

Accessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial

Accessibility and resolution of mental health care:
the matrix support experience

Paulo Henrique Dias Quinderé¹
Maria Salete Bessa Jorge¹
Maria Sônia Lima Nogueira¹
Liduína Farias Almeida da Costa¹
Mardenia Gomes Ferreira Vasconcelos¹

Abstract *Psycho-social Care Centers (PCC) are also designed to coordinate actions in mental health care in Brazil, mainly at Primary Health Care (PHC) level. Matrix support is one of the pillars of the program, as it aims to ensure assistance of specialized back-up staff to the health teams. In this respect, this research seeks to understand how matrix actions in mental health contribute to the accessibility and resolution of mental health cases. This study involved qualitative research conducted in the cities of Fortaleza and Sobral in the State of Ceará, where 37 (thirty-seven) mental health workers, 14 (fourteen) primary health care users and 13 (thirteen) relatives who took part in matrix support actions were interviewed. As the results revealed, the PHC workers do not feel qualified to intervene in mental health cases. There is also excess haste in referring users to PCCs making access to mental health care more difficult. However, it was identified that discussions on mental health in primary care allow the appropriation of cases by PHC workers and promote rapprochement between the teams. In this way, they influence the resolution of mental health cases.*

Key words *Mental health, Primary health care, Matrix support, Access to health services*

Resumo *Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm também como finalidade articular ações de saúde mental no território, principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS). O apoio matricial é uma das formas para esta articulação, pois objetiva assegurar retaguarda especializada às equipes de saúde. Diante disto, a pesquisa pretende compreender como as ações de matriciamento em saúde mental contribuem para a acessibilidade e a resolubilidade dos casos. Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada nas cidades de Fortaleza e Sobral, no Estado do Ceará, cujos sujeitos entrevistados foram 37 (trinta e sete) trabalhadores de saúde mental e da atenção primária, 14 (quatorze) usuários e 13 (treze) familiares que participaram das ações do apoio matricial. Conforme os resultados demonstraram os trabalhadores da APS não se sentem instrumentalizados para intervir nos casos de saúde mental. Existe uma precipitação nos encaminhamentos dos usuários para os CAPS, dificultando a acessibilidade da assistência em saúde mental. Porém, identificou-se que as discussões em saúde mental na atenção primária possibilitam a apropriação dos casos pelos trabalhadores da APS e promovem a aproximação entre as equipes. Deste modo influenciam na resolubilidade dos casos de saúde mental.*

Palavras-chave *Saúde mental, Atenção Primária à Saúde, Apoio matricial, Acesso aos serviços de saúde*

¹ Saúde Pública,
Universidade Estadual do
Ceará. Av. Paranjana 1700,
Itaperi. 60740-000
Fortaleza CE.
quinderephd@gmail.com

Introdução

A implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) possibilitou o desenvolvimento de ações no contexto comunitário mediante articulação da rede de serviços de saúde na atenção aos casos de transtornos mentais de maneira integral, junto às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A ESF é uma importante aliada nos cuidados às pessoas com transtornos mentais, porquanto grande parte dos usuários encaminhados aos serviços especializados não possuem, *a priori*, uma demanda específica que justifique uma atenção especializada. Desta forma, pacientes com transtornos mentais leves podem ser cuidados e acompanhados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), a partir de orientação adequada^{1,2}.

Desse modo, há a necessidade de aproximar os serviços especializados em saúde mental dos de atenção primária, sendo o apoio matricial uma dessas formas difundidas atualmente. Este novo arranjo consiste em um apoio técnico-pedagógico destinado a assegurar retaguarda especializada às equipes de atenção em saúde. Organiza-se numa metodologia de trabalho para além daquela preconizada pelo sistema hierarquizado, enrijecido em mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação³.

Tal arranjo visa potencializar a ESF na construção dos projetos terapêuticos dos pacientes com transtornos mentais de maneira ampliada, pois os profissionais das UBS estão mais próximos dos usuários e do território onde estes vivem⁴. Com o apoio matricial pretende-se fornecer aos profissionais da atenção primária melhor entendimento sobre a saúde mental, possibilitando que atuem como catalizadores do processo terapêutico, bem como o acesso aos serviços de saúde e a resolubilidade dos casos atendidos.

O termo acesso é empregado de maneira imprecisa e obscura no que diz respeito à saúde. É um conceito complexo e que não deve ser entendido apenas como o ato de entrar ou ingressar, designando o grau de facilidade com que as pessoas acessam os serviços de saúde. Acesso significa muito mais que a relação simplista com a porta de entrada do sistema de saúde, configurando-se como um dispositivo transformador da realidade⁵. Deve ser ampliado para a compreensão de acessibilidade, que não se restringe ao uso ou não dos serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos às necessidades de saúde da população⁶.

Assim, acessibilidade corresponde a uma relação intrínseca entre a oferta de serviços e seu impacto na capacidade de utilização da população. Para tanto, distingue-se duas dimensões deste conceito: uma sócio-organizacional que diz respeito às características de oferta dos serviços, tais como políticas formais ou informais que selecionam os pacientes em função da sua condição social, situação econômica ou diagnóstica, visando garantir equidade nas ações; e outra que seria geográfica, relacionada diretamente com a distância linear, tempo de locomoção e custo da viagem⁷. Portanto, o termo acessibilidade está intrinsecamente ligado ao atendimento das necessidades dos usuários dos serviços de saúde e à garantia da resolubilidade da assistência⁵.

Concernente à resolubilidade, as ações de saúde devem necessariamente se traduzir em ações efetivas e que satisfaçam os usuários coletivamente, com a garantia de procedimentos eficazes diante do conjunto de problemas de saúde identificados⁸. Resolubilidade está associada à implantação de novos serviços e de novos equipamentos; à incorporação de novas tecnologias; à reorganização de processos de trabalho; à conformação de redes; além da articulação e complementaridade de serviços e redes existentes⁹.

No Brasil, as práticas vêm se desenvolvendo com marcantes contribuições originais, embora de maneira tardia, para o âmbito da saúde mental na Atenção Primária à Saúde¹⁰. Neste sentido, evidencia-se, com base nesta ferramenta, maior integração entre as equipes de saúde mental e da ESF, incorporação da saúde mental no cotidiano da equipe de referência, diversificação das propostas terapêuticas, ampliação da clínica, entre outros avanços¹¹. Apesar do entendimento sobre a existência de possíveis obstáculos, no Estado do Ceará experiências importantes de ações de saúde mental na APS têm ocorrido com vistas a articular as práticas para além dos muros dos serviços especializados¹¹. Aponta-se então, como um cenário fértil para o processo de interlocução entre os trabalhadores da saúde mental e da ESF, propiciando novas formas de intervir neste campo.

Diante do contexto ora apresentado, indaga-se: as ações de matriciamento têm contribuído para maior acessibilidade das pessoas com transtornos mentais aos serviços de saúde? Esta nova forma de intervenção tem favorecido a resolução dos problemas de saúde mental demandados pela população? Para responder a tais questionamentos, o presente estudo tem como objetivo compreender as ações de apoio matricial em

saúde mental na atenção primária no encontro entre as equipes dos centros de atenção psicossocial e as equipes da ESF quanto à acessibilidade e à resolubilidade da assistência.

Métodos

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa cuja finalidade é a compreensão do fenômeno a ser investigado. O artigo configura-se como um recorte do projeto “A rede de atenção primária como elo de integralidade de saúde mental, com ênfase no matriciamento”, financiado pelo Ministério da Saúde, no intuito de discutir estratégias efetivas para ampliar a detecção de casos de pessoas com transtorno mental leve e tratamento na atenção primária. Nesse sentido, este recorte tem como foco a compreensão do apoio matricial em saúde mental referente à acessibilidade e resolubilidade da assistência.

Os cenários da pesquisa são as cidades de Fortaleza (cenário 1) e Sobral (cenário 2) situadas no Estado do Ceará. Concernente à Fortaleza, capital do Estado do Ceará, possui uma população de 2.416.920 habitantes. Subdividida em seis regiões administrativas denominadas de Secretarias Executivas Regionais (SER), dispõe de 88 Unidades Básicas de Saúde, distribuídas nas seis SER¹². Nesta cidade, a assistência à saúde mental conta atualmente com catorze Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Destes, seis são CAPS geral tipo II, seis são CAPSad, (com referência a pessoas com problemas de álcool e drogas) e dois CAPSi (com referência a infância e adolescência)¹³.

Quanto à cidade de Sobral, trata-se de sede do polo da macrorregião norte do Estado do Ceará, possui uma população de 175.814 habitantes, subdivididos na sede e em distritos. Sobral é uma das cidades que incorporam o Pacto pela Vida e em Defesa do SUS, com ampla cobertura do PSF. Tal município dispõe de uma Rede de Atenção Integral à Saúde Mental (RAISM) composta por um CAPS geral, um CAPSad, uma residência terapêutica, um ambulatório de saúde mental referência para a região norte do Estado, além de leitos de internação psiquiátrica em hospital geral^{14,15}.

No processo de realização da pesquisa classificaram-se os sujeitos em três segmentos, a saber: o primeiro, formado por 37 trabalhadores de saúde que atuam nos CAPS e ESF, participantes do apoio matricial; o segundo, constituído de

14 usuários assistidos pelo apoio matricial e o terceiro, por 13 familiares que tinham o papel de acompanhantes dos usuários no momento do apoio matricial. Os sujeitos foram subdivididos em quatro grupos: Grupo I – Trabalhadores de saúde do CAPS do cenário 1 e 2 (GIc1 e GIc2); Grupo II – Trabalhadores de saúde da ESF do cenário 1 e 2 (GIIc1 e GIIc2); Grupo III – Usuários do cenário 1 e 2 (GIIIc1 e GIIIc2); Grupo IV – Familiares do cenário 1 e 2 (GIVc1 e GIVc2).

Para conformação dos sujeitos adotaram-se critérios de inclusão e exclusão, sendo que os critérios de inclusão para os trabalhadores da ESF e saúde mental foram: trabalhadores que participassem das atividades matriciais e trabalhadores com permanência de no mínimo um ano no serviço; e de exclusão: trabalhadores recém-chegados aos serviços. Quanto aos critérios de inclusão de usuários/familiares foram considerados os usuários que participaram do apoio matricial e seus respectivos familiares acompanhantes no matriciamento; para o critério de exclusão priorizou-se os usuários sem condições psíquicas de diálogo no momento da entrevista e/ou sob efeito de medicações psicotrópicas que pudessem prejudicar a capacidade cognitiva de respostas às questões.

Como forma de coleta de informações utilizou-se a entrevista semiestruturada, por ser uma das técnicas mais importantes para a coleta de dados, e a mais empregada no processo de trabalho de campo¹⁶. Tais entrevistas foram compostas de questões norteadoras para o grupo de trabalhadores sobre o processo de acolhimento entre equipes e usuários; acesso, postura da equipe, tecnologias, saberes e práticas e reorientação dos serviços de saúde mental; a rede assistencial à saúde e o seu fluxo de atendimentos; o apoio matricial em saúde mental como dispositivo do cuidado integral; a construção dos projetos terapêuticos; a resolubilidade do cuidado na atenção em saúde mental. Para os usuários e familiares, questões norteadoras acerca do acesso aos serviços de saúde, resolubilidade da assistência, acolhimento e construção do projeto terapêutico.

Todas as entrevistas foram gravadas na íntegra em aparelhos digitais, com autorização prévia dos entrevistados mediante a realização de leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, registrando-se que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará.

Para a análise do material empírico e a compreensão das questões, considerou-se a práxis

social, buscando a afirmação ético-política do pensamento. A partir do material construído com as entrevistas dos quatro grupos de sujeitos, procedeu-se ao cruzamento entre as diferentes informações levantadas, articulando-as com o referencial teórico, por meio da técnica de triangulação do material empírico^{16,17}.

As narrativas foram analisadas com base na leitura exaustiva das entrevistas, passando pela problematização das ideias e busca de significados. Desta, emergiram categorias empíricas, organizadas em núcleos de sentido inerentes ao vivido singular dos informantes. Por último, foram dialogadas com os referenciais teóricos nos quais a pesquisa se fundamentou. Assim, buscou-se compreender como eles configuram o apoio matricial mediante suas experiências e os significados, construídos socialmente, desta “ferramenta” de trabalho. Enquanto o significado engloba uma dimensão coletiva e experimentado coletivamente, o sentido, por sua vez, difere de pessoa para pessoa em circunstâncias distintas, pois do significado objetivo da palavra a pessoa separa aquela parte que lhe é interessante, de acordo com a situação, e configura o sentido¹⁸.

Resultados e discussão

Ao se iniciar a discussão cabe reafirmar que a acessibilidade está intrinsecamente relacionada à oferta de serviços e o impacto desta na capacidade de utilização e de resolubilidade das demandas da população. A acessibilidade aos serviços de saúde precisa ter um impacto na inserção do usuário nos serviços e o recebimento de cuidados subsequentes.

Chorou, manda p'ro CAPS!

Os relatos propiciaram observar-se certa precipitação dos profissionais concernentes aos encaminhamentos dos centros de saúde para os CAPS, pois na maioria das vezes os trabalhadores da atenção primária sentem-se inseguros em acompanhar casos de saúde mental, ainda que leves. Neste contexto, evidenciou-se ser corrente, no Ceará, a ideia e o comportamento de que “[...] chorou, manda p'ro CAPS”, conforme se observa nas narrativas dos trabalhadores de saúde:

[...] a dificuldade maior está aí, nas dificuldades que as equipes têm de atender essas pessoas de saúde mental. Acabam achando mesmo que é função do CAPS, da atenção secundária ficar com essa demanda [...] (GIc2).

[...] tem muitos médicos que, na atenção básica, quando o paciente se queixa de tristeza, ele já tá mandando pro CAPS [...] (GIc1).

Como se depreende nas narrativas ora reproduzidas, nem todos os trabalhadores da atenção primária se sentem capacitados e seguros na abordagem e condução dos casos de saúde mental. Surgem, então, dificuldades de variadas naturezas, as quais repercutem diretamente na acessibilidade, ou seja, na relação entre oferta de serviços e impacto desta na capacidade de utilização da população, muitas vezes irregular e que impossibilita a resolubilidade da assistência, no atendimento das necessidades de saúde da população. Primeiro, porque não há intervenção inicial do caso, na tentativa de dar respostas à demanda daquele usuário pela equipe da APS e, segundo, porque mediante tais dificuldades são gerados encaminhamentos desnecessários aos serviços especializados, os quais, muitas vezes, não são acessados pela população em virtude das distâncias geográficas, problemas de ordem financeira, entre outros.

Em estudo realizado com coordenadoras de equipes de Unidade de Saúde da Família de Natal (RN), apontaram-se grandes dificuldades dessas equipes em lidar com a demanda de saúde mental nessa Unidade de Saúde, visto não se sentirem seguras para abordar tais casos. Falta compreensão técnica, sobretudo quanto a termos específicos da saúde mental, tipos de transtornos mentais, aspectos relativos aos medicamentos e seus efeitos no organismo. Referiram ainda dificuldades em estabelecer prioridades e estratégias de atendimento dos casos de saúde mental nas unidades¹⁹.

Entende-se que o apoio matricial em saúde mental na APS pode reorganizar a rede de serviços, favorecer o acesso e viabilizar o trânsito dos trabalhadores de saúde mental, anteriormente “aprisoados” aos CAPS, em razão dos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde. Esse confinamento pode estar associado à expressiva demanda em saúde mental cada vez mais ascendente nestes serviços. Entretanto, faz-se necessário ressaltar que a referida demanda apresenta-se muitas vezes equivocada, pois o filtro de acesso mostra-se bastante poroso, desprovido de avaliação adequada dos casos com perfil para uma atenção especializada. A grande demanda de casos que poderiam ser acompanhados no nível primário de assistência sobrecarrega os CAPS e compromete o acesso e o atendimento das pessoas com transtornos mentais mais graves, seja mediante a realização de visitas domiciliares seja pela busca ativa de pacientes em crise.

Acabo descobrindo que o problema dele é outro

As discussões de casos de saúde mental nas UBS proporcionaram aos trabalhadores a ampliação do escopo de compreensão sobre os transtornos mentais e, conseqüentemente, a identificação de casos não percebidos anteriormente, nem acolhidos de maneira adequada.

Neste contexto, os casos passam a ser revelados e acompanhados pelas equipes de saúde. Desse modo, podem se implementar os cuidados básicos de saúde até então negligenciados, como se evidencia nas narrativas a seguir:

[...] às vezes eu vou consultar um paciente que tem uma dor no joelho e acabo descobrindo que o problema dele é outro. A abordagem inicial é fundamental na consulta de saúde mental [...] (GIIc1).

[...] o problema sofria influência das relações familiares, como filho que tinha sido preso, mulher que foi violentada, e nós conseguimos realizar uma modificação no tratamento com redução da medicalização a partir desses dados e da formação do vínculo [...] (GIIc2).

Como observado, nas discussões dos encontros matriciais emergem casos de pessoas que buscam a unidade de saúde em virtude de problemas clínicos, os quais não são abordados em relação às questões psicossociais, assim como episódios de cárceres privados. Nestes casos, as famílias, muitas vezes, tornam-se vítimas de estigma e preconceito, não sabendo como gerenciar tais situações.

Desta forma, como foi percebido no campo empírico, além do acesso de casos novos, ainda não identificados e negligenciados, o apoio matricial possibilita aos pacientes serem acompanhados na própria UBS. Isso favorece, sobremaneira, o acesso à assistência, pois um dos determinantes básicos da acessibilidade aos serviços de saúde é a facilidade de deslocamento geográfico, por viabilizar a participação mais assídua dos usuários às consultas^{6,20}.

Quando as pessoas com transtornos mentais são acompanhadas na própria UBS, a equipe da APS detém mais conhecimento da situação e evita encaminhamentos desnecessários. Esses, além de encarecer os custos do sistema de saúde, oneram as famílias que precisam se deslocar percorrendo grandes distâncias para conseguir atendimento. Já o acompanhamento nas UBS ajuda a fortalecer o vínculo dos profissionais com as famílias e facilita a abordagem dos casos.

Portanto, a falta de articulação em rede ocasiona uma prática de encaminhamentos sem os

devidos critérios para os serviços de saúde mental substitutivos. Sobrecarregados, estes não dão conta de atender à demanda, e, assim, promovem uma assistência pouco integral e pouco resolutive⁶.

Contudo, mediante ações do apoio matricial poderá se diferenciar melhor situações individuais e sociais que justifiquem um encaminhamento para os serviços especializados em saúde mental. Além disso, com as equipes de atenção primária mais seguras em abordar os casos de saúde mental aumenta-se a possibilidade de dar respostas às demandas das pessoas com transtornos mentais, e amplia-se a capacidade de acesso na sua dimensão sócio-organizativa⁶.

Como apresenta o cotidiano dos serviços, a organização do sistema de saúde burocratizado pelos procedimentos de referência e contrarreferência inviabiliza o acesso da população aos serviços especializados. Neste sentido, o caminho vertical e burocratizado promove estrangulamentos nos pontos de articulação que impedem uma mobilidade da população aos níveis superiores da hierarquia dos níveis de complexidade do sistema. Além disso, destacam-se as enormes dificuldades de acesso da população às UBS para a solicitação das guias de referência para os serviços especializados. Na maioria das vezes, verifica-se a busca direta pelos centros de maior complexidade, em virtude daquela dificuldade, o que provoca grandes filas e, frequentemente, a falta da assistência²¹.

Nos países onde existem sistemas de saúde descentralizados que priorizam a comunicação entre os vários níveis de complexidade do sistema, promove-se a transformação do modelo assistencial, mediante fortalecimento das ações dos serviços alternativos em detrimento do modelo manicomial de atenção em saúde mental²².

Diminui a demanda pr'o Caps e está resolvendo o problema...

Conforme observado na pesquisa, o próprio transtorno mental inviabiliza o acesso aos serviços especializados de saúde mental, pois diante de crises de pânico, ansiedade e depressões maiores os usuários têm dificuldade em se locomover a grandes distâncias. Quando o atendimento se dá na própria comunidade, bairro ou território pode haver mais disponibilidade em acessar o serviço. Desta forma, existe a possibilidade de visita domiciliar conjunta entre a equipe de saúde básica e a equipe de apoio especializado em saúde mental, de modo a favorecer o acesso da

população com problemas de deslocamento aos serviços de saúde mental, como revelam os seguintes relatos:

[...] *Não sinto diferença no CAPS e aqui, o atendimento é tudo bom. Aqui é bem perto da minha casa. Só mudou de maneira positiva* [...] (GIIIc1).

[...] *Às vezes eles têm até vontade de ir pro CAPS pra participar da psicoterapia lá, mas [...] eles não têm dinheiro pra está se deslocando, às vezes [...] estão deprimidos e aí até mesmo pra se deslocar pra um pouquinho mais distante já fica mais difícil. Então, quando eles têm um atendimento aqui perto ajuda, diminui a demanda pro CAPS e está resolvendo o problema* [...] (GIIc2).

De acordo com a análise das “falas” ora descritas, estando as equipes de saúde da família mais aptas a intervir, devido ao suporte das equipes especializadas, os pacientes e suas famílias passam a ter acesso aos serviços de saúde, o que permite que alguns usuários não precisem mais ser referenciados aos centros especializados localizados, às vezes, distante de suas residências. Assim, com o apoio matricial, alguns casos podem ser acompanhados no serviço de saúde do território onde vivem os sujeitos, ou seja, mais próximo dos usuários. As inúmeras dificuldades econômicas, de transporte e de locomoção comprometem o acesso da população a serviços especializados, os quais, geralmente, não existem em número suficiente no município para cobrir uma área territorial extensa, isto é, atender a uma demanda muito grande.

O olhar sobre a proposta do apoio matricial vislumbra ações com potencial para possibilitar a acessibilidade da população aos serviços de saúde, bem como avançar na garantia de intervenções condizentes com os problemas de saúde mental. Nesse sentido, o apoio matricial surge como uma alternativa de gestão de trabalho em saúde mental com potencialidade para atender às demandas nessa esfera da saúde. Traz consigo um avanço no conhecimento do processo saúde-doença, bem como no entendimento dos processos de trabalho interdisciplinar com vistas a reduzir a fragmentação de saberes nos serviços de saúde decorrente da lógica da especialização adquirida por cada categoria profissional ao longo do tempo.

Deste modo, o apoio matricial torna-se relevante para racionalizar o acesso e o uso de recursos especializados, sobretudo porque altera a ordenação predominantemente multidisciplinar do sistema para outra mais consentânea com a interdisciplinaridade. Esta aproximação entre as

equipes, assim como a atuação interdisciplinar apontam para uma acessibilidade nos seus múltiplos aspectos. Logo, não se restringem apenas ao uso do serviço em si, mas prolongam-se pela continuidade do cuidado, pela resposta dada à demanda dos usuários e pela resolubilidade da assistência prestada³.

Não estão nem um pouco aptos a acolhê-los]

O estudo demonstrou que nem todos os trabalhadores das UBS têm conhecimento do apoio matricial, e mesmo os que conhecem nem sempre se comprometem em utilizá-lo. Há desinteresse por parte de alguns trabalhadores na condução dos casos de transtornos mentais devido a esse nível da atenção, conforme pode ser observado nas narrativas a seguir:

[...] *Não. Os profissionais não se interessaram, não procuraram acolher os pacientes, não buscam melhorar. Não têm paciência com os portadores de doença mental e não estão nem um pouco aptos a acolhê-los* [...] (GIIc2).

[...] *Eles [os médicos] nem sabem da existência, ao mesmo tempo não houve mais nenhuma articulação, pois se fosse uma coisa obrigatória a coordenação traria isso e convocaria alguém pra uma reunião* [...] (GIIc2).

É visível a inexistência de práticas de saúde mental na atenção primária. Tal realidade está associada a motivos tais como: o desconhecimento dos profissionais acerca do processo de reforma psiquiátrica; não se sentirem ou de fato não serem capacitados para atuarem nos casos de transtornos mentais, ainda que leves; falta de medicações psiquiátricas para fornecer aos usuários nesse nível de atenção; a insuficiência ou mesmo inexistência de uma rede assistencial em saúde mental de suporte; destacando-se também as péssimas e precárias condições de trabalho e de atendimento dos casos nas UBS²³.

Assim, como evidenciado, tanto o desinteresse por parte de alguns trabalhadores da APS em abordar os casos de saúde mental como a falta de articulação entre os serviços especializados podem gerar uma descontinuidade ou mesmo uma ausência de assistência. Neste prisma, conforme observado, por diversas vezes, pacientes em acompanhamento nos CAPS nunca foram assistidos pelas equipes de saúde da família que atuam nos seus territórios de origem, o que mostra a fragmentação do sujeito quando da atenção à saúde e da não integralidade tão cara ao SUS. O sujeito que adoece da mente não teria

corpo, portanto, nem necessidades clínicas advindas de adoecimentos físicos.

Pela condição que o município dá...

Além das dificuldades das equipes de saúde em assumir a ferramenta do apoio matricial nos processos de trabalho, constata-se a própria fragilidade do sistema de saúde, organizado hierarquicamente que, por meio de uma dinâmica de comunicação pautada em protocolos burocráticos, inviabiliza a integralidade da assistência, como verificado neste depoimento:

[...] ***Na verdade eu acho que fica muito a desejar, na verdade eu acho que não seja nem por eles, mas sim pela condição que o município dá*** [...] (GIIIc2).

Na composição hierárquica do sistema de saúde há uma predominância dos fluxos do menor nível hierárquico para o maior; inexistem, pois, caminhos alternativos para esse fluxo. Contudo, o caminho vertical e burocratizado promove estrangulamentos nos pontos de articulação que impedem a mobilidade da população aos níveis superiores da hierarquia²⁰.

Se for muito grave é que levo para o CAPS...

Com a aproximação entre as equipes, o fluxo da assistência passa a ser mais resolutiva, em face da articulação entre os níveis de complexidade do sistema de saúde. Atua de maneira fluida, permitindo com que os profissionais mantenham um contato maior uns com os outros e interajam melhor, facilitando o caminhar dos usuários pela rede de serviços, como evidenciam os relatos:

[...] ***aí eu conversei lá perguntando se posso ficar aqui no posto e eles disseram que pode. Só se for muito grave é que levo para o CAPS*** [...] (GIIIc1).

[...] ***essa ideia de o pessoal do CAPS vim pra cá é muito boa*** [...] ***eles já me conhecem*** [...] (GIIIc2).

Desta forma, quando há comprometimento na implantação e aplicação das ações do apoio matricial surgem novas possibilidades de articulação entre os níveis de assistência. Dessa forma, o apoio matricial em saúde mental objetiva a superação da lógica dos encaminhamentos, e, assim, possibilita uma corresponsabilização entre as equipes de saúde envolvidas, seja da atenção primária, seja da saúde mental²³. Com isso a equipe de saúde básica tanto passa a ser mais resolutiva na assistência aos casos de transtorno mental leve que emergem no território, quanto melhora qualitativamente o fluxo de acompanhamento do

paciente na rede de cuidados no tocante aos serviços especializados em saúde mental⁶.

Patricia de Souza Delfini et al.⁴ corroboram esta ideia ao afirmarem que a corresponsabilização dos casos de saúde mental pelas equipes pretende aumentar a capacidade de resolubilidade dos problemas de saúde pela equipe local, sem encaminhamentos. Gradativamente, os trabalhadores da equipe local tornam-se mais aptos a solucionar problemas anteriormente considerados difíceis, evitam encaminhamentos desnecessários e irresponsáveis, além de manter o cuidado através dos níveis de complexidade do sistema de saúde⁴.

O apoio matricial reduz a precipitação por parte dos trabalhadores da APS em encaminhar o paciente para o CAPS. Há a tentativa de acolher e manejar o caso e, diante de intercorrências, solicitar o apoio matricial. Somente quando a APS não consegue dar resolução, encaminha o caso para o serviço especializado. Portanto a assistência não se limita aos enrijecidos procedimentos burocráticos de referência e contrarreferência, geradores de (des) responsabilização do caso e deficiência na resolubilidade da assistência.

Como referido por Elizaete da Costa Arona²⁴, estabelecer corresponsabilidades na condução dos casos pelas equipes contribui para a saúde integral dos usuários. Ademais, a capacidade resolutiva dos níveis de complexidade da atenção está diretamente relacionada com a eficiência das tecnologias desenvolvidas no primeiro nível de atenção²⁴. Quando o profissional da unidade básica consegue ouvir o paciente nas suas angústias e dores existenciais, o vínculo é fortalecido. Isto favorece a articulação com os recursos terapêuticos existentes no território, viabiliza maior assertividade e resolubilidade da assistência. E mais, dilui as angústias da equipe da atenção primária, pois os profissionais percebem que não estão sozinhos na condução dos casos, nem se sentem unicamente responsáveis. Deste modo, reduz-se a pressão sobre os profissionais da atenção primária no sentido de que, eles sozinhos, devam dar respostas às demandas dos pacientes^{23,25}.

Eles disseram que faz parte do tratamento...

É possível melhorar a capacidade de resolução das demandas de saúde mental no território, sem encaminhá-los para os demais níveis de complexidade do sistema de saúde. Neste sentido, o matriciamento tem articulado as redes de cuidados terapêuticos da própria comunidade e das

intervenções que transcendem o campo biológico, como demonstram as narrativas, a seguir:

[...] ***Eu estou indo para a terapia toda quinta-feira, eles disseram que faz parte do tratamento e eu tô indo [...]. Tem o negócio da massagem [...]*** (GIIIc1).

[...] ***estamos participando de um grupo de costura [...]. É tipo uma terapia [...]. Já ganhamos prêmios com isso e estamos tentando evoluir e crescer cada vez mais [...]*** (GIIIc2).

Como destacado por Jill Grant²⁶, as novas formas organizacionais em saúde mental operam com o foco na estreita relação entre os usuários e os trabalhadores e na integração dos serviços de saúde mental com a comunidade.

Porém, a implantação desta ferramenta de trabalho parece sofrer as mesmas influências do processo de transição do modelo de intervenção na saúde. Enquanto há um movimento de transformação das práticas de saúde e utilização de novas ferramentas psicossociais, persiste forte prática medicamentosa e centralizada na figura do profissional médico, com intervenções arraigadas ao modelo biologicista e individualista de atuação. Contudo, o matriciamento não deve estar centralizado na figura de um só profissional na APS, como se observa no discurso a seguir:

[...] ***A dificuldade é mesmo de implementar o próprio conceito, pois o matriciamento é só uma transferência [...]. Uma questão de local, o que ele faz lá no CAPS, não é? O psiquiatra vem e faz aqui, é uma consulta ambulatorial [...]*** (GIIc1).

Desta forma, como o estudo demonstra, existe o risco de que as ações do apoio matricial se centralizem em uma só categoria profissional. Se houver esta centralização, o apoio matricial corre o risco de limitar-se a apenas uma ferramenta terapêutica, em dissonância com seus reais preceitos constituintes.

A utilização de ferramenta terapêutica única, no caso, a prescrição de medicações, pode restringir as demais intervenções em saúde mental, que são extremamente importantes para a transformação do modelo de assistência nesse campo. De acordo com os estudos de Jill Grant²⁶, o uso exacerbado dos recursos farmacêuticos e de procedimentos especializados reforça a dependência institucional dos usuários, e leva a uma desvalorização da autonomia dos indivíduos, relegando outros saberes ou valores próprios da comunidade.

Vale ressaltar que o término de uma consulta não pode se limitar apenas a uma receita, a um pedido de exame ou um simples encaminhamento, deve ser o início de um novo patamar de diá-

logo, focado na situação do indivíduo em sofrimento, suas condições psicossocioexistenciais e seus desafios terapêuticos, além das possibilidades de interpretação²⁷.

Mesmo diante da tendência de centralização na medicação, a qual pode ser limitadora na construção dos projetos terapêuticos dos usuários, as ações de apoio matricial podem contribuir para que o uso dessa medicação auxilie em muitos casos, ao potencializar a atuação dos trabalhadores, das famílias e dos próprios usuários. Para ser mais eficaz, o uso dos medicamentos precisa estar relacionado ao intuito de impulsionar a autonomia do indivíduo, organizando melhor o quadro clínico, mediante o controle da ansiedade, regulação do sono, redução de sintomas. Portanto, as intervenções medicamentosas devem ser facilitadoras do processo de autonomia dos usuários e não aprisionadoras, principalmente das questões existenciais, psíquicas e sociais. Uma contradição que está presente nas narrativas dos sujeitos ao referirem tanto os benefícios quanto os malefícios da medicalização:

[...] ***Antes eu não conseguia fazer o que faço hoje, sempre tinha que ter alguém perto de mim, hoje em dia faço tudo só, tirei a habilitação, faço faculdade, vou começar curso de inglês [...]*** (GIIIc1).

[...] ***Não está ajudando na autonomia dele, eu não confio, ele é muito comprometido, às vezes ele fica sentado na calçada de casa. Quando preciso sair deixo ele com minha filha, ele depende de mim [...]*** (GIVc1).

[...] ***Ela tem a liberdade dela, ela toma as atitudes dela, não interfiro mais, ela mesma quem procura o que precisa e agora só vim aqui no posto porque fui chamada. Talvez ele queira diminuir o medicamento dela [...]*** (GIVc2).

Em saúde, a concepção de autonomia está relacionada com a capacidade dos indivíduos lidarem com sua rede social. A autonomia, nesse sentido, se traduziria como o poder de coconstituição de maior capacidade dos indivíduos de compreenderem e agirem sobre si mesmos e sobre o contexto no qual estão inseridos. Depende, para tanto, de uma multiplicidade de fatores, de aspectos que precisam ser levados em consideração como os fatores econômicos, políticos, sociais e individuais. Tal autonomia necessita, prioritariamente, da reflexão e ação do sujeito sobre si mesmo e sobre o mundo que o cerca²⁸.

Desse modo, o apoio matricial em saúde mental pode configurar-se como uma ferramenta potente para a construção da autonomia dos usuários desde que ocorra concretamente no cotidiano das práticas de saúde e contribua para a

transformação do modelo de assistência à saúde. Para que esta ferramenta seja potente e a interdisciplinaridade ocorra de fato, possibilitando a acessibilidade dos usuários e a resolubilidade dos casos, é importante elaborar um sistema que produza compartilhamento de responsabilidades pela ação prática e sistemática conforme cada projeto terapêutico específico³.

Considerações finais

O estudo evidenciou que o apoio matricial pode ser uma ferramenta facilitadora da acessibilidade dos usuários de saúde mental aos serviços de saúde. A aproximação entre os trabalhadores da saúde mental e os da ESF viabiliza a detecção de casos de transtornos mentais anteriormente negligenciados. Desta forma, influencia diretamente na dimensão geográfica da acessibilidade quando viabiliza assistência aos usuários nas unidades de saúde mais próxima à sua residência.

A pesquisa mostrou ainda que os trabalhadores da APS não se sentem instrumentalizados para o manejo dos casos de transtornos mentais, havendo uma precipitação dos encaminhamentos de casos para os CAPS, o que repercute negativamente na dimensão sócio-organizacional da acessibilidade, não havendo impacto entre a oferta do serviço e a sua capacidade de utilização e resolução das demandas da população.

Assim, mediante o suporte das equipes especializadas, vislumbra-se um campo fértil para uma atuação mais efetiva dos trabalhadores da ESF, pois tal suporte visa torná-los mais capazes para acompanhar os usuários no próprio território e de dar respostas às suas necessidades, articuladas aos serviços de atenção primária à saúde e aos de saúde mental. A articulação entre os níveis de atenção do sistema de saúde pode contribuir para a resolubilidade da assistência dos casos de saúde mental, sobretudo a atenção primária.

Colaboradores

PHD Quinderé e MSB Jorge participaram da concepção, análise, interpretação e redação final do estudo. MSL Nogueira, LFA da Costa e MGF Vasconcelos participaram da redação final e revisão crítica.

Referências

1. Figueiredo MD, Campos RO. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Cien Saude Colet* 2009; 14(1):129-138.
2. Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MFAS. Formação do vínculo na implantação do programa de saúde da família numa unidade básica de saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43(2):358-364.
3. Campos GWS, Domiti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saude Publica* 2007; 23(2):399-407.
4. Delfini PSS, Sato MT, Antoneli PP, Guimaraes POC. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Cien Saude Colet* 2009; 14(Supl. 1):1483-1492.
5. Assis MMA, Levi DL, Nascimento MA, Leal JAL, Moreira RCR, Souza C, Cerqueira EM. Acesso ao PSF: garantia para a resolubilidade dos serviços de saúde? In: Assis MMA, Nascimento MAA, Franco TB, Jorge MSB, organizadores. *Produção do cuidado no programa saúde da família: olhares analísadores em diferentes cenários*. Salvador, Rio de Janeiro: EDUFBA; 2010. p. 101-111.
6. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica* 2004; 20(Supl.2):190-198.
7. Donabedian A. *Aspects of medical care administration*. Boston: Harvard University Press; 1973.
8. Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Cien Saude Colet* 1999; 4(2):305-315.
9. Santos RC. *Saúde Todo Dia: uma construção coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006.
10. Andrade LOM, Barreto ICHC, Goya N, Martins Júnior T. Estratégia Saúde da Família em Sobral: oito anos construindo um modelo de atenção integral à saúde. *SANARE: Rev. Políticas Públicas* 2004; 5(1):9-19.
11. Tófoli LF, Fortes S. Apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral-CE: o relato de experiência. *SANARE: Rev. Políticas Públicas* 2007; 6(2):34-42.
12. Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano municipal de saúde de Fortaleza: 2006-2009*/Secretaria da Saúde. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza; 2008.
13. Andrade LOM, Oliveira RF, Bastos ENE, Fialho MB, Costa LD. Saúde Mental & Cidadania: a resposta de Fortaleza. *Saúde em Debate* 2007; (40):57-70.
14. Quinderé, PHD, Jorge MSB. (Des)construção do modelo assistencial em saúde mental na composição das práticas e dos serviços. *Saúde e Soc.* 2010; 19(3):569-583.
15. Sousa FSP, Oliveira EN. Caracterização das interações de dependentes químicos em Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Geral. *Cien Saude Colet* 2010; 15(3):621-627.
16. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11ª Edição. São Paulo: Hucitec; 2008.
17. Trivinos ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas; 1992.
18. Wazlawick P, Camargo D, Maheirie K. Significados e sentidos da música: uma breve "composição" a partir da psicologia histórico-cultural. *Psicol. Estud* 2007; 12(1):105-113.
19. Dimenstein M, Galvão VM, Severo AKS. O Apoio Matricial na perspectiva de coordenadoras de Equipes de Saúde da Família. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*. 2009; 4(1):37-48.
20. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2002; 7(4):687-707.
21. Oliveira EXG, Carvalho MS, Travassos C. Territórios do Sistema Único de Saúde – mapeamento das redes de atenção hospitalar. *Cad Saude Publica* 2004; 20(2):386-402.
22. Draper CE, Lund C, Kleintjes S, Funk M, Omar M, Flisher AJ. Mental health policy in South Africa: development process and content. *Health Policy Plan* 2009; 24(5):342-356.
23. Nunes M, Jucá VJ, Valentim, CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios da reforma psiquiátrica e sanitária. *Cad Saude Publica* 2007; 23(10):2375-2384.
24. Arona EC. Implantação do Matriciamento nos Serviços de Saúde de Capivari. *Saúde Soc* 2009; 18(Supl. 1):26-36.
25. Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS,UERJ; 2001. p. 65-112.
26. Grant JG. Embracing an emerging structure in community mental health services: hope, respect, and affection. *Qualitative Social Work* 2010; 9(1):53-72.
27. Tesser CD. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface (Botucatu)* 2006; 10(20):347-362.
28. Onocko-Campos RT, Campos GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drummond Júnior M, Carvalho YA, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 669-688.

Artigo apresentado em 06/08/2012

Aprovado em 10/08/2012

Versão final apresentada em 14/08/2012