



MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL: Concepções, mudanças e dificuldades de profissionais da atenção básica

DOI: 10.22289/2446-922X.V10N1A12

Alexandra **Iglesias**
Meyrielle **Belotti**¹
Luziane Zacché **Avellar**

RESUMO

Objetivou-se analisar as concepções dos profissionais das equipes da Atenção Básica de um município do sudeste do Brasil, sobre o matriciamento em saúde mental. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e submetidos à técnica de análise de conteúdo. Ao total, participaram da pesquisa seis profissionais de diferentes categorias. Os resultados demonstraram que o matriciamento é apresentado por algumas equipes de referência como uma estratégia favorável à melhoria da atenção em saúde mental e por outras como uma proposta com baixa resolutividade, que acabou por se reverter em aparato de fiscalização e de ampliação do poder dos especialistas. Destaca-se a necessidade de promover a regularidade dos encontros produtivos de matriciamento, fomentando essa estratégia na direção da promoção à saúde e da desinstitucionalização, por sua capacidade em abranger a Atenção Básica nas discussões e ações em torno da Reforma Psiquiátrica.

191

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Serviços de Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde.

191

MATRICIATION IN MENTAL HEALTH: Conceptions, changes and difficulties of primary care professionals

ABSTRACT

The objective was to analyze the conceptions of professionals from Primary Care teams in a municipality in southeastern Brazil, regarding matrix support in mental health. This is a qualitative research study. Data were collected through semi-structured interviews and subjected to the content analysis technique. In total, six professionals from different categories participated in the research. The results demonstrated that matrix support is presented by some reference teams as a favorable strategy for improving mental health care and by others as a proposal with low resolution, which ended up being converted into an inspection apparatus and expansion of the power of experts. The need to promote the regularity of productive matrix support meetings is highlighted, encouraging this strategy towards health promotion and deinstitutionalization, due to its ability to cover Primary Care in discussions and actions around Psychiatric Reform.

¹ Endereço eletrônico de contato: meyrille.belotti@ufes.br

Recebido em 29/01/2024. Aprovado pelo conselho editorial para publicação em 05/03/2024.



Keywords: Unified Health System; Mental Health Services; Primary Health Care.

MATRICACIÓN EN SALUD MENTAL: Concepciones, cambios y dificultades de los profesionales de atención primaria

RESUMEN

La psilocibina es una sustancia natural, con propiedades alucinógenas, que se ha utilizado recientemente en el sector sanitario. Es un alcaloide que, asociado a la psicoterapia, se ha demostrado que aporta beneficios en el tratamiento de la depresión y la ansiedad. Este estudio tiene como objetivo analizar el estado actual del conocimiento sobre los efectos psicológicos de la psilocibina en pacientes con cáncer terminal. El método utilizado fue una revisión del alcance guiada por las directrices del Instituto Joanna Briggs, siguiendo la iniciativa PRISMA Extension for Scoping Reviews. La recolección se realizó entre agosto y diciembre de 2022, en las bases de datos: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, Cumulative Index to Nursing Allied Health Literature, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, Scopus y Web of Science. Se encontraron 340 artículos, nueve fueron seleccionados y analizados, dilucidando los efectos psicológicos beneficiosos de la psilocibina en pacientes con cáncer terminal. Se descubrió que todos apuntan a la eficacia de la psilocibina para reducir los niveles sintomáticos de depresión y ansiedad. La psilocibina es bien tolerada por personas con cáncer terminal y no presenta efectos adversos significativos cuando se administra en ambientes controlados. Sin embargo, se necesitan más estudios científicos con muestras más grandes y diversas.

Palabras clave: Sistema Único de Salud; Servicios de salud mental; Atención Primaria de Salud.

1 INTRODUÇÃO

O movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, influenciada pela experiência italiana, assumiu como uma de suas principais bandeiras de luta a desinstitucionalização, que diz da mudança cultural, política, social, ideológica e ética no modo de lidar com as pessoas em sofrimento psíquico. Tal movimento produziu avanços no sentido de assegurar o acesso aos serviços de cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS), na configuração de uma rede de serviço extra-hospitalar, com ênfase na reinserção social (Amarante & Nunes, 2018).

É com esse olhar que o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que se sustenta em práticas pautadas na territorialização para o desenvolvimento de um cuidado integrado, articulado e resolutivo nos diferentes pontos de atenção da rede, a partir das necessidades singulares das pessoas em sofrimento psíquico (Pupo *et al.*, 2021).

No âmbito do cuidado na RAPS, a articulação entre a saúde mental e a Atenção Básica (AB) se afirmou como imprescindível no sentido de superar o modelo de atenção centrado no saber médico e no hospital como única alternativa de tratamento, para uma perspectiva de cuidado voltada à atenção integral, que se apresenta como favorável à convivência e circulação destas pessoas nos espaços que habitam (Dimenstein *et al.*, 2017).



Entretanto, ainda assim, as referidas articulações têm algumas resistências, tendo em vista que os preconceitos no lidar com as pessoas em sofrimento psíquico também perpassam profissionais que compõem os estabelecimentos de saúde e outros tantos serviços necessários na composição da rede de cuidado, para a sustentação desta empreitada de desinstitucionalização. Neste contexto, o matriciamento em saúde mental surgiu como uma possibilidade de fomentar tais articulações entre os diversos serviços, setores e atores sociais, ao promover encontros produtivos e sistemáticos entre equipe de saúde mental e equipe da AB para a troca de saberes e práticas que, uma vez sustentados na perspectiva da clínica ampliada, trabalham pela construção/efetivação de um cuidado integral, voltado à promoção à saúde (Iglesias & Avellar, 2019).

Por meio também do matriciamento em saúde mental, as pessoas em sofrimento psíquico podem passar a existir em seu território, visto que a estratégia de cuidado deve operar no sentido de desmitificar, sensibilizar e provocar mudanças no modo de perceber o sofrimento psíquico. Em outras palavras, o matriciamento busca ampliar os olhares de todos os envolvidos no cuidado, no sentido de obstaculizar aqueles pensamentos que insistem em psiquiatrizar e psicologizar o sofrimento humano (Santos et al., 2020).

Nestas relações matriciais, configuram-se duas equipes: a equipe de referência, responsável por fomentar o cuidado integral por meio do acompanhamento longitudinal da situação em questão; e a equipe matricial que, com seu núcleo de conhecimento específico, contribui para ampliar as possibilidades de efetivação da integralidade, compartilhando saberes e práticas com as equipes de referência (Iglesias & Avellar, 2019).

Destacam-se neste estudo às equipes de referência, que têm sido representadas principalmente pelas equipes da Atenção Básica (AB). Defende-se que estes lugares – equipes de referência e equipes matriciais – não são fixos, pois uma equipe de referência pode passar à equipe matricial e vice-versa na medida da necessidade da situação de saúde que se apresenta. Por uma questão didática, são mencionadas na pesquisa proposta as equipes de referência como as equipes da AB e as equipes matriciais em saúde mental como as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

As equipes de referência têm assumido a importante função de convocar quantos mais atores necessários para contribuir com a efetivação de um cuidado ampliado em saúde. Essas equipes, estando mais próximas da realidade do usuário, têm condições de dimensionar as necessidades de saúde presentes em cada situação, possibilitando, assim, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, pela integração de ações voltadas à promoção à saúde e desinstitucionalização (Castro et al., 2016).

Diante da importância das equipes de referência, considera-se indispensável conhecer as concepções dos profissionais que compõem essas equipes sobre o matriciamento em saúde mental, entendendo que são estes entendimentos que irão orientar as práticas cotidianas destes trabalhadores na direção da efetivação dessa estratégia. Objetivou-se analisar as concepções dos



profissionais das equipes de referência da AB sobre as práticas de matriciamento em saúde mental, em um município do sudeste brasileiro, que realiza tal matriciamento junto aos Centros de Atenção Psicossocial.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, que se anuncia como tal por se propor a estudar as relações, as representações, as crenças, as percepções e as opiniões dos sujeitos inseridos em um determinado tempo e espaço (Minayo, 2007).

O estudo proposto realizou-se em um município do sudeste brasileiro, com população estimada de 350 mil habitantes, que se divide em seis regiões de saúde. Na ocasião da pesquisa, o município possuía, além de outros dispositivos de saúde, três CAPS (CAPS II, CAPS álcool e drogas e CAPS infantojuvenil) que realizavam, com as 29 Unidades de Saúde do município, o matriciamento em saúde mental.

As Unidades de Saúde da Família do município são compostas por equipes com médico, enfermeiro, agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem. Contam ainda com equipe de Saúde Bucal composta por dentista, técnico de higiene dental e auxiliar de consultório dentário. Durante o período da pesquisa, elas também contavam com: assistente social, farmacêutico, fonoaudiólogo, profissional de educação física, psicólogo e sanitário, alocados nas Unidades Básicas.

Para este estudo, foram realizadas seis entrevistas semiestruturadas com profissionais de diferentes categorias, que compõem as equipes de referência da AB, incluindo agentes comunitários de saúde (1), enfermeiro (2), médico (1), odontólogo (1) e técnico de enfermagem (1). O convite de participação na pesquisa foi divulgado por meio do sistema informatizado do município. Os interessados responderam por e-mail sobre sua disponibilidade em participar. Utilizou-se como critério de inclusão a participação no matriciamento há pelo menos um ano. O roteiro das entrevistas foi elaborado com os seguintes tópicos: concepções das equipes de referência sobre o matriciamento em saúde mental; mudanças desencadeadas por essa estratégia na atenção em saúde mental; dificuldades vividas para efetivação da lógica matricial, bem como suas propostas para consolidação desse arranjo organizacional no município.

Vale destacar que a pesquisadora optou por selecionar uma US de cada uma das seis regiões. Sendo assim, cada um dos entrevistados compõe equipes da AB e regiões de saúde diferentes. Para escolha destas Unidades, a pesquisadora selecionou aquelas com as quais mantinha menor contato no dia a dia de trabalho, já que era servidora pública do município na ocasião. Ressalta-se que os profissionais entrevistados foram considerados na pesquisa como



representantes de equipes de referência, sendo denominados neste estudo como “equipe de referência”.

As entrevistas foram realizadas nas Unidades de Saúde em dias e horários mais adequados para os participantes, de modo individual. Foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra para posterior análise dos dados. Seguiu-se o protocolo de aceitação dos participantes, da Secretaria Municipal de Saúde e do Comitê de Ética em Pesquisa (nº do Parecer 183.499). Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em atendimento à Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados foram submetidos à técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2009), que consiste em três momentos: a pré-análise – leitura dos dados produzidos a partir das entrevistas e retomada dos objetivos propostos; a exploração do material – catalogação dos trechos das entrevistas nas categorias previamente estabelecidas por meio dos objetivos do estudo; e o tratamento dos resultados, com elaboração de inferências e interpretações (Minayo, 2007).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e as discussões estão contemplados em quatro categorias temáticas: 1) Concepções e práticas do Matriciamento em Saúde Mental; 2) (Im) possibilidades de mudanças ocorridas com a implantação do Matriciamento em Saúde Mental; 3) Dificuldades vivenciadas para a efetivação do Matriciamento em Saúde Mental, e; 4) Propostas de consolidação do Matriciamento em Saúde Mental.

195

3.1 Concepções e práticas do Matriciamento em Saúde Mental

Os profissionais entrevistados das equipes de referência da AB têm basicamente duas concepções a respeito do matriciamento em saúde mental: uma que entende o matriciamento como uma importante estratégia de orientação das equipes para o trabalho em saúde mental e outra que percebe essa proposta como um meio de fiscalização do trabalho em saúde mental realizado pela AB e de impedimento de livre fluxo ao CAPS.

Neste primeiro sentido, os profissionais reconhecem a importância do matriciamento não somente na transmissão de informações, mas na formação a partir da prática como, por exemplo, por meio da “criação de grupos de atendimentos” envolvendo matriciadores e matriciandos. Para eles, tal formato de “fazer junto” contribui com a apreensão da proposta, corroborando com os estudos de Pegoraro *et al.* (2014) e de Medeiros (2015), que destacam o matriciamento como uma estratégia de compartilhamento de orientações para o trabalho e de intervenções conjuntas, produzindo efeitos importantes e resolutivos no cuidado integral.



Contudo, mesmo que os profissionais das equipes de referência apontem a importância de se fazer junto, predomina, ainda, a “discussão de caso” como principal ferramenta de matriciamento, igualmente vista como essencial pelas equipes para a apropriação do cuidado em saúde mental pela AB. Nas palavras do profissional da Equipe de referência 1:

Teve uma vez que a psicóloga pediu para eu ir ao CAPS para a discussão de um caso, participei da reunião com eles e foram interessantes todas as orientações. Eu acho boa esta discussão de caso com o matriciamento para esclarecer como tem que fazer certo e como funciona. Eu acho que todo mundo está aprendendo, por exemplo, como as matriciadoras falaram: a proposta do CAPS é o contrário de antigamente de asilamento dos pacientes, que ficavam em internações de anos, excluídos do convívio familiar, da sociedade e tudo mais. Mas até para fazer o contrário, a gente vai ter que aprender fazer o certo (Equipe de referência 1).

Tem-se uma expectativa elevada em aprender como fazer corretamente, que encerra em si pouca abertura a imprevisibilidade da vida. Todavia, deve-se trabalhar esta expectativa a favor de compartilhar com estas equipes de referência as múltiplas possibilidades de cuidado em saúde mental, possivelmente vivenciadas pelos matriciadores em saúde mental.

Espera-se ser possível que estas equipes de referência possam se abrir “[...] para escutar o que está fora, sem reagir mecanicamente, na tentativa de produzir mudanças de estado instantâneas” (Bertussi, 2010, p.143). O cuidado em saúde mental não cabe em protocolos rígidos, não há certo e errado. A proposta é que os profissionais envolvidos neste cuidado aprendam a lidar com os sujeitos em sua complexidade, em um processo constante de invenção de alternativas de cuidado pautadas na realidade de cada um destes sujeitos (Silva & Paula Júnior, 2019).

196

Isto não significa a negação da importância de se compartilhar também informações como aquelas defendidas pela Reforma Psiquiátrica. Há que se considerar que por vezes, o que se conhece é justamente aquela maneira de tratar focada na doença, na medicação e na exclusão; tanto é que quando o matriciamento em saúde mental apresentou para discussão com a AB outras possibilidades de cuidado – diferente da ideia da necessidade de isolamento das pessoas em sofrimento psíquico – segundo relatos de alguns entrevistados deste estudo, os agentes comunitários de saúde começaram a enfatizar nas reuniões das equipes de saúde da família casos de cárcere privado de pessoas em sofrimento psíquico, que até então eram percebidos com certa “naturalidade”, já que a perspectiva que tinham de tratamento para estas pessoas era de reclusão.

Por isto, reforça-se também o valor das informações antimanicomialis como ferramentas para a criação destas alternativas de cuidado pelos profissionais de saúde envolvidos. Barros *et al.* (2018) ampliam essa discussão ao ponderar que a prática do matriciamento é um convite para repensar o papel da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, uma vez que ambos movimentos



ainda se encontram em fase de implantação no país e que são recentes e incipientes as experiências de inclusão de ações de saúde mental na AB.

Por outro lado, outras equipes de referência entendem o matriciamento como uma proposta de fiscalização do trabalho da AB, no que diz respeito ao cuidado em saúde mental e de “[...] filtro do que vai e não vai para o especialista” (Equipe de referência 2).

O apoio, assim, é para ver se estamos cuidando do paciente de saúde mental e vê se precisa ou não ir para o CAPS. Eu não vejo o porquê do apoio. Eu não gosto deste apoio da saúde mental, porque a gente vê que a coisa não acontece, me intriga não ver retorno de imediato. O matriciamento demora muito para chegar, para retornar, isto deixa a gente, enquanto trabalhadores, ansiosos, porque a gente quer ver o paciente melhor. Por tudo isto, quando o caso é leve eu até encaminho para conversar na equipe, junto com o apoio, mas os casos complexos eu já passo direto para o psiquiatra, para ser mais rápido e resolver. Às vezes a gente até pensa que eles vêm apenas para verificar o trabalho da gente, porque não resolve nada. Por exemplo, outro dia eles mandaram uma relação de casos para ver se estava sendo acompanhado aqui, aí se discutiu um pouco, mas não se tomou medida nenhuma, parece que é só verificar se estava lá ou se estava aqui (Equipe de referência 2).

Tal fala nos convoca a colocar em análise a resolutividade do matriciamento, bem como a possibilidade de sua reversão em aparato de fiscalização e controle, sob o risco, como frisado por Tenório (2009), do matriciamento operar na contramão do que se deseja, aumentando o poder dos especialistas e obstaculizando a comunicação crítica em relação ao suposto saber/poder.

Todavia, é preciso analisar também se a crítica evidenciada pelo entrevistado acima não se refere à dificuldade para aceitar a função de regulador de fluxo, devidamente exercida pelo matriciamento. Tal função foi apontada por Figueiredo (2006) como um dos principais fatores de conflito entre os profissionais envolvidos neste trabalho, pois o matriciamento promove um desvio do tradicional, do fazer automático, voltado ao encaminhamento e à perspectiva de que existem soluções exatas, simples e sem efeitos colaterais, para um caminho em que o fazer deve ser pensado caso a caso e as ações construídas de modo conjunto a partir de um determinado sentido.

A autora compara a função de regulador de fluxo do matriciamento com a de um guarda de trânsito, que em um “[...] cruzamento obstruído, orienta a passagem dos automóveis para um desvio” (Figueiredo, 2006, p.126). No caso do matriciamento, um “guardião do trânsito livre e direto de encaminhamentos” ao especialista (Figueiredo, 2006, p.127), para uma perspectiva de construção conjunta do cuidado em saúde a ser ofertado.

Independente das críticas enfatizadas pelo entrevistado acima, destaca-se a necessidade de trabalhar com muita atenção e apreço às relações entre as equipes de referência e as equipes matriciais, para que o cuidado em saúde mental por estes atores não seja prejudicado. Entende-se

que o impedimento ao livre fluxo de encaminhamentos, por meio da solicitação de discussão anterior do caso, ou ainda, a recusa em atender sozinho por parte daquele profissional que tenta implementar o matriciamento, pode ser trabalhado de modo que isto não seja interpretado pelos outros profissionais com um não-apoio e resulte na quebra de vínculo entre estes trabalhadores.

É oportuno atentar para que o lugar estratégico da AB no cuidado em saúde mental, favorável à ampliação do olhar sobre a complexidade da vida dos sujeitos em sofrimento psíquico, não dê lugar a um contexto em que prevalece o acesso ao psiquiatra e a medicação como prioritários para a garantia de tratamento focado na doença e não no sujeito, seguindo justamente aquele modelo hospitalocêntrico e o especialismo, que obstaculizam a criação de vínculo e o compartilhamento de responsabilidade entre as pessoas envolvidas neste cuidado (Lima & Dimenstein, 2016). Deve-se colocar em constante análise as relações e concepções para que a proposta teórica do matriciamento não se perca em meio aos desafios enfrentados por profissionais de saúde, gestores e usuário de reformulação de práticas fragmentadas, hierarquizadas, por vezes centradas em procedimentos.

Para Rodrigues e Moreira (2012), tais desafios passam por algumas questões como: a) o exercício cotidiano de um trabalho conjunto e integrado, sendo assim necessário romper com a lógica de encaminhamento, pelo seu antagonismo ao indicativo do matriciamento de corresponsabilização pelo cuidado; b) desfazer as expectativas de soluções prontas, pois o matriciamento advoga pela construção conjunta de estratégias pertinentes a cada situação, o que compele a estas equipes conhecer a realidade de seu território; c) romper com ideias hierárquicas de saber/poder – que, normalmente, validam um conhecimento pela categoria da qual advém – para a construção de relações mais transversalizadas; d) apreender que o matriciamento em saúde mental não se sustenta na medicalização e na figura do psiquiatra ou do psicólogo, mas em um fazer interdisciplinar, em que a figura central é o sujeito, para o qual todas as ações devem convergir.

3.2 (Im) possibilidades de mudanças ocorridas a partir da implantação do Matriciamento em Saúde Mental

A literatura tem evidenciado contribuições do matriciamento na qualificação do trabalho, por meio do fomento da corresponsabilização e da construção de novas estratégias de atenção à saúde, com ênfase no desenvolvimento do cuidado ampliado (Iglesias, 2015; Barros *et al.*, 2018; Pupo *et al.*, 2021). Corroborando com essa discussão, os resultados produzidos nesse estudo revelam que as equipes de referência conseguem perceber mudanças importantes para o setor de saúde com a implantação do matriciamento em saúde mental, como, por exemplo, um melhor envolvimento das equipes da AB no cuidado em saúde mental e a consequente melhoria deste cuidado para o usuário.



O matriciamento da saúde mental foi um ganho para o paciente, para a comunidade e para nós, porque eles não eram discutidos nas equipes. Mas não é uma linha reta, dá muitas voltas, fica estável, depois desestabiliza. Na minha área, tem um senhor e sua irmã com transtorno. Ele era diabético e tomava cinco litros de refrigerante por dia, a diabete dava 400, 500. Ele era resistente, mas aos poucos aceitou a gente e a comunidade. Antes os meninos da rua jogavam pedra nele e pegavam o dinheiro dele. A gente junto conseguiu acompanhar e as pessoas passaram a ter um respeito maior por ele. Não teve 100%, mas melhorou bastante. (...) Então assim, têm casos que a gente até passou a cuidar sozinho, mas têm casos muito bons também que o CAPS deu um apoio grande. Por exemplo, existem também aquelas casas onde a gente faz dose supervisionada [estratégia utilizada pelo profissional para acompanhamento do modo como o usuário faz uso do medicamento], evitando a utilização inadequada dos remédios por usuários que já tentaram suicídio, isto surgiu destas discussões do apoio matricial, se não fosse estas parcerias talvez a gente não tivesse pensado nisto (Equipe de referência 3).

É importante perceber as transformações ocorridas na vida destas pessoas em sofrimento psíquico – antes excluídas das discussões da AB – a partir de um trabalho interdisciplinar, voltado à integralidade do cuidado. Mesmo diante da complexidade das questões referentes à saúde, das instabilidades da vida, estas pessoas em sofrimento psíquico não deixaram de ser cuidadas. Ao contrário, foi possível trabalhar a saúde destes sujeitos além de suas questões mentais e também da doença, no sentido de operar por mudanças nas relações de vínculos e sociabilidade e pelo acesso a melhores condições de vida. Isto é promoção à saúde e desinstitucionalização.

199

Tais conceitos (promoção à saúde e desinstitucionalização) se interconectam no campo da saúde mental. A promoção à saúde com sua proposta de articulação intersetorial (Iglesias, 2009) é capaz de fomentar a desinstitucionalização que, por sua vez, em seu movimento de mudança no modo de perceber o sujeito, como corresponsável por sua vida, pode promover saúde, provocando aquelas transformações culturais, políticas, sociais, ideológicas e éticas no modo de lidar com as pessoas em sofrimento psíquico. Neste sentido, afirma-se o matriciamento em saúde mental como uma importante estratégia na direção da promoção à saúde e da desinstitucionalização, por sua capacidade em abranger a AB nas discussões e ações que circundam a Reforma Psiquiátrica.

O matriciamento em sua proposta de transformação das relações entre sujeitos pode contribuir com a desinstitucionalização, que, como apregoa Torre e Amarante (2001), trabalha, necessariamente, com a produção de outro tipo de subjetividade, que permite a manifestação das diferenças apresentadas também pela pessoa que sofre mentalmente, sem qualquer restrição de sua expressão, o que remete a outra relação com as diferenças na sociedade como um todo. Para tanto, é essencial a construção de redes sociais e políticas intersetoriais e integradas que ampliem



as possibilidades e oportunidades destas pessoas em sofrimento psíquico estarem na vida como cidadãos de direito.

Como discutido por Souza e Rivera (2010), essas pessoas precisam de atenção no sentido mais ampliado do termo, pois, como destacam várias pesquisas epidemiológicas, a cronificação da pessoa em sofrimento psíquico vem justamente da limitada oferta de possibilidades de convivência social; não se trata de algo intrínseco à doença, como postulado pela psiquiatria tradicional. Configura-se neste campo da saúde mental a necessidade de um trabalho de desmontagem e transformação na direção da invenção constante de outras realidades (Amarante & Nunes, 2018).

Neste contexto de luta pela transformação da realidade destas pessoas que sofrem mentalmente, os profissionais de saúde têm um papel importante, já que normalmente a pessoa em sofrimento psíquico “[...] não tem o mesmo poder de oposição que os outros grupos de excluídos, por todos os seus atos serem normalmente, circunscritos e interpretados como doença” (Nicácio, 2003, p.124). É indispensável o empenho destes profissionais - equipe de referência e equipe matricial – no sentido de desfazer aquela lógica excludente presente no contexto de vida destas pessoas em sofrimento psíquico, para que se possa alcançar a intenção de desinstitucionalização anunciada pela autora, envolvendo atores plurais, linguagens múltiplas e saberes diversos, rumo à consolidação da promoção à saúde.

Outro entrevistado percebe ainda a implantação do matriciamento em saúde mental como um importante oportunizador de melhorias no acesso e acompanhamento das pessoas em sofrimento psíquico pelo especialista em saúde mental.

Com o matriciamento facilitou o acompanhamento com o especialista, mas depende de o paciente ir e a família acompanhar. Só tem avanço, só dá para fazer quando o paciente quer, procura, vem com a família. Aí a gente encaminha para o neurologista ou para o psiquiatra e eles vão ficando bom. Mas aí também a Unidade dá conta. Teve um paciente que entrou em uma depressão, uma síndrome do pânico terrível. Não falava, não levantava a cabeça e nem nada, usava uns dez medicamentos. Ele começou a seguir com o psiquiatra do matriciamento e comigo, vindo certinho junto com a esposa. Eu fazia as receitas. Agora, ele já está quase bom. Já está conversando, brincando e quer voltar a trabalhar. Não precisou nem passar pela psicóloga, pela equipe, foi direto para o psiquiatra do CAPS e deu certo. Os pacientes conseguem as consultas mais rápido que antes. Melhorou a acessibilidade do paciente à rede (Equipe de referência 4).

O profissional da equipe de referência anunciou nesta fala a realização de um trabalho com o psiquiatra do matriciamento, que possibilitou, segundo ele, a melhoria do acesso a um saber especializado pela AB e a ampliação da cobertura de tratamento destas pessoas em sofrimento



psíquico pelo especialista, o que, certamente, se configura como um avanço importante para o setor.

O modelo assistencial em saúde mental, que se pretende transformar com a proposta do matriciamento, aparentemente se mantém centrado na figura do médico e da medicação, o que pode limitar a abrangência de possibilidades de cuidado deste usuário e a criação de alternativas – possivelmente construídas no encontro produtivo entre profissionais de saúde e usuários – que garantam o cuidado também àqueles resistentes ao tratamento.

Deve-se levar em conta que a adesão ao tratamento nem sempre é algo simples, como discutido por Gonçalves e cols. (2011). Trata-se de um processo multifatorial, que diz também da relação entre quem cuida e quem é cuidado, que tem conceitos explicativos diferentes para o sofrimento psíquico. Por isso, é possível afirmar a necessidade de certa delicadeza neste processo comunicativo e perseverança nesta relação para a produção de saúde. Tais questões devem ser analisadas e colocadas em discussão nestes encontros matriciais. Caso contrário, corre-se o risco de se atribuir toda a responsabilidade da não adesão ao usuário e deixar de trabalhar as dificuldades que circundam esta situação de não adesão, desistindo daqueles que “não querem tratamento”.

Por fim, neste tópico sobre as mudanças provocadas pelo matriciamento em saúde mental, destaca-se também o relato de uma equipe de referência que não consegue visualizar qualquer transformação propiciada pelo matriciamento.

Não vejo mudança, até porque acho que não funciona, por exemplo, às vezes o paciente é demandado de ser atendido no CAPS e depois ele volta para a psicóloga da unidade, no caso deveria voltar para a equipe, mas é para ela que volta e fica na mesma. Mesmo que um ambulatório (Equipe de referência 5).

201

Ainda é marcante a associação da saúde mental às categorias psi, como destacado nas duas últimas falas, o que certamente resulta em prejuízo para construção de um cuidado integral em saúde. Apesar do entrevistado reconhecer a necessidade de o caso “voltar para a equipe”, aparentemente, os próprios matriciadores continuam delegando a saúde mental à psicologia, contrariando os preceitos do matriciamento de fazer valer a integração da saúde mental nas práticas cotidianas de todos os profissionais da AB.

Além da atualização do plano discursivo em saúde mental, o matriciamento deve beneficiar também a alteração da realidade de cuidado no plano prático. Entretanto, o que se observa é o predomínio da perspectiva de transferência de responsabilidades por meio de encaminhamentos, e menos a substituição de uma lógica centrada na figura do especialista médico por um modo de operar baseado na clínica ampliada, que envolve atores, saberes e práticas diversas (Sampaio & Bispo Júnior, 2021).



3.3 Dificuldades vivenciadas para a efetivação do Matriciamento em Saúde Mental

As equipes de referência enumeram algumas dificuldades importantes acerca da efetivação do matriciamento, como o descrédito à proposta por parte dos próprios matriciadores. O relato seguinte evidencia o que se menciona:

Fica difícil. Você vê que às vezes o próprio profissional do CAPS não acredita no que fala. Outro dia, tinha um paciente que não conseguia vir na Unidade, nós tínhamos que ir lá e aí as matriciadoras responderam: "O psiquiatra já falou: 'Tudo bem, eu vou, mas o que eu vou fazer lá? Se é um paciente tão grave, que nem sai de casa, o que a minha visita vai poder contribuir?'. É isto que as pessoas se questionam: "Por que eu vou fazer isto, se não vai ter resultado?". Acho que fica ambíguo. As pessoas já têm medo, tem a questão de não ter muitos recursos no território para estes pacientes, e aí ouvem uma coisa dessas, aí que não vai querer mesmo fazer nada (Equipe de referência 2).

Outro entrevistado percebe também certo descrédito por parte do psicólogo da AB, o que, somado à escassez de encontros e discussões regulares da equipe de referência com a equipe matricial e de formação específica na temática para as equipes envolvidas, dificulta ainda mais a consolidação do matriciamento em saúde mental na rede de saúde municipal. Nas palavras da equipe de referência:

Outro dia, eu peguei uma paciente séria. Fui conversar com a psicóloga e ela me disse: "Ah não, se ela surtar a gente encaminha". Não dá para tentar fazer uma ação, interagir? A gente sozinha não tem pernas, porque a gente não tem apoio psicológico, não tem capacitação e a gente esbarra com tudo. A gente também quer ser acolhido, saber o que fazer, como me envolver, por exemplo, a gente espera uma reunião e está cada vez mais difícil. Agora é a cada dois meses. A gente precisa conversar com alguém para ter apoio. Fica meio solto, acaba que fica mesmo naquilo de só acompanhar a saúde dele (Equipe de referência 6).

O matriciamento para se efetivar naquilo que se propõe de compartilhamento de saberes e práticas rumo à ampliação do cuidado em saúde, deve se configurar com o envolvimento de todos os atores da saúde, ainda mais daqueles profissionais psi – no caso das falas acima, profissional do CAPS, psiquiatra e psicólogo da AB - que se mantêm como referência para a área. O descrédito destes possíveis parceiros, associado à deficiência de condições concretas de “capacitação” e “apoio” a estes profissionais que querem fazer pela saúde mental, tem resultado, normalmente, na retomada daquela lógica de encaminhamento ou em ações assistencialistas e de tutela para com as pessoas em sofrimento psíquico.



Pontua-se a necessidade de ficar atento para que o matriciamento não se reverta na transferência de responsabilidade entre serviços ou profissionais. Esta realidade resulta em uma atenção à saúde fragmentada, repassando os usuários de um serviço ao outro, muitas vezes sem uma análise clínica criteriosa, inviabilizando a construção de vínculo, com foco na doença como objeto de intervenção. Tem-se a inexistência do vínculo entre usuário e profissionais e entre trabalhadores, o que revela o funcionamento ineficaz da rede de saúde mental pela não construção de uma atuação conjunta (Azevedo et al., 2013).

Por tudo isto, são valorizados os processos formativos, o estabelecimento de vínculo e acolhimentos também entre os operadores do cuidado em saúde mental para que, ao compartilhar responsabilidades, saberes e práticas, o profissional da AB possa ser valorizado em seu movimento cuidador e possa apreender que “acompanhar a saúde dele” não é pouco para a proposta da saúde mental. Tal proposta não carrega qualquer perspectiva de cura destes usuários, mas a intenção de promover saúde por meio dos desejos singulares de cada uma destas pessoas em sofrimento psíquico.

O trabalho matricial deve acarretar na ampliação da “[...] resolubilidade das ações em saúde, definindo responsabilidades de coordenação e instituindo espaços de diálogo, aprendizagem e cooperação entre profissionais de diferentes serviços” (Bertussi, 2010, p.112) para a promoção à saúde destas pessoas. Advoga-se pelo fortalecimento das análises sobre os processos de trabalho como um todo, de modo a repensar estas fragmentações, bem como as condições de trabalho destes profissionais, a fim de fazer valer a integração definitiva da saúde mental no cotidiano das práticas de todos os profissionais de saúde.

Vale problematizar, por exemplo, se realmente trata-se de “falta de tempo”, “elevada demanda e número insuficiente de profissionais” para operar o cuidado em saúde mental – como apresentado por alguns entrevistados como obstáculo à realização do matriciamento e, naturalmente, à atuação em saúde mental. Ou, como discutido por Ballarin, Blanes e Ferigato (2012), se relaciona-se a dissociação do matriciamento com o “planejamento e gestão eficazes do processo de trabalho na unidade e dos processos subjetivos inerentes ao trabalho em saúde” (p. 775), que tem acarretado sobrecarga para esses trabalhadores.

3.4 Propostas de consolidação do Matriciamento em Saúde Mental

Foi marcante entre os entrevistados a afirmativa da necessidade de intensificação dos momentos de integração entre equipes de referência e equipes matriciais, por meio também de “encontros matriciais regulares”, inclusive para garantir espaços de educação permanente e formação continuada em saúde mental aos profissionais envolvidos neste trabalho.



Acho que tem que voltar a ter pelo menos reunião mensal com cada equipe, mas com uma periodicidade certinha, porque na correria do dia a dia, a gente trabalha muito apagando incêndio e aí a gente acaba não chamando. Agora, se você tiver aquele compromisso de discutir os casos, aí em toda reunião de equipe você vai tentar trazer um caso para discutir. É importante isto para a gente se capacitar também, porque as pessoas segmentam estes pacientes, vê como louco, não vê que o paciente tem outras questões: diabetes, problema de estômago. Só vê problema de saúde mental. Então tem que fazer algumas ações junto com a gente (Equipe de referência 6).

A busca por competências deve ser vislumbrada como uma possibilidade de fomentar um trabalho sustentado na perspectiva da clínica ampliada, visto que, em tal processo, os profissionais podem acabar por reconhecer que “[...] não há autossuficiência de saberes no campo da saúde”, “[...] despertar o interesse em aprender algo novo/diferente”, reconhecer os “saberes em outros”, reconhecer que “o suposto “sabido” pode não saber” e construir as habilidades que se quer na produção de redes conectadas e solidárias (Oliveira, 2011, p.112).

São muitos os benefícios do encontro de múltiplos saberes, vivências, perspectivas variadas de mundo, saúde e sujeito para a ampliação do olhar de todos na direção de um cuidado integral à saúde. É possível apreender pela fala de um dos entrevistados acima que os profissionais trabalham com a demanda que chega à Unidade, “apagando incêndio” e pouco por meio de um planejamento para a promoção à saúde e prevenção de doenças. Neste sentido, o encontro matricial regular, como defendido pelo entrevistado, tem a possibilidade de reverter esta situação, criando compromisso de todos os profissionais com a proposta da saúde mental. Isso pode resultar em benefício também ao usuário, que passa a ser acompanhado em sua saúde de modo longitudinal.

Os espaços de encontro produtivo têm se afirmado como importantes para o setor saúde como um todo, em sua possibilidade de ofertar continente para as dificuldades vivenciadas pelos profissionais nesta desafiadora tarefa de trabalhar pela promoção à saúde; de reforçar a solidariedade, o sentimento de responsabilidade de todos sobre o trabalho e de criar alternativas possíveis de mediação de conflitos internos às equipes (Peruzzo *et al.*, 2018). Em relação a isto, Bertussi (2010) destaca que não se trata de pôr fim às disputas presentes no cotidiano do trabalho em saúde, mas de colocar estes conflitos em outro patamar, com mais possibilidades de diálogo, negociação e revelação de dinâmicas instituidoras, que se abrem a novas linhas de possibilidades em fazer saúde, “[...] permitindo a introdução de modificações no cotidiano do serviço em torno do processo de trabalho de cada equipe, mais comprometido com as necessidades de saúde individual e coletiva” (Bertussi, 2010, p.125).



4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo teve como objetivo analisar as concepções das equipes de referência da AB sobre as práticas do matriciamento em saúde mental. Os resultados demonstram que o matriciamento configura-se como uma importante estratégia de orientação das equipes para o trabalho em saúde mental, capaz de fomentar o maior envolvimento das equipes da AB no cuidado com as pessoas em sofrimento psíquico, proporcionando a melhoria da atenção. Verifica-se também a presença de concepções sobre o matriciamento em saúde mental como uma proposta com baixa resolutividade, que se limita ao papel de fiscalizar o trabalho das equipes da AB, favorecendo a ampliação do poder dos especialistas e o impedimento de livre fluxo ao CAPS.

É oportuno colocar em análise, no cotidiano das práticas, o modo como está sendo operado o matriciamento, sustentado em relações transversalizadas ou em relações hierarquizadas, que supõem valores de importância de cada saber presente no encontro. Deve-se problematizar também, na realidade desses encontros matriciais, as expectativas dos envolvidos em relação ao matriciamento. A equipe matricial não está para levar à AB a solução para os casos de sofrimento psíquico; e a equipe de referência, por sua vez, não está para cumprir as designações das equipes matriciais. A proposta teórica e prática do matriciamento consiste em uma ação conjunta e em rede na produção de saúde para as pessoas em sofrimento psíquico, a partir da análise das necessidades dos territórios.

Nessa direção, o estudo proposto demonstrou que existem equipes de referência que fazem um trabalho importante em relação às equipes matriciais na direção da integralidade da atenção em saúde mental, mobilizando a comunidade de modo geral pela mudança na forma de lidar com as pessoas em sofrimento psíquico, no sentido de cuidar de cada sujeito em sua existência e no tocante às suas condições concretas de vida. Contudo, isto parece estar ligado ainda à disposição quase que pessoal do profissional em operar mudanças pela saúde mental das pessoas, não que esta disponibilidade pessoal não seja importante, mas entende-se que seja necessário mais que isto, um apoio político e institucional para a sustentação dessa prática contra hegemônica, que propõe o cuidado no território.

Defende-se o matriciamento em saúde mental como uma importante estratégia na direção da promoção à saúde e da desinstitucionalização, por sua capacidade em abranger a AB nas discussões e ações que circundam a Reforma Psiquiátrica. O matriciamento em saúde mental, apesar da defesa de sua possibilidade em fazer valer a promoção à saúde e a desinstitucionalização, ainda tem muito caminho a percorrer em relação aos profissionais envolvidos neste trabalho para a superação dos tantos obstáculos, inclusive culturais, que insistem em centralizar o poder no especialista e na medicação para o cuidado em saúde mental.



Entende-se que a consolidação do matriciamento para a saúde das pessoas em sofrimento psíquico, depende também de políticas municipais afirmativas, que provoquem todas as equipes da AB a trabalharem voltadas à construção conjunta de possibilidades favoráveis à promoção da saúde. Faz-se imprescindível discussões constantes e reiteradas com todos os envolvidos a respeito desta proposta matricial, que requer o empenho de tantos atores em sua elaboração e execução, bem como a negociação e pactuação das responsabilidades dos envolvidos, para que o matriciamento em saúde mental se efetive em toda sua potencialidade.

Ressalta-se como limitação deste estudo o fato de se compor apenas com as concepções das equipes da AB sobre matriciamento em saúde mental. Indica-se a necessidade de outras pesquisas que integrem os entendimentos das equipes da AB, equipes dos CAPS, gestores e usuários sobre essa estratégia de cuidado, para seu fortalecimento no SUS.

5 REFERÊNCIAS

- Amarante, P., Nunes, M.O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], 23 (6). <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
- Azevedo DM, Gondim MCSM, Silva DS. (2013). Matrix support in mental health: the perception of professional in territory. *R. Pesq.: cuid. Fundam.* 5(1): 3311-22. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-328141>
- Ballarin, M.L.G.S., Blanes, L.S., Ferigato, S.H. (2012). Apoio matricial: um estudo sobre a perspectiva de profissionais da saúde mental. *Interface*, 16 (42): 767-78. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012000300014>
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Barros, A.C., K.C., Silva, L.K.B.S., Silva, J.V.S. (2018). A Estratégia Saúde da Família no processo de matriciamento em saúde mental na Atenção Básica. *Revista Desafios*. 05(1), 121-127. [10.20873/ufv.2359-3652.2018vol5n1p121](https://doi.org/10.20873/ufv.2359-3652.2018vol5n1p121)
- Bertussi, D.C. (2010). O Apoio Matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde. (Tese de Doutorado) Universidade Federal do Rio de Janeiro. http://objdig.ufrj.br/50/teses/d/CCS_D_DeboraCristinaBertussi.pdf
- Castro, C.P., Oliveira, Mônica, M., Campos, G.W.S. (2016). Apoio Matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], 21(5), 1625-1636. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19302015>
- Gonçalves, D.A., Ballester, D., Chiaverini, D.H., Tófoli, L.F., Chazan, L.F., Alemida, N., Fortes, S. (2011) Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf
- Dimenstein, M., Siqueira, K., Macedo, J.P.S., Leite, J.F., Dantas, Candida. (2017). Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. *Arquivos Brasileiros*



de Psicologia, 69(1), 72-87.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000200006

Figueiredo, M.D. (2006). Saúde Mental na Atenção Básica: Um estudo hermenêutico-narrativo sobre o Apoio Matricial na rede SUS-Campinas (SP). (Dissertação de Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. <https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/370049>

Iglesias, A. (2009). Em nome da Promoção à Saúde: análise das ações em macrorregião do município de Vitória-ES. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Espírito Santo]. <https://repositorio.ufes.br/items/95a42e5c-4eb0-4db4-b09d-2380f07f11d2>

Iglesia A. (2015). O matriciamento em saúde mental sob vários olhares. [Tese de Doutorado, Universidade Federal do Espírito Santo]. <https://repositorio.ufes.br/items/3a53bd18-0073-478b-b222-f979279dab15>

Iglesias, A., Avellar, L.Z. (2019). Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. *Ciência & Saúde Coletiva* [on-line], 24(4), 1247-1254. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.05362017>

Lima, M., Dimenstein, M. (2016). O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. *Interface (Botucatu. On-line)*, 20 (1), 625-635. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0389>

Medeiros, R.H. A. (2015). Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [on-line], 25(4), 1165-1184. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000400007>

Minayo, M. C. S. (2007). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Hucitec.

Nicácio, M.F. (2003). Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de Saúde Mental. [Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas]. <https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/297444>

Oliveira, G.N. (2011). Devir apoiador: uma cartografia da função apoio. [Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas]. https://redehumanizaus.net/sites/default/files/devir_apoiador_gustavo_nunes.pdf

Pegorari, R.F., Cassimiro, T.J.L., Leão, N.C. (2014). Matriciamento em saúde mental segundo profissionais da Estratégia de Saúde da Família. *Psicologia em Estudo*, 19(4), 621-631. <https://doi.org/10.1590/1413-73722348905>

Peruzzo, H.E., Bega, A.G., Lopes, A.P.A.T., Haddad, M.C.F.L., Peres, A.P., Marcon, S.S. (2018). The challenges of teamwork in the family health strategy. *Escola Anna Nery* [online], 22(4), e20170372. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0372>

Pupo, L. R., Rosa, T. E. C., Sala, A., Feffermann, M., Alves, M. C. G. P., & Morais, M. D. L. S. (2021). Saúde mental na Atenção Básica: identificação e organização do cuidado no Estado de São Paulo. *Saúde em Debate*, 44 (spe 3), 107-127. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E311>

Rodrigues, E.S., Moreira, M.I.B. (2012). A interlocução da saúde mental com Atenção Básica no município de Vitoria/ES. *Saúde e Sociedade*, 21 (3): 599-611. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000300007>



- Sampaio, M.L, Bispo Júnior, J.P. (2021). Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. Cad. Saúde Pública, 37(3):e00042620. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620>
- Santos, A.M., Cunha, A.L.A., Cerqueira, P. (2020). O matriciamento em saúde mental como dispositivo para a formação e gestão do cuidado em saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva [online], 30(04), e300409. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300409>
- Silva, T.A., Paula Júnior, J.D. (2019). O diálogo necessário: clínica e saúde mental. Analytica: Revista de Psicanálise, 8(15), 1-16. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2316-51972019000200008
- Souza, A.C., Rivera, F.J.U. (2010) A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva, 4 (1): 105-14. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/53758>
- Tenório, G. O. (2009). Apoio Matricial: obstáculos e potencialidades nas práticas em construção. Rede Humaniza SUS. <https://redehumanizasus.net/7077-o-apoio-matricial-obstaculos-e-potencialidades-nas-praticas-em-construcao/>
- Torre, E.H.G., Amarante, P. (2001). Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. Ciência e Saúde Coletiva, 6 (1): 73-85, 2001. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100006>