



## SUPOORTE NA ATENÇÃO BÁSICA E OS DESAFIOS NA SUA INTEGRALIDADE COM ÊNFASE NA MATRICIAL

**Thiago Ruam Nascimento**

Uninassau - Enfermagem

**Camila Eduarda Barbosa Gomes**

Universidade Federal de Pernambuco - Serviço Social

Orcid: 0009-0003-6716-3744

**Edília Thereza borges de barros silva neta**

Escola Bahiana De medicina e saúde pública - Enfermagem

Orcid: 0009-0003-9589-6080

**José Alef Bezerra Ferreira**

Centro Universitário de Goiás - UNIGOIÁS - Enfermagem

Orcid: 0009-0001-7208-363X

**Marília Gabriela Gomes de Oliveira**

Universidade Federal de Pernambuco - Serviço Social

Orcid: 0000-0002-6900-3096

**Eloisa Feitosa Silva**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - Enfermagem

Orcid:0000-0002-2400-1505

**Karine Santos da Silva**

Faculdade de Tecnologia e Ciências -Ftc Salvado - Enfermagem

<https://orcid.org/0009-0006-5665-7759>

**Morgana Albuquerque Prates**

universidade estadual de montes claros - Médica

Orcid 0009-0005-4462-5250

**Júlia Silva Souza**

Universidade do Estado da Bahia - Fisioterapeuta

0009-0002-0586-1478

**Maria Eduarda Bezerra do Nascimento**

Centro Universitário Fametro - Enfermagem

<https://orcid.org/0009-0009-9720-0562>

**Valdomiro Junio Soares Ferreira**

Universidade Tiradentes - UNIT - Fisioterapia

Orcid: 0009-0004-5005-4397

**Vanessa Santos Militão**

Centro Universitário Estácio da Bahia



## RESUMO

**Objetivo:** investigar o desenvolvimento das atividades do matriciamento entre Núcleo Ampliado de Saúde da Família, Centro de Atenção Psicossocial e Equipes da Estratégia de Saúde da Família. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa desenvolvida na perspectiva da análise institucional no município de Currais Novos, interior do Rio Grande do Norte, entre junho e setembro de 2020. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 22 profissionais dos referidos serviços de saúde. **Resultados:** Três categorias foram identificadas como resultado da análise de conteúdo a partir das estórias obtidas nas entrevistas: fraquezas e desafios nas práticas de ingestão de saúde mental. Apoio matricial e caminhos a seguir. Atenção fragmentada e falta de responsabilidade pelo cuidado. **Conclusão:** Foi possível constatar que o apoio matricial ainda tem um longo caminho a percorrer para que a forma como são guiados e articulados requisitos e equipamentos seja realmente o recomendado.

**Palavras chave:** Atenção Básica, Matricial; Saúde Mental.

## “SUPPORT IN PRIMARY CARE AND THE CHALLENGES IN THEIR ENTIRETY WITH EMPHASIS ON THE MATRIX

### ABSTRACT

**Objective:** to investigate the development of matrix support activities between the Expanded Family Health Center, Psychosocial Care Center and Family Health Strategy Teams. **Method:** This is a qualitative research developed from the perspective of institutional analysis in the municipality of Currais Novos, in the interior of Rio Grande do Norte, between June and September 2020. Semi-structured interviews were carried out with 22 professionals from the aforementioned health services. **Results:** Three categories were identified as a result of content analysis from the stories obtained in the interviews: weaknesses and challenges in mental health intake practices. Matrix support and paths forward. Fragmented attention and lack of responsibility for care. **Conclusion:** It was possible to verify that matrix support still has a long way to go so that the way in which requirements and equipment are guided and articulated is truly recommended.

**Key words:** *Basic Care, Matrix; Mental health.*

**Dados da publicação:** Artigo recebido em 26 de Novembro e publicado em 06 de Janeiro de 2024.

**DOI:** <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v6n1p364-378>

**Autor correspondente:** *Thiago Ruam Nascimento*





## **INTRODUÇÃO**

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

A partir da década de 1970, o Brasil viu emergir uma série de movimentos que desafiaram o paradigma manicomial e propuseram novos modelos e práticas de atenção à saúde mental. Na esteira da reforma sanitária brasileira, o Deslocamento Nacional Antimanicomial esteve presente, formando e consolidando o movimento da reforma psiquiátrica (RP). Junto com outras bandeiras de peleja, a saúde mental atravessou a ser reconhecida como parte do cuidado global, com um modelo territorial de cuidado que deve ser atendido de forma interprofissional e intersetorial (1,2).

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

Contudo, é fundamental no processo de desospitalização e desinstitucionalização psiquiátrica que ocorra a criação e alargamento da rede substitutiva em saúde mental e que a problemática do sofrimento psíquico seja reconhecida e reforçada na Atenção Primária à saúde (APS), o que a torna necessária. Com o avanço da própria RP, estudo mostra<sup>(7)</sup> que os CAPS ocupam lugar predominante na saúde mental e no processo de regionalização, enquanto a assistência à saúde mental nos estabelecimentos de atenção primária à saúde era prestada com menos investimento e preocupação. No contexto em que se desenvolve esta investigação, a saúde mental aparece como uma das maiores demandas das equipes, resultando em uma grande cultura de medicalização que leva à busca por medicamentos, dificuldade das equipes desenvolver ações promocionais, agrupamentos ou mesmo casos. Essas equipes também sofrem com a falta de serviços e capacidades para fornecer suporte e apoio matricial (AM) para dimensionar suas operações e tomada de decisões.

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

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

Perante um contexto de declínio políticas públicas de saúde nos últimos anos e, em particular, no domínio da saúde mental, com o notório desmantelamento, sucateamento e subfinanciamento dos sistemas de cuidados e apoio, a relevância e a atualidade deste estudo. Deste modo, objetivou-se investigar o desenvolvimento das atividades do matriciamento entre



Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo qualitativo baseado nos conceitos da análise institucional. A análise institucional permite que os pesquisadores busquem compreender realidades sociais e organizacionais específicas em contraste com as conversas e práticas de seus sujeitos, a partir de relações dialéticas.

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

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

As entrevistas foram realizadas individualmente, gravadas com a autorização dos sujeitos que aceitaram deliberadamente participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE. Foram realizadas em salas reservadas dos serviços de saúde em horário previamente acordado com os participantes. As entrevistas foram transcritas e posteriormente excluídas do desenvolvimento das diferentes etapas da análise de conteúdo. De enviar ainda que todo o processo foi acompanhado de um diário de campo como forma de sintetizar um conjunto mais vasto de informações sobre o fenômeno em estudo.

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

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

A partir das informações recebidas O processo de identificação dos temas foi realizado por meio de análise de conteúdo. Seguem-se três etapas principais da análise de conteúdo: a etapa de exame preliminar do conteúdo ou leitura fluente do corpus de entrevistas; Escolha das unidades de análise e processo de classificação e subcategorização (14). O que vale a pena prestar atenção é o material obtido nas notas de campo e nas observações de serviço.

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



## RESULTADOS E DISCUSSÃO

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

### Fragilidades e dificuldades na prática do acolhimento em saúde mental

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

De modo geral, a experiência nessa área constatou que os usuários de saúde mental chegam à ESF, principalmente através do Agente Comunitário de Saúde ou de um familiar e são encaminhados para orientação médica, onde quase sempre recebem medicação. Ocorrência os casos sejam considerados mais graves, são encaminhados aos psiquiatras do NASF que visitam a UBS a cada três meses, e o tratamento permanece fragmentado, inadequado e baseado nos paradigmas biomédicos tradicionais. Apenas um enfermeiro da ESF afirmou encaminhar os casos para o CAPS de acordo com a gravidade.

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

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

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

*“Esse acolhimento é feito de uma forma precária” (ESF2) “É muito... esse acolhimento é muito pouco.” (ESF5) “Ai... é tão difícil acolher eles...” (ESF7)*

Como colocado nessas falas, é possível reconhecer que existem muitas falhas e dificuldades no download, que vão desde a entrada do usuário até os caminhos adequados que podem ser seguidos dentro da rede. Essa problemática também foi constatada em estudo (15) que mostrou que os profissionais devem estar atentos às queixas e necessidades desde a admissão em todos os cuidados de saúde nesta área. Do mesmo modo, um dos profissionais do NASF corrobora estes aspectos ao ilustrar que:

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

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

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



Esse achado revela a falta de critério nos encaminhamentos avulsos, sem desenvolver ações de acolhimento e escuta preconizadas nesse nível de atenção, o que evidencia a fragilidade nos processos de trabalho e a necessidade de auto-organização. Embora alguns profissionais questionam e identificam a necessidade de mudança desse contexto, quando o usuário em sofrimento psíquico é atendido pela própria ESF, o atendimento limita-se à renovação das receitas médicas, focando a atenção exclusivamente no atendimento médico e farmacológico, conforme desvendado por um profissional da ESF: *“Aqui quase sempre o paciente com doença mental e que toma psicotrópico eles somente enviam familiares para pegarem as receitas.”*(ESF5)

Os autores questionam a situação citada acima e afirmam que essa conduta dificulta a possibilidade de um olhar multidirecional para a saúde mental, tornando o cuidado ainda mais centrado no uso de drogas. Quando falamos em apoio matricial, saúde mental e acolhimento, imaginamos então em um processo organizacional do cuidado em que há um caminho a ser percorrido, pelo usuário e pelos profissionais, nos diferentes estabelecimentos de acordo com suas solicitações. O apoio matricial em saúde mental nos APS pode converter toda a rede de equipes, ao deixar claro o papel de cada profissional e serviço, permitindo que os usuários não sejam mais “reféns” apenas do atendimento do CAPS. Pelo que foi possível observar nesta categoria, os profissionais da ESF tinham conhecimento sobre a responsabilidade do cuidado em saúde mental, mas o conhecimento ainda era em grande parte retido pelas práticas pautadas no modelo biológico, ignorando os caminhos que esses usuários devem seguir, e o que você realmente deveria fazer.

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

### **Apoio matricial e os caminhos que vem sendo trilhados**

Nesta categoria Nosso objetivo é mostrar como evoluiu a trajetória do apoio matricial, conceitos e processos de especialistas relevantes. Para implementar o apoio matricial em saúde mental, as equipes devem estar informadas, conscientes e capazes de compreender na perspectiva da desinstitucionalização. Isto requer muito investimento intelectual, emocional e prático destinado ao trabalho intersetorial, multidisciplinar e interprofissional.

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

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

Quando as equipes não têm uma compreensão clara do conceito de apoio matricial, criam-se lacunas que não deveriam mais existir, dificultando o apoio completo e contínuo. Os profissionais que atuam na área da saúde mental devem compreender a necessidade de se atualizarem com novas áreas do conhecimento a fim de remodelar novas práticas de saúde e garantir a aplicação da saúde mental no contexto de serviços alternativos, como os campos terapêuticos, processo saúde-doença mental dos usuários e seus familiares.

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



Porém, vale ressaltar que embora os profissionais não tenham uma compreensão clara de como funciona o Apoio Matricial, já existe um esforço em direção a uma forma diferente de fazer as coisas e mais alinhada com a ferramenta. Esse aspecto pode ser melhor esclarecido observando as falas:

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

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

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

Deve-se considerar que esta linha de ação é consistente com propostas que definem dois métodos principais de estabelecimento de contato entre equipes de referência e patrocinadores. Uma delas é a organização de aglomerações regulares e periódicas (semanais, quinzenais ou mais) entre o ESF e o NASF. Isso sugere que os grupos traspassam, mesmo que superficialmente, por um processo de autoanálise, que permite aos membros avaliar as condições existentes e a partir daí procurarão juntos soluções para o problema identificado, permitindo que a auto-organização ocorra simultaneamente.. Outro ponto importante é que apoiar a matriz é claramente entendido como discutir o assunto e planejar ações. especialistas dizem:

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

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

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

As aglomerações acima (aglomerações matriciais) podem ser utilizadas para discussão de casos e elaboração de projetos unificados de tratamento . O cuidado que precisa ser tomado é a forma como ela é realizada, caso em que muitas vezes aparece como algo puramente para discussão, sem iniciativa de ação ou prática. Fazer isso também pode prejudicar a organização mais ampla do conhecimento e das práticas e alienar ainda mais as relações cruzadas entre as equipes. As equipes em questão demonstraram desconhecer a maior parte das ferramentas de apoio da matriz (PTS, genograma, ecomapa, visita domiciliar conjunta, contato remoto, interconsulta e consulta conjunta), baseiam suas atividades no atendimento clínico e individual, com pouca margem de manobra. para instrumentação e capacitação da equipe.

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

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

Foi identificado que os profissionais já conheciam o PTS ou de alguma forma já havia feito, mas sua execução não ultrapassa o formato de discussão de caso. Os casos são



discutidos e pensados possíveis soluções avulsas, deixando vulnerável o processo sistemático que norteia o PTS:

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

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

A fala seguinte mostra bem a problemática citada:

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

Essa asserção levanta a necessidade de maior horizontalidade nas relações dentro da própria Atenção Primária à saúde (APS). ABS promove a qualidade dos processos de trabalho médico por meio da avaliação de tecnologias leves e do investimento na prática clínica ampliada e compartilhada, impulsionando o processo de reorientação de comportamentos na área médica, representando um cenário privilegiado e difundido.. Assistência integral . Quanto às genealogias e mapas ecológicos, apenas um expert da ESF e dois especialistas do NASF já tinham escutado falar deles, mas não tinham certeza de como funcionavam e nenhum deles os havia realmente implementado.

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

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

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

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

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

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





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

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

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

Dentre os demais aspectos aqui observados, destaca-se o maior comprometimento dos gestores com a promoção de espaços de educação continuada e com a capacitação dos profissionais que desempenham a prática cotidiana do cuidado. Não se trata apenas de ter conhecimento superficial de alguns conceitos e/ou agir de forma altruísta e espontânea, mas também de desenvolver e capacitar especialistas para executar medidas de apoio matricial conforme orientação e recomendação.

### **Fragmentação da atenção e desresponsabilização do cuidado**

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

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

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

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

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

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

mostrando assim que a falta de articulação dos equipamentos não condiz com os princípios que deveriam nortear as ações de saúde mental no âmbito da atenção básica: “a



articulação de saberes e práticas, o acolhimento dos usuários; responsabilização perante a clientela atendida no território estabelecer vínculos entre assuntos interessados; e suporte abrangente. O CAPS, por sua vez, é um equipamento que tem sua prática subsidiada no apoio matricial<sup>(25)</sup>, apesar do CAPS pesquisa não ter conseguido ainda desenvolver movimentos que condiz com o matriciamento, centrando sua prática ao próprio equipamento, mesmo os profissionais conhecendo e tendo a noção da necessidade desse movimento para promoção de práticas antimanicomialis.

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

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

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

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

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

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

Vale ressaltar que a maioria dos profissionais entrevistados tem consciência da fragilidade do cuidado em saúde mental e eles próprios possuem alternativas muito viáveis para enfrentar esses problemas: educação permanente em saúde, maior integração e comunicação entre profissionais e equipamentos, e a criação de leitos psiquiátricos em o hospital geral. Mas mesmo assim, eles não parecem acreditar que isso possa funcionar e que seja possível fazer as coisas de maneira diferente.

Vale ressaltar também que o apoio matricial em saúde mental, diante de todos os desafios gerenciais, das relações intragrupais e individuais de cada profissional, exige formas de relacionamento mais integradas, que não são mantidas por meio de aglomerações pontuais, sem propositura e centralidade. o usuário / família.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

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



Foi possível identificar que o apoio matricial ainda tem um longo caminho a percorrer para que a forma de condução e articulação de requisitos e equipamentos seja de fato conforme preconizado pelas autoridades da secretaria de Saúde, mas especificamente no Guia de Práticas do Apoio Matricial e seus escritos de campos, mentor desta ferramenta. Esta situação mostra que É mais fácil para os profissionais reproduzir o que é "familiar" antigo e estabelecido. em vez de tentar provocar mudanças e rupturas nos edifícios. Sabe-se que os especialistas acabam repetindo a lógica pela qual batalharam durante muito tempo. Mesmo quem sabe e sabe um pouco mais sobre o que pode ser feito. Em vez disso, sucumbiram aos mesmos métodos biomédicos.

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

Para um fazer almejado pelo Apoio Matricial, é necessária uma prática com o olhar intersetorial e integral. Voltando-se para um ideal de transformação social e ruptura com a dominação, exploração e mistificação, para que seja possível recontextualizar o cuidado no âmbito da saúde mental. Ressalta-se que este estudo foi muito importante para demonstrar que o Apoio Matricial é um tema que desperta interesse e mobiliza as equipes. Por outro lado, vale destacar os limites deste estudo na medida em que enfoca uma dimensão local limitada do ponto de vista de determinados atores que não esgotam plenamente todas as facetas e aspectos que permeiam o fenômeno.

## REFERÊNCIAS

- Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 8. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2016.
- Penido C. Apoio matricial em saúde mental no contexto da saúde coletiva. In: Paulon S, Neves R, organizadores. Saúde mental na atenção básica. Porto Alegre: Sulina; 2013. p. 17-38.
- Brasil. Lei nº 10.2016, de 6 de Abril de 2001. Proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário oficial da união. 6 Abr 2001.
- Brasil. Ministério da saúde. (2011). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário oficial da união. 24 dez 2011.
- Figueiredo M, Campos R. Saúde mental e atenção básica à saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. Saúde em Debate, 2009; 32(79):143-9.
- Dimenstein M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. Cad. BrasSaúde Mental, 2009; 1(1):1-10.
- Bezerra E, Dimenstein M. Os Caps e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. Psic. Ciênc. Profissão, 2008; 28(3):632-45.
- Gaudenzi P, Ortega F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. Saude Educ., 2012; 16(40): 21-34.
- Brasil. HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.



- Ministério da Saúde (BR), Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- Iglesia A. O matriciamento em saúde mental sob vários olhares. [Tese]. Espírito Santo: Universidade Federal do Espírito Santo; 2015.
- L'abbate S. Análise institucional e intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na saúde coletiva. *Mnemosine*, 2012; 8(1):194-219.
- Lourau R. Objeto e método da análise institucional. Hucitec: São Paulo; 2004.
- Minayo MCS. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Vozes. Petrópolis. 2004.
- Schutel TAA, Rodrigues J, Peres GM. A concepção de demanda em saúde mental na atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde*. Florianópolis. 2015; 8(2): 85-93.
  
- Barembly G. Compêndio de análise institucional. 3. Ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1996.
- Azevedo D, Gondim M, Silva D. Matrix support in mental health: the perception of professional in territory. *R. pesq.: cuid. fundam.* [periódico na internet]. 2013 [acesso 2020 fev 2]; 5(1): 3311-22. Disponível em: [http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/1951/pdf\\_689](http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/1951/pdf_689)
- Cunha G, Campos G. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde Soc.*, 2011; 20(4): 961-70.
- Quinderé PHD, Jorge MSB, Nogueira MSL, et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Ciênc. saúde coletiva*, 2013; 18(7): 2157-66.
- Gama CAP et al. Os profissionais da atenção primária à saúde diante das demandas de saúde mental: perspectivas e desafios. *Interface (Botucatu, Online)* [periódico na Internet]. 2021 [acesso em 2022 Nov 18]; 25(1):1-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/ngR3KBL56xBNvHGNGjScJ9S/?lang=pt>
- Silva AM, Miranda L. Paradoxos e limites da colaboração interprofissional: análise de um núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica. *Trabeduc saúde* [periódico na Internet]. 2022 [acesso em 2022 Nov 18]; 20(1):1-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/QWHT8phR4GFDTCfKxpbR53S/?lang=pt>
- Campos G, Domitti A. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2007; 23(2):399-407.
- Queiroz DM, Oliveira LC, Araújo Filho PA, Silva MRF. Desafios e potencialidades para produção do cuidado integral na atenção primária à saúde brasileira. *Rev Bras Enferm* [periódico na internet]. 2021 [acesso 2022 fev 2]; 74(5):e20210008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Ntj6sMgKWb8JSkkmrw58nyQ/?format=pdf> HYPERLINK  
"https://www.scielo.br/j/reben/a/Ntj6sMgKWb8JSkkmrw58nyQ/?format=pdf&lang=pt" HYPERLINK  
"https://www.scielo.br/j/reben/a/Ntj6sMgKWb8JSkkmrw58nyQ/?format=pdf" HYPERLINK  
"https://www.scielo.br/j/reben/a/Ntj6sMgKWb8JSkkmrw58nyQ/?format=pdf&lang=pt"& HYPERLINK  
"https://www.scielo.br/j/reben/a/Ntj6sMgKWb8JSkkmrw58nyQ/?format=pdf&lang=pt"lang=pt" HYPERLINK  
"https://www.scielo.br/j/reben/a/Ntj6sMgKWb8JSkkmrw58nyQ/?format=pdf&lang=pt"& HYPERLINK





- Iglesias A, Avellar LZ. Matriciamento em saúde mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. *Ciênc. saúde coletiva* [periódico na internet]. 2019 [acesso 2022 fev 2]; 24(4):1147-54. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/csc/a/jG6jHLkx8zpxQMB4wQz6V6j/?format=pdf> HYPERLINK  
"<https://www.scielo.br/j/csc/a/jG6jHLkx8zpxQMB4wQz6V6j/?format=pdf&lang=pt>" HYPERLINK  
<https://www.scielo.br/j/csc/a/jG6jHLkx8zpxQMB4wQz6V6j/?format=pdf> HYPERLINK  
"<https://www.scielo.br/j/csc/a/jG6jHLkx8zpxQMB4wQz6V6j/?format=pdf&lang=pt>" & HYPERLINK  
"<https://www.scielo.br/j/csc/a/jG6jHLkx8zpxQMB4wQz6V6j/?format=pdf&lang=pt>" [lang=pt](https://www.scielo.br/j/csc/a/jG6jHLkx8zpxQMB4wQz6V6j/?format=pdf&lang=pt)" HYPERLINK  
<https://www.scielo.br/j/csc/a/jG6jHLkx8zpxQMB4wQz6V6j/?format=pdf&lang=pt>" & HYPERLINK  
"<https://www.scielo.br/j/csc/a/jG6jHLkx8zpxQMB4wQz6V6j/?format=pdf&lang=pt>" HYPERLINK  
<https://www.scielo.br/j/csc/a/jG6jHLkx8zpxQMB4wQz6V6j/?format=pdf> HYPERLINK  
"<https://www.scielo.br/j/csc/a/jG6jHLkx8zpxQMB4wQz6V6j/?format=pdf&lang=pt>" & HYPERLINK  
"<https://www.scielo.br/j/csc/a/jG6jHLkx8zpxQMB4wQz6V6j/?format=pdf&lang=pt>" [lang=pt](https://www.scielo.br/j/csc/a/jG6jHLkx8zpxQMB4wQz6V6j/?format=pdf&lang=pt)" HYPERLINK  
<https://www.scielo.br/j/csc/a/jG6jHLkx8zpxQMB4wQz6V6j/?format=pdf&lang=pt>" [lang=pt](https://www.scielo.br/j/csc/a/jG6jHLkx8zpxQMB4wQz6V6j/?format=pdf&lang=pt)