

APOIO MATRICIAL NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL EM UMA REGIONAL DE SAÚDE, PARANÁ, BRASIL

Georgia Dalla Valle Garcia

Discente do curso Enfermagem, Universidade Estadual do Centro Oeste, Guarapuava (PR), Brasil.

Isabella Fernanda da Silva

Enfermeira. Discente do Programa de Residência Multiprofissional em Álcool e outras Drogas da Universidade Estadual de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Marília Cavalcante

Enfermeira, Mestre, Docente do Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual do Centro Oeste, Guarapuava (PR), Brasil.

Michele da Rocha Cervo

Psicóloga. Mestre em Psicologia Social e Institucional. Docente de Psicologia da Universidade Estadual do Centro Oeste. Irati (PR), Brasil.

Gustavo Zambenedetti

Psicólogo. Doutor em Psicologia Social e Institucional. Docente de Psicologia da Universidade Estadual do Centro Oeste. Irati (PR), Brasil.

Daniela Viganó Zanoti-Jeronimo

Enfermeira. Doutora em Psiquiatria e Psicologia Médica. Docente do Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual do Centro-Oeste, Guarapuava (PR), Brasil.

E-mail: danielazanoti@uol.com.br

RESUMO: Este estudo objetivou analisar os limites e possibilidades do apoio matricial em saúde mental na Atenção Básica, segundo a percepção de gestores e profissionais de saúde em uma regional de saúde, Paraná, Brasil. Trata-se de um recorte da pesquisa intitulada Componentes da Rede de Atenção à Saúde Mental: realidade da 4ª e 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. Os dados foram coletados por grupo focal e submetido à análise de conteúdo, da qual emergiram duas categorias. Na primeira categoria discute-se a não realização do matriciamento por parte do NASF e CAPS e as contradições entre as políticas de saúde e sua efetivação. Na segunda, pontua-se a realização e as potencialidades do matriciamento em saúde mental. Ficou evidente que as equipes de apoio matricial precisam assumir a responsabilidade de suporte técnico à atenção básica principalmente no acolhimento às necessidades de saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental; Sistemas de apoio psicossocial; Serviços de saúde mental; Atenção primária em saúde.

MATRIX SUPPORT IN MENTAL HEALTH CARE AT A HEALTH CENTER IN THE STATE OF PARANÁ, BRAZIL

ABSTRACT: The limits and possibilities of matrix support in mental health within the basic health system are analyzed from the point of view of health managers and professional in a regional health center in the state of Paraná, Brazil. The paper is a section of a research titled Network Components in Mental Health Care at the 4th and 5th Regional Center of the state of Paraná. Data were collected by a focal group and submitted to content analysis from which two categories emerged. The first category discusses the non-occurrence of matrix by Nasf and Caps and the contradictions between health policies and their materialization. The second category underscores the performance and potentialities of matrix in mental health. It became evident that matrix support teams should bear the responsibility of technical support in Basic Care, especially in complying with mental health needs.

KEY WORDS: Mental health; Psychosocial support systems; Mental health service; Basic health care.

INTRODUÇÃO

Relatório divulgado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) alerta que cerca de 10% da população mundial apresenta algum

tipo de distúrbio mental (WHO, 2014). Além disso, indica grande desigualdade na distribuição e acesso a serviços de saúde no mundo, associada a aspectos como a ausência de políticas e legislações específicas em saúde mental, carência ou má distribuição de profissionais, subinvestimento na área (WHO, 2014).

No Brasil, os transtornos mentais e comportamentais ocuparam a terceira posição como motivo para afastamento do trabalho entre os anos de 2012 e 2016, “totalizando 668.927 casos, cerca de 9% do total de auxílios-doença e aposentadorias por invalidez no período” (BRASIL, 2017, p. 9). Considerando a concessão de auxílio-doença, os principais motivos entre os transtornos mentais foram a depressão (episódios depressivos ou transtorno depressivo recorrente) (41,15%), transtornos ansiosos (17,90%), transtorno afetivo bipolar (7,97%) e transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (15,01%) (BRASIL, 2017).

Estes dados evidenciam a relevância do campo da saúde mental e a necessidade de direcionamento de investimentos para tal área. Portanto, torna-se importante a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, principalmente aos serviços de atenção básica. Penido (2013) destaca que mais de 70% dos municípios brasileiros não têm porte populacional para se beneficiarem de serviços especializados em saúde mental, como os CAPS. Neste sentido, as ações nestes municípios são mais focadas nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Como apoio para as ESF, o Ministério da Saúde publicou o caderno 34 da atenção básica, intitulado saúde mental, estimulando e compartilhando conhecimento sobre o cuidado em saúde mental. Apresenta ferramentas e estratégias de intervenções terapêuticas, dando atenção para as ações de saúde possíveis de serem realizadas no contexto de atuação das ESF. O pressuposto não é apenas o de incorporação de novas ações, mas de qualificação das ações já realizadas, pautadas pela escuta a subjetividade, singularidade e humanização (BRASIL, 2013).

Entretanto, as ESF necessitam de apoio para a sensibilização e qualificação da prática em saúde mental, sendo o matriciamento uma ferramenta importante neste cenário.

No Brasil, a definição de matriciamento em saúde mental tem origem em discussões sobre a organização do

trabalho em saúde nos anos 1990, quando a construção de uma rede de serviços se inicia, depois da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 (ATHIÉ; FORTES; DELGADO, 2013).

Com o desenvolvimento das políticas e do SUS, a rede de saúde começa a incluir, em seu sistema, dispositivos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), alternativa ao tratamento hospitalar, e a Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2004). Lancetti e Amarante (2009) afirmam que a saúde da família tem maior potencial de inserção no território do que os CAPS, possibilitando um modo de atenção contextualizado. Por tal motivo, os autores afirmam a importância da realização de um trabalho conjunto entre os CAPS e a saúde da família.

A noção de matriciamento em saúde mental e da articulação entre serviços, necessária para o funcionamento da rede é formalizada pela criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) por meio da portaria 154/2008 (BRASIL, 2008). Nesta portaria, conforme Athié, Forte e Delgado (2013), há a recomendação da presença de profissional de saúde mental para a realização de um trabalho colaborativo e articulado com a atenção básica. Atualmente, o NASF é regulamentado pela portaria nº 3.124/2012 (BRASIL, 2012), mantendo a orientação relacionada à presença de um profissional da saúde mental. O matriciamento também pode ser uma atribuição dos serviços especializados, como os CAPS (MINOZZO; COSTA, 2013).

Os NASFS foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolutividade; são constituídos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e para apoiar os profissionais de saúde da atenção básica, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob a responsabilidade destas equipes (BRASIL, 2013). Entre as ações possíveis de serem desenvolvidas pela equipe de NASF estão a interconsulta, a construção conjunta de casos e projetos terapêuticos, grupos de saúde no território, entre outros (BRASIL, 2013). Em seu conjunto, estas práticas constituem o que é denominado, na saúde, de apoio matricial.

A palavra matricial, utilizada na saúde, está relacionada ao trabalho horizontal das equipes da

atenção básica, de referência, e a equipe de especialistas. E a palavra apoio traz uma articulação sem autoridade baseada em procedimentos dialógicos. O apoio matricial é uma metodologia de trabalho complementar, funcionando como retaguarda especializada a equipes e profissionais tanto na parte assistencial quanto no suporte técnico-pedagógico, ocorrendo compartilhamento de conhecimentos entre as equipes e a construção de orientações e intervenções conjuntas (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

A equipe de referência e a de apoio matricial, concomitantemente, buscam aprimorar a clínica ampliada e a integração dialógica entre elas, uma vez que a composição das equipes utiliza a interdisciplinaridade para assegurar uma abordagem integral a cada caso, a fim de garantir maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, investindo na construção de autonomia dos usuários. Seu uso como instrumento concreto e cotidiano supõe certo grau de reforma ou de transformação do modo como se organizam e funcionam serviços e sistemas de saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Por tal motivo, a implantação do matriciamento é visto como um desafio, visto que requer a ruptura com modelos instituídos.

Matriciamento ou apoio matricial também pode ser visto como um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica para os casos. Esse novo modelo tem orientado diversos municípios para um tipo de cuidado colaborativo e de integração entre a saúde mental e a atenção básica (CHIAVERINI et al., 2011).

Chiaverini et al. (2011) destacam que os sistemas de saúde costumam constituir-se de forma hierárquica, designando a diferenciação de autoridade entre quem encaminha e quem recebe um caso. Além disso, a comunicação muitas vezes ocorre de modo burocrático, por meio de informes escritos, sob responsabilidade dos usuários. Associado a estes aspectos, encontra-se também a perspectiva de desresponsabilização ou transferência de responsabilidade do serviço a partir da realização da referência ou contrarreferência.

Com o matriciamento busca-se transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde, rompendo ou atenuando os efeitos burocráticos e pouco dinâmicos dessa lógica tradicional (CHIAVERINI et al., 2011).

Diante disso, objetivou-se analisar os limites e possibilidades do apoio matricial em saúde mental na atenção básica segundo a percepção de gestores e profissionais de saúde em uma regional de saúde, Paraná, Brasil.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho é um recorte de uma pesquisa intitulada “Componentes da Rede de Atenção à Saúde Mental: realidade da 4ª e 5ª Regional de Saúde”, vinculado ao edital do Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde: Gestão Compartilhada em Saúde PPSUS.

Estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, realizado nos 20 municípios pertencentes à 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. Os critérios para seleção dos participantes foram: ser profissional de nível superior, desenvolver atividade assistencial nas equipes de atenção básica e/ou nas equipes de serviços especializados em saúde mental, não se encontrar em férias, afastamento ou licença. Participaram do estudo 20 gestores de saúde, três trabalhadores dos NASF, 121 trabalhadores da atenção básica e 41 trabalhadores de serviços especializados em saúde mental. Os gestores foram os secretários municipais de saúde. Os trabalhadores da atenção básica foram indicados pelos gestores municipais, segundo o critério de proximidade ou afinidade com a área da saúde mental e diversidade de unidades de saúde presentes no município. Em relação aos serviços especializados, todos os profissionais foram convidados a participar dos grupos focais.

Foram realizadas entrevistas individuais e grupos focais, gravados e transcritos, enfocando a implantação da Rede de Atenção Psicossocial nos municípios. A coleta de dados ocorreu, durante o ano de 2014 e início de 2015, por entrevistadores treinados para esta pesquisa.

Todos os preceitos éticos da resolução 466/12 foram seguidos. O estudo obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) local, com emissão do parecer de aprovação sob nº 79531. Para garantir a privacidade e o anonimato os participantes foram identificados por letras e números.

Para a análise de dados, utilizou-se a análise de conteúdo. Logo, no primeiro momento da análise,

ocorreu a transcrição na íntegra dos grupos focais e a leitura prévia das mesmas, identificando-se os elementos-chave. Seguiu-se a leitura ampliada das falas, análise profunda e agrupamento dos elementos-chave, definindo-se as categorias de análise e, por último, realizou-se a composição de uma estrutura descritiva que formou cada uma das duas categorias apresentadas a seguir.

3 RESULTADOS/DISCUSSÕES

Na Tabela 1 é apresentada uma caracterização dos 20 municípios que conformam a 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.

Tabela 1. Municípios que compõem a 5ª Regional de Saúde e serviços existentes

Município	Número de habitantes	Componentes da rede de atenção (serviços)
Boa Ventura de São Roque	6.554	1 UBS e 2 Postos de Saúde
Campina do Simão	4.076	2 UBS
Candói	14.983	1 Academia de Saúde; 2 UBS; 1NASF; 1Clínica/Ambulatório especializado; 7 Postos de Saúde
Cantagalo	12.952	5 UBS
Foz do Jordão	5.420	1 Academia de Saúde; 2 UBS; 2 Postos de Saúde
Goioxim	7.503	2 UBS; 2 Postos de Saúde
Guarapuava	167.328	1 Central de Regulação 1 Hemocentro; 2 CAPS, 2 NASF, 41UBS, 3 Clínicas/Ambulatórios especializados, 1Consultório, 3 Policlínicas, 2 Postos de Saúde, 3Serviços/Apoio diagnóstico
Laranjal	6.360	1 UBS
Laranjeiras do Sul	30.777	1 CAPS; 1NASF; 2 UBS; 1 Clínica especializada; 1 Farmácia; 6 Postos de Saúde; 1Serviço/Apoio diagnóstico
Marquinho	4.981	2 UBS
Nova Laranjeiras	11.241	1 Academia de Saúde; 1 UBS; 1 NASF; 7 Postos de Saúde; 1 Pronto Atendimento; 1Serviço/Apoio Diagnóstico
Palmital	14.865	1 UBS; 1Clínica/Ambulatório especializado
Pinhão	30.208	1 CAPS; 2UBS; 1 Clínica/Ambulatório especializado; 17 Postos de Saúde
Pitanga	32.638	1 CAPS; 1 NASF; 1UBS; 2Clínicas/Ambulatório especializado; 1 Consultório; 15 Postos de Saúde; 1Serviço/Apoio Diagnóstico
Porto Barrero	3.663	2 UBS; 1 Posto de Saúde
Prudentópolis	48.792	2 CAPS; 7 UBS; 15 Postos de Saúde
Reserva do Iguaçu	7.307	4 UBS
Rio Bonito do Iguaçu	13.661	2 UBS; 1 NASF; 3 Postos de Saúde
Turvo	13.811	4 UBS; 1Clínica/Ambulatório especializado; 1Consultório; 17 Postos de Saúde
Virmond	3.950	1 UBS

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE; Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS.

3.1 AUSÊNCIA DE MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL: O DESCONHECIMENTO E O IMPERATIVO DO INSTITUÍDO.

Há municípios onde não é realizado o matriciamento em saúde mental mesmo havendo NASF e CAPS, os quais seriam os responsáveis pelo apoio matricial, como demonstra a fala abaixo.

A gente quer que exista, o Nasf deveria fazer isso, então a gente espera gostaria muito que a partir do ano que vem comece a funcionar, porque as equipes pelo menos a minha, a realidade que eu conheço, a gente não tem o conhecimento todo necessário e ideal para atender o paciente, e se existisse esse matriciamento iria melhorar muito, e até mesmo teria que emancipar as equipes para atender melhor os pacientes em saúde mental, mas por enquanto não (GFA9).

Tem Caps, mas não tem matriciamento (GFA10).

No matriciamento, as equipes de referência e de apoio matricial devem interagir, traçando em conjunto um projeto terapêutico, e assim trazer novas possibilidades de intervenções reunindo seus conhecimentos a respeito daquele usuário, discutindo seus hábitos, de sua família, da comunidade, da rede de apoio social e/ou pessoal. A equipe de matriciadores transfere seu conhecimento sobre a saúde mental e analisa o impacto do transtorno na vida do usuário. Essa rede de saberes produz a primeira possibilidade de rede, que vincula e corresponsabiliza (ROCHA; FONSECA, 2016).

Os serviços especializados que deveriam prestar o apoio matricial não reconhecem sua função dentro da rede como matriciadores, como visto a seguir:

Nós não fazemos, acho que o Nasf faz (GFE9).

Existe no Nasf, mas não funciona bem, em saúde mental ta lenta (GFE17a).

Muito pouco. Estamos numa fase de transição dos dois serviços né, aí o matriciamento ainda não conseguimos fazer (GFE17b).

Uma das principais estratégias que deveria ser desenvolvida pelos CAPS para articular a rede de cuidados

é a realização do apoio matricial. Entendido como uma nova forma de gerar saúde, onde duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, produzem uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (CHIAVERINI et al., 2011).

O matriciamento deve ocorrer nos casos em que a equipe de referência sente necessidade de apoio da saúde mental para abordar e conduzir um caso que exige, por exemplo, esclarecimento diagnóstico, estruturação de um projeto terapêutico e abordagem da família; quando se necessita de suporte para realizar intervenções psicossociais específicas da atenção básica, tais como grupos de pacientes com transtornos mentais; para integração do nível especializado com a atenção básica no tratamento de pacientes com transtorno mental, como, por exemplo, para apoiar na adesão ao projeto terapêutico de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes em atendimento especializado em um CAPS; quando a equipe de referência sente necessidade de apoio para resolver problemas relativos ao desempenho de suas tarefas, como, por exemplo, dificuldades nas relações pessoais ou nas situações especialmente difíceis encontradas na realidade do trabalho diário (CHIAVERINI et al., 2011).

Corroborando, Bezerra e Dimenstein (2008) afirmam que os coordenadores dos CAPS destacam a importância do apoio matricial, já que as ações de saúde mental se ampliaram para rede básica, porque os CAPS não conseguem atender toda demanda em saúde mental, sendo assim a atenção básica vem para aumentar a cobertura da assistência. Além disso, a falta de articulação entre os CAPS e a atenção básica acaba por centralizar os serviços, deixando os serviços especializados com pouca inserção nos territórios e na comunidade.

E ainda há os municípios que não têm NASF nem são elegíveis para implantar um CAPS, por conseguinte não possuem nenhum tipo de matriciamento, como exposto a seguir:

Não, não temos nada (GFA5).

Não, na realidade específica não, porque como eu falei o comitê não está funcionando e o trabalho é esse, o trabalho multiprofissional, agente busca ajuda com os outros, assim como a psicóloga e a ACS tem casos que passam pra nós e nós pra elas e assim por diante (GFA11).

Nesses municípios, o apoio matricial deveria ser feito pelos serviços de referência em saúde mental.

Uma de nossas hipóteses para explicar a não realização do matriciamento é o desconhecimento acerca deste conceito e ferramenta de trabalho. Quando solicitado aos profissionais se havia matriciamento em saúde mental em seus municípios, identificou-se desconhecimento sobre os conceitos relacionados ao matriciamento; tais participantes explanavam sobre outros assuntos ou ainda questionavam o que seria como mostrado abaixo:

Não só vem na hora do problema, não tem nenhuma busca não tem nada. Tudo demanda. Só vem quando esta dando surto(GFA1).

Você quer dizer o mapeamento? (GFA2).

Como assim? (GFA6).

Nós sabemos onde se encontra alguns pacientes com transtorno, até porque são descritas as micro áreas de atendimentos, os agentes de saúde sabem já identificar, quem que tá usando medicação, no caso analisa a quantidade de pessoas que faz uso de medicação pra algum transtorno, se for necessário ele pedir pra 10 pessoas e visitar essas pessoas, imediatamente a gente vai colocar você em qualquer canto do município, ou seja, vai na casa de cada paciente (GFA7).

Olha, a gente teve assim, mais próximo recentemente sobre saúde mental foi a capacitação do APSUS mês passado... E agora os agentes tão tendo aquele curso dos caminhos do cuidado (GF8).

A principio vai ser na oficina 8 agora do APSUS que a gente não foi repassado pro município, e eu imagino que seria uma forma de matriciamento no caso, inclusive a Dr. C. vai palestrar pra nós (GFA16).

Articulado ao desconhecimento acerca do matriciamento está o que denominamos de 'o imperativo do instituído'. Para a análise institucional (BAREMBLITT, 1996), o instituído remete aos aspectos cristalizados da realidade, enquanto o instituinte remete aos movimentos de ruptura e inovação. O matriciamento, enquanto proposta, surge com caráter instituinte, ou seja, para romper com um sistema de saúde com caráter

fragmentado. O desconhecimento de sua existência ou a dificuldade para a sua implantação expressa o quanto os sistemas são fragmentados, designando uma situação instituída, cristalizada. O matriciamento exige dos profissionais das equipes de referência a expectativa de apoio para a realização de uma ação e uma disposição para um trabalho cooperativo com outras equipes. Entretanto, observamos que a expectativa dos serviços de referência geralmente é por um local especializado para a realização de um encaminhamento, numa perspectiva de transferência de responsabilidade e não de corresponsabilização.

Há vários obstáculos para que ocorra o trabalho de articulação da rede de serviços, entre eles, a inexistência de uma rede de atenção básica eficaz, a deficiência de suporte dos serviços existentes, número insuficiente de profissionais e a falta de conhecimento sobre as estratégias da rede, resultando em uma demanda excessiva sobre as equipes, superlotação dos serviços, presença do encaminhamento para outros serviços como forma de atenção e a dificuldades de funcionamento das equipes (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008).

Vale destacar que os CAPS e NASF onde não ocorre o matriciamento são serviços recém-implantados em seus respectivos municípios e com equipes com rotatividade grande de profissionais.

Entre os gestores municipais, observamos que alguns percebem o NASF como um modo de auxiliar no financiamento das equipes multiprofissionais, principalmente em municípios de pequeno porte, sem que exista clareza sobre o modelo de atenção que o constitui e as rupturas que ele exige. Desse modo, há uma distorção em relação ao que o NASF se propõe enquanto política pública e seu processo de implantação em alguns municípios.

[...] município o Nasf que faz os acompanhamentos ai com a equipe onde temos: a nutricionista, a psicóloga, temos a assistente social e também a fisioterapeuta que faz os atendimentos para aqueles mais necessitam (G3)

No momento fui até eu que montei esse fluxograma com eles, o que a gente vê se a família aceita, se não aceita, por qual medico que passou, o atendimento na família com rela-

ção a irmãos envolvendo todas essas lacunas e fazendo encaminhando para cada situação, então primeiro passa pela psicóloga, depois vai para a nutricionista depois para assistente social e por último para fisioterapeuta isso dentro do grupo Nasf a partir desse momento aonde gente faz toda a demanda ai a gente encaminha para demais centros se necessário! (G3).

Isso que a gente agora tá tentando implantar o Nasf para dar esse atendimento para eles vir até o Nasf receber medicação fazer atividades e depois retornar para suas casas (G12).

É a assim a gente tá quase implementando a gente conseguiu a sala agora né só precisa se articular mais e colocar alguns profissionais lá dentro sabe pra trabalhar. Nós conseguimos o antigo que foi construído um novo pelo estado aí ficou o espaço físico e nós conseguimos uma sala lá bem legal! (G12).

O risco desse modo de apreensão do Nasf é de que ele seja implantado, mas, ao invés de romper com as lógicas instituídas de fragmentação da atenção, acabe por reproduzir tais lógicas. Campos e Domitti (2007) enfatizam que o matriciamento não se constitui como uma prática isolada, mas como uma prática que envolve uma transformação dos modos de trabalhar, envolvendo a rede de saúde como um todo.

3.2 POSSIBILIDADES DO MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL

Dentre os municípios que tem CAPS apenas dois realizam matriciamento em saúde mental.

A gente fez algumas capacitações esse ano teve uma e eu acho que se encaixa como matriciamento que a gente tava repassando as informações, até esse fluxograma e como que funciona as principais patologias é, na semana que vem a gente vai ter uma palestra com o médico e comigo que vai ser com os enfermeiros da Atenção Básica pra estar repassando os principais pontos dos atendimentos em Saúde Mental (GFE4).

Sim, é feita mais pelo matriciamento,

ou quando precisa discutir algum caso eles entram em contato com os profissionais das UBS e é feita essa discussão de caso, chegado a um prognóstico, ou uma linha de tratamento (GFA13).

Sim [...] uma vez por semana a gente sempre tá procurando visitar as unidades. E também assim a gente tá em contato direto com os agentes comunitários, auxiliares de enfermagem que ficam nas unidades básicas, o matriciamento com a urgência e emergência quando eles tem alguma crise, um paciente em crise a gente vai lá e dá um suporte na crise, matriciamento com o hospital a gente tá sempre regulando e acompanhando os pacientes que estão nos leitos ali também, então tem matriciamento (GFE13a).

Existe sim, e a proposta que seja contínua. E quando visitamos né a gente chega conversar com o Esf, ou por telefone e assim bem organizado até por umas reuniões, principalmente nas unidades de saúde no interior, particularidade do município essa extensão, e as vezes não tem telefone, aí sempre nos reunimos para garantir esse serviço. Temos muita coisa para amadurecer, mas estamos no caminho (GFE13b).

As estratégias de matriciamento citadas estão em consonância com aquelas previstas na política de saúde mental, tais como atendimentos em conjunto (CAPS e UBS), interconsultas, compartilhamento de informações por via telefônica, realização de visitas domiciliares (CHIAVERINI, 2011). O matriciamento, nesta perspectiva, converge para a integralidade da atenção e propicia articulações em rede. Para Franco (2006), a rede, para além de um conjunto de pontos ou serviços técnico-administrativos, deve ser compreendida como um movimento na direção do estabelecimento de conexões e articulações, tal como pontuadas por alguns participantes da pesquisa.

Observamos que, nestes municípios que mencionam a efetivação do matriciamento, existe uma construção de discussões em torno da saúde mental mais consolidada, assim como uma prática orientada pelo viés da atenção psicossocial e saúde coletiva, na tentativa de superar o modelo biomédico. Em um desses municípios é realizada a supervisão clínico-institucional, constituindo

um tensionamento permanente em relação aos modos de atuar das equipes.

Ainda, esses municípios têm seus CAPS instituídos há mais tempo e suas equipes possuem concurso próprio para vagas em saúde mental, o que nos leva a pensar que esses profissionais desejam trabalhar com essa população e não como ocorre em outros lugares onde os profissionais são obrigados a trabalhar com saúde mental mesmo sem competência e habilidade para isso.

Há também municípios onde o matriciamento é realizado pelo NASF e profissionais especialistas na área.

Sim, é aquela conversa entre o Nasf e as UBS né? Neste caso sim (GFA18). Está sendo começado agora, então assim eu estou na coordenação, aí tem o psicólogo que está atuando junto no grupo né, na organização, tem o Dr L. que daí ficou o médico que está auxiliando nos trabalhos, mais ou menos assim, não tem uma matriz formada assim bem certinha, então está feita agora (GFA19).

A retaguarda especializada da assistência em saúde mental é possível por meio do matriciamento, assim como suporte técnico-pedagógico, criação de vínculo e apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população. Dessa forma, também se distingue da supervisão, pois o apoiador matricial pode participar ativamente do projeto terapêutico (BRASIL, 2011).

Em alguns serviços, apesar do matriciamento ainda não ser uma realidade, existe a percepção de que ele deve ser implementado e uma discussão de projetos ou possibilidades para sua implementação.

Olha até quando eu conversei com ela eu falei nesse sentido que realmente uma articulação assim não, o que seria uma questão do matriciamento de trabalhar nas unidades, e esse é um projeto de trabalhar com o matriciamento junto com o supervisor, é um projeto que vamos trabalhar ano que vem (GFE3). Acredito que através das reuniões mesmo e dessas discussões em rede. Não tem ainda assim no papel, mas estamos tentando articular isso (GFN3).

Essas falas são vistas como potencialidades na medida em que indicam movimentos instituintes, de possibilidade de implementação do matriciamento. O movimento instituinte, para Barembliitt (1996) é aquele que tende a provocar mudanças, desestabilizando estados instituídos.

Enquanto na primeira categoria foi discutida a percepção de gestores que acarretam em uma distorção da função dos NASF, constituindo limitações em seus modos de operar, também encontramos gestores que compreendem o papel do NASF de apoio e o percebem como uma facilidade/potencialidade para a assistência em saúde mental.

[...] ajudaria muito ia montar uma equipe de multiprofissional muito grande com psicóloga várias pessoas né ia ajudar bastante uma equipe do Nasf dando suporte aos PSF 'S. (G4) Com o Nasf também, buscando também apoio com os ACS, sempre quando eles identificam algum problema na comunidade eles trazem pra nós. (G8)

As meninas do Nasf são muito organizadas, então toda a segunda-feira elas tem o período em que elas deixam pra reunião e elas visitam os outros PSFs, funciona como se fosse um serviço de apoio para os PSFs, como tem que ser. (G11)

Caps para desenvolver algumas ações, algumas não varias ações dentro do Caps de fazer essa interação essa integração da equipes da estratégia saúde da família. (G14)

Nós estamos para implantar, mas nós dependemos da regional para implantar o Nasf porque o Nasf também vai dar um apoio pra trabalhar com a família também desses portadores de saúde mental, mas estamos em fase de esperar a liberação para implantar o Nasf aqui no município. (G17)

Os gestores são considerados de fundamental importância, na medida em que são responsáveis por mediar e constituir condições para a implementação e atuação das equipes de saúde de seu território, gerenciando recursos físicos, econômicos e humanos.

4 CONCLUSÃO

Por este estudo foi possível mapear os limites e as possibilidades relacionadas ao matriciamento em saúde mental nos municípios de uma regional de saúde do Paraná. Entre os limites, identificamos o desconhecimento do conceito de matriciamento ou sua distorção. A distorção ocorre quando o que motiva a implantação de equipes do NASF não é o seu potencial de transformação da atenção, mas uma mera forma de financiar a presença de profissionais especializados na atenção básica, desvinculado da discussão sobre modelos de atenção. Outro aspecto identificado é que vários municípios ainda não possuem NASF e muitos não têm porte populacional para a implantação de CAPS. Entre os municípios que possuem NASF, a implantação das equipes ainda é recente, sendo identificada pelos próprios participantes a necessidade de adequação nos modos de operar, incluindo a implantação do matriciamento. Em relação às potencialidades, observamos os municípios onde o matriciamento constitui-se como uma realidade, propiciando a integralidade da assistência e a efetivação de um trabalho em rede. O esclarecimento – por parte de profissionais e gestores - acerca do conceito do matriciamento e a compreensão de seu potencial transformador das práticas de atenção é de fundamental importância para a sua efetivação. Também destacamos como potencialidade os movimentos em direção à constituição do matriciamento em municípios que ainda não efetivaram sua implementação, mas percebem a necessidade e constituem projetos para sua concretização.

Conclui-se que há a necessidade de ampliar o conceito de saúde-doença mental fazendo com que haja compreensão por parte dos serviços de saúde a respeito do papel da atenção básica dentro da assistência em saúde mental. Ainda para os serviços especializados é necessário mostrar a importância do trabalho do apoiador, de modo que os profissionais sejam articuladores na rede de serviços de saúde.

Com isso, os gestores precisam repensar sua maneira de prover a atenção à saúde do indivíduo com transtorno mental, acolhendo-o no seu ambiente. Podem ainda criar equipes matriciais que se organizem por região ou por distrito de saúde. Isto representa um

desafio importante, uma vez que temos uma diferença grande entre os municípios com relação à população, à infraestrutura e aos recursos humanos.

Portanto, as equipes matriciais precisam assumir a responsabilidade de suporte técnico à atenção básica principalmente no acolhimento às necessidades do usuário no momento de crise, buscando superar a lógica da especialização e da fragmentação do trabalho da própria área de saúde mental.

5 AGRADECIMENTOS

A pesquisa da qual decorre esse artigo foi financiada pela Fundação Araucária, por meio do Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde: Gestão Compartilhada em Saúde PPSUS – Edição 2011 (Protocolo: 30.037, Convênio: 1289/201).

REFERÊNCIAS

ATHIÉ, K; FORTES, S; DELGADO, P. G. G.. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). *Rev Bras Med Fam Comunidade*. Rio de Janeiro, p. 64-74, 2013.

BAREMBLITT, G. *Compêndio de análise institucional e outras correntes*. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 1996.

BEZERRA, E; DIMENSTEIN, M. Os Caps e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na Atenção Básica. *Psicologia Ciência e Profissão*, v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008.

BRASIL. *Adoecimento mental e trabalho: A concessão de benefícios por incapacidade relacionados a transtornos mentais e comportamentais entre 2012 e 2016*. 1º Boletim Quadrimestral sobre benefícios por incapacidade, 2017. Brasília: Ministério da Fazenda, 2017. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2017/04/1%C2%BA-boletim-quadrimestral.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2017.

BRASIL. *Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

BRASIL. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à saúde da Família (NASF) modalidades 1 e 2 às equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a modalidade Nasf 3. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2008.

BRASIL. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, G. V. S; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CHIAVERINI, D. H. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. p. 236.

FRANCO, T.B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: Pinheiro, R.; Matos, R.A. **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006. p. 159-173.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G.W.S et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2009. P. 615 -634.

MINOZZO, F.; COSTA, I.I. Integrando Caps e Saúde da Família: apoio matricial em saúde mental. In: NEVES, R.; PAULON, S. **Saúde mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013. p. 61-82.

PENIDO, C.M.F. Apoio matricial em saúde mental no contexto da saúde coletiva. In: NEVES, R.; PAULON, S. **Saúde mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013. p. 17-38.

ROCHA, M; FONSECA, D. R. **Matriciamento em Saúde Mental**. Florianópolis, 2016. Disponível em: <http://

www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/M%C3%A1rcia-da-Rocha.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2016.

WHO. **Mental Health Atlas 2014**. World Health Organization: Geneva, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178879/1/9789241565011_eng.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: 11 ago. 2017.

Recebido em: 2017-05-27

Aceito em: 2017-08-23