



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

ISSN: 2358-2898

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Hirdes, Alice

Apoio Matricial em saúde mental: a perspectiva dos especialistas sobre o processo de trabalho

Saúde em Debate, vol. 42, núm. 118, 2018, Julho-Setembro, pp. 656-668

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811809>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406368953010>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

UABEM redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Apoio Matricial em saúde mental: a perspectiva dos especialistas sobre o processo de trabalho

Matrix Support in mental health: the perspective of the experts on the work process

Alice Hirdes¹

DOI: 10.1590/0103-1104201811809

RESUMO O artigo aborda a descentralização em saúde mental por meio do Apoio Matricial na Atenção Primária à Saúde (APS). A pesquisa teve como objetivo geral investigar o Apoio Matricial em saúde mental na APS na perspectiva dos especialistas, levando em conta as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada mediante entrevistas semiestruturadas e grupo focal com apoiadores matriciais em saúde mental. Os resultados evidenciam o aspecto processual da construção conjunta de intervenções sustentadas pela corresponsabilização e pela cogestão; os arranjos organizacionais e operacionais fundamentados em ações de supervisão, discussão de casos clínicos e atendimento conjunto. As relações personalizadas com as equipes de referência, o viés de saúde pública dos especialistas e o investimento em sensibilizar os profissionais generalistas e especialistas foram identificados na pesquisa. Conclui-se que o Apoio Matricial se sustenta por meio de tecnologias relacionais, na sistematicidade dos encontros e na longitudinalidade, devendo ser tais questões consideradas no cuidado interprofissional.

PALAVRAS-CHAVE Saúde mental. Atenção Primária à Saúde. Assistência integral à saúde. Estratégias locais. Gestão em saúde.

ABSTRACT The article discusses decentralization in mental health through the Matrix Support in Primary Health Care (PHC). The research had as general objective to investigate the Matrix Support in mental health in PHC from the perspective of the experts, taking into account the guidelines of the Unified Health System (SUS) and the Psychiatric Reform. This is a qualitative research, conducted through semi-structured interviews and a focus group with matrix supporters in mental health. The results show the procedural aspect of joint construction of interventions sustained by co-responsibility and co-management; the organizational and operational arrangements based on supervisory actions, discussion of clinical cases and joint care. Personalized relationships with referral teams, the public health bias of the specialists and the investment in sensitizing general practitioners and experts were identified in the research. It is concluded that the Matrix Support is supported by relational technologies, in the systematicity of meetings and longitudinality, and such issues should be considered in inter-professional care.

KEYWORDS Mental health. Primary Health Care. Comprehensive health care. Local strategies. Health management.

¹Universidade Luterana do Brasil (Ulbra) – Canoas (RS), Brasil.
Orcid : <https://orcid.org/0000-0003-3318-0514>
alicehirdes@gmail.com



Introdução

Organismos e agências internacionais, profissionais e pesquisadores defendem a inclusão da saúde mental nos serviços de saúde em geral. Entre as razões para a referida integração, destacam-se o peso dos transtornos mentais nas populações; a ocorrência simultânea de transtornos físicos e mentais; a disparidade entre a prevalência de transtornos mentais e o número de pessoas que recebem tratamento; a melhoria no acesso ao tratamento na Atenção Primária à Saúde (APS); a proteção dos direitos humanos; a redução dos custos na APS^{1,2}. Além das razões elencadas anteriormente, pesquisadores e autoridades da área³⁻⁷ situam o contexto histórico atual, traduzido na crise econômica global, na pobreza e nos conflitos em diferentes lugares do mundo, como uma razão adicional para a inclusão dos cuidados em saúde mental na APS.

No Brasil, o descompasso entre a magnitude da demanda e a oferta de serviços de saúde mental, além da baixa incorporação de especialistas para lidar com pacientes graves, constituem-se em uma ameaça à sustentabilidade do modelo⁸. Os autores defendem que a articulação da saúde mental com a APS ampliaria a universalização desses serviços. Assinalam os obstáculos a essa articulação, que implica desafios políticos – as limitações do Sistema Único de Saúde (SUS), no que tange ao financiamento, à capacidade de governo e de pessoal especializado. Onocko Campos et al.⁹ defendem o investimento nos processos de transformação das práticas em saúde e nos profissionais, para que os avanços conseguidos não sejam revertidos. Lobosque¹⁰ aponta como desafios fundamentais da Reforma Psiquiátrica a garantia do atendimento à crise, a inclusão da Atenção Básica mediante o estabelecimento de parcerias com a Estratégia Saúde da Família (ESF), por meio do matriciamento em saúde mental, e a retaguarda dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) para cuidados intensivos.

Ou seja, a compreensão de que os serviços substitutivos, sobretudo os Caps, não darão conta da magnitude da demanda de atendimento constitui-se em outra razão para a defesa da referida articulação. Nesse caso, a sustentabilidade da Reforma Psiquiátrica depende da integração à rede de APS. Assim, os recursos humanos são uma questão central para o cuidado em saúde mental na APS, tanto no que tange aos profissionais especialistas, que podem prover supervisão e suporte mediante o apoio matricial, como para os generalistas que integram as equipes de saúde da família. Estes últimos lidam no cotidiano com problemas de saúde mental da população, muitas vezes sem subsídios teórico-práticos para situações mais complexas. Nesse sentido, o ‘trabalho vivo’ em saúde, operacionalizado mediante ‘tecnologias leves’¹¹, a clínica ampliada¹² e os *inputs* (recursos) invisíveis¹³ desempenham um papel central na operacionalização do cuidado em saúde mental na atenção primária.

As tecnologias leves¹¹, relacionais, são fundamentais para o trabalho interprofissional. O mesmo ocorre com a noção de clínica ampliada, que permite uma “redefinição ampliada do objeto, do objetivo e dos meios de trabalho da assistência individual, familiar ou a grupos”¹²⁽¹⁵⁷⁾. Essa noção pressupõe a superação do modelo centrado na doença, a partir de intervenções que podem se situar no plano biológico, no subjetivo ou no social. A intervenção sobre um irá produzir impacto nos demais. Os *inputs* invisíveis¹³, como as relações de trabalho, usualmente esquecidos, ignorados ou subvalorizados, podem inibir ou potencializar os recursos (*inputs*) visíveis. Os *inputs* invisíveis podem qualificar as relações de trabalho entre profissionais e o atendimento conjunto, bem como as relações entre profissionais e usuários, materializadas no cuidado ao usuário.

O apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa a outorgar suporte técnico às equipes da APS, mediante a responsabilização compartilhada de casos.

Isso pode se dar por meio de discussões de casos, atendimentos conjuntos ou intervenções conjuntas à família e à comunidade¹⁴. Entretanto, cabe ressaltar que a saúde mental na APS envolve um processo complexo, permeado por diferentes forças que se contrapõem – profissional, política, ideológica, epistemológica e de gestão. Em última análise, esses fatores remetem aos recursos humanos dos serviços, que podem se constituir como fonte de potência e cuidado.

Tendo em vista essas considerações, esta pesquisa teve como objetivo geral investigar o apoio matricial em saúde mental na APS na perspectiva dos especialistas, levando em conta as diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica. A discussão da configuração desse processo de trabalho poderá fornecer contribuições para o avanço do conhecimento na área, no que tange às questões estruturais, operacionais e aos arranjos técnicos em Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais e na ESF, e, sobretudo, no que diz respeito aos recursos invisíveis e às tecnologias leves utilizadas pelos apoiadores.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritivo-analítica, com abordagem qualitativa. Os participantes do estudo foram seis profissionais especialistas em saúde mental (dois psicólogos e quatro psiquiatras) que atuam como apoiadores matriciais na APS. Foram elencados como critérios de inclusão dos participantes (apoiadores matriciais): atuar no apoio matricial em saúde mental há pelo menos dois anos, independentemente da modalidade de intervenção (discussão de casos, supervisão ou atendimento conjunto; atendimento ou intervenções específicas do apoiador, com posterior cuidado pela equipe de referência).

O campo de estudo foi o Município de Gravataí (RS), Brasil. A opção por esse local decorre do trabalho pioneiro com descentralização em saúde mental e Apoio Matricial

no estado do Rio Grande do Sul. Ele possui o sexto maior Produto Interno Bruto e a sexta maior população do estado, com cerca de 255.660 mil habitantes, além de uma estimativa de vida que ultrapassa os 70 anos. É constituído por área urbana e rural, apresentando características e problemas típicos dessas duas realidades. A partir de 2004, foi implantado o processo da Distritalização/Regionalização da Saúde, por meio da ESF. A rede primária de atenção à saúde é composta por 18 Unidades de Saúde da Família (USF), além de 10 UBS tradicionais.

As técnicas de pesquisa utilizadas foram entrevistas semiestruturadas e Grupos Focais (GF). A coleta dos dados ocorreu em 2013. A entrevista semiestruturada obedece a um roteiro previamente elaborado pelo pesquisador, assegurando que as questões relativas ao problema de pesquisa estarão cobertas na conversa¹⁵. Grupos focais proporcionam *insights* dos processos, de atitudes e dos mecanismos envolvidos, bem como da interrogação e da modificação de visões. Também são úteis para conhecer o que os participantes pensam, mas, sobretudo, por que os participantes pensam como pensam¹⁶. Nesse sentido, os grupos focais poderão trazer diferentes perspectivas, pre-ocupações e pressupostos dos profissionais envolvidos no apoio matricial e, desse modo, denotar processos criativos, singularidades, inconsistências e contradições do processo. Na pesquisa, os bancos de dados foram primeiramente analisados individualmente, mediante a leitura minuciosa dos textos, conforme a proposta analítica. Após esse primeiro movimento, realizou-se a triangulação dos dados das duas técnicas.

Para a análise dos dados das entrevistas semiestruturadas e dos grupos focais, foi utilizada a análise de conteúdo, na modalidade temática¹⁵, que compreende: a ordenação, a classificação e a análise final dos dados. A etapa da ordenação dos dados consiste na transcrição das entrevistas; releitura do material; organização dos relatos em

determinada ordem, de acordo com a proposta analítica. A etapa seguinte, de classificação dos dados, foi operacionalizada pela leitura horizontal e repetida dos textos. Por meio desse “exercício inicial, denominado por alguns autores como leitura flutuante, apreendeu-se as ‘estruturas de relevância’ dos atores sociais”¹⁵⁽³⁵⁷⁾. Nelas, estão contidas as ideias centrais dos entrevistados sobre o tema, do qual emergiram as categorias empíricas. A triangulação das duas técnicas (entrevistas e GF) forneceu *insights* adicionais e dados analíticos, que foram utilizados como um recurso para produzir bases de dados paralelas na pesquisa¹⁶. No segundo momento, ocorreu a leitura transversal dos dados de cada subconjunto (entrevistas semiestruturadas e grupo focal) e do conjunto em sua totalidade, que deu origem às áreas temáticas.

Cabe destacar, ainda, que foram respeitados os aspectos éticos referentes à pesquisa com seres humanos, conforme determina a Resolução nº 466/2012¹⁷. A pesquisa foi submetida e aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa credenciado, sob o nº 304 227, no ano de 2013. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Com vistas a assegurar o anonimato, eles serão identificados por letras e números (AM1, AM2, AM3...).

Resultados e discussão

Processo de trabalho em Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde

Nesta área temática, serão discutidas as condições que desencadearam o processo de descentralização em saúde mental e a sua posterior configuração no que é denominado atualmente de apoio matricial em saúde mental, assim como as questões estruturais, operacionais e os diferentes arranjos técnicos. A descentralização em saúde mental

no município investigado decorre, em um primeiro momento, de questões estruturais e operacionais, como uma resposta à resolução da demanda de atendimento a um grande contingente de pessoas, bem como à pressão da mídia.

O primeiro movimento ocorreu na descentralização do atendimento em saúde mental nas USF, posteriormente estendido às UBS tradicionais.

Então, se começou esse apoio matricial, num primeiro momento, com o trabalho de grupo, na descentralização do espaço físico, mas já percebendo como uma semente de que nós estaríamos indo um pouco mais para próximo da comunidade, saindo do espaço designado então só para saúde mental. (AM1).

Evidenciam-se duas situações distintas: o atendimento em grupo nas unidades de saúde e o trabalho concomitante de descentralizar os usuários do Caps, mediante a instituição de um dia para a discussão das pessoas que seriam contrarreferenciadas pela unidade. Esse processo, inicialmente, recebeu a denominação de ‘descentralização’ em saúde mental. Posteriormente, foi adotada a expressão ‘apoio matricial’ em saúde mental, nos moldes propostos pelo Ministério da Saúde¹⁴.

Situação semelhante ocorreu na experiência de Campinas (SP), que desencadeou a descentralização de dois serviços de saúde mental que passaram a funcionar na lógica matricial. Em Gravataí, esses arranjos organizacionais possibilitaram a constituição de duas diferentes formas de trabalho em saúde mental – os grupos terapêuticos na comunidade e, posteriormente, o Apoio Matricial (AM) propriamente dito. Apesar de esse processo de descentralização em saúde mental estar em curso há 16 anos no município e de o AM ter sido implantando em 2007, não existem pesquisas publicadas sobre a experiência em curso. As duas experiências pioneiras brasileiras documentadas – Campinas e

Sobral; além do Projeto Qualis, em São Paulo, anterior à construção teórica de AM – mostraram ser o território um espaço potente para a construção de projetos e intervenções em saúde mental.

Nas diretrizes do Ministério da Saúde¹⁴, as equipes matriciais devem, além da supervisão e do atendimento conjunto, de atendimento específico e capacitação, priorizar abordagens coletivas e de grupos como estratégias para atenção em saúde mental, que podem ocorrer nas unidades de saúde, bem como na comunidade. Assim como, entre outras ações, mobilizar recursos comunitários e desenvolver redes de apoio e integração. Essas são denominadas ‘responsabilidades compartilhadas’. No estudo, pode-se depreender que o movimento inicial ocorre no sentido inverso. As ações de descentralização por meio de grupos sustentaram os campos de interação que propiciaram a instituição do AM.

Essa foi a primeira vertente do apoio matricial, o pensamento e a ação do trabalho de grupo, o Grupo Violeta como o primeiro que descentralizou. E, ao mesmo tempo, pensamos que aqueles pacientes que estavam há muito tempo já na unidade e que são crônicos, ou que poderiam ser atendidos nas unidades, nós teríamos um dia específico que, na época, era quintas de manhã, então nós levaríamos as referências e contrarreferências para as suas unidades. (AM1).

A forma instituída de personalizar a relação da descentralização, mediante o ir junto para explicar e discutir com os profissionais das unidades de saúde, em substituição ao sistema anterior via ‘malote’ de referência e contrarreferência, na sequência à descentralização de alguns profissionais volantes (psicólogos, neurologistas, psiquiatras), é embrionária no processo de AM.

Então, alguns colegas, eu também, nós começamos todas as quintas de manhã: primeiro, o pessoal da enfermagem, da assistência social e

da psicologia levando esses prontuários e falando com os enfermeiros de lá, com os médicos de lá, dando uma explicação de como é que se dava o acompanhamento desses usuários no Caps e como poderia ser feito na unidade. (AM1).

A fala evidencia que, desde o início da descentralização, ocorre a personalização das relações, a corresponsabilização e a cogestão do processo. Assim, um aspecto central do trabalho decorre das redes interprofissionais que foram sendo constituídas mediante o trabalho realizado nos espaços comunitários.

A implantação do AM em alguns municípios brasileiros pioneiros difere no processo entre si¹⁸. Enquanto em Campinas, considerado o berço do conceito, ele é realizado por psicólogos sediados em unidades de saúde, em Sobral, assim como em Gravataí, ele é realizado por equipes volantes que trabalham em serviços especializados, o que permite uma visão ampla do sistema. No caso de Gravataí, o AM é realizado por psicólogos e psiquiatras que estão sediados no Caps, e um dos psiquiatras na emergência. Os apoiadores relataram que essa inserção em diferentes serviços possibilita um olhar ampliado da rede de atenção à saúde. Esse arranjo permite aos apoiadores investir em processos de trabalhos articulados, porém, sem fazer parte do ‘quadro permanente’ daquela UBS. Essa configuração propicia um olhar de outra posição e lugar, desejável e necessário.

Os participantes identificaram diferenças no AM com relação às UBS e naquelas unidades onde está implantada a ESF. Enquanto nas primeiras prevalece a lógica do atendimento da demanda, para resolver problemas específicos, nas unidades da ESF, pelas próprias características da proposta do programa, há um olhar para o contexto mais amplo, para a família. Nesse sentido, tanto a ESF quanto a Reforma Psiquiátrica brasileira advogam em defesa de um cuidado integral no território. Há o reconhecimento de que na ESF modifica-se, também, a forma de realização do AM, mediante a

supervisão dos casos, ao passo que nas UBS ocorre usualmente o atendimento conjunto. A supervisão (discussão de casos clínicos), visualizada também como uma capacitação em serviço, é dirigida não somente para um profissional, mas estendida à equipe da ESF. Dessa forma, situações similares podem ser resolvidas pela própria equipe de referência, aumentando, assim, a capacidade resolutiva dos profissionais.

Nas unidades que têm a característica de ser de medicina de família (ESF), existe o envolvimento de toda a unidade com o grupo familiar a que pertence aquela área ou aquele setor. É um pouco diferente... Na verdade, nós olhamos a integridade daquela família [...] fica um caráter de supervisão, de conduta e de procedimentos que possam se dar quase como um treinamento em serviço e no sentido de que futuras pessoas com características da doença daquele paciente possam ser atendidos pelo grupo sem a necessidade do especialista, porém, com o suporte. (AM6).

O apoiador reconhece que o suporte continuará sendo necessário. Nesse sentido, as experiências bem-sucedidas de descentralização em saúde mental, nos âmbitos nacional e internacional, têm como elemento em comum a sistematicidade dos encontros e a longitudinalidade¹⁹⁻²³.

A noção de equipe e profissionais de referência produzida aponta para aqueles que têm a responsabilidade pela coordenação de um caso, quer seja ele individual, familiar ou comunitário²⁴. No estudo, quando são UBS tradicionais, o profissional de referência está centralizado na figura do médico clínico, que terá a responsabilidade pela coordenação e condução do caso. Conforme os entrevistados, em razão da configuração dessas unidades, o AM, nessa caracterização, consiste em resolver uma questão específica: o atendimento da demanda de pessoas com transtornos mentais. A construção teórica prevê que a equipe de referência tem sempre uma composição interdisciplinar, com vistas à

integração dialógica entre distintas especialidades e profissões^{25,24}.

No caso dos profissionais das UBS, na realidade estudada, existe um único profissional em cada UBS que é a referência para o AM. Na condição de ausência desse profissional (por desligamento, férias, licença saúde), ocorre uma mobilização dos apoiadores para a identificação de outro profissional que aceite atender os casos de saúde mental.

Na ESF, nós podemos trabalhar com toda a equipe, enquanto que nas UBS hoje é um profissional que é a referência para o matriciamento. Amanhã ou depois, ele não está mais, aí já é outro [...] aí, nós temos que mobilizar um outro profissional que queira aceitar esses usuários e atendê-los como referência, enquanto que lá na ESF, não, todos eles são referência, e na UBS não. (AM1).

A disponibilidade dos profissionais das equipes da ESF facilita o processo de trabalho interprofissional, enquanto nas UBS o processo é mais complexo. Neste caso, a complexidade não decorre em razão das intervenções, mas em razão da necessidade de um arranjo anterior: o encontro dos apoiadores e dos generalistas. A complexidade, neste caso, é estrutural, organizacional, e remete à lógica de funcionamento dessas unidades.

Os resultados de um estudo baseado em modelos de equipes colaborativas evidenciam que os médicos clínicos com larga experiência são os que menos preferem as discussões em profundidade sobre os pacientes. A pesquisa alerta que as abordagens individualizadas da equipe de apoio com os médicos clínicos podem gerar desvios no tratamento, decorrentes de múltiplas vias de comunicação²⁶. Outros autores²⁵ identificaram que os profissionais estão habituados com a autonomia profissional, deliberando sobre os casos de modo isolado. Entre as razões para essa conduta encontram-se o apego à identidade de seu núcleo de especialidade e a segurança que advém de práticas conhecidas. Além dessas, há, ainda, uma

cultura dominante, que estabelece que o saber profissional nuclear constitui-se em ‘propriedade privada’. Assim, o enrijecimento das fronteiras de conhecimento pode se dar em razão de uma reserva de mercado profissional, como, por exemplo, a Lei do Ato Médico²⁴.

O trabalho solitário nas UBS relatado nas falas encontra ressonância em outro estudo⁹. A sensação de solidão, a impotência e o despreparo para lidar com as situações de saúde mental decorrem da falta de perfil profissional do AM, das dificuldades de entendimento da proposta e de organização dos encontros por parte da gestão. Na pesquisa em tela, a solidão referida pelo entrevistado remete ao atendimento conjunto exclusivamente com o médico clínico, sem a presença de outras pessoas da equipe, e não do perfil do AM.

[...] nas UBS, o trabalho é bem mais solitário. É curioso... o médico atende o paciente, daí ele faz uma referência, um documento de referência para ele mesmo, porque ele faz a referência para o dia em que a gente vai lá. Ele vai ler aquela referência, e vamos atender o paciente junto com ele ou vamos discutir aquele caso [...]. (AM5).

Entre as barreiras para integrar a saúde mental na APS estão os processos de trabalho fragmentados, ainda centrados na figura de um só profissional (o médico), assim como os fatores relacionados ao preconceito com o campo e o estigma relacionado às pessoas com transtornos mentais. Entretanto, o AM tem potência para a construção de novos modelos de assistência à saúde, articulados ao SUS. As tecnologias de relações, pautadas no acolhimento, no vínculo, na responsabilização e na resolubilidade do cuidado devem permear a organização dos processos de trabalho²⁷. Outros autores defendem que, para a superação das barreiras, a mobilização, a sensibilização e a capacitação da atenção básica precisam ser incrementadas constantemente²². Essa necessidade de investimento sistemático também foi reportada pelos apoiadores como essencial à manutenção da proposta.

Recursos imateriais e processo de trabalho sistemático e longitudinal

Há o reconhecimento sobre o aspecto processual do AM, construído na prática cotidiana pelas pessoas envolvidas no trabalho. Esse processo é eminentemente sustentado por meio de recursos imateriais, simbólicos, que atravessam as práticas, mediado pelas relações estabelecidas entre os apoiadores e os profissionais das equipes de referência.

O matriciamento não é uma coisa dada por antecipação, quer dizer, são características que tu vês na prática, no desenvolvimento do trabalho; são características onde tu precisas lidar com um grupo, com várias pessoas, interagir com vários profissionais, várias equipes. Tu tens que se disponibilizar a trabalhar com várias pessoas, pessoas diferentes, com visões diferentes, com visões semelhantes às tuas, com visões conflitantes às tuas, com várias equipes, então isso te remete a um esforço de interagir, de escutar, de conseguir propor, de ter essa flexibilidade. (AM2).

A complexidade do processo decorre, em um primeiro momento, das relações e interações que vão sendo construídas no cotidiano. Essas são permeadas por valores, princípios, significados e representações dos sujeitos envolvidos. Dessa forma, a compreensão do AM como um processo relacional, sistemático e longitudinal é fundamental à descentralização e irá determinar a sustentabilidade da proposta.

Na fala anterior, evidenciam-se algumas características para o trabalho, como a possibilidade de compor com pessoas com perspectivas diferentes, com equipes diferentes, com diferentes profissionais, mediante um exercício de disponibilidade para a escuta e de flexibilidade. Essas características remetem à possibilidade do autogoverno dos trabalhadores para imprimir mudanças a partir das intersubjetividades no processo de trabalho. A tecnologia leve produz-se no trabalho vivo, em ato, em um processo de relações¹¹.

[...] depende das pessoas... talvez essa é a maior dificuldade, mas também é o que dá esperança também, porque daí a gente consegue tocar as pessoas, a gente consegue conversar e sensibilizar, e uma equipe não é uma pessoa só, então em cada equipe a coisa pode funcionar diferente, e a gente aproveitar o que cada equipe tem para oferecer para o trabalho com a saúde mental. (AM5).

As tecnologias leves¹¹ constituem-se por excelência no trabalho interprofissional desenvolvido no apoio matricial em saúde mental. Essas tecnologias podem ser produzidas entre profissionais e usuários, assim como entre profissionais (generalistas e especialistas). Os recursos invisíveis¹³, mediante o exercício da disponibilidade, da abertura, do acolhimento, do vínculo, de novos modos de operar, das possibilidades de criação de novos cenários, poderão imprimir mudanças na vida dos usuários e dos profissionais, generalistas e especialistas.

[...] o apoio está mais próximo porque a equipe está unida, não está distante, não está se comunicando só por papel [...] a repetição dessas experiências vai fazer com que os próximos casos que surjam já estejam mais familiarizados pela equipe e a equipe já saiba exatamente como proceder. (AM3).

Como desdobramento, o AM propicia a educação permanente das equipes.

Os apoiadores relatam duas situações distintas, sendo a primeira um entrave: nas UBS ocorre um atendimento da demanda, sob a forma de interconsulta (médico e especialista), sem um espaço para a discussão dos casos, enquanto nas unidades com equipes da ESF ocorre a discussão com a equipe, com disponibilidade para a planificação de uma proposta terapêutica, com acompanhamento longitudinal. Uma característica do AM nas UBS é que, nestas, através de negociação com os profissionais, foi identificado um profissional que tivesse disponibilidade, desejo e motivação para o atendimento em saúde mental. Dessa forma, esse profissional

passou a ser referência para todos os casos de saúde mental. Essa situação é apontada como um arranjo possível na atual configuração das UBS tradicionais sem equipes da ESF.

Na UBS, geralmente é mais interconsulta, quer dizer, os pacientes estão juntos, são atendidos e, depois, em conjunto com o clínico, a gente discute os casos. (AM2).

Nas UBS, a lógica de atendimento, que provém de um sistema implantado anteriormente ao SUS, funciona de uma forma diferente da ESF e com outra racionalidade. Nesse sentido, o AM nas UBS caracteriza-se em algumas unidades de acordo com o fazer do profissional em uma perspectiva de atendimento e resolução da demanda. Cabe ressaltar que existem diferenças na forma de condução do AM entre os especialistas, que puderam ser constatadas nas falas e também no GF. Os especialistas referiram que conseguiam discutir os casos com as equipes da ESF; enquanto nas UBS a centralidade decorria do atendimento conjunto permeado por alguma discussão, mormente para resolver a demanda da UBS.

Nas unidades que não têm a proximidade com o paciente, com o grupo, é uma coisa puramente assistencial, com qualidade, porém, assistencial em atendimento. (AM6).

Outra configuração do processo de trabalho refere-se à realização conjunta de visitas domiciliares. Além do paradigma psicossocial, identifica-se outro, o da promoção da vida. Pessoas com risco de suicídio, além do acompanhamento sistemático em consultas, também são inseridas em uma rede, que provê a sustentação e a ligação à vida. Esse resultado encontra ressonância na pesquisa de Lima e Dimenstein²⁸, que destacam que o AM é uma ferramenta importante de prevenção e intervenção de crises no território.

[...] colocar um profissional matriciando vai ampliar a capacidade da Atenção Básica de estar

atenta a questões que antes passariam reto para um especialista, e se estaria desconectado do que está acontecendo na casa, na família, na comunidade, no dia a dia da pessoal [...]. (AM5).

Outra pesquisa²² traz que o AM produz uma resposta direta no atendimento à demanda em saúde mental na Atenção Básica, ao favorecer a autonomia e as tomadas de decisão dos profissionais. A pesquisa reporta que os profissionais adquirem *expertise* nas práticas de saúde mental, com diminuição da demanda para os serviços especializados.

Então, o que sustenta o trabalho nas unidades, acho que o principal que sustenta é a nossa vontade de fazer o AM. Ninguém nos pediu. Quando eu entrei na prefeitura, quem veio falar foi o (Profissional X), não foi a gestora, não foi a coordenadora, não foi a coordenadora de Saúde Mental. (AM 5 GF).

O AM decorreu do protagonismo de um grupo de profissionais especialistas em descentralizar a atenção em saúde mental. Nesse sentido, cabe o reconhecimento de que, a despeito das diferentes forças em jogo e das trocas de gestão, o AM foi mantido em razão do desejo e do protagonismo dos apoiadores. Tal resultado encontra ressonância em Elery²⁹⁽²¹⁴⁾, que argumenta:

Consideramos ser possível a interprofissionalidade, desde que sejam disponibilizadas condições organizacionais e coletivas, mobilizadoras de aspectos subjetivos dos profissionais. A oferta das condições de possibilidade, no plano organizacional, é indispensável, mas não suficiente para a integração de saberes e a colaboração interprofissional. Sem a mobilização dos afetos, dos desejos e dos micropoderes de cada sujeito, não há interprofissionalidade possível.

O apoio matricial pressupõe a expectativa de um trabalho interprofissional

construído por diferentes atores. Os profissionais deverão ser capazes de ultrapassar os limites impostos pela doença, pelo estigma, pelas condições de vida adversas, para produzir outros modos de operar, mediante as situações específicas que se apresentam. Um dos pressupostos do apoio matricial diz respeito à responsabilização compartilhada de casos, que demanda uma abordagem interprofissional e interdisciplinar, a qual é construída por meio do diagnóstico, da formulação de projetos terapêuticos e da abordagem conjunta, mediados pela comunicação e por relações estabelecidas entre os profissionais. Diferentes perspectivas podem ser levantadas, com o enriquecimento das intervenções terapêuticas.

[...] discutir casos, fazer algumas ações junto com eles, fazer visita domiciliar, fazer atendimento em conjunto... trabalhando de forma a ampliar o trabalho da Atenção Básica, não fazendo por eles, fazendo com eles para qualificar a atenção deles. (AM5).

A fala traz uma questão essencial: 'não fazendo por eles, fazendo com eles'. O 'fazer com' pressupõe a lógica da cogestão e coresponsabilização, diretrizes do AM. Sem essa lógica, ficam estabelecidas a referência e a contrarreferência como o principal meio de comunicação entre os profissionais.

Nas UBS, os pacientes são atendidos pelo generalista e pelo especialista. Nas equipes da ESF, esse atendimento em conjunto é destinado às situações mais graves, quando foram esgotadas as propostas terapêuticas discutidas anteriormente. Entretanto, cabe ressaltar que esses arranjos organizacionais não são estanques, rígidos. Dependem, sobretudo, do estilo de trabalho de cada apoiador.

Nos postos onde funciona a Estratégia Saúde da Família é mais a discussão de casos clínicos mesmo. Os médicos trazem para a gente discutir em equipe e, também, eventualmente, tem com a presença dos pacientes. Em alguns casos mais

complicados, a gente faz interconsulta, discute vendo o paciente, conversando com o paciente. (AM2).

Nesse sentido, existem consensos estabelecidos nos arranjos entre os apoiadores e no trabalho desenvolvido entre estes e os profissionais das unidades de saúde, quer sejam UBS ou USF.

Pesquisa realizada sobre o AM indica que nessa estratégia não há gestores, apoiadores ou trabalhadores prontos. Mesmo quando parecem ter as ferramentas para lidar com a diversidade na produção do encontro, é necessário abrir espaço para a construção de um coletivo em produção. Esses espaços devem comportar o aparecimento da diferença, pois esta é necessária à produção de um coletivo. Nesse sentido, o apoio é um processo autoanalítico, mediante uma perspectiva de reinvenção na gestão e na produção do cuidado em saúde. Desse processo são produzidos novos modos de interpretar e relacionar-se, por meio dos fluxos de comunicação entre usuários, profissionais e gestores³⁰.

O matriciamento tem muito a ver com isso, com a dinâmica da equipe, como a equipe consegue trabalhar alguns casos e alguns casos são analíticos para a equipe, casos que demonstram alguma coisa que está emperrada na equipe. As dificuldades da equipe aparecem, às vezes, em atender casos. (AM5).

O apoiador traz a necessidade do olhar contextualizado e autorreferencial ao trabalho desenvolvido no grupo, em um processo de avaliação interna.

Considerações finais

Na pesquisa, observamos que o cuidado é o elemento central das intervenções, que possibilita coagenciamentos, suporte, acompanhamento de situações-limite na comunidade. O trabalho é sustentado

primordialmente pelas relações personalizadas entre apoiadores, profissionais das equipes de referência e usuários, mediante processos de trabalho complexos de base territorial. Pode-se observar que a descentralização em saúde mental ocorre não somente no universo dos usuários, mas também dos especialistas (apoiadores). Estes podem romper com o instituído, o atendimento ambulatorial, e se tornar protagonistas de processos criativos e inovadores. Os arranjos organizacionais e operacionais do processo de trabalho fundamentam-se em ações de supervisão, atendimento conjunto e discussão de casos clínicos. Esses arranjos estruturam-se de acordo com as particularidades das UBS, com ou sem equipes da ESF e dos profissionais envolvidos.

A análise dos dados permite inferir que os processos de trabalho estão ancorados em tecnologias leves, sustentadas por relações personalizadas entre apoiadores e equipes/profissionais de referência. Pode-se depreender que a sistematicidade dos encontros, as relações longitudinais, o viés de saúde pública dos especialistas, o perfil para o trabalho na comunidade sustentam a proposta. Estes, juntamente com as características do grupo, como o respeito às ideias e posições do outro, o respeito às diferentes formas de realizar o AM, o respeito às diferentes linhas teóricas de cada profissional, o sentimento de crescimento pessoal derivado das relações interprofissionais, mediadas por relações de afeto, dão sustentação à proposta. Outros atributos dos apoiadores que atravessam as práticas são a flexibilidade, o envolvimento, a disponibilidade, a corresponsabilização, a comunicação e o cuidado. Essas podem ser consideradas competências desejáveis e necessárias para o apoiador, que subsidiam o processo de trabalho. Assim como o reconhecimento da noção de processo implicada no trabalho e a complexidade decorrente dos campos de interação. As estratégias de cuidado ampliado também foram evidenciadas no trabalho conjunto, mediante a

não centralização no modelo da doença, no modelo biomédico. Existe, por parte dos apoiadores, a lógica de trabalhar as questões a partir da compreensão do contexto de vida das pessoas, o que envolve também o adoecimento, mas não se limita a isso. Cabe ressaltar que a formação dos apoiadores propicia tal abordagem, como, por exemplo, psicólogos e psiquiatras com formação em saúde mental comunitária.

As questões de ordem organizacional, estrutural, epistemológica e política são indispensáveis à operacionalização do AM. Entretanto, para além delas, os recursos invisíveis, como as relações personalizadas entre apoiadores e equipes/profissionais de referência, emergem como uma questão central à manutenção da proposta. O processo é

sustentado no trabalho relacional em ato, no cotidiano dos serviços, nos espaços do território e na rede simbólica construída, o que demanda práticas criativas, que permitam a coemergência de novos cenários, internos e externos, na vida das pessoas. Assim, por meio do AM, os princípios de descentralização, integralidade e equidade do SUS, para além de princípios idealizados, abstratos, são construídos e reinventados nas práticas interprofissionais.

Uma das limitações da pesquisa foi a impossibilidade de realizar um segundo GF conjunto com os apoiadores, os profissionais das UBS e das USF, estes dois últimos segmentos objeto de outra análise. Isso ocorreu em razão da impossibilidade de compatibilizar a agenda de todos os profissionais. ■

Referências

1. Federación Mundial para la Salud Mental. Atención primaria y salud mental, salud mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental. [internet]. 2009 [acesso em 2013 jun 20]. Disponível em: <http://www.wfmh.org/WMHD%2009%20Languages/SPANISH%20WMHD09.pdf>.
2. Patel V, Belkin, GS, Chockalingam A, et al. Grand Challenges: Integrating Mental Health Services into Priority Health Care Platforms. PLoS Medicine [internet]. 2013; [acesso em 2013 jan 10]; 10(5): e1001448. Disponível em: doi:10.1371/journal.pmed.1001448.
3. Collins PY, Patel V, Joestl SS, et al. Grand challenges in global mental health. Nature [internet]. 2011; [acesso em 2013 set 20]; 475:27-30. Disponível em: doi:10.1111/j.1365-3016.2007.00869.x.
4. Patel V. Global Mental Health: from science to action. Harvard Rev Psychiatry [internet]. 2012; [acesso em 2013 nov 12]; 20(1):6-12. Disponível em: doi:10.3109/10673229.2012.649108.
5. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet [internet].

- 2013; [acesso em 2013 set 28]; 382(9904):1575-1586. Disponível em: doi:10.1016/S0140-6736(13)61611-6.
6. Becker AE, Kleinman A. Mental Health and the Global Agenda. *The New England Journal of Medicine* [internet]. 2013; [acesso em 2013 set 10]; 369:66-73. Disponível em: doi:10.1056/NEJMr1110827.
7. Evans-Lacko S, Knapp M, McCrone P, et al. The Mental Health Consequences of the Recession: Economic Hardship and Employment of People with Mental Health Problems in 27 European Countries. *PLoS ONE* 2013; [acesso em 2013 dez 28]; 8(7):e69792. Disponível em: doi:10.1371/journal.pone.0069792.
8. Ribeiro JM, Inglez-Dias A. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. *Ciênc Saúde Colet*. 2011; 16(12):4623-4633.
9. Onocko Campos R, Gama CA, Ferrer AL, et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: um estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciênc Saúde Colet*. 2011; 16(2):4643-4652.
10. Lobosque AM. Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Ciênc Saúde Colet*. 2011; 16(12):4590-4592.
11. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2005.
12. Campos GWS. Saúde Paidéia. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2003.
13. Thornicroft G, Tansella M. The mental health matrix. A manual to improve services. New York: Cambridge University Press; 1999.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. O vínculo e o diálogo necessários. Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica. [acesso em 2018 ago 25]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>.
15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
16. Barbour R. Grupos Focais. Porto Alegre: Artmed; 2009.
17. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: CNS; 2012.
18. Tófoli LF, Fortes S. Apoio Matricial de Saúde Mental na atenção primária no Município de Sobral-CE: o relato de uma experiência. *SANARE*. 2007; 6(2):34-42.
19. Patel V, MajM, Flisher AJ, et al. Reducing the treatment gap for mental disorders: a WPA survey. *World Psychiatry* [internet]. 2010; [acesso em 2012 fev 10]; 9(3):169-76. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20975864>
20. Eaton J, McCay L, Semrau M, et al. Scale up of services for mental health in low-income and middle-income countries. *The Lancet* [internet]. 2011; [acesso em 2013 dez 14]; 378(9802):1592-603. Disponível em: doi: 10.1016/S0140-6736(11)60891-X.
21. Minoletti A, Rojas G, Horvitz-Lennon M. Salud mental em atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. *Cad de Saúde Coletiva* [internet]. 2012; [acesso em 2013 dez 18]; 20(4):440-447. Disponível em: doi:10.1590/S1414-462X2012000400006.
22. Moraes APP, Tanaka OY. Apoio Matricial em Saúde Mental: alcances e limites na atenção básica. *Saúde e Sociedade* 2012; 21(1):161-170.
23. Prates MML, Garcia VG, Moreno DMFC. Equipe de apoio e a construção coletiva do trabalho em Saúde Mental junto à Estratégia de Saúde da Família: espaço de discussão e de cuidado. *Saúde e Sociedade* 2013; 22(2):642-652.

24. Cunha GT, Campos GWS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde e Sociedade* 2011; 20(4):961-970.
25. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad de Saúde Pública* 2007; 23(2):399-407.
26. Dobscha SK, Leibowitz RQ, Flores JA, et al. Primary care provider preferences for working with a collaborative support team. *Implementation Science* [internet]. 2007; [acesso em 2012 dez 5]; 2:1-6. Disponível em: doi:10.1186/1748-5908-2-16.
27. Vasconcelos MGF, Jorge MSB, Pinto AGA, et al. Práticas inovadoras de saúde mental na atenção básica: apoio matricial na redefinição do processo de trabalho em saúde. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental* 2012; 4(8):166-175.
28. Lima M, Dimenstein M. O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. *Interface (Botucatu)* 2016; 20(58):625-35.
29. Elery AEL. Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional. *Interface (Botucatu)* 2014; 8(48):213-5.
30. Bertussi DC. O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal de saúde [Tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2010. 234 p.

Recebido em 07/06/2018

Aprovado em 31/07/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS)/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)