coordenadores da APS e da SM no município de São Sebastião-AL. Assim como análise de documentos, no caso, documentos oficiais do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde. As entrevistas coletadas foram gravadas e transcritas para melhor tratamento dos dados e informações coletadas.

As entrevistas foram examinadas através da Análise do Conteúdo. Os dados tratados desta forma permitem a análise das representações dos sujeitos e tem por objetivo compreender os significados manifestos na comunicação, indo além da compreensão imediata e espontânea^[42].

Todos os participantes da pesquisa foram informados claramente sobre os objetivos e métodos do estudo, assim como foi assegurado o sigilo sobre as informações que foram coletadas e os outros aspectos éticos de acordo com as diretrizes e normas da resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012^[44] sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Antes de iniciar as entrevistas, os participantes foram informados sobre o teor da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi assinado antes da participação na pesquisa.

4.2 *Campo de pesquisa*

4.2.1 **Identificação e descrição do município**

São Sebastião é um município do estado de Alagoas, localizado no agreste e ao sul do estado, distando 100 Km de Maceió e 27Km de Arapiraca; sua área é de 307 km². O município tinha 32010 habitantes no último Censo de 2010^[45]. Isso coloca o município na posição 18

dentre 102 do mesmo estado. Em comparação com outros municípios do Brasil, fica na posição 973 dentre 5570. Sua densidade demográfica é de 104.25 habitantes por quilometro quadrado, colocando-o na posição 27 de 102 do mesmo estado^[45].

Por ele passam duas rodovias importantes, a BR-101 que liga o município à outras cidades alagoanas e ao Estado de Sergipe; e a AL-110 que liga o município a centros importantes para o estado de Alagoas, como Arapiraca e Penedo. Essas rodovias e as características físicas do município podem ser vistas nos mapas abaixo (Fig.1). No quadro abaixo podemos ver características importantes do município.

Quadro 1 - Características do Município de São Sebastião.

ÁREA 307 Km ²	IDHM 2010 0,549	FAIXA DO IDHM Baixo (IDHM entre 0,5 e 0,599)	POPULAÇÃO (CENSO 2010) 32010 hab.
DENSIDADE DEMOGRÁFICA 104,25 hab/km ²	ANO DE INSTALAÇÃO 1960	MICRORREGIÃO Arapiraca	MESORREGIÃO AGRESTE Alagoano

Fonte: Pnud, Ipea e FJP

4.2.2 População e economia

Com uma população estimada de 34 mil habitantes que vivem basicamente da agricultura de subsistência (planta-se feijão, milho e mandioca), do comércio e do artesanato, destaque para a renda de bilro característica artesanal do local. Até a década de 80 junto a outros municípios do agreste alagoano, obtiveram êxito econômico com a produção do fumo tendo Arapiraca como carro-chefe. O cultivo do fumo ocupava grandes extensões de terras nesses municípios impulsionados pela rentabilidade propiciada por esse produto que chegou a virar matéria-prima de exportação, sendo essa região referência para a produção de fumo no país. Após esse período, Arapiraca e toda a região do agreste, presenciaram uma decadência no comércio e na produção desse produto, restando atualmente poucas terras destinadas ao cultivo do fumo, alguns plantam por tradição ou por não terem habilidades para outras atividades. Um tipo de cultura que está adentrando o território de São Sebastião é a cana de açúcar, associada ao crescimento latifundiário vindo da região da zona da mata do Estado.

De acordo com o atlas do desenvolvimento humano no Brasil de 2013^[45] entre 2000 e 2010, a população de São Sebastião teve uma taxa média de crescimento anual de 0,95%. Na década anterior, de 1991 a 2000, a taxa média de crescimento anual foi de 1,85%. No Estado,

estas taxas foram de 1,01% entre 2000 e 2010 e 1,01% entre 1991 e 2000. No país, foram de 1,01% entre 2000 e 2010 e 1,02% entre 1991 e 2000. Nas últimas duas décadas, a taxa de urbanização cresceu 29,20%

4.2.3 Longevidade, mortalidade e fecundidade

O atlas do desenvolvimento humano no Brasil de 2013^[46] ainda nos informa que a mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano) em São Sebastião reduziu 29%, passando de 52,2 por mil nascidos vivos em 2000 para 36,9 por mil nascidos vivos em 2010. Segundo os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, a mortalidade infantil para o Brasil deve estar abaixo de 17,9 óbitos por mil em 2015. Em 2010, as taxas de mortalidade infantil do estado e do país eram 28,4 e 16,7 por mil nascidos vivos, respectivamente.

O mesmo atlas no informa que a esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Em São Sebastião, a esperança de vida ao nascer aumentou 13,6 anos nas últimas duas décadas, passando de 54,3 anos em 1991 para 62,8 anos em 2000, e para 67,8 anos em 2010. Em 2010, a esperança de vida ao nascer média para o estado é de 70,3 anos e, para o país, de 73,9 anos.

Tabela 1 - Longevidade, Mortalidade e Fecundidade - São Sebastião – AL

	1991	2000	2010
Esperança de vida ao nascer (anos)	54,3	62,8	67,8
Mortalidade até 1 ano de idade (Por mil nascidos vivos)	93,4	52,2	36,9
Mortalidade até 5 anos de idade (Por mil nascidos vivos)	107,4	66,1	40,3
Taxa de fecundidade total (Filhos por mulher)	5,6	3,9	2,6

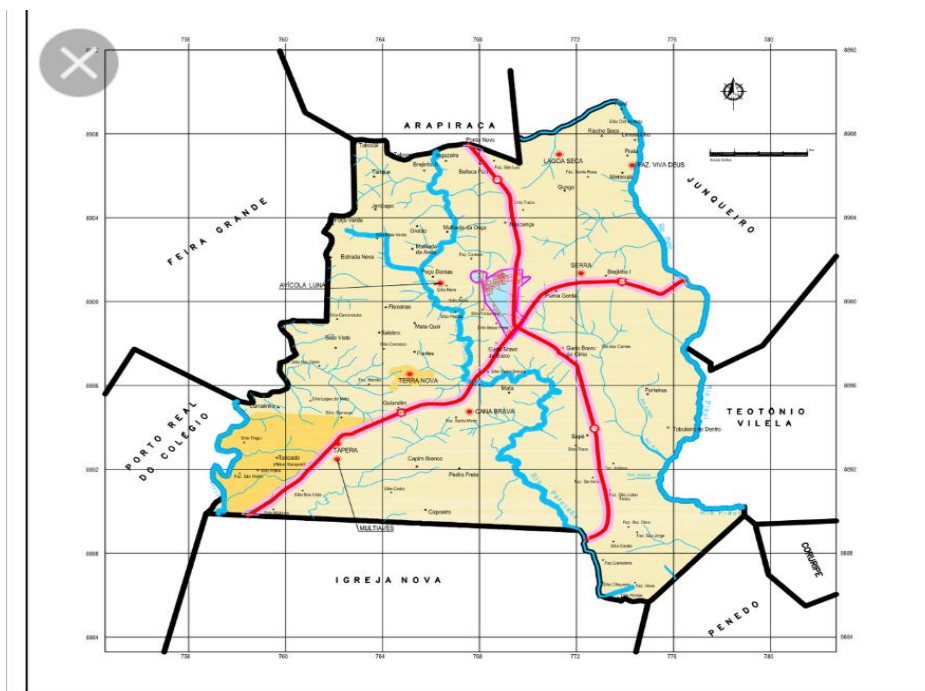
Fonte: Pnud, Ipea e FJP

Figura 1 - Município de S. Sebastião - AL em destaque no mapa do Estado.



Fonte: Google imagens (adaptada)

Figura 2 - Mapa Físico de S. Sebastião - AL



Fonte: Google imagens (Adaptada)

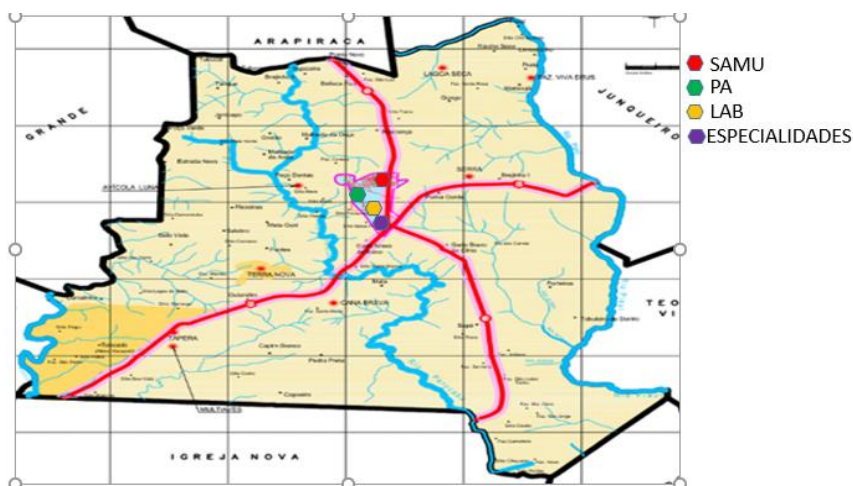
4.2.4 Macrocenário

Para falar das redes de saúde utilizamos o termo macrocenário para descrever a rede de saúde de modo geral que dão assistência ao município (municipal e intermunicipal) e o termo microcenário para descrever a rede de SM tanto municipal como a estadual (intermuni-

cipal).

A rede de saúde do município, apesar dos problemas e segundo informações da secretaria municipal de saúde (SMS), vem apresentando melhoria nos últimos anos, atualmente, é constituída pelas UBS/ESF; um ambulatório de especialidades com uma cobertura uma vez por semana, paga com recursos do próprio município, distribuídos da seguinte forma: ginecologia-obstetrícia 120 consultas por mês; cardiologista 80 consultas mês; pediatria 100 consultas mês; cirurgião geral 80 consultas mês com 20 pequenas cirurgias mês. Uma unidade de pronto atendimento que também atende os pacientes de SM em crises; uma base simplificada do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e um laboratório municipal onde são realizados exames mais simples (Fig. 3).

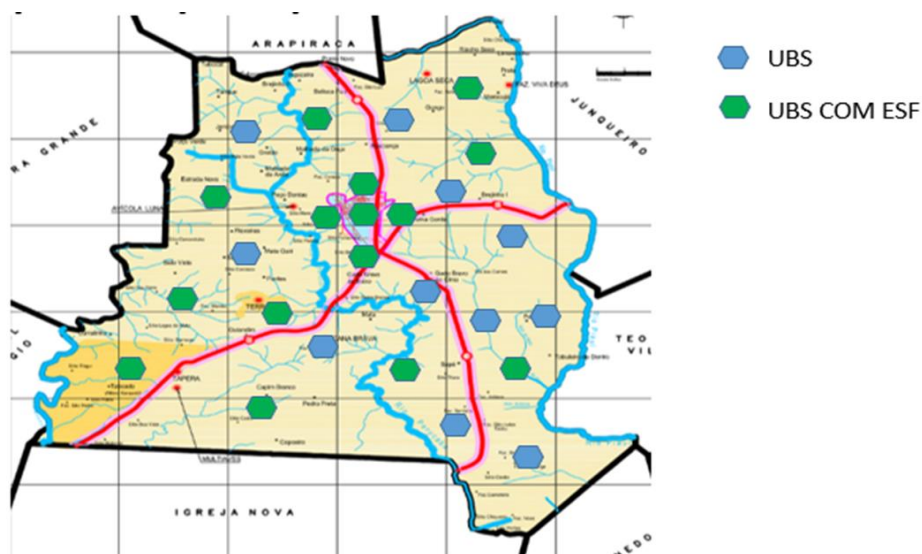
Figura 3 - Rede de Saúde de São Sebastião - AL



Fonte: google imagens (adaptada)

Segundo informações da SMS, o município possui 100% de cobertura de APS, dispondo de 25 UBS, sendo 5 urbanas e 20 rurais (onde se concentra a maior parte da população). Nessas UBS trabalham 15 ESF, 5 urbanas e 10 na zona rural, sendo duas ESF indígenas, como podemos visualizar na Fig.4.

Figura 4 - Rede de APS em São Sebastião-AL



Fonte: google imagens (adaptada)

Com relação aos exames complementares, dispõe-se de 01 laboratório municipal, para exames simples como citado acima e uma pactuação com um laboratório em Penedo para exames laboratoriais mais elaborados. Para as demais especialidades e outras demandas existe o CONISUL (Consócio Intermunicipal do Sul do Estado de Alagoas) que é um consócio entre alguns municípios do estado no qual o município deposita um valor mensal que dentro do mês deve ser gasto com as demandas de cada município, usando a infraestrutura de saúde dos municípios do consócio.

Existem dois tipos de demandas nesse consócio, uma é para insumos: medicamentos, computadores, etc. Ela pode ser usada a cada 03 meses. Se for aberta este mês, por exemplo, o município faz as escolhas do que quer comprar e paga, após isso, só 03 meses depois, quando abrirá nova planilha para compras. A outra demanda é mensal e trata de exames, consultas e cirurgias. Nessa, o município deposita um valor X para ser gasto dentro do mês, não podendo passar para o mês seguinte e, se isso ocorrer, perdendo o dinheiro. No CONISUL, tudo o que for marcado se o paciente não comparecer ou não for atendido, tem o dinheiro perdido, pois ele não retorna ao sistema.

Porém, quem administra o dinheiro é o município e só tem tal especialidade e a respectiva quantidade de consultas quando isso lhe for solicitado. Com relação ao suporte intermunicipal (estadual) de urgência e emergência, o município dispõe como apoio o Hospital de Emergência (HE), o Hospital Regional e uma base complexa do SAMU, todos em Arapiraca. Para gravidez de risco e urgências de modo geral, contam com o apoio da Maternidade Escola

Santa Mônica (MESM) e do Hospital Geral do Estado (HGE) ambos em Maceió. Essa rede pode ser visualizada na Figura 5 abaixo.

Figura 5 -Rede de Saúde Intermunicipal para S. Sebastião

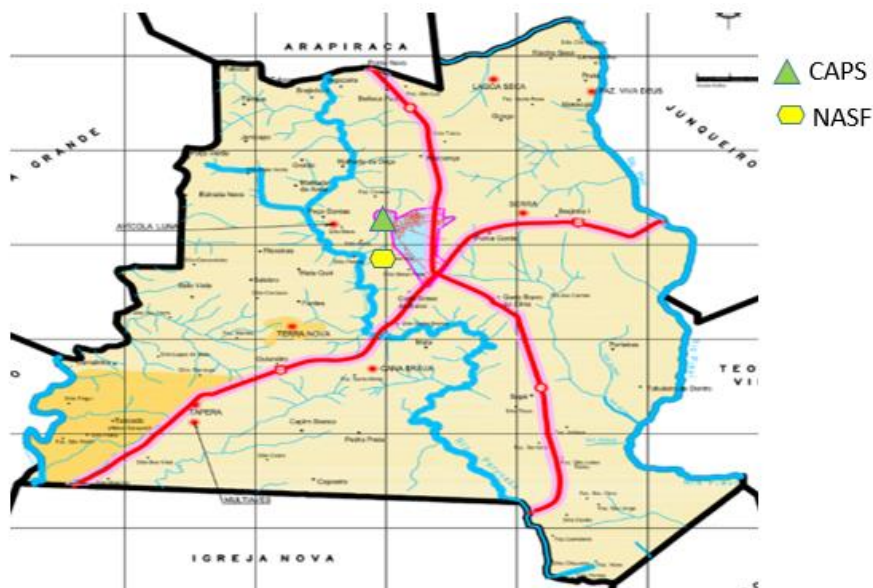


Fonte: google imagens (adaptada)

4.2.5 Microcenário

O município possui um CAPS com psicólogo, terapeuta ocupacional, psiquiatra, assistente social, professora, enfermeiro de saúde mental, técnico de enfermagem, artesão, monitores, serviços gerais, cozinheiras que atendem todos os transtornos, são cerca de 200 usuários de todas as faixas etárias; um NASF tipo 1 com psicólogo, nutricionista e fisioterapeuta; o município conta com atendimento ambulatorial de um psiquiatra 01 vez por mês. O CAPS e o NASF, na medida do possível, fazem o matriciamento com as APS, caso precisem contam com o apoio do ambulatório de psiquiatria do município. Conforme pode ser visto abaixo (Fig. 6).

Figura 6 - Rede de Saúde Mental S. Sebastião - AL



Fonte: google imagens (adaptada)

Além disso, o município está inserido numa região sanitária que conta com um hospital psiquiátrico, o Instituto Teodora Albuquerque-ITA, sendo um ponto da rede de saúde mental juntamente com Hospital Escola Portugal Ramalho (HEPR). Desse modo, o apoio da rede estadual (intermunicipal) tem hospitais psiquiátricos como referência (Fig.7).

Figura 7 - Rede de Saúde Mental Intermunicipal para S. Sebastião



Fonte: google imagens (adaptada)

4.2.6 Participantes do estudo

Fizeram parte do estudo, profissionais que participam do matriciamento no município. Entre eles, médicos de família; psiquiatra; enfermeiros de família; enfermeiros de saúde men-

tal; psicólogo do CAPS; assistente social do CAPS; assim como gestores coordenadores da APS e da SM.

Temos em seguida um quadro que mostra o perfil dos profissionais entrevistados de acordo com a categoria profissional, o tempo de formação, o tempo de atuação na ESF ou na SM, e a formação.

Quadro 2 - Perfil dos participantes do estudo

CATEGORIA PROFISSIONAL	TEMPO DE FORMAÇÃO	TEMPO NA ESF OU EM SAÚDE MENTAL	FORMAÇÃO
Médico ESF	38 anos	12 anos	Pós-graduação
Enfermeiro SM	03 anos	02 anos	Pós-graduação
Enfermeira ESF	08 anos	02 anos	Pós-graduação
Enfermeira ESF	03 anos	03 anos	Pós-graduação
Enfermeira ESF	08 anos	02 anos	Pós-graduação
Enfermeira gestora	05 anos	02 anos	Graduação
Psicóloga	23 anos	10 anos	Pós-graduação

Fonte: Autoria própria

No total, foram entrevistados 07 profissionais. Devido à carência de profissionais médicos, foi difícil encontrar profissionais dessa categoria que atendessem aos critérios de inclusão e exclusão. A maioria dos profissionais tinha mais de 05 anos de formado, porém, grande parte tinha pouco mais de 02 anos que atuava na ESF ou na SM; a maioria tinha pós-graduação. O enfermeiro de SM era matriciador e trabalhava no CAPS; a psicóloga era matriciadora e trabalhava no NASF; a enfermeira gestora era coordenadora da APS; o restante era médico ou enfermeiro da ESF.

Foram incluídos nesta pesquisa os participantes que trabalhassem com a SM; seja na APS, CAPS ou NASF, há pelo menos 01(um) ano exercendo atividades de gestão ou inerentes aos profissionais de nível superior das áreas de serviço social, enfermagem, medicina e psicologia

Foram excluídos desta pesquisa os profissionais que, mesmo trabalhando com SM, não estiverem envolvidos no processo de matriciamento/apoio matricial, ou que não concordem em participar da pesquisa. São excluídos, também, os menores de idade.

4.2.7 Análise e sistematização dos dados

Com intuito de ordenar os dados apresentados, foram criados os seguintes subgrupos:

Gestores; Equipes Matriciadas (Equipes de Referência); Equipes Não Matriciadas e Profissionais Matriciadores. No município não existe uma separação entre equipes matriciadas pelo CAPS e as matriciadas pelo NASF, eles realizam atividades conjuntas de matriciamento. É preciso considerar também que existem equipes que nunca tiveram ações de matriciamento. Entre os profissionais matriciadores existem os que são do CAPS e os que são do NASF. As falas que serão apresentadas no texto farão referência a três grupos de profissionais: profissional da ESF, profissional de SM e profissional gestor.

A leitura repetida dos textos (leitura flutuante) permitiu a classificação dos dados, objetivando a apreensão de “estruturas de relevância” nas falas dos participantes da pesquisa e a reunião de ideias centrais dos entrevistados sobre os pontos destacados nas entrevistas. Estas contêm as ideias mais relevantes dos entrevistados sobre o tema, das quais se construiu as categorias empíricas.

Realizou-se em seguida uma leitura dos dados de cada subconjunto e da totalidade do conjunto, dando origem às áreas temáticas, o que possibilitou um reagrupamento em torno de categorias centrais que serão apresentadas e discutidas logo mais. Não se utilizou de referências estatísticas para a discussão dos dados coletados, mas o significado das falas e sua relação com o material teórico em um movimento incessante entre a teoria e o empírico, buscando discutir e emergir temas relevantes sobre a inserção das ações de saúde mental (SM) na ESF, tendo as atividades de apoio matricial (matriciamento) como fio condutor desse processo.

5 O MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO

Procura-se neste item fazer uma descrição geral sobre a organização das ações no município e uma descrição mais pormenorizada das ações de SM em cada unidade pesquisada seguindo o relato dos profissionais entrevistados. Desse modo, trata-se de um recorte da realidade, não se pretende dar conta de todas as ações desenvolvidas pelas equipes.

Foram discriminadas categorias relacionadas a temas como início e planejamento das ações; tipos de intervenções e ações compartilhadas, bem como a participação das equipes no processo de matriciamento, e estas serão discutidas à luz dos depoimentos dos entrevistados.

5.1 *Categoria 1: Desenvolvimento e organização das ações de matriciamento*

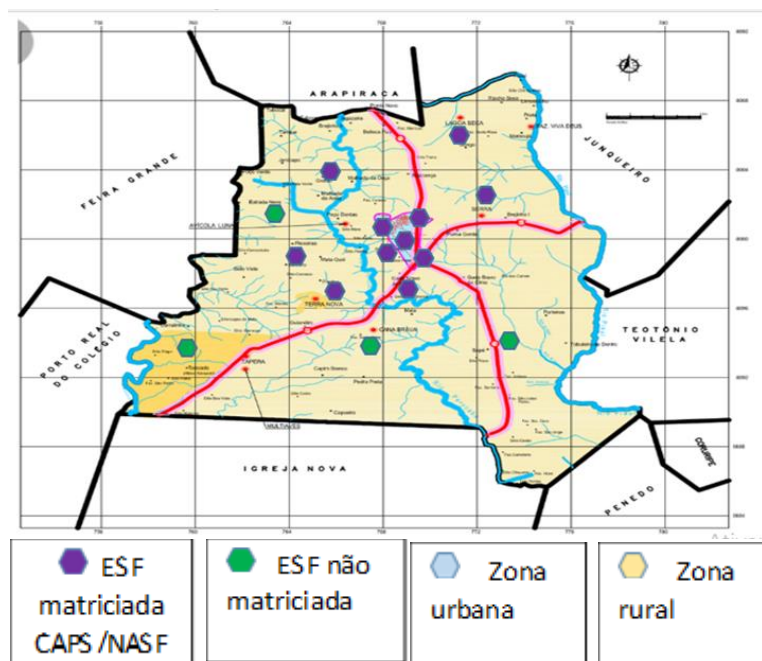
Segundo informações colhidas durante as entrevistas e em consulta ao livro de atividades de matriciamento da coordenação de SM, tais atividades começaram há pouco mais de dois anos (início de 2017), quando a coordenação estadual de SM convocou algumas pessoas do serviço de SM do município, incluindo a coordenadora de SM, para uma qualificação em apoio matricial. Lá, foram apresentados à proposta de matriciamento em SM e, partindo de alguns diagnósticos de situação, construíram um plano de ação que seria iniciado no município. Esse plano contemplou a qualificação de toda a equipe de SM do município, feita pelos que participaram da qualificação estadual; a organização/agrupamento dos profissionais que fariam o apoio matricial e iniciariam as atividades de matriciamento nas UBS e uma programação anual foi construída. Foi relatada por alguns uma dificuldade inicial para se compreender o matriciamento.

“Foi um pouco difícil, por questão de compreensão, por conta que... Praticamente, às vezes, as esferas (de governo) maior determinam, tem que fazer e tal...Só que a gente necessita de qualificação para desenvolver, aí no começo teve essa dificuldade de entendimento pra gente poder entender, pra poder realizar”. (PROFISSIONAL DE SM)

Verificando o livro de registro das atividades de matriciamento no município, disponibilizado pela coordenação de SM, observamos que as ações de matriciamento são feitas de forma conjunta pelos profissionais do NASF e do CAPS. Este atualmente (janeiro de 2019) dispõe dos seguintes profissionais de nível superior: 01 psiquiatra, 01 psicólogo, 01 assistente social, 02 enfermeiros de saúde mental, 01 terapeuta ocupacional e 01 farmacêutico. Já o NASF que é do tipo 01 possui um psicólogo, 01 nutricionista, 01 fisioterapeuta e 01 educador físico. Atualmente, ainda não conseguem dar cobertura de ações de matriciamento em todas as ESF do município. Desse modo, das 15 ESF que o município possui, foram feitas algumas

atividades de matriciamento em 11; sendo que, em 2017, essas atividades foram realizadas em 05 UBS, 03 unidades da zona urbana (Centro, Peroba e Rancho Alegre) e 02 unidades da zona rural (Lagoa Seca e Brejinho). Já em 2018 cobriram 02 unidades da zona urbana (Cruzeiro e São José) e 04 unidades da zona rural (Aldeia Indígena, Serra, Flexeiras e Gado Bravo); conforme disposto na Figura 08 abaixo.

Figura 8 - Ações de matriciamento em SM de São Sebastião/AL



Fonte: google imagens (adaptada)

As atividades realizadas foram, inicialmente, de educação continuada sobre o que é o matriciamento; seguidas da identificação dos pacientes que fazem acompanhamento no CAPS/NASF e as respectivas ESF a qual pertencem (ESF de referência), assim como, as microáreas e o ACS que os acompanham. Atualmente, os espaços formais para realização das ações de matriciamento são reuniões para discussão e acompanhamento de casos complexos, além de visitas domiciliares conjuntas para esses casos. Já os espaços informais de apoio matricial incluem contatos telefônicos e *WhatsApp*.

Os profissionais do CAPS e NASF definem apoio matricial como um apoio em SM aos profissionais da AB, um trabalho conjunto em prol da melhoria da rede de cuidados.

“Seria uma equipe, como nós do NASF, trabalhando em conjunto com as ESF; dando apoio em SM”. (PROFISSIONAL DE SM)

Esses profissionais também acreditam que o matriciamento é uma ferramenta importante para se considerar outros aspectos da saúde do usuário que não apenas a SM.

“Uma ferramenta de apoio pra gente fazer um atendimento contínuo, integral, pra tanto eles (ESF) saberem o que a gente realiza aqui com usuário como a gente saber também sobre as outras patologias do usuário, pra gente monitorar, principalmente a gente da enfermagem que fica com essa parte de monitoramento e acompanhamento das doenças crônicas”. (PROFISSIONAL DE SM)

Para os profissionais da ESF o matriciamento é uma ferramenta importante da rede de cuidados que dá suporte às equipes de saúde (ESF).

“É um paciente que precisa dos pontos da rede, como AB; NASF; CAPS ou outros serviços de média complexidade, para dar suporte à AB fazemos uso do matriciamento”. (PROFISSIONAL DA ESF)

Entendem como uma ferramenta utilizada para melhorar a comunicação entre os níveis de assistência de uma rede de cuidados.

“Como se fosse uma rede que liga vários níveis de atenção em SM, onde a ferramenta de comunicação é o matriciamento”. (PROFISSIONAL DA ESF)

A organização da rede de SM do município de São Sebastião-AL parece corresponder bem ao modelo de SM que se pratica no município, um modo assistencial que é uma mistura do modelo psicossocial com o modelo asilar, o hospital psiquiátrico é um dos recursos utilizados.

A estratégia de matriciamento é planejada de forma diferente entre o CAPS e o NASF, percebe-se uma parceria maior entre os profissionais do NASF e da ESF do que entre o CAPS e a ESF. Mesmo assim, muitas atividades de matriciamento são executadas de forma conjunta pelo NASF e CAPS.

“A coordenadora do NASF se reúne mensalmente com as enfermeiras, discutem as demandas e faz uma programação mensal. Essa programação é passada para as equipes da ESF e do NASF; além disso, disponibilizamos o telefone celular para, havendo demandas fora da programação, as ESF nos acionarem. Quando preciso fazer atendimento de ambulatório, eu faço; caso eu perceba que precisa usar alguma medicação, encaminho ao psiquiatra. A partir da demanda, elaboramos estratégia de prevenção: palestras, sala de espera, roda de conversa”. (PROFISSIONAL DE SM)

“A gente tem um cronograma que a coordenadora de SM está finalizando; definindo as unidades a serem atendidas, isso este ano (2019). Mas, ano passado já tinha essa programação, denominando tal profissional para determinada unidade, todos os profissionais participam da realização, é multidisciplinar. Tem o agendamento, mas, se a equipe (ESF) tiver a necessidade, eles solicitam visita, tanto eles solicitam, como nós (CAPS) solicitamos também. A gente tá tentando fazer o município todo, já fizemos uma boa parte; é que algumas unidades tem a sede e os polos. Houve outras ações que vieram,

como o apoio do NASF”. (PROFISSIONAL DE SM)

5.2 *Categoria 2: Abordagem do sofrimento psíquico na atenção primária e a integralidade do cuidado*

A APS é a porta de entrada preferencial do SUS, por esse motivo são diversos os tipos de sofrimento psíquico demandados para esse nível de atenção. Pensar em SM também passa pela compreensão dos profissionais de saúde de que qualquer doença ou agravo que acometa o usuário do serviço, exige que tais profissionais sempre considerem aspectos da saúde mental como implicadores para o enfrentamento da demanda.

O cenário socioeconômico e a violência também são geradores e desencadeadores de sofrimento psíquico; esses elementos fazem parte da vida de qualquer pessoa, porém, quando se tem precárias condições de vida, o impacto parece ser mais profundo.

“Os pacientes de SM não têm perspectivas, mais uma vez a gente esbarra na questão social, não existe melhoria das condições de saúde, principalmente de SM, separadas do contexto social”. (PROFISSIONAL DA ESF)

Para além disso, os profissionais citam a depressão como um transtorno muito frequente, seguidos por transtorno de ansiedade e problemas com álcool e outras drogas.

“A campeã é a depressão, temos bastante casos, aí vem a ansiedade, estresse... Problemas com álcool e outras drogas também, só que essa parte é bem difícil, são mais adolescentes e eles não procuram a UBS”. (PROFISSIONAL DA ESF)

A percepção dos matriciadores dialoga com a dos matriciados, reforçando, possivelmente, uma leitura alinhada dos pontos de cuidado oferecidos na rede do município.

“Depressão e ansiedade em todas as idades; depressão leve, moderada e grave; transtorno do pânico, transtorno de ansiedade generalizada. Mas, na base desses problemas estão as questões sociais, como violência e desemprego. Além de casos relacionados ao álcool e outras drogas”. (PROFISSIONAL DE SM)

O contexto socioeconômico e a desagregação familiar foram entraves muito presentes nos relatos dos profissionais, agravando e obstaculizando o manejo dos pacientes de SM.

“Grande parte de transtorno depressivo; a maioria por problemas familiares (separação; conflito de gerações) Problemas relacionados ao álcool e outras drogas também.” (PROFISSIONAL GESTOR)

As falhas na rede assistencial e na integralidade do cuidado, aliados aos problemas de ordem social e familiar, fazem com que as pessoas utilizem os recursos que estão disponíveis

desde um psicotrópico utilizado pelo vizinho até a compra ilegal dessas medicações em farmácias.

“Um problema sério que enfrentamos é o uso inadequado de psicotrópico, é como se as pessoas quisessem medicalizar os problemas sociais: a mulher se medica para suportar o marido que ela não tem coragem de mandar ir embora. Outra coisa, as pessoas não querem sentir as emoções, briga com o namorado quer um remédio”. (PROFISSIONAL DE SM)

Apesar de ainda insipiente, os profissionais já reconhecem alguns impactos positivos nos cenários assistenciais das ações de matriciamento. Os usuários são assistidos de forma mais contínua e os profissionais da ESF podem interferir no curso terapêutico dentro das limitações técnicas e do serviço, a ESF está mais resolutiva.

“As ações de matriciamento trouxeram melhoria, as ESF conseguem resolver os problemas mais simples, além disso, estão conseguindo dar seguimento aos casos mais complicados. Depois do matriciamento, os pacientes deixaram de voltar para o ambulatório, até mesmo os quadros moderados e graves”. (PROFISSIONAL DE SM)

Segundo os entrevistados, o matriciamento permitiu aos profissionais enxergarem o território e o paciente de SM com outro olhar, contribuiu para uma mudança recíproca entre usuários e profissionais. Além de disso, a comunicação entre os pontos assistenciais do cuidado em SM se tornou mais efetiva.

“O matriciamento permitiu conhecer todos os pacientes de SM, ... a equipe pode conhecer os pacientes de SM; identificar o local do território que esses pacientes estão”. (PROFISSIONAL DA ESF)

“Houve uma melhoria no acompanhamento do usuário na questão patológica/clínica, alguns usuários deixaram de ter recaídas. Houve uma melhora da visão do usuário sobre o serviço e da gente (matriciadores e matriciados) sobre o usuário e sobre o território”. (PROFISSIONAL DE SM)

“Melhorou o contato, que a gente não tinha com a UBS, agora a gente tem mais. Melhorou a comunicação dos profissionais e dos serviços em SM, a informação sobre o usuário”. (PROFISSIONAL DE SM)

As dificuldades elencadas ao se tentar realizar o matriciamento no município de São Sebastião, nas condições de recursos humanos e matérias que se tem atualmente, são muitas. Vejamos como se deu o reflexo disso nas falas dos profissionais.

“A questão da compreensão (do que é matriciamento) que ainda é um pouco difícil, a questão de deslocamento (transporte), a gente ainda tem dificuldade para ir até a unidade e tudo; as visitas também ainda temos problema: a gente solicita que a UBS visite o usuário pra passar as informações, as vezes te-

mos retorno, as vezes não. Isso atrapalha o acompanhamento”. (PROFISSIONAL DE SM)

“Só existe o encontro para planejar o matriciamento e, realmente, o que é colocado no papel pode ser que não seja executado de fato, porque não é cobrado, se fosse cobrado seria uma coisa mais efetiva, pois só é cobrado o número de construção de matriciamento”. (PROFISSIONAL GESTOR)

“Um dos maiores desafios é dar conta das quantidades de atribuições da ESF e do CAPS, são muitas, então a sobrecarga de atribuições é um grande desafio. Para o CAPS, por exemplo, pra fazer o matriciamento os profissionais terão que se deslocarem até as 13 UBS, sem considerar que algumas ainda se dividem em 3 polos por conta do território que é grande”. (PROFISSIONAL DA ESF)

“A gente não tem um carro para se locomover, o município tem um território grande, às vezes, a gente não faz ação por não ter como chegar lá; algumas UBS que não solicitam ações do NASF; outro seria a falta de um canal de comunicação com os profissionais médicos das ESF”. (PROFISSIONAL DE SM)

Alguns profissionais referiram escassez de ações de matriciamento, o que se justifica, em parte, pela quantidade de atribuições para os dispositivos da rede (ESF, CAPS E NASF) e pela pouca quantidade de profissionais para uma demanda alta, principalmente no CAPS e NASF. Outros referiram não haver continuidade das ações e pouca efetividade para a consolidação do matriciamento.

“A proposta é de haver comunicação entre os serviços, mas, infelizmente, não vejo muito isso. Por que ele (o paciente) tem assistência do CAPS, do NASF e da ESF, fazemos inclusive a visita domiciliar, mas tem que haver mais interação entre esses pontos; a AB faz exames e avaliações, mas o psiquiatra do CAPS não tem acesso a isso; então essa conversa entre os profissionais e serviços tem de existir, como te falei existiu uma vez só”. (PROFISSIONAL DA ESF)

“Um dos grandes desafios seria tempo suficiente para dar conta de tantas atribuições, tanto nós do NASF, que somos poucos, como o pessoal da ESF, para conseguir organizar a agenda para fazermos, por exemplo, atividades em conjunto, é um problema, quase sempre não conseguimos. Talvez, se tivéssemos mais NASF no município, isso melhorasse, temos mais que o dobro de famílias que deveríamos ter”. (PROFISSIONAL DE SM)

“A dificuldade hoje é a continuidade, não só das ações em SM dos profissionais da AB, as dos profissionais do CAPS também, entendeu? (...) Não é só planejar, tem que ser executado; do que adianta eu fazer um projeto e não executar. Qual o poder isso tem? Não tem poder algum, então, a dificuldade é, realmente sensibilizar, de que, eu preciso planejar, mas eu preciso executar também. O que eu posso dizer é que em alguns meses do ano existe matriciamento, no restante não; deveria acontecer todos os meses”. (PROFISSIONAL GESTOR)

“Não existe uma programação específica para a SM nesta unidade, ela (SM) está inserida entre nas atividades diversas da UBS, nos atendimentos de rotina. Há mais ou menos 10 anos, se ouve falar em algumas ações, como a implantação do CAPS, NASF, mas nada organizado e contínuo”. (PROFISSIONAL DA ESF)

É reconhecido por alguns profissionais que muita coisa ainda está no nível de planejamento, que boa parte das ideias de matriciamento ainda não são efetivas.

“Existe (o matriciamento) e é construído porque é cobrado como meta, se não fosse cobrado como meta, não iria ser feito... Porém, acho muito falho, porque você dizer que foi construído e não cobrar efetividade naquela ação, então acaba se tornando falho. Então, só cobrar a construção do matriciamento sem cobrar resultados, eu não acredito que seja efetivo”. (PROFISSIONAL GESTOR)

“O referenciamento ainda é a principal recurso que utilizamos com o pessoal da SM. Nós nem temos grupo de SM”. (PROFISSIONAL DA ESF)

5.3 *Categoria 3: Formação e qualificação*

No município de São Sebastião-AL, não existe na agenda da gestão municipal/estadual, algo que contemple os profissionais da APS, NASF e CAPS, principalmente no que se refere ao matriciamento. Os poucos encontros com pessoal qualificado ocorreram poucas vezes, com uma ou duas pessoas da gestão do município.

“Nunca participei de educação continuada em SM, nem de ações conjuntas e de manejos de pacientes de SM, apesar de termos um bocado de pacientes de SM”. (PROFISSIONAL DA ESF)

“Fui apresentada a esse tipo de abordagem no final de 2017, a coordenadora da SM esteve aqui pra eu saber o que era matriciamento, pois a reunião estadual para qualificar sobre tema, eu não fui convocada”. (PROFISSIONAL GESTOR)

“A gente é um pouco carente sobre o conteúdo do matriciamento, precisava ter uma explicação melhor, de mais discussão de coisas voltadas pra esse tema”. (PROFISSIONAL DE SM)

Mesmo diante das dificuldades, a equipe de SM (CAPS e NASF) consegue fazer algumas reuniões de qualificação e troca de experiências, tanto na própria equipe como junto à ESF.

“Houve uma reunião com o pessoal do CAPS e discutimos algumas situações de alguns pacientes que são atendidos no CAPS, foi muito proveitoso, aprendemos a lidar com algumas situações”. (PROFISSIONAL DA ESF)

“Nas reuniões com os profissionais da ESF, eles foram bastante colaborati-

vos; no começo, muitos não sabiam o que era (matriciamento), principalmente os ACS (que tem mais acesso ao usuário). Na reunião, a gente apresenta o projeto a todo mundo e explica como tem que ser, aí o pessoal, às vezes, tem até uma ideia de como é matriciamento. Há uma troca de informações, de conhecimento”. (PROFISSIONAL DE SM)

O discurso que reforça o modelo asilar de assistência à saúde mental esteve presente nas falas de alguns profissionais.

“Em surto psicótico com ameaça e tudo, não sei se o CAPS resolveria, acho que já deve ser encaminhado ao hospital psiquiátrico”. (PROFISSIONAL DA ESF)

“O Dr (...) que atende no CAPS é um clínico que tem experiência em atender pacientes de SM, não é psiquiatra”. (PROFISSIONAL DA ESF)

“O NASF não dispõe de um psiquiatra, quando preciso de apoio solicito ao CAPS”. (PROFISSIONAL DE SM)

O que se percebe nas entrevistas é que os profissionais procuram se qualificar fazendo cursos por conta própria e, através da leitura e da interação interprofissionais, melhoram sua compreensão do processo de matriciamento em SM. Embora a discussão de caso ainda não seja uma prática muito frequente, muitos profissionais compreendem, nos cenários de suas práticas, como uma possibilidade importante de aprendizado colaborativo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenho da rede de SM de São Sebastião-AL contempla poucos serviços substitutivos previstos no modelo psicossocial, existindo no município somente um CAPS e um NASF com a quantidade e a escassez de profissionais (sem psiquiatra, por exemplo) que se mostram vencidos por uma sobrecarga de atribuições que não conseguem dar conta. Há muita fragmentação e pouca efetividade no processo de apoio matricial, mesmo havendo sucesso em algumas ações e boa vontade dos profissionais, não existe uma rede de especialistas dando suporte às equipes de referência. O que existe é uma tentativa de consolidação do apoio matricial por alguns profissionais não especialistas, muitas vezes recém-formados, que tentam pôr em prática um projeto de apoio matricial que ainda não compreenderam bem, faltando, muitas vezes, propriedade para falar sobre o tema em sua realidade de atuação. Apesar de ter equipamentos de SM (CAPS e NASF), o município não dispõe de um médico psiquiatra, o médico que faz atendimento no CAPS é um clínico que atende pacientes da psiquiatria.

A atenção à saúde no município segue o modelo de organização hierárquica, o modus operandi e a cultura de fazer saúde de boa parte dos profissionais ainda considera a existência de níveis de complexidade, os profissionais desenvolvem suas atividades numa lógica onde o curso terapêutico do paciente de SM segue o nível “básico” (ESF), nível “intermediário” (ESPECIALISTA; CAPS, NASF) e “alta complexidade” (HOSPITAL PSIQUIÁTRICO). A organização em rede ainda não está estabelecida, nem no fazer, nem na lógica de funcionamento dos equipamentos de SM. Contrapondo-se ao que nos diz o Ministério da Saúde ^[38] quando fala que a rede de atenção à saúde mental no Brasil está integrada ao Sistema Único de Saúde, e sua característica é essencialmente pública e de base municipal ^[47], também nos diz que todo cuidado em saúde sempre se produz em rede, evidenciada mediante as articulações percebíveis entre as unidades nos seus diversos níveis, entre as equipes, os saberes, as práticas e as subjetividades, remetendo à ideia de imanência e de interdependência.

Observa-se que o NASF faz uma cobertura mais efetiva, pois faz a busca ativa das demandas no território, o CAPS ocupa um lugar de ambulatório de SM e, quando os profissionais de lá tentam realizar atividades com as equipes (ESF), apenas avisam que irão em tal data. Acontece que muitos profissionais acabam não se comprometendo com tal visita, preferem manter suas atividades rotineiras e os desencontros de ideias e ações acontecem com frequência. Ainda não existe no município um alinhamento de todos os pontos assistenciais para o mesmo propósito.

Percebe-se que os profissionais dos pontos de cuidado (NASF, CAPS, ESF) entrevis-

tados não conseguiram falar de um paciente em comum, do qual, utilizando os equipamentos de cuidados, ajudaram, em algum momento, no enfrentamento do sofrimento psíquico. E nem sabiam identificar se um determinado paciente estava ou não tendo suporte intersetorial, conclui-se que o serviço tem um baixo nível de integração.

REFERÊNCIAS

1. CAMPOS, R.O. et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciênc. saúde coletiva [Revista em Internet]**, Rio de Janeiro, v.16, n. 12, dez. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300013>. Acesso em 05 jun. 2018.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: equipe de referência e apoio matricial / **Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
3. KOHN, R. et al. The treatment gap in mental health care. **Bull World Health Organ**, v.82, p. 858-866, nov. 2004.
4. Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA). Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global. Lisboa: OMS, WONCA, 2009. Disponível em: http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf. Acesso em: 05 dez. 2018.
5. CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad Saúde Pública [Revista em Internet]**, Rio de Janeiro, v.23, n.02, fev. 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>. Acesso em 13 mai. 2017.
6. BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.
7. MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública [Revista em Internet]**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, Oct. 2004. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500037>. Acesso em 30 de jul. 2018.
8. BRASIL. Lei no 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília 31 dez. 1990.
9. STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
10. LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, dez. 2011.
11. BRASIL. Lei no 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília 20 set. 1990.
12. PINHEIRO, R. Integralidade. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2014 [on line]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>.

Acesso em 12 out. 2018.

13. PINHEIRO, R. Cuidado em saúde. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde, Escola Politécnica Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2009, s/p. **[on-line]**. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>. Acesso em 15 mar. 2018.
14. AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saude soc. [Revista em Internet]**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, dez. 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>. Acesso em 15 de nov. 2018.
 15. KLEIMAN, A. The illness narratives: suffering, healing and the human condition. New York, Basic Books, 1988.
 16. FORTES, S. et al. Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [Revista em Internet]**, Rio de Janeiro, v. 24, n.4, out/dez. 2014. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000400006>. Acesso em 18 de ago. 2017.
17. MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010. Disponível <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>. Acesso em 03 de set. 2017.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Clínica Ampliada e Compartilhada. **[on-line]**, Brasília, 2010. Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf. Acesso em 22 de out. 2017.
19. MOREIRA, M.I.B., CAMPOS, O.R.T. Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. **Saúde soc. [Internet]**, São Paulo, v.26, n.2, abr/jun 2017. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017171154>. Acesso em 14 de abr 2018.
20. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate. **[on-line]** Brasília: OPAS; 2011. Disponível em <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/18457>. Acesso em 25 set. 2017.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, 31 dez. 2010.
22. WORLD HEALTH ORGANIZATION E ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Preventing chronic diseases: a vital investment. **[on-line]**, Geneva: WHO Global Report, 2005. Disponível em https://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/. Acesso em 18 de abr. 2018.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, 22 set. 2017.

24. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008. Dispõe sobre a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Diário Oficial da União**. Brasília, 25 jan. 2008.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Cadernos de Atenção Básica, n. 27**, Brasília, 2009. Disponível em <https://central3.to.gov.br/arquivo/404132/>. Acesso em 15 mai. 2018.
26. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica Cadernos de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. **Cadernos de Atenção Básica, n. 39**, Brasília, 2014. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf. Acesso em 08 jun. 2017.
27. CUNHA, G.T., CAMPOS, G.W.S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.961-970, oct./dez. 2011. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013>. Acesso em 10 jul. 2017.
28. CAMPOS, G.W.S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.863-870, out/dez. 1998. Disponível em <https://www.scielosp.org/pdf/csp/1998.v14n4/863-870>. Acesso em 03 jun. 2017.
29. CUNHA, G.T., CAMPOS, G.W.S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.961-970, oct./dez. 2011. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013>. Acesso em 10 jul. 2017.
30. VIEIRA, M. Resenha: Saúde Paidéia. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, vol.2, no.1, mar. 2004. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462004000100015>. Acesso em 13 mai. 2018.
31. BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: equipes de referência e apoio matricial. **Série B. Textos Básicos de Saúde**, Brasília, 2004. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf. Acesso em 02 de ago. 2017.
32. CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad Saúde Pública [Revista em Internet]**, Rio de Janeiro, v.23, n.02, fev. 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>. Acesso em 13 mai. 2017.
33. FIGUEIREDO, M.D., CAMPOS, R.O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas SP: uma rede ou um emaranhado? **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 129-38, jan./fev. 2009. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100018>. Acesso em 08 fev. 2018.
34. BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**; Brasília, 2011. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf.

Acesso em 14 nov. 2018.

35. BERTUSSI, D.C. O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na Gestão Municipal em Saúde. **Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Universidade Federal do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/saudepublica/resource/pt/int-3764>. Acesso em 25 out. 2017.
36. BELOTTI, M., LAVRADOR, M.C.C. Apoio matricial: cartografando seus efeitos na rede de cuidados e no processo de desinstitucionalização da loucura. **Polis e Psique**, Vitória/ES, v. 2, n. temático, 2012. Disponível em <https://doi.org/10.22456/2238-152X.40324>. Acesso em 11 ago. 2017.
37. MINOZZO, F., COSTA, I.I. Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. **Psico-USF**, Itatiba, v. 18, n. 1, p. 151-160, jan/abril 2013. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712013000100016>. Acesso em 22 jul. 2018.
38. BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
39. TENÓRIO, F. A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, saúde**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.25-59, jan.-abr. 2002. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>. Acesso em 28 de jan. 2018.
40. NUNES, M., JUCÁ, V.J., VALENTIM, C.P.B. Ações de saúde mental no Programa de Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, oct. 2007. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000012>. Acesso em 19 de abr. 2017.
41. BEZERRA, J. R. B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a02.pdf>. Acesso em 05 de ago. 2018.
42. MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12 ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.
43. GODOY, A.S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Rev. adm. Empres**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, 1995. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-75901995000300004>. Acesso 16 jun. 2017.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília, 12 dez. 2012
45. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico de 2010**. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e estatística, dados referentes ao muni-

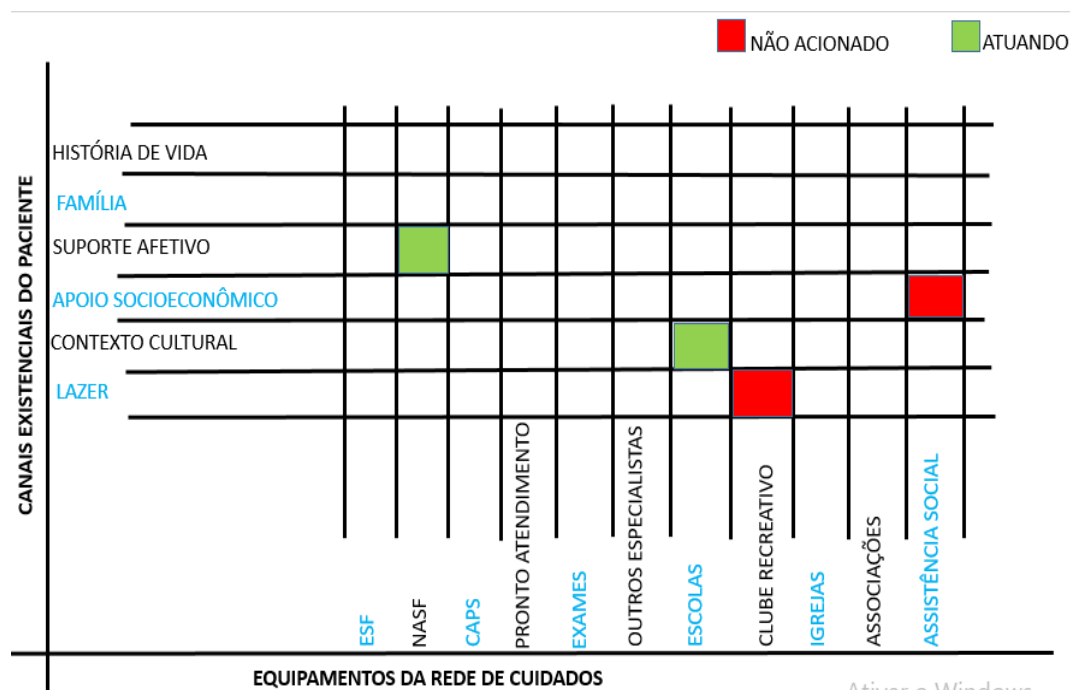
cípio de São Sebastião-AL. Disponível em <http://cidades.ibge.gov.br/extras/perfil.php>. Acesso 20 out. 2017.

46. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA. **Atlas de desenvolvimento humano do Brasil de 2013**. Disponível em http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=24037m. Acesso em 21 jan. 2017.
47. FRANCO, T.B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Gestão em redes**, Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ-Abrasco, 2006. p.459-73. Disponível em http://www.uesc.br/atencaoasaude/publicacoes/redes_na_micropolitica_do_processo_trabalho_-_tulio_franco.pdf. Acesso em 14 fev. 2018.

APÊNDICE A – RECOMENDAÇÕES AOS SERVIÇOS

Motivado por essa desintegração da rede e pelos problemas elencados durante as entrevistas e tomando como inspiração teórica algumas ferramentas de matriciamento, as ferramentas de abordagem comunitária e familiar, sugere-se a utilização de uma tabela que foi construída durante a realização desse trabalho, intitulada *Matriz individual de ações para o apoio ao matriciamento*: as linhas horizontais são os canais existenciais do paciente de SM, canais que os mesmos constroem e modificam, na matriz abaixo (Fig.9) nomeei alguns (família, suporte afetivo, história de vida, apoio socioeconômico, contexto cultural...); as linhas verticais são os equipamentos de saúde (CAPS, NASF, ESF...) e os equipamentos intersetoriais (igreja, escolas, associações, clubes recreativos...) existentes na rede de cuidados, são os canais institucionais que os profissionais de saúde e outros profissionais poderão acionar, modificar e oferecer ao paciente de SM para o enfrentamento de seu transtorno. A partir dessa matriz (chamada de individual porque cada paciente tem uma), o serviço que acolher o paciente poderá encontrar as potencialidades para a resolução dos problemas vislumbradas pelos profissionais que o atenderam anteriormente. Para cada serviço acionado a matriz construída será disponibilizada. A cor da intersecção entre um determinado equipamento da rede de cuidados e um canal existencial do paciente indicará a atividade da rede de cuidados, podendo ser verde, quando o equipamento da rede já estiver atuando, ou vermelho, quando o equipamento da rede se faz necessário, mas que ainda não foi acionado. Veja a matriz abaixo:

Figura 9 - Matriz de ação construída a parti do resultado do trabalho DESAFIOS PARA INTEGRAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: matriciamento como ferramenta estratégica para a rede de saúde mental em um município de Alagoas



Fonte: Autoria própria

Essa matriz permitirá uma visão panorâmica do itinerário seguido e/ou proposto pelo/para o usuário na rede de cuidados, possibilitando um planejamento terapêutico e indicando os equipamentos da rede de cuidados que ele poderá utilizar: as intersecções não coloridas (equipamentos que poderão ser úteis); as que já estão sendo utilizados por ele (atuando-verde) e as que são urgentes, mas que por algum motivo ainda não foram acionados (vermelhas), de acordo com suas necessidades específicas, seguindo o plano terapêutico proposto pelo equipamento de saúde que foi a porta de entrada na rede; seguido e reformulado, caso necessário, por outros equipamentos contidos na matriz ou por alguma necessidade nova do usuário. Com isso, pretende-se potencializar a rede assistencial e intersetorial do município com vistas a melhoria da integralidade dos cuidados oferecidos ao usuário de SM, potencializando a abordagem integral com os recursos que se tem disponíveis, trazendo uma abordagem resolutiva e centrada na pessoa.

**ANEXO A – ROTEIRO DE ENTREVISTA – PROFISSIONAL DE EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA***

Data: ___/___/___ Horário: início: _____ término: _____

A) IDENTIFICAÇÃO

Local de trabalho: _____ Cargo: _____

Formação profissional: _____ ano de conclusão: _____ Pós-
graduação: _____ ano de conclusão: _____

Experiência profissional anterior:

Tempo que trabalha na Estratégia de Saúde da Família:

Tempo que participa das ações de matriciamento em saúde mental nesta unidade:

Participou de cursos ou algum tipo de capacitação/treinamento para atuar na APS?

Como você define Apoio Matricial?

B) IMPLANTAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES

1- Há quanto tempo são realizadas ações de saúde mental na sua unidade e há quanto tempo você participa delas?

2- Como estão organizadas as ações de Apoio Matricial em saúde mental?

3- Como está a participação da sua equipe nas ações de Apoio Matricial em saúde mental?

4- Quais são as ações desenvolvidas pela equipe em conjunto com o matriciador?

C) QUESTÕES E PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL

5- Quais são as principais questões relacionadas ao sofrimento psíquico/saúde mental que são levados para o apoio do profissional de saúde mental/matriciador?

6- Dentre os problemas de saúde mental destacados, quais você acha que podem ser acompanhados pela sua equipe e quais devem ser encaminhados para atendimento especializado?

D) AVALIAÇÃO DAS AÇÕES

7- Quais as mudanças observadas na sua equipe em relação à identificação e acompanhamento dos problemas de saúde mental após o início do matriciamento?

8- Quais os pontos negativos e positivos identificados no desenvolvimento das ações de matriciamento em saúde mental na sua unidade?

9- Qual o maior desafio do trabalho do Apoio Matricial em saúde mental?

10- Relate um caso acompanhado em conjunto com o profissional de saúde mental/matriciador.

*Roteiro de entrevista desenvolvido pela psicóloga Luciana Pinto Barros de Oliveira no âmbito de uma pesquisa de mestrado na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio-FIOCRUZ, cujo tema foi “O apoio matricial em saúde mental e a qualificação das equipes de saúde da família”.

ANEXO B – ROTEIRO DE ENTREVISTA – APOIADOR MATRICIAL DE SAÚDE MENTAL*

Data: __/__/____ Horário: início: _____ término: _____

E) IDENTIFICAÇÃO

Local de trabalho: () NASF ()CAPS Cargo: _____

Equipe matriciada: _____

Formação profissional: _____ ano de conclusão: _____

Pós-graduação: _____ ano de conclusão: _____

Tempo que trabalha como matriciador junto à equipe de Saúde da Família:

Experiência profissional anterior:

Participação em cursos/treinamentos na área de saúde mental.

Participou de cursos ou algum tipo de capacitação/treinamento para atuar na Estratégia de Saúde da Família?

Como você define Apoio Matricial?

F) IMPLANTAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES

11- Descreva a história da implantação do Apoio Matricial junto à unidade de Saúde da Família onde atua como matriciador.

12- Como estão organizadas as ações de Apoio Matricial?

13- Como está a participação das equipes de Saúde da Família nas ações de Apoio Matricial?

14- Quais são as ações desenvolvidas em conjunto pelo matriciador/equipe de saúde da família?

G) QUESTÕES E PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL

15- Quais são as principais questões relacionadas ao sofrimento psíquico/saúde mental que são trazidos para a discussão pelos profissionais das equipes de Saúde da Família?

16- Dentre os problemas de saúde mental destacados, quais você acha que podem ser acompanhados pelo profissional da Estratégia de Saúde da Família e quais devem ser encaminhados para atendimento especializado?

H) AVALIAÇÃO DAS AÇÕES

17- Quais as mudanças observadas na equipe de Saúde da Família em relação à identificação e acompanhamento dos problemas de saúde mental após o início das ações de matriciamento?

- 18- Quais são os pontos negativos e positivos identificados no desenvolvimento do seu trabalho de matriciamento em saúde mental?
- 19- Qual o maior desafio do trabalho do Apoio Matricial em saúde mental?
- 20- Relate um caso acompanhado em conjunto com a equipe de Saúde da Família.

*Roteiro de entrevista desenvolvido pela psicóloga Luciana Pinto Barros de Oliveira no âmbito de uma pesquisa de mestrado na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio-FIOCRUZ, cujo tema foi “O apoio matricial em saúde mental e a qualificação das equipes de saúde da família”.

ANEXO C - ROTEIRO DE ENTREVISTA – GESTOR*

Data: ____ / ____ / ____ Horário: início _____ término _____

A) IDENTIFICAÇÃO

Cargo:

Formação profissional: _____ ano de conclusão: _____

Pós-graduação: _____ ano de conclusão: _____

Experiência profissional anterior:

Tempo de experiência na Atenção Primária à Saúde:

Tempo que acompanha as ações de matriciamento em saúde mental:

Participou de cursos ou algum tipo de capacitação/treinamento em saúde mental.

Como você define Apoio Matricial?

B) IMPLANTAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES

21- Histórico da implantação do Apoio Matricial na área.

22- Como estão organizadas as ações de matriciamento na área?

23- Como se dá a participação das equipes nas ações de matriciamento em saúde mental?

24- Existem diferenças entre as ações de matriciamento desenvolvidas pelo CAPS e pelo NASF?

C) QUESTÕES E PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL

25- Quais são as principais questões relacionadas ao sofrimento psíquico/saúde mental trazidos pelas equipes?

26- Quais são os indicadores de saúde mental utilizados para o levantamento desses problemas?

27- Dentre os problemas de saúde mental destacados, quais você acha que podem ser acompanhados pelo profissional da equipe de Saúde da Família e quais devem ser encaminhados para atendimento especializado?

D) AVALIAÇÃO DAS AÇÕES

28- Quais as mudanças observadas na equipe de Saúde da Família em relação à identificação e acompanhamento dos problemas de saúde mental após a implantação do apoio matricial?

29- Quais os pontos negativos e positivos identificados no desenvolvimento das ações de ma-

triciamento em saúde mental?

30- Quais são as propostas para superar as dificuldades encontradas?

31- Quais são os aspectos relevantes da sua atuação enquanto gestor no acompanhamento das ações de matriciamento em saúde mental?

32- Qual o maior desafio do trabalho de Apoio Matricial em saúde mental?

*Roteiro de entrevista desenvolvido pela psicóloga Luciana Pinto Barros de Oliveira no âmbito de uma pesquisa de mestrado na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio-FIOCRUZ, cujo tema foi “O apoio matricial em saúde mental e a qualificação das equipes de saúde da família”.