

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

APOIO MATRICIAL ENTRE SAÚDE DA FAMÍLIA E SAÚDE MENTAL

GABRIELLE GOMES DA FONSECA

Aracaju
Fevereiro - 2018

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

APOIO MATRICIAL ENTRE SAÚDE DA FAMÍLIA E SAÚDE MENTAL

Exame de defesa submetido à banca examinadora para obtenção do título de Mestre em Saúde e Ambiente, na área de concentração Saúde e Ambiente.

GABRIELLE GOMES DA FONSECA

Orientadores:

Cristiane Costa da Cunha Oliveira, Dra.

Marlizete Maldonado Vargas, Dra.

Aracaju
Fevereiro - 2018

S586a Fonseca, Gabrielle Gomes da Fonseca

Apoio matricial entre saúde da família e saúde mental em município da região metropolitana de Aracaju, Sergipe / Gabrielle Gomes da Fonseca; Orientadora, Cristiane Costa da Cunha Oliveira; Orientador, Marлизete Maldonado Vargas.
Aracaju - 2018

p.:55
Inclui bibliografia.

Dissertação Mestrado (Saúde e Ambiente) - Universidade Tiradentes, 2018.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde Mental, processos de mudança no Brasil. 3. Saúde Mental, articulação com a atenção básica . 4. Apoio Matricial I. Oliveira, Cristiane Costa da Cunha (orient.). II. Vargas, Marлизete Maldonado (orient.). III. Universidade Tiradentes. IV. Título.

CDU: 504

APOIO MATRICIAL ENTRE SAÚDE DA FAMÍLIA E SAÚDE MENTAL

Gabrielle Gomes da Fonseca

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO SUBMETIDO À BANCA EXAMINADORA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE E AMBIENTE, NA ÁREA DE
CONCENTRAÇÃO SAÚDE E AMBIENTE.

Aprovada por:

Cristiane Costa da Cunha Oliveira, Dra.
Orientadora

Marlizete Maldinado Vargas, Dra.
Orientador

Elder Cerqueira Santos, Dr.
Universidade Federal de Sergipe

Andressa Sales Coelho, Dra.
Universidade Tiradentes

Aracaju
Fevereiro - 2018

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Rubem e Silvia pelo amor e apoio incondicional, gratidão por tudo.

EPÍGRAFE

“Na saúde mental saudável é aquele que sempre experimenta o novo, o novo a casa instante, mesmo que o mundo permaneça velho.”

Anderson Cruz

AGRADECIMENTOS

A Deus que sempre esteve ao meu lado me concedendo sabedoria, discernimento e me mostrando sempre as melhores escolhas e caminhos. A caminhada até aqui não foi fácil, quando em 2016 resolvi sair da Bahia e retornar a Sergipe eram tantas incertezas, mas Deus com seu imenso amor me fortaleceu e preparou tudo perfeito. Foram dois anos de desafios e de aprendizados que levarei para minha vida inteira.

Aos meus pais Rubem e Silvia pelo apoio incondicional, por acreditar no meu potencial, por estarem ao lado em todos os momentos, sejam eles bons ou ruins. A meu pai em especial que pega na minha mão e me diz: Você conta comigo, estou ao seu lado!

Bruno pelo seu amor, afeto, paciência, carinho.

À Cristiane da Cunha Oliveira, que desde quando a procurei para falar do meu interesse pelo mestrado sempre se mostrou atenciosa, educada e amável. Sou muita grata em ter partilhados momentos importantes com você, o seu exemplo de pessoa ética, humana e delicada contribuíram e muito sobre o meu novo olhar pela pesquisa.

À professora Marлизete Maldonado Vargas que toda sua competência e com toda sua sabedoria e conhecimento para com a saúde mental contribuíram muita na construção desse trabalho.

Gratidão aos queridos alunos da Iniciação Científica, Tainar, Ana Helena, Higor, Rebeca e as minhas alunas da Faculdade Estácio, Amonise e Jainne pela importante ajuda e apoio durante a coleta de dados, gratidão meninas!

Agradeço a gestão do município de Nossa Senhora do Socorro e aos profissionais por me permitir adentrar as Unidades de Saúde da Família e os Centros de Atenção Psicossocial.

Aos professores do mestrado por todo aprendizado e em especial as Professoras Edna Aragão e Sonia Lima para contribuição no crescimento dessa dissertação, desde os seminários até a qualificação.

À minha amiga-irmã Ana Fátima, minha parceira da vida, estamos juntas desde a graduação e fomos também agraciadas em fazer o mestrado juntas, compartilhando alegrias, angústias, momentos e memórias.

Nessa caminhada não poderia deixar de agradecer aos amigos conquistados Taciana, pessoa espetacular, sensível, solícita e um dos grandes presentes dessa caminhada. Fany e Guilherme amigos queridos conquistados, Rogério que com sua tamanha inteligência partilhou momentos memoráveis e engraçados nas aulas.

Agradeço a todos que torceram, mandaram energia positiva e se fizeram presente nessa caminhada.

SUMÁRIO

ABSTRACT	vii
1 INTRODUÇÃO	8
2 Objetivos	10
2.1 Objetivo Geral	10
2.2 Objetivos Específicos	10
3 REVISÃO DE LITERATURA	11
3.1 Atenção Primária à Saúde	11
3.2 Saúde Mental, processo de mudanças no Brasil	12
3.3 Saúde mental, articulação com a atenção básica	13
3.4 Apoio Matricial	14
4 MATERIAIS E MÉTODOS	16
4.1 Delineamento do estudo	16
4.2 Local da pesquisa	16
4.3 Amostra do Estudo	16
4.3.1. Critérios de inclusão	16
4.4 Instrumento da coleta de dados	17
4.4.1 Formulário semi-estruturado para os profissionais de nível superior (Equipes de Saúde da Família e Centro de Atenção Psicossocial)	17
4.5 Sistemática da Coleta de Dados	17
4.5.1 Dados primários	17
4.6 Aspectos éticos	18
4.7 Análise de Dados	18
4.7.3 Qualitativos	18
REFERÊNCIAS	20
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
6 CONCLUSÃO	52
APENDICE/ANEXO	55

RESUMO

A articulação entre o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) e Estratégia de Saúde da Família (ESF) é imprescindível, considerando a unidade de saúde como o espaço mais próximo da comunidade. No intuito de ampliar e qualificar as ações das equipes de saúde na atuação em saúde mental utiliza-se o matriciamento, que como metodologia supera a lógica de encaminhamentos indiscriminados, evitando assim a fragmentação do cuidado. O objetivo do estudo é analisar as estratégias de Apoio Matricial entre Saúde da Família e Saúde Mental em Nossa Senhora do Socorro, Sergipe. Pesquisa do tipo seccional, com abordagem mista, realizada no período de janeiro de 2016 a janeiro de 2017. No estudo 1 foram utilizados dados disponíveis nos bancos de dados do Ministério da Saúde para construção de indicador de cobertura de CAPS e ESF/ 100 mil habitantes por ano. No estudo 2 foram realizadas análises descritivas por meio de frequências simples e percentuais quando categóricas ou médias e desvios padrão quando contínua com uso do software *Statistical Package for the Social Sciences for Windows* (SPSS). Para análise dos dados qualitativos, através de estatísticas textuais clássicas foi utilizado o programa Iramuteq 0.7 alpha 2. Participaram do estudo 115 profissionais, sendo 98 integrantes das ESFs e 17 dos CAPS II. Os resultados apontam que na ESF 48% são enfermeiros, 20,4% médicos e 31,6% cirurgiões-dentistas, 74,5% possui especialização *latu sensu*, 59,1% atua em média na equipe há 9 anos e 6 meses e pouco mais da metade, 57,1% cumpre 30 horas semanais. Quanto à atuação em saúde mental na atenção básica, 74,5% não conhece matriciamento e 99% nunca se reuniram com a equipe do CAPS. Nos CAPS, 64,5% cumpre carga horária semanal de 30 horas e a maioria dos profissionais, 29,4% são do serviço social, seguido da Psicologia, 23,5%. Quanto ao nível de qualificação, 64,7% possui Especialização *latu sensu*, atuando no serviço em média há 4,9 anos. Para os profissionais da ESF pessoas com transtorno mental são vistas quase que exclusivamente como responsabilidade do CAPS, 99% dos profissionais disseram não se reunir com as equipes do CAPS e 25,5% diz conhecer matriciamento considerando-o uma estratégia que facilita o cuidado. Na percepção dos profissionais do CAPS os usuários não são acompanhados na ESF. Para os profissionais de ambos os serviços, existe pouca comunicação entre as equipes e a ausência de conhecimento acerca do tema é apontada pelos profissionais como algumas das dificuldades encontradas para operacionaliza-lo. Nesse sentido, programas de educação permanente voltados para a capacitação desses profissionais são imprescindíveis para aplicabilidade do matriciamento nos serviços.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental; Atenção primária à saúde; Gestão em saúde.

ABSTRACT

The articulation between the Center for Psychosocial Care (CPC) and Family Health Strategy (FHS) is essential, considering a health unit as the closest space in the community. In order to expand and qualify the actions of health teams in mental health work, it is used the matrix support, which as methodology surpasses the logic of indiscriminate referrals, thus avoiding the fragmentation of care. The objective of this study is to analyze the strategies of Matrix Support between Family Health and Mental Health in Nossa Senhora do Socorro, Sergipe. Sectional type research, with mixed approach, conducted from January 2016 to January 2017. In the study 1 were utilized data available in the Ministry of Health databases for the construction of a coverage indicator of CPC and FHS / 100 thousand inhabitants per annum. In the study 2, descriptive analyzes were carried out by means of simple frequencies and percentages when categorical or averages and standard deviations when continuous with the use of the Statistical Package for Social Sciences for Windows (SPSS). For the analysis of qualitative data, through classic textual statistics, was utilized the program Iramuteq 0.7 alpha 2. In the study, 115 professionals participated, of which 98 were members of the FHS and 17 of the CPC. The results show that in FHS 48% are nurses, 20.4% are doctor and 31.6% are dental surgeons; 74.5% have *latu sensu* specialization, 59.1% worked on the team for 9 years and 6 months and just over half, 57.1% completed 30 hours a week. Regarding mental health care in basic care, 74.5% do not know matrix support and 99% have never met with the CPC team. In the CPC, 64.5% have a weekly workload of 30 hours and the majority of professionals, 29.4%, are social workers, followed by Psychology, 23.5%. As for the level of qualification, 64.7% have *Latu Sensu* Specialization, acting on the service on average for 4.9 years. For professionals of the FHS, people with mental disorders are almost exclusively seen as the responsibility of the CAPS, 99% of the professionals said they did not meet with the CAPS teams and 25.5% said they knew about matrix support considering it a strategy that facilitates care. In the perception of the CAPS professionals, users are not monitored at the FHS. For the professionals of both services, there is little communication between the teams and the lack of knowledge about the subject is pointed out by the professionals as some of the difficulties found to operationalize it. In this sense, programs of permanent education aimed at the qualification of these professionals are essential for the applicability of the matrix support in the services.

KEY WORDS: Mental Health; Primary health care; Health management.

1 INTRODUÇÃO

A partir da Conferência de Alma Ata, em 1978, estabeleceu-se o consenso de que os cuidados primários de saúde constituem a chave para que os sujeitos atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva, nesse sentido, a Atenção Primária deve ser a estratégia fundamental e a porta de entrada do sistema de saúde.

Com a implantação do SUS, a Atenção Básica passa a ser uma filosofia de organização, tanto estrutural quanto conceitual de todo o sistema de saúde, após a aprovação pela Portaria nº 2.488/01, a Estratégia Saúde da Família (ESF) passa a ser prioritária na reorganização da atenção básica (BRASIL, 2011).

A Atenção Básica tem como princípio possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, com o desenvolvimento de ações em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais conhecer a história de vida das pessoas, seus vínculos com a comunidade e o território onde mora, nessa perspectiva a articulação entre Saúde Mental e Atenção Básica torna-se imprescindível (ENTREPORTES *et al.*, 2017; IGLESIAS E AVELAR 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) no plano de "Comprehensive Mental Health Action Plan for 2013-2020", abrange a saúde mental, como um estado de bem-estar em que o indivíduo realiza suas capacidades, supera o estresse normal da vida, funciona de forma produtiva e proveitosa e contribui com algo para a sua comunidade, enfatiza ainda a necessidade de serviços, políticas, leis, planos, estratégias e programas que protejam, promovam e respeitem os direitos das pessoas com transtornos mentais.

Nesse sentido, o CAPS como trabalha com toda ordem de subjetividade humana, pautado na necessidade de relações sociais intensas, usando de diferentes dispositivos terapêuticos para produção de novas práticas, são considerados ordenadores da rede de saúde mental, direcionando o fluxo e servindo de retaguarda a atenção básica (DIMENSTEIN, 2009 E GLANZNER *et al.*, 2011).

A relação entre a equipe da Saúde da Família e a equipe de saúde mental do Centro de Atenção Psicossocial configura-se como um novo arranjo organizacional e metodológico que permite um olhar mais ampliado sobre a clínica, além do diálogo mais enriquecedor entre os profissionais das mais diversas especialidades (CHIAVERINI *et al.*, 2011).

A estratégia do Apoio Matricial (AM) surgiu, justamente, a partir da defesa de que a pessoa em sofrimento mental deve ser acolhida em seu território de origem, a fim de que a promoção à saúde aconteça. A descentralização em saúde mental, por meio do Apoio Matricial na Atenção Primária à Saúde, configurar-se como uma ferramenta de trabalho, que se articula aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) como universalidade, integralidade e equidade (IGLESIAS e AVELAR, 2014; HIRDES, 2015).

O matriciamento é um elemento estratégico da Política Nacional de Saúde Mental, que como um tipo de arranjo organizacional almeja ampliar e qualificar as ações das equipes da Atenção Básica, alargando a possibilidade de cuidado, investindo nas tecnologias leves, na clínica dos afetos e na corresponsabilização, como forma de estimular o compromisso de trabalhadores, permitindo um campo saúde mental rico em possibilidades (LIMA e DIMESNTEIN, 2015; JORGE *et al.*, 2013).

O termo matriciamento vem sendo usado em países como Reino Unido, Irlanda, Austrália, Canadá e Espanha, assumindo diferentes nomenclaturas, tais como: *shared care* e *collaborative care*, com a proposta de estabelecer troca de conhecimento e atendimento compartilhado entre os diferentes profissionais, no intuito de ampliar as possibilidades e qualificar o cuidado, particularmente, entre as equipes de Atenção Básica e especialistas (GONÇALVES, 2012).

No Brasil, um estudo sobre a distribuição do apoio matricial identificou que os mais altos níveis de apoio, refletem as melhores condições de vida da população brasileira havendo também uma melhor organização dos sistemas de saúde, além disso, profissionais de saúde tem tido uma percepção positiva, considerando o matriciamento uma ferramenta importante para o manejo de situações, o que promove uma interação de diferentes saberes e reorienta a rede de cuidados em saúde (FONSECA; SOBRINHO *et al.*, 2014; HIRDES, 2014; BESSA *et al.*, 2012).

Para Dimenstein *et al.*, (2009), o Apoio Matricial surgiu a partir da constatação de que a reforma psiquiátrica não pode avançar se a atenção básica não for incorporada ao processo, não é viável concentrar esforços somente na rede substitutiva, mas é preciso estender o cuidado em saúde mental para todos os níveis de assistência, em especial, à atenção primária.

O tema Matriciamento é recente, com publicações escassas no estado Sergipe, neste contexto, torna-se importante a compreensão adequada do matriciamento na rede de atenção em saúde mental da segunda maior cidade do estado de Sergipe, que participou de maneira efetiva na Reforma Psiquiátrica do estado. A articulação entre a ESF e o CAPS deve acontecer através do matriciamento, a fim de legitimar a rede de cuidados em saúde mental na perspectiva de valorizar e destacar o potencial dos profissionais e dos serviços.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Analisar as estratégias de Apoio Matricial entre Saúde da Família e Saúde Mental em Nossa Senhora do Socorro, Sergipe.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar a cobertura das Equipes de Saúde da Família e dos Centros de Atenção Psicossocial, no município da região metropolitana de Aracaju;

Identificar o perfil dos profissionais que trabalham nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) I e nas Equipes de Saúde da Família.

Avaliar as formas de articulação/integração das ações de Saúde Mental entre as Equipes de Saúde da Família e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSII), de acordo com percepção dos profissionais.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada como o modelo mais adequado para redução dos agravos, sobretudo com a implantação do SUS, abdicou-se do conceito tradicional de APS, que compreende apenas como uma forma de organização do primeiro nível de atenção e/ou uma forma de atender às demandas de saúde das populações pobres, passando a ser denominado de Atenção Básica (AB), como uma filosofia de organização, tanto estrutural quanto conceitual, de todo o sistema de saúde (BRASIL, 2011).

De acordo com Tanaka e Ribeiro (2009), a atenção básica como posição estratégia no Sistema Único de Saúde (SUS) deve garantir universalidade do acesso, cabendo a ela a efetivação de integralidade, a articulação das ações de promoção à saúde, a prevenção de agravos, a vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalhando de forma interdisciplinar e em equipe, com coordenação do cuidado na rede de serviços.

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde, que visava modificar a prática da atenção primária, o Programa de Saúde da Família (PSF) passa a ser denominada Estratégia de Saúde da Família (ESF) quando deixa de ser apenas um programa para se tornar a estratégia principal de organização da atenção básica (GAZIGNATO; CASTRO-SILVA, 2014).

A diretriz conceitual do Ministério da Saúde sobre Atenção Básica e sobre o Programa de Saúde da Família compõe parte do conjunto de prioridades políticas, devendo essa concepção superar a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigida às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade (DIMENSTEIN *et al.*, 2009).

A expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem favorecido a equidade e universalidade da assistência, uma vez que as equipes têm sido implantadas, prioritariamente, em comunidades antes restritas ao acesso aos serviços de saúde (CAMPOS JUNIOR; AMARANTE, 2015).

No Brasil, de acordo com a Portaria nº 2.488/01, a estratégia prioritária de reorganização da Atenção Primária à Saúde, é responsável por um dos mais significativos movimentos de ampliação do acesso à saúde. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais, que atuam em unidades básicas de saúde e possuem responsabilidade a uma população adscrita (MINOZZO; COSTA, 2013).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada fundamental para

operacionalização desse novo modelo de atenção na perspectiva de reorganização do modelo assistencial e na difusão de novas práticas que visam oferecer ao usuário um melhor acesso aos serviços, um acompanhamento integral de suas demandas e uma melhor orientação à família e à comunidade local (ESCOREL *et al.*,2007).

3.2 Saúde Mental, processo de mudanças no Brasil

A década de 1980 foi um período marcado pelas primeiras experiências de desinstitucionalização dos residentes de manicômios, para isso, houve a necessidade de criação de serviços de atenção psicossocial com foco na reinserção de usuários em seus territórios existenciais. No plano internacional, o pontapé inicial foi dado pela Declaração de Caracas (1990), que propôs a reestruturação da atenção psiquiátrica ligada a Atenção Primária de Saúde (BRASIL, 2013; OPAS, 1990).

A implementação de políticas de saúde mental com foco na atenção psicossocial, tem demonstrado a transformação no campo brasileiro da saúde mental, com uma assistência sustentada nos serviços extra-hospitalares, de base comunitária, que busque oferecer aos seus usuários o exercício de cidadania, autonomia, reinserção social e que inclua ainda a família e a sociedade na discussão das mudanças em face da reforma psiquiátrica (CAMATTA *et al.*, 2012; BORBA *et al.*, 2012).

Na década de 1990, viabilizado pela Portaria 189, de novembro de 1991, iniciou-se a construção de um novo cenário, que estabeleceu, como dispositivos assistenciais da saúde mental custeados por verba pública, os Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial (NAPS e CAPS), representando uma importante deliberação com a possibilidade de direcionamento de recursos públicos a serviços alternativos e tradicionais, ou seja, aos ambulatórios de consulta e aos hospitais psiquiátricos (TENÓRIO, 2002).

A Lei 10.216 (Lei Paulo Delgado), de 2001, representa o marco legal da Reforma Psiquiátrica, além da garantia de direitos individuais de pessoas com transtorno mental, reforçou as diretrizes preconizadas pelo SUS, quanto à universalidade de acesso e ao direito à assistência aos usuários de serviços de saúde mental (RIBEIRO *et al.*, 2016; COIMBRA *et al.*, 2011).

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço de caráter substitutivo e ambulatorial, responsável pelo atendimento de pessoas com transtornos mentais graves e gravíssimos. A portaria 336, de 2002, ampliou a abrangência dos CAPS, que passaram a serem constituídos por modalidades de serviço, de acordo com a abrangência populacional, municípios com população entre 70 mil a 200 mil habitantes passam a ser contemplado com CAPS II (BRASIL, 2002).

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço estratégico para promover a

desospitalização e a reinserção social, compatíveis com os princípios da Reforma Psiquiátrica e com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, os serviços oferecidos diariamente no CAPS objetivam evitar internações psiquiátricas, articular a rede para garantir os direitos dos usuários e prestar suporte/apoio às demais unidades de atendimento na rede básica de saúde (GAZIGNATO; CASTRO-SILVA, 2014; PEGORARO *et al.*, 2014).

3.3 Saúde mental, articulação com a atenção básica

Nas últimas décadas, tem-se notado no Brasil um aumento significativo da abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na Atenção Básica (AB) e dos novos serviços substitutivos em Saúde Mental (SM) resultantes, respectivamente, dos processos de Reforma Sanitária e Psiquiátrica (FORTES *et al.*, 2011).

Estimativas internacionais e do Ministério da Saúde do Brasil apontam que 3% da população necessitam de cuidados contínuos em saúde mental devido a transtornos mentais graves e persistentes, outros 9% necessitam de atendimentos eventuais em função de problemas menores, como o Transtorno Mental Comum, que pode representar a demanda da atenção básica (BRASIL, 2003; FORTES *et al.*, 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) vem apontando a amplitude da problemática em saúde mental, preconizando a descentralização dos serviços, a integração de serviços psiquiátricos à atenção básica e o aumento da participação comunitária, onde parte dos problemas em saúde mental pode ser resolvidos nesse nível de assistência que tem potencial para oferecer cuidados, em especial, devido ao vínculo que estabelecem com as famílias, sem necessidade de encaminhamento aos níveis especializados (OMS, 1975; OMS, 1984; ARCE; SOUSA, 2011).

Em documento publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), “La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria”, no qual enfatiza a importância do aspecto emocional na atenção à saúde: “É impossível alcançar saúde se não se cuida das necessidades emocionais” e reforça que “as tarefas de saúde mental não são uma nova carga para os serviços de atenção primária, pelo contrário, aumentam a efetividade desta” (OMS, 1990).

A articulação da Saúde Mental e da Atenção Básica torna-se imprescindível, considerando a Unidade de Saúde (US) como espaço mais próximo à comunidade local, onde as pessoas em sofrimento vivem e deve ser inseridas socialmente. A proximidade pode favorecer a construção de uma nova lógica de relação e acolhimento às pessoas em sofrimento psíquico (IGLESIAS e AVELAR, 2014).

A atenção básica tem potencial para desenvolver dois principais tipos de ações de saúde mental, o primeiro consiste em detectar as queixas relativas ao sofrimento psíquico e

prover uma escuta qualificada deste tipo de problemática, o segundo compreende as várias formas de lidar com os problemas detectados, oferecendo tratamento na própria atenção básica ou encaminhando os pacientes para serviços especializados (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

3.4 Apoio Matricial

A aplicação do princípio da integralidade no cuidado em saúde mental na atenção básica pode ser viabilizada pelo modelo do Apoio Matricial (AM), entendido como um “modelo de integração de especialistas na atenção primária à saúde”. Este arranjo institucional promove uma interlocução entre os equipamentos de saúde mental e as Unidades de Saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007; CAVALCANTE *et al.*, 2011).

O apoio matricial trata-se de um dispositivo, metodologia que supera a lógica de encaminhamentos, o que fragmenta o cuidado e compromete a responsabilização clínica durante o cuidado interdisciplinar, um novo modo para organizar o trabalho interprofissional, pode ser entendido também como arranjo organizacional, a partir do qual se trabalha eminentemente com a função apoio (OLIVEIRA; CAMPOS, 2015)

A estratégia de Apoio Matricial é composta necessariamente de duas equipes - uma de referência e outra de apoiadores, a equipe de referência é responsável pela condução do caso, com vistas à ampliação das possibilidades de vínculo favorável no tratamento e avanço da intervenção junto ao caso em discussão. O apoiador matricial, por sua vez, é um especialista que pode agregar um conhecimento, contribuindo para a intervenção pensada na resolução de determinado problema de saúde (IGLESIAS; AVELAR, 2014).

Os instrumentos utilizados pelos profissionais para a realização do matriciamento incluem a elaboração do projeto terapêutico singular em saúde mental, a interconsulta, a visita domiciliar conjunta, o contato à distância, o genograma, o ecomapa e principalmente a educação permanente em saúde mental (CHIVERINI *et al.*, 2011).

O apoio matricial incorporado como estratégia de gestão para a construção de uma rede ampliada de cuidados em saúde mental é defendido como lógica de organização do trabalho em saúde e aponta para o segundo tempo lógico do cuidado integral, ao constituir-se como prática de cooperação entre equipes de ESF e suas referências de apoio setoriais rompendo com a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma prática ancorada na corresponsabilização do cuidado (JORGE *et al.*, 2013; MEDEIROS, 2015).

Na cidade de Campinas ocorreram as primeiras experiências de apoio matricial, no final da década de 1980, em 2008, o Ministério da Saúde formalizou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família onde a implantação o apoio matricial passou a ser de responsabilidade das equipes do NASF junto à Atenção Básica, envolvendo também equipamentos existentes no território - como CAPS, escolas e unidades de saúde (FONSECA SOBRINHO *et al.*, 2014;

PEGORARO *et al.*, 2014).

Um estudo sobre a distribuição do apoio matricial no Brasil identificou que os níveis mais altos de apoio refletem as melhores condições de vida da população brasileira, onde há também melhor organização dos sistemas de saúde, estando estruturados os mais altos níveis de Apoio Matricial (AM), nas regiões sudeste (44,5%) e sul (36,1) e estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Santa Catarina, respectivamente (57,5%, 45,2% e 44,6%) (FONSECA; SOBRINHO *et al.*, 2014).

A gestão aponta que, além de formular e financiar, o Ministério da Saúde deve induzir a implementação de estratégias coerentes com os princípios e diretrizes do SUS, compreende-se que não basta definir o que deve ser feito (normas, fiscalização, auditoria), mas apoiar o como deve ser feito, nesse percurso, algumas políticas, como a da AIDS, Saúde Mental e Participa SUS, adotaram o apoio matricial como uma de suas estratégias e obtiveram bons resultados (BRASIL, 2011).

No cenário internacional, o termo matriciamento apresentou-se como cuidado compartilhado (*shared care*) e cuidado colaborativo (*collaborative care*), referindo-se, sobretudo ao cuidado de doenças crônicas, mais especificamente no tratamento da diabetes e da saúde mental. Países como Reino Unido, Irlanda, Austrália, Canadá e Espanha chamam atenção para o fato de que a proposta é estabelecer troca de conhecimento e atendimento compartilhado entre os diferentes profissionais, no intuito de ampliar as possibilidades e qualificar o cuidado (GONÇALVES, 2012).

Os últimos cinco anos para o Canadá foi um momento importante para o cuidado compartilhado, com conceitos cada vez mais integrados no planejamento inicial para reformas, tanto de saúde mental quanto atenção primária, visando integrar as especialidades nos consultórios de médicos de família com a inclusão de conselheiros de saúde mental sendo estes: assistentes sociais, enfermeiros e psiquiatras (KATES; CRAVEN, 2002; VINGILIS *et al.*, 2007).

A experiência com Apoio Matricial possibilita a organização dos processos de trabalho, investindo nas tecnologias leves, na clínica dos afetos e na corresponsabilização como forma de estimular o compromisso de trabalhadores, usuários e familiares com a produção do cuidado facultando o encontro com o outro e com o campo saúde mental rico em possibilidades (JORGE *et al.*, 2013).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de pesquisa tipo seccional, com abordagem mista no período de janeiro de 2016 a janeiro de 2017. Foram utilizados dados primários coletados em entrevistas com sujeitos das Equipes de Saúde da Família e as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II) da cidade de Nossa Senhora do Socorro e dados secundários disponíveis no Ministério da Saúde – DATASUS (Departamento de Informática do SUS) quanto à cobertura de CAPS/100 mil habitantes por ano e UF e cobertura de Equipes de Saúde da Família/100 mil habitantes.

4.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Nossa Senhora do Socorro, segunda maior cidade do estado de Sergipe. A cidade de Nossa Senhora do Socorro possui destaque no processo da Reforma Psiquiátrica no interior do estado, com o fechamento de um Centro Psiquiátrico no ano 2000 com consequente transferência dos usuários para moradia em Residências Terapêuticas.

4.3 Amostra do Estudo

Atualmente existem 57 equipes de saúde da família implantadas no Município de Nossa Senhora de Socorro distribuídas em 21 unidades de saúde e 2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II). Na equipe de saúde da família, o município apresenta um total de 55 Enfermeiros, 46 Odontólogos, 39 Médicos da Família e 14 Médicos de Família e comunidade. Os CAPS são serviços compostos de equipe multidisciplinar preenchendo um total de 2 Enfermeiros, 4 Assistentes Sociais, 5 Médicos Psiquiatras, 1 Profissional de Educação Física, 1 Psicopedagogo, 4 Psicólogos e 2 Terapeutas ocupacionais.

4.3.1. Critérios de inclusão

Profissionais exercendo em cargos de nível superior dos Centros de Atenção Psicossocial II ou em Equipes de Saúde da Família (PSF), no município estudado.

4.3.2 Critérios de exclusão

Integrar há menos de um ano as Equipes de Saúde da Família ou Centro de Atenção Psicossocial CAPS II.

4.4 Instrumento da coleta de dados

4.4.1 Formulário semi-estruturado para os profissionais de nível superior (Equipes de Saúde da Família e Centro de Atenção Psicossocial)

A coleta de dados teve início com a aplicação do formulário de identificação aos participantes da ESF tendo como base o questionário utilizado “Perfil profissiográfico dos enfermeiros do serviço de atendimento móvel de urgência” (ALVES; SOUZA, 2009).

O instrumento de coleta de dados abordou o perfil dos profissionais, quanto à: formação profissional, tempo de formação, nível de qualificação, tempo que atua no serviço, cargo que ocupa atualmente no serviço, tempo de atuação no serviço, possuir outro vínculo de trabalho, turno de trabalho, jornada de trabalho diária e possuir curso de capacitação em matriciamento (APENDICE A e B).

Instrumento de entrevista semi-estruturado foi aplicado individualmente para os profissionais de nível superior tanto das Equipes de Saúde da Família quanto dos Centros de Atenção Psicossocial baseado no artigo “Matriciamento em saúde mental segundo profissionais da estratégia da saúde da família” (PEGORARO *et al.*, 2014).

As questões abordadas tratavam sobre as formas de participação da ESF e CAPS no apoio matricial, importância do apoio matricial para a rede de saúde, habilidades/conhecimentos que a equipe precisa ter para realizar o matriciamento, dificuldades em relação à implementação da proposta do apoio matricial (APENDICE A e B). Foi realizada a validação facial com 5 *experts* no assunto, que tem o objetivo estabelecer a aceitabilidade, confiabilidade da escala no contexto que será aplicado (SÁNCHEZ; ECHEVERRY, 2004).

4.5 Sistemática de Coleta de Dados

4.5.1 Dados primários

Etapa I- Reconhecimento das Unidades de Saúde da Família do Complexo Taiçoca e Complexo Jardins e dos CAPS II; Etapa II- Entregue um formulário de identificação dos profissionais de nível superior que compõe as ESF e os CAPS II; Etapa III- Realizada entrevista com os profissionais de nível superior de forma individual, e com o consentimento do entrevistado.

4.6 Aspectos éticos

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, mediante liberação do parecer consubstanciado de nº1.908.554, foi iniciada a coleta de dados. O estudo visa seguir as diretrizes propostas pela Resolução nº 466/12 de doze de dezembro de dois mil e doze (12/12/2012) do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas para a pesquisa com seres humanos no Brasil. Os dados secundários analisados estão disponíveis em base de dados pública de acesso livre e sem identificação dos indivíduos.

4.7 Análises de Dados

Para a organização e análise dos dados quantitativos foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS (v.21), os dados foram descritos por meio de frequências simples e percentuais quando categóricas ou médias e desvios padrão quando contínuas.

4.7.3 Qualitativos

No primeiro artigo as entrevistas foram transcritos e incorporadas para um único corpus textual. Em seguida, fez-se a análise com auxílio do Software Iramuteq v.0.7 alpha 2, que caracteriza-se como um método informatizado para análise de textos, que busca apreender a estrutura e a organização do discurso, informando as relações entre os mundos lexicais mais frequentemente enunciados pelo sujeito, o que possibilita cinco tipos de análises: estatísticas textuais clássicas; pesquisa de especificidades de grupos; classificação hierárquica descendente; análises de similitude e nuvem de palavras (CAMARGO e JUSTO 2015; ALMICO E FARO, 2014).

As classes foram visualizadas por um dendograma que proporciona um cenário das conexões entre as mesmas e a distribuição (em porcentagem) dos fragmentos dos textos alocados nas respectivas classes. Logo após, foi realizada a interpretação dos resultados considerando as classes obtidas e definindo as estruturas analíticas correspondentes.

Após a análise é realizada a interpretação, considerando as classes obtidas e a partir daí define-se as estruturas analíticas correspondentes. A análise dos dados do presente estudo resultou em 4 classes, cada uma correspondendo, aproximadamente, a 20% ou 30% dos fragmentos do texto.

Após leitura incessante dos fragmentos do texto correspondentes a cada classe, surgiram duas estruturas analíticas: “Estratégia Facilitadora do Cuidado/Importância para rede de saúde” e “Dificuldades encontradas para implementação do matriciamento”, essas estruturas foram sintetizados de acordo com as categoria.

No segundo artigo, as questões foram transcritas e organizadas por categoria, compondo um corpus textual, na segunda etapa foi realizada a exploração do material que consistiu na construção das operações de codificação, considerando-se os recortes dos textos em unidades de registros, a definição de regras de contagem e a classificação e agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas, com identificação das palavras-chave.

A terceira etapa consiste no tratamento dos resultados, inferência e interpretação, consistiu em deter os conteúdos dos materiais coletados. A análise comparativa foi realizada através da aproximação das diversas categorias existentes, observando os aspectos considerados parecidos e os que foram concebidos como diferentes.

Realizou-se, posteriormente, a agregação das informações, definindo pelas seguintes categorias: atuação das equipes de ESF em relação aos portadores de transtorno mental, habilidade que o profissional precisa ter para realizar matriciamento, matriciamento como uma estratégia facilitadora no cuidado, dificuldades vivenciadas na implementação do matriciamento.

REFERÊNCIAS

- ALMICO, T.; FARO, A. Enfrentamento de cuidadores de crianças com câncer em processo de quimioterapia. *Psicologia, Saúde & Doenças* 2014; 15(3): 723-737.
- ALVES, A.F.; SOUZA, N.M.N. Perfil profissiográfico dos enfermeiros do serviço de atendimento móvel de urgência. *Revista Enfermagem Integrada* 2009; 2(2).
- ARCE, V.A.R.; SOUSA, M.F.; LIMA, M.G. A práxis da Saúde Mental no Âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 2011; 21 (2): 541-560.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Secretaria de Atenção a Saúde. 2003
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de referência para o processo de formação de profissionais do Apoio Institucional Integrado do Ministério da Saúde: QUALISUS-REDE**. 2011; 34 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Departamento de Atenção Básica. 2011; 4. Ed.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno da Atenção Básica nº34**. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2013; 176 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015**. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. 2015; 48p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 2, de 16 de agosto de 2016 da Comissão Intergestores Tripartite**. 2016.
- BORBA, L.O.; GUIMARAES, A. N.; MAZZA, V. A.; MAFTUM, M. AI. Assistência em saúde mental sustentada no modelo psicossocial: narrativas de familiares e pessoas com transtorno mental. *Rev. esc. Enfermagem* 2012; 46(6):1406.
- CAMARGO, B.V.; JUSTO, A.M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas psicologia* 2013; 21 (2):513-18.
- CAMPOS, J.A.; AMARANTE, P. C. Estudo sobre práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Primária: o caso de um município do interior do estado do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Coletiva* 2015; 23(4): 425-435.
- CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Caderno de Saúde Pública* 2007; 23(2): 399-407.
- CAVALCANTE, C.M.; PINTO, D.M.; CARVALHO, A.Z.T.; JORGE, M.S.B.; FREITAS, C.H.A. Desafios do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. *Rev Brasileira em Promoção da Saúde* 2011; 24(2): 102-108

CAMATTA, M. W.; WETZEL, C.; SCHNEIDER, J. F. Expectativas de usuários sobre ações de saúde mental: um estudo fenomenológico. *Brazilian Journal of Nursing on line* 2012; 3: p. 668-82.

CHIAVERINI, D. H., GONÇALVES, D. A., BALLESTER, D.; TÓFOLI, L. F., CHAZAN, L. F., ALMEIDA, N., & Fortes. Guia prático de matriciamento em saúde mental. *Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva* 2011.

COIMBRA, V.C.C.; KANTORSKI, L.P.; OLIVEIRA, M.M.; PEREIRA, D.B.; NUNES, C.K.; ESLABÃO, A.D. Avaliação da satisfação dos usuários com o cuidado da saúde mental na Estratégia Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45 (5): 1150-6.

DIMENSTEIN, M., SEVERO, A.K.; BRITO M.; PIMENTA, A.L.; MEDEIROS, V.; BEZERRA, E. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde Sociedade* 2009; 18 (1): 63-74.

ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; SENNA, M.C.M.O. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2007; 21(2): 164-76.

FONSECA, S.D. D.; MACHADO, A. T. G. D. M.; LIMA, Â. M. D. L. D.; JORGE, A. D. O.; REIS, C. M. R. D.; ABREU, D. M. X.; SANTOS, A. D. F. D. Understanding matrix support and quality certification results in the areas of care for women, care for children, hypertension and diabetes as well as mental health. *Saúde em Debate* 2014; 38: 83-93.

FORTES, S.; LOPES, C.S.; VILLANO, L.A.B.; CAMPOS, M.R.; GONÇALVES, D.A.; MARI, J.J. Transtornos mentais comuns em Petrópolis-RJ: um desafio para a integração da saúde mental com a estratégia de saúde da família. *Rev Bras Psiquiatria* 2011; 33(2):150-156

GAZIGNATO, E. C. S.; SILVA, C. R. C. Mental health in primary care: the networking and the matrix support to mental health in Family Health Strategy. *Saúde em Debate* 2014; 8(101): 296-304.

GONÇALVES, D.A. Prevalência de transtornos mentais na Estratégia Saúde da Família e avaliação de um modelo de capacitação em Saúde Mental [TESE]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2012.

HIRDES, A. The perspective of professionals in primary health care on matrix support in mental health. *Ciência & Saúde Coletiva* 2015; 20(2): 371-382.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L.Z. Apoio Matricial: um estudo bibliográfico. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014; 10(9): 3791-379.

JORGE, M. S. B.; SOUSA, F. S. P.; FRANCO, T. B. Apoio Matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2013; 66(5): 738- 744.

MEDEIROS, R. H. A. D. Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. *Physis: revista de saúde coletiva* 2015; 25(4):1165-1184.

MINOZZO, F.; COSTA, I. I. Matrix support in mental health between Psychosocial Attention Center (CAPS) and Family Health Teams: analyzing possible paths. *Psico-USF* 2001; 18(1): 151-160.

OLIVEIRA, M.M.; CAMPOS, G. W.S. Matrix support and institutional support: analyzing their construction. *Ciênc saúde coletiva* 2015 ; 20(1): 229-238.

PEGORARO, R.F.; CASSIMIRO, T. J. L.; LEÃO, N. C. Matriciamento em saúde mental segundo profissionais da estratégia da saúde da família. *Psicol Estud* 2014; 19(4): 621-631.

KATES, N.; CRAVEN, M. Collaborative Working Group of the College of Family Physicians of Canada, Canadian Psychiatric Association. Shared mental health care. Update from the Collaborative Working Group of the College of Family Physicians of Canada and the Canadian Psychiatric Association. *Can Fam Physician* 2002; 48: 936.

PINTO, A. G. A.; JORGE, M. S. B.; VASCONCELOS, M. G. F.; SAMPAIO, J. J. C.; LIMA, G. P.; BASTOS, V. C.; SAMPAIO, H. A. D. C. Matrixing support as an instrument of primary healthcare in mental health: multiple views and devices for resolution. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012; 17(3): 653-660.

PEGORARO, R.F.; CASSIMIRO, T. J. L.; LEÃO, N. C. Matriciamento e saúde mental segundo profissionais da estratégia da saúde da família. *Psicol Estud* 2014; 19(4): 621-63.

RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R.; BASTOS, F. I.; INGLEZ-DIAS, A.; FERNANDES, F. M. B. Acesso aos serviços de atenção em álcool, crack e outras drogas—o caso do município do rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 21(1): 71-81.

SÁNCHEZ, R.; ECHEVERRY, J. Validación de escalas de medición en salud. *Rev Salud Pública* 2004; 6(3): 302-18.

TANAKA, Y.O.; RIBEIRO, E.L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciênc. saúde coletiva* 2009; 14(2): 477-486.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos. *Hist Ciênc Saúde Manguinhos* 2002; 9(1): 25-59.

VINGILIS, E.; PAQUETE-WARREN, J.; KATES N, C. A.; GREENSLADE, J, N. Descriptive and process evaluation of a shared primary care program. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice* 2007; 5 (4).

World Health Organization (WHO). **Mental health care in developing countries: a critical appraisal of research findings**. Geneva; 1984; 34 p.

World Health Organization (WHO). **Organization of mental health services in developing countries**. Geneva; 1975; 43 p.

World Health Organization (WHO). **Mental Health Action Plan 2013-2020**. Geneva; 2013; 48 p.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, serão apresentados os resultados obtidos sobre forma de artigo. O primeiro artigo com dados referentes ao perfil dos profissionais, que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II), assim como a percepção deles sobre o matriciamento, o segundo sobre o perfil dos profissionais que atuam nas Unidades de Saúde da Família, assim como a atuação deles na saúde mental e o conhecimento sobre matriciamento.

Percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sobre o matriciamento¹

Gabrielle Gomes da Fonseca¹

Marlizete Maldonado Vargas ²

Cristiane da Cunha Oliveira³

RESUMO

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) é um serviço de base territorial e comunitária, composto por uma equipe multiprofissional, que como ordenador do cuidado em saúde mental utiliza o matriciamento como uma estratégia de trabalho, cujo intuito é promover o cuidado integral ao portador de transtorno mental. O objetivo foi avaliar a percepção dos profissionais dos CAPSs II sobre matriciamento na cidade de Nossa Senhora do Socorro, Sergipe. Pesquisa do tipo seccional, com abordagem mista, realizada a partir da aplicação dos formulários semiestruturados para 17 profissionais de nível superior dos CAPS II no período de janeiro de 2016 a janeiro de 2017. Os resultados apontaram que 82,3% dos profissionais são do sexo feminino, a categoria com maior número de profissionais foi o serviço social, 29,4%, seguido da Psicologia, 23,5%. Quanto ao nível de qualificação, 64,7% diz ter Especialização *latu sensu*, atuando no serviço em média há 4,9 anos. A maioria, 64,5% cumpria carga horária semanal de 30 horas. Os 52,9% dos profissionais afirmaram que os portadores de transtorno mental não são acompanhados pelas equipes de saúde da família, 94,1% diz conhecer matriciamento, no entanto, 76,5% não possuíam curso de capacitação em matriciamento. Os profissionais do CAPS II identificaram o matriciamento como uma estratégia facilitadora do cuidado, promovendo uma construção coletiva do cuidado no território, entretanto, relataram que a falta de articulação entre os serviços, número reduzido de profissionais, e a falta de planejamento era uma das dificuldades encontradas para implementá-lo.

PALAVRAS-CHAVES: Saúde Mental. Equipe Multiprofissional. Assistência Integral à Saúde.

ABSTRACT

The Center of Psychosocial (CPC) is a territorial and community base service, composed of a multiprofessional team which as a mental health care orderer uses matrix support as a work strategy for the purpose of promoting integral care to the bearer of mental disorder. The objective is to evaluate the perception of the professionals of CPC on matrix support in the city of Nossa Senhora do Socorro, Sergipe. Sectional survey, with mixed approach carried out from the application of the semi-structured forms for 17 higher education professionals from the CPC from January 2016 to January 2017. The results indicate that 82.3% of professionals are female, the category with the highest number of professionals is social service 29.4%, followed by Psychology 23.5%. Regarding the level of qualification, 64.7% have *Latu Sensu* Specialization, they have worked in the service on average for 4.9 years and 64.5% have a weekly workload of 30 hours. The 52.9% of the professionals stated that those with mental disorders are not accompanied by the family health teams, 94.1% say they know matrix support, however, 76,5% do not have a training course in matrix support. CPC professionals identify matrix support as a facilitative care strategy, promoting a collective construction of care in the territory, however, they report that lack of articulation between services, a reduced number of professionals, lack of planning is one of the difficulties for implement it.

KEY WORDS: Mental health; Multiprofessional Team; Integral Health Care;

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira como movimento legítimo na garantia dos direitos dos portadores de transtorno mental, veio através da Lei Paulo Delgado, nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, elegendo serviços de base comunitária e territorial como alternativa de cuidado, substituindo o modelo hospitalar.

A Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002 definiu o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), como serviços de caráter substitutivos e ambulatorial, responsáveis pelo atendimento de portadores de transtornos mentais severos e persistentes em um determinado território, oferecendo cuidados na perspectiva clínica e da reabilitação psicossocial, sob a lógica da territorialidade, buscando oferecer aos seus usuários o exercício de cidadania, autonomia e reinserção social (BRASIL, 2002; RIBEIRO *et al.*, 2015; BORBAL *et al.*, 2012).

O CAPS dispõe de uma equipe multiprofissional sob a lógica da territorialidade, que trabalha com toda ordem de subjetividade humana, com a necessidade de relações sociais intensas e o uso de diferentes dispositivos terapêuticos, com a produção de novas práticas pautada no acréscimo das possibilidades de vida dos sujeitos assistidos (GLANZNER *et al.*, 2011; RIBEIRO *et al.*, 2013.; SILVEIRA *et al.*, 2014).

No tocante do cuidado em saúde mental, a busca por uma assistência integral, exige uma reestruturação dos estabelecimentos, das organizações do campo da saúde, das práticas de saúde por meio de uma articulação entre os serviços, como também pela reformulação das práticas dos profissionais de saúde e implementação de novas estratégias de trabalho (CAMPOS, 2003).

O Apoio Matricial surgiu a partir da constatação de que a reforma psiquiátrica não pode avançar se a atenção básica não for incorporada ao processo, devendo partir dos CAPS essa responsabilidade, pois estes serviços ocupam lugar central na proposta da reforma psiquiátrica, sendo considerados ordenadores da rede de saúde mental, direcionando o fluxo e servindo de retaguarda para as residências terapêuticas, bem como para a atenção básica (DIMENSTEIN *et al.*, 2009).

Nesse sentido, o CAPS vem se aproximando cada vez mais do território e trabalhando em conjunto com os seus recursos, buscando suprir a dificuldade da atenção básica no manejo de casos de saúde mental, através do apoio matricial, rompendo com a lógica de encaminhamentos indiscriminados, para uma prática ancorada na corresponsabilidade do cuidado (OLIVEIRA e CAMPOS, 2015; JORGE *et al.*, 2014).

Para Dimenstein *et al.* (2009), é necessário melhorar a articulação entre os serviços para que as equipes dos CAPS se desloquem de espaços tradicionalmente institucionalizados e passem a realizar um trabalho em conjunto com as equipes da Atenção Básica, que pela

proximidade com as famílias e as comunidades, são essenciais para garantir o acesso das pessoas em sofrimento psíquico.

A disposição dos serviços em rede propõe a articulação destes em um determinado território, devendo os mesmos trabalhar na perspectiva de saúde ampliada e integral. Nesse sentido, a incorporação de novas estratégias para que de fato essa articulação ocorra é de grande importância, o tema matriciamento é contemporâneo e até o momento, não existem estudos no estado de Sergipe, a pesquisa tem o intuito de aumentar o escopo de publicações sobre a temática na região Nordeste.

Aprofundar-se na compreensão do matriciamento na cidade de Nossa Senhora do Socorro, Sergipe é de grande valia, visto que o município possui papel importante na Reforma Psiquiátrica do estado, já que, após o fechamento de um Centro Psiquiátrico localizado na cidade, acolheu portadores de transtorno mental em uma Residência Terapêutica, responsabilizando o cuidado integral desses usuários, aos serviços territoriais e comunitários como CAPS e Unidade de Saúde da Família.

O objetivo deste estudo foi avaliar a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II) sobre matriciamento na cidade de Nossa Senhora do Socorro, Sergipe.

MATERIAL E MÉTODOS

Pesquisa tipo seccional, com abordagem mista, realizada no período de janeiro de 2016 a janeiro de 2017. Foram participantes da pesquisa profissionais de nível superior dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II) tendo como critério de exclusão, profissionais que integrem as equipes há menos de um ano.

O local da pesquisa foi a cidade Nossa Senhora do Socorro, a segunda maior cidade do estado de Sergipe, possuindo atualmente dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II) distribuídos em territórios distintos. A cidade tem uma função importante na Reforma Psiquiátrica de Sergipe, pois, foi em Socorro onde os primeiros movimentos de desinstitucionalização, no interior do estado aconteceram. Após o fechamento do Centro Psiquiátrico o acolhimento dos moradores do mesmo, passou a ser em uma residência terapêutica havendo a necessidade de fortalecer os serviços de saúde mental para a continuidade do cuidado.

A população do estudo foi composta por todos os profissionais de saúde de nível superior dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II) do município de Nossa Senhora do Socorro, tendo como critério de exclusão, o tempo de atuação menor que um ano. Foram selecionados 17 profissionais de nível superior que compõe as equipes.

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, mediante liberação do parecer consubstanciado de nº1.908.554, foi iniciada a coleta de dados, o estudo seguiu as diretrizes propostas pela Resolução nº 466/12, de doze de dezembro de dois mil e doze (12/12/2012), do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas para a pesquisa com seres humanos no Brasil.

Como percurso metodológico, foi aplicado um formulário semiestruturado composto por 13 questões, a primeira parte do instrumento continha 7 questões, as quais buscaram coletar dados sobre o perfil dos profissionais que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II) quanto: a formação profissional, tempo de formação, o tempo de atuação no serviço, o nível de qualificação e a jornada de trabalho.

A segunda parte do instrumento contou com 6 questões mistas as quais abordaram: a chegada da demanda de saúde mental ao serviço, o acompanhamento do portador de transtorno mental na estratégia de saúde da família, a percepção dos profissionais sobre a atuação da Equipe de Saúde da Família para com o portador de transtorno mental, o apoio matricial como dispositivo de cuidado, importância do matriciamento para a rede e as dificuldades vivenciadas na sua implementação.

O instrumento foi validado mediante validação facial com 5 experts no assunto com o objetivo de estabelecer clareza, fidedignidade, aceitabilidade da escala no contexto que foi aplicado (SÁNCHEZ; ECHEVERRY, 2004).

A sistemática de coleta teve início com o reconhecimento dos CAPSs, entrega do formulário de identificação aos profissionais de nível superior e realização da entrevista com os profissionais de forma individual, após assinatura do TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados primários foram analisados de forma descritiva por meio de frequências simples e percentuais (variáveis categóricas) e médias e desvios padrão (variáveis contínuas), com uso do *software Statistical Package for the Social Sciences for Windows (SPSS)*, versão 20.

As questões abertas foram transcritas para análise de conteúdo que através de um conjunto de técnicas de análise das comunicações utilizando procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens seguindo os passos usados por Bardin(1977), pré-análise, exploração do material e por fim, tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A mudança no modelo de assistência em saúde mental, veio acompanhado da expansão dos serviços de caráter substitutivo com foco do cuidado e no território, desmistificando assim a vertente, de cuidado único e exclusivo no ambiente hospitalar. Entretanto, não se pode afirmar que essa expansão, isoladamente, é responsável pela qualidade do cuidado em saúde mental. Nesse sentido, o perfil dos profissionais e a articulação entre os serviços tem grande importância para construção das práticas de trabalho.

Responderam o formulário 17 profissionais, destes 82,3% são do sexo feminino, 17,6% do sexo masculino, a categoria com maior número de profissionais foi a de Serviço Social com 29,4%, seguido da Psicologia 23,5%, Psiquiatra 23,5%, 11,8 % Terapia Ocupacional 5,9%, Enfermagem e 5,9% Psicopedagogia. O perfil dos profissionais é descrito na Tabela 1.

Tabela1- Perfil dos Profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II), Nossa Senhora do Socorro, Sergipe, Brasil, 2017.

	n	%
Qual a sua formação profissional		
Médico Psiquiatra	4	23,5
Enfermeiro	1	5,9
Psicólogo	4	23,5
Assistente Social	5	29,4
Psicopedagoga	1	5,9
Terapeuta Ocupacional	2	11,8
Nível de Qualificação		
Superior Completo	5	29,4
Especialista	11	64,7
Mestrado	1	5,9
Possui outro vínculo de trabalho		
Sim	13	76,5
Não	4	23,5
Possui curso de capacitação para atuar em matriciamento		
Sim	4	23,5
Não	13	76,5
Tempo de Formação Média (DP)	180,7	131,6
Tempo que atua no serviço Média (DP)	58,9	50,0

A legislação específica recomenda que o CAPS II deve ser composto por uma equipe mínima de 12 profissionais, sendo eles: pelo menos um Médico Psiquiatra, um Enfermeiro com formação em saúde mental e quatro profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico (BRASIL, 2004).

Percebe-se então, a existência de uma prática multiprofissional, na qual essa interação entre diferentes saberes deve ser pautada na interdisciplinaridade para promoção de saúde integral do portador de transtorno mental. Assim, a prática multiprofissional pode indicar o

fomento da interdisciplinaridade, já que, ao estimular tal prática, considerar-se-ão os diferentes saberes necessários para a elaboração dos projetos terapêuticos dos usuários (LEAL e ANTONI, 2013).

Houve uma predominância de trabalhadores do sexo feminino nos CAPS II, o dado assemelha-se com os estudos de Silveira *et al.* (2014) e Almeida e Furegato (2015), onde mais de 70% dos profissionais que compunham as equipes do CAPS II era do sexo feminino.

Quanto à qualificação profissional, 64,7% possuíam Especialização em nível de *latu sensu* e apenas 5,9% em nível de *strictu sensu*, com tempo de formação em média de 15 anos e atuando no serviço em média a 4,9 anos. O resultados assemelha-se à pesquisa de Silveira *et al.* (2014), 44,8% dos profissionais do CAPS II possuíam especialização *latu sensu* e 42,2% atuavam no CAPS II, em média ha 4 anos.

O trabalho em saúde mental requer algumas especificidades, nesse contexto, a formação específica na área é de grande valia, visto que os transtornos mentais têm formas distintas de abordagem. Nesse sentido, a portaria 336 GM/2002 exige formação específica para atuação dos profissionais, no CAPS II, com a necessidade de pelo menos um Médico Psiquiatra e um Enfermeiro com especialização em saúde mental.

Para Camatta *et al.* (2013) e Ribeiro (2015), o trabalho em saúde mental requer aprofundar-se em conhecimentos referentes a área, pois ela possui especificidades relacionadas às questões psíquicas, nessa perspectiva, a educação permanente em saúde constitui uma estratégia fundamental, para assegurar a incorporação, pelos trabalhadores dos CAPS, das mudanças exigidas nas novas práticas e políticas em saúde mental, contribuindo para a qualificação do fazer cotidiano nos serviços.

Na percepção do acompanhamento do portador de transtorno mental na ESF, 52,9% disseram que os portadores não possuem acompanhamento, enquanto que 47,1% afirmaram que os portadores são acompanhados na ESF para situações clínicas e não para o cuidado integral, o que inclui o transtorno mental.

Dimenstein *et al.* (2005), afirmam muitos entraves para a acessibilidade do usuário ao campo da saúde mental, pois as unidades básicas de saúde, vêm tradicionalmente, respondendo por menos de 10% da demanda, quando deveria ser o local privilegiado de acolhimento, evitando que o hospital psiquiátrico se configure, enquanto porta de entrada para os serviços.

No tocante da pesquisa para os profissionais, não existe relação entre a equipe do CAPS e da ESF, eles relataram que os portadores de transtorno mental são visto quase que exclusivamente como responsabilidade do CAPS, afirmando existir preconceito e ausência de conhecimento dos trabalhadores da ESF para com a saúde mental.

“Existe uma fragmentação na rede de atenção para com os portadores de transtorno mental, devido à dificuldade de acesso deles aos demais serviços de saúde, pela perspectiva que alguns profissionais veem que estes usuários precisam estar inseridos apenas nos CAPS (Enfermeira)”

“Penso que haja pouca atuação e quando existe ela se dá de forma precária, preconceituosa e sem informação (Psicóloga)”

“Existe uma fragmentação na rede de atenção para com os portadores de transtorno mental, devido à dificuldade de acesso deles aos outros espaços e estabelecimentos de saúde, pela perspectiva que alguns profissionais veem que estes usuários precisam estar inseridos apenas nos CAPS (Médico)”.

Nesse sentido, para Azevedo, Gondim e Silva (2013), essa ausência de articulação entre os serviços pode resultar numa assistência à saúde fragmentada, onde os usuários são repassados de um serviço ao outro, muitas vezes, sem uma análise clínica criteriosa, dificultando a construção de vínculo, com foco na doença, enquanto objeto de cuidado.

Com relação ao conhecimento sobre matriciamento, 94,1% dos profissionais disseram conhecer matriciamento e o identificam como uma estratégia facilitadora do cuidado, no entanto, 64,7% confirmaram não ter curso de capacitação para atuar em matriciamento.

As construções de algumas práticas de matriciamento podem acontecer de forma empírica, através de práticas vivenciadas no cotidiano desses profissionais, entretanto sabe-se que a utilização do matriciamento como metodologia de trabalho deve ser acompanhada de formação teórica, associada à prática levando em consideração a realidade do território.

Mesmo com a ausência de formação específica para atuar em matriciamento, os profissionais que identificam o matriciamento como uma estratégia facilitadora do cuidado consegue perceber a importância dessa ferramenta para fortalecer o trabalho em rede, o quanto seu uso favorece o cuidado integral do usuário e permite um campo da saúde mental rico em possibilidades.

“O matriciamento é de grande importância para o nosso dia a dia, precisamos encaminhar e receber usuários para outros serviços, o matriciamento permite que haja compartilhamento de cuidado entre os serviços... (Enfermeira)”.

“O matriciamento entende o usuário na sua totalidade oportunizando um cuidado integral (Assistente Social).”

Nessa perspectiva, a formação teórica tem grande importância, pois para Ballarin *et al.* (2012) os profissionais CAPS necessitavam processar com maior clareza os referenciais teórico-práticos relacionados ao Apoio Matricial, e suas dimensões técnico-assistencial e

pedagógica, afim de promover uma interação de diferentes saberes e reorientar a rede de cuidados em saúde (BESSA *et al.*, 2012).

Na percepção dos profissionais, o conhecimento sobre a rede de saúde, a definição de responsabilidade de cada serviço, saber trabalhar em equipe e a presença de comunicação entre os serviços são algumas das habilidades que a equipe precisa ter para realizar o matriciamento.

“Primeiramente, conhecer a rede, os profissionais que trabalham nos serviços, saber trabalhar em rede...” (Psicóloga).

“Conhecimento da área, equipe de referência, conhecimento sobre o tema, interação entre as equipes, comunicação entre a rede...” (Assistente Social)

“Conhecimento mínimo da doença mental, saber quais os casos irão para o CAPS e quais ficarão na UBS; realizar um trabalho global, ou seja, todo mundo falar a mesma língua...” (Médico).

No tocante à pesquisa, o apoio matricial pode propiciar um espaço de trocas e interação de saberes na saúde mental, entre profissionais de formação distintas, promovendo uma construção coletiva do cuidado nos territórios, favorecendo assim a corresponsabilização.

No estudo de Dimenstein *et al.* (2009), os profissionais afirmam que existe a necessidade de se ter uma visão ampla do processo saúde-doença, de compreender-se o lugar da rede básica, de contribuir para as discussões nas UBS e de colocar a sua experiência e o seu conhecimento enquanto CAPS à disposição da saúde mental.

Na vivência dos profissionais para construção do trabalho em rede, algumas dificuldades foram relatadas quanto à implementação do matriciamento como estratégia de trabalho, essas dificuldades vão desde ausência de transporte para chegar às unidades de saúde, número reduzido de profissionais no serviço, rotatividade de profissionais e demanda grande nos CAPS até a ausência de planejamento e disponibilidade para realizá-lo.

“O distanciamento entre as equipes, o excesso de demanda, as condições de trabalho e rotatividade de funcionários. (Assistente Social)”.

“Excesso de pacientes nos CAPS, excesso de atividades das equipes, pouca qualificação. (Médico)”.

“Pouca participação da equipe na unidade a ser realizado o matriciamento, poucos membros na equipe, falta de estrutura (Psicóloga).”

As experiências das equipes matriciais de saúde mental e os processos de formação estão ainda em construção. A implantação, expansão e qualificação do apoio matricial são grandes desafios para a gestão da Política de Saúde Mental do país, assim uma política efetiva de formação continuada que envolva tanto as equipes de saúde mental quanto as da atenção básica deverá ser uma das principais prioridades (DIMENSTEIN, *et al.*, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um bom indicador de cobertura para CAPS, não reflete de forma isolada a qualidade da assistência prestada ao portador de transtorno mental, sabe-se que a rede de saúde deve ser composta de outros dispositivos e que estes necessitam comunicar-se entre si, construindo um trabalho multidisciplinar que propõe a interdisciplinaridade. Nesse sentido, os profissionais com formação específica em saúde mental são importantes para implementação do matriciamento como metodologia de trabalho.

Na realidade do município estudado, alguns obstáculos e desafios são vivenciados todos os dias nos serviços de saúde mental, visto que a ausência de interação entre os serviços, ausência de educação continuada para aprimoramento das práticas de trabalho, falta de estrutura e a grande demanda que chegam aos serviços poderia ser resolvida se, de fato, o apoio matricial acontecesse.

Na perspectiva dos profissionais, o matriciamento facilitaria o processo de trabalho, responsabilizaria a atenção básica e quebraria o preconceito para com o portador de transtorno mental garantindo-lhe acessibilidade aos demais dispositivos da rede.

O matriciamento é um desafio constante nos serviços de saúde, visto que, como metodologia recém-incorporada às práticas de saúde mental requerem discussões e aprimoramentos contínuos. A incorporação de estratégias de educação permanente aprimora o conhecimento facilitando a construção participativa de um trabalho em rede.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, D.M.; GONDIM, M.C.S.M.; SILVA, D.S. Apoio matricial em saúde mental: percepção de profissionais no território. *Rev. pesqui. cuid. Fundam* 2013; 5(1): 3311-3322.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BALLARIN, M.L.; GAZABIM, S.; BLANES, L.S.; FERIGATO, S.H. Apoio matricial: um estudo sobre a perspectiva de profissionais da saúde mental. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação* 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. Brasília, DF, 5a ed.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por tipo e UF e indicador CAPS/100.000 habitantes**. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015**. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Brasília, 2015; 48p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 2, de 16 de agosto de 2016 da Comissão Intergestores Tripartite**. Brasília, 2016.

BRASIL. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2002.

BORBA, L.O.; GUIMARAES, A. N.; MAZZA, V. A.; MAFTUM, M. Al. Assistência em saúde mental sustentada no modelo psicossocial: narrativas de familiares e pessoas com transtorno mental. *Rev. esc. Enfermagem* 2012; 46 (6):1406.

CAMATTA, M. W.; WETZEL, C.; SCHNEIDER, J. F. Expectativas de usuários sobre ações de saúde mental: um estudo fenomenológico. *Brazilian Journal of Nursing on line* 2012; 3: p. 668-82.

CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva* 2003; 8(2): 569-584.

DIMENSTEIN, M., SEVERO, A.K.; BRITO M.; PIMENTA, A.L.; MEDEIROS, V.; BEZERRA, E. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde Sociedade* 2009; 18 (1): 63-74.

DIMENSTEIN, M.; SANTOS, Y. F.; BRITO, M.; SEVERO, A. K.; MORAIS, C. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. *Mental* 2005; 3(5): 23-41.

GONÇALVES, C.R.; CRUZ, C.T, OLIVEIRA, M.P.; MORAIS, M.D.; SOUTO, A.J.; MOREIRA, K.; RODRIGUES, Q.; ALBERTO, C.; TAVARES, S.L.M. *Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. Saúde em Debate* 2012; 38 (100): 26-34.

GLANZNER, C.H., OLSCHOWSKY.A. PRADO, K.L.O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2011; 45.

JORGE, M. S. B.; SOUSA, F. S. P.; FRANCO, T. B. Apoio Matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2013; 66(5): 738- 744.

LEAL, M. B., ANTONI, C. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Aletheia* 2013; 40: 87-101.

OLIVEIRA, M.M.; CAMPOS, G. W.S. Matrix support and institutional support: analyzing their construction. *Ciênc saúde coletiva* 2015; 20(1): 229-238.

RIBEIRO, M. C. Psychosocial care center workers in Alagoas, Brazil: interstices of new practices. *Interface Botucatu* 2015; 19(19): 95-107.

SILVEIRA, D.S.S., CORRÊA, M.S., SAES, M.O., KANTORSKI, L. P., JARDIM, V. M. R., ROSA, C.Q. Composição das equipes de centros de atenção psicossocial da região sul do brasil. *Rev Enfermagem UFSM* 2014; 4(3): 509-518.

SÁNCHEZ, R.; ECHEVERRY, J. Validación de escalas de medición en salud. *Rev Salud Pública* 2004; 6(3): 302-18.

Saúde mental e Atenção Básica: Possibilidade de cuidados compartilhados

Mental health and basic care: Possibility of shared care

RESUMO

A atenção básica, representada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) como ordenadora da rede de saúde, tem papel importante no cuidado em saúde mental, através de estratégias como o matriciamento que almeja ampliar e qualificar as ações das equipes de saúde da família no território. O objetivo é avaliar a atuação profissional das equipes de Saúde da Família sobre sua demanda de saúde mental, no município de Nossa Senhora do Socorro, Sergipe. Pesquisa do tipo seccional, com abordagem mista, realizada a partir da aplicação formulários semiestruturados para 98 profissionais de nível superior das Equipes de Saúde da Família, no período de janeiro de 2016 a janeiro de 2017. Os resultados apontam que 48% são Enfermeiros, 23,5% Médicos e 31,6% Cirurgião-dentista; 74,5% possui Especialização *latu sensu* e pouco mais da metade 57,1% cumpre 30 horas semanais; 74,5% não conhecem matriciamento e 99% nunca se reuniram com a equipe do CAPS. O termo matriciamento ainda é pouco conhecido pelos profissionais que atuam na atenção básica, o que dificulta a implementação dessa estratégia entre os serviços, comprometendo a continuidade do cuidado ao portador de transtorno mental no território, existindo a necessidade de programas de educação permanente.

PALAVRAS-CHAVE: atenção primária à saúde, saúde da família, saúde mental.

ABSTRACT

The primary care, represented by the Family Health Strategy (FHS) as the health care provider, plays an important role in mental health care, through strategies such as matrix support that seeks to broaden and qualify the actions of family health teams in the territory. The objective is to evaluate the professional performance of the Family Health teams on their mental health demand, in the municipality of Nossa Senhora do Socorro, Sergipe. A sectional research, with mixed approach made from the application of semi-structured forms for 98 professionals of the Family Health Teams from January 2016 to January 2017. The results indicate that 48% are Nurses, 23,5% Doctors and 31,6% Dentist; 74,5% have *latu sensu* Specialization and just over half, 57.1% performs 30 hours a week; 74.5% do not know matrix support and 99% never met with the CPC team. The term matrix support is still little known by professionals who work in basic care, which makes it difficult to implement this strategy among services, compromising the continuity of care for the mentally ill person in the territory, existing a need for permanent education programs.

KEY WORDS: primary health care, family health, mental health.

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) regulada pela Portaria nº 2.488/01, passou a ser prioritária na reorganização da Atenção Básica, foi necessária a reformulação tanto estrutural quanto conceitual de todo o sistema de saúde, após a aprovação dessa política (Brasil, 2001; Brasil, 2011).

A Atenção Básica tem como princípio possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, com o desenvolvimento de ações em um território geograficamente conhecido, estimulando os profissionais a conhecerem a história de vida das pessoas, seus vínculos com a comunidade e território onde mora, nesse sentido a articulação entre Saúde Mental e Atenção Básica se torna imprescindível (Entreportes et al., 2017; Iglesias e Avelar 2014).

A aplicação do princípio da integralidade no cuidado em saúde mental na atenção básica pode ser viabilizada pelo modelo do Apoio Matricial (AM), pois além da proximidade com as comunidades e sua abordagem no espaço onde vivem tais ações contribuíram na identificação precoce das necessidades de saúde mental, quanto para a diminuição do estigma relacionado ao paciente com transtorno ou em situação de sofrimento psíquico (Campos; Domitti, 2007; Tanaka e Ribeiro, 2009; Souza et al., 2017).

O matriciamento é um elemento estratégico da Política Nacional de Saúde Mental, sendo como um tipo de arranjo organizacional, que almeja ampliar e qualificar as ações das equipes da atenção básica, investindo nas tecnologias leves, na clínica dos afetos e na responsabilização, como forma de estimular o compromisso de trabalhadores, permitindo um campo saúde mental rico em possibilidades (Lima e Dimesntein, 2015; Jorge et al., 2013).

O *Global Mental Health* apontou o papel de profissionais não especialistas em saúde mental, mais especificamente, de profissionais da atenção primária à saúde como elemento fundamental para o alcance dos objetivos, de garantia de direitos, aos portadores de transtornos mentais (Kakuma et al., 2011).

O termo matriciamento vem sendo usado em países como Reino Unido, Irlanda, Austrália, Canadá e Espanha, assumindo diferentes nomenclaturas, tais como: *shared care* e *collaborative care*, com a proposta de estabelecer troca de conhecimento e atendimento compartilhado entre os diferentes profissionais, no intuito de ampliar as possibilidades e qualificar o cuidado, particularmente, entre as equipes de Atenção Básica e especialistas (Gonçalves, 2012).

No Brasil, um estudo sobre a distribuição do apoio matricial identificou que os mais altos níveis de apoio, refletem as melhores condições de vida da população brasileira, havendo também uma melhor organização dos sistemas de saúde. Além disso, profissionais de saúde tem tido uma percepção positiva, considerando o matriciamento uma ferramenta

importante para o manejo de situações, o que promove uma interação de diferentes saberes e reorienta a rede de cuidados em saúde (Fonseca; Sobrinho et al., 2014; Hirdes, 2014).

No nordeste, são escassos os estudos sobre matriciamento, já em Sergipe, ainda não houve até o momento nenhum estudo sobre o tema. O trabalho em rede supõe que nenhum serviço isoladamente, pode resolver todas as necessidades de cuidado das pessoas de um determinado território, a ESF trabalha na perspectiva de saúde ampliada e integral, com uma equipe multidisciplinar rica em possibilidades.

Neste contexto, torna-se importante a compreensão adequada do matriciamento na rede de atenção em saúde mental da segunda maior cidade do estado de Sergipe, uma vez que a atuação dos profissionais da atenção primária é de grande importância para o desenvolvimento do apoio matricial.

O objetivo do estudo foi analisar a atuação profissional das equipes de Saúde da Família sobre sua demanda de saúde mental, no município de Nossa Senhora do Socorro localizado no estado de Sergipe.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo seccional, com abordagem quantitativa, com utilização de dados primários e secundários, realizada no período de janeiro de 2016 a janeiro de 2017.

O local da pesquisa foi a cidade de Nossa Senhora do Socorro, que fica próximo da capital Aracaju, sendo a segunda maior cidade do estado de Sergipe. O município possui um marco importante no processo da Reforma Psiquiátrica do estado, com o fechamento de um Centro Psiquiátrico, no ano 2000, que teve como consequência a transferência dos usuários para moradias em Residências Terapêuticas. Atualmente, o município possui 57 equipes de saúde da família implantadas, distribuídas em 21 unidades de saúde, com 154 profissionais cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) na atenção básica.

A população do estudo foi composta por todos os profissionais de saúde de nível superior das Equipes de Saúde da Família do município de Nossa Senhora do Socorro, tendo como critério de exclusão, profissionais que integram as equipes a menos de um ano. Foram selecionados 98 profissionais de nível superior que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF).

Como percurso metodológico foi aplicado um formulário semiestruturado composto de 17 questões, na primeira parte do instrumento se buscou coletar dados relativos ao perfil dos profissionais que atuam nas Unidades de Saúde da Família (USF): com 10 variáveis, a formação profissional, o tempo de formação, tempo de atuação no serviço, nível de qualificação e jornada de trabalho.

A segunda parte do instrumento com questões mistas tratou sobre saberes e práticas dos profissionais com variáveis sobre: a demanda de saúde mental na sua área de abrangência, acolhimento dessa demanda, fluxo dos portadores de transtorno mental na unidade, vinculação entre CAPS e ESF, percepção do matriciamento como dispositivo de cuidado, importância desse dispositivo para a rede de saúde e dificuldades vivenciadas na sua implementação.

O instrumento foi validado mediante validação facial com 5 experts no assunto, tendo como objetivo, confirmar a aceitabilidade, clareza e fidedignidade do instrumento ao contexto em que foi aplicado (Sánchez; Echeverry, 2004).

A sistemática de coleta teve início com o reconhecimento das Unidades de Saúde da Família, convite aos profissionais de nível superior que compõe as ESFs com o preenchimento do TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, entrega do instrumento para o preenchimento das 10 primeiras questões e realização da entrevista para preenchimento das questões relacionadas à atuação do profissional no matriciamento.

Os dados primários foram analisados por meio de frequências simples e percentuais (variáveis categóricas) e médias e desvios padrão (variáveis contínuas), com o uso do *software Statistical Package for the Social Sciences for Windows (SPSS)*, versão 20.

As entrevistas foram transcritas e incorporadas para um único corpus textual. Em seguida, fez-se a análise com auxílio do Software Iramuteq v.0.7 alpha 2, que caracteriza-se como um método informatizado para análise de textos, que busca apreender a estrutura e a organização do discurso, informando as relações entre os mundos lexicais mais frequentemente enunciados pelo sujeito, o que possibilita cinco tipos de análises: estatísticas textuais clássicas; pesquisa de especificidades de grupos; classificação hierárquica descendente; análises de similitude e nuvem de palavras (CAMARGO e JUSTO 2015; ALMICO E FARO, 2014).

As classes foram visualizadas por um dendograma que proporciona um cenário das conexões entre as mesmas e a distribuição (em porcentagem) dos fragmentos dos textos alocados nas respectivas classes. Logo após, foi realizada a interpretação dos resultados considerando as classes obtidas e definindo as estruturas analíticas correspondentes.

Após a análise é realizada a interpretação, considerando as classes obtidas e a partir daí define-se as estruturas analíticas correspondentes. A análise dos dados do presente estudo resultou em 4 classes, cada uma correspondendo, aproximadamente, a 20% ou 30% dos fragmentos do texto.

Após leitura incessante dos fragmentos do texto correspondentes a cada classe, surgiram duas estruturas analíticas: “Estratégia Facilitadora do Cuidado/Importância para rede de saúde” e “Dificuldades encontradas para implementação do matriciamento”, essas estruturas foram sintetizadas de acordo com as categoria.

A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UNIT, mediante liberação do parecer consubstanciado de nº1.908.554, seguindo todas diretrizes propostas pela Resolução nº466/12 de doze de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas para pesquisa com seres humanos no Brasil.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A ESF é a estratégia prioritária da atenção primária no Brasil, sendo a ordenadora do cuidado em saúde, a ampliação da cobertura contribui para o fortalecimento da atenção básica no município, podendo impactar de forma positiva no cuidado ao portador de transtorno mental. Nesse sentido, o perfil dos profissionais que atuam na atenção básica, pode fazer a diferença na qualidade e efetivação do cuidado.

No presente estudo, dos 98 profissionais entrevistados, 48% (n=47) são Enfermeiros, 23,5% (n=20) são Médicos da família, 31,6% (n=31) Odontólogos. Quanto à formação acadêmica, 74,5% possuíam Pós-graduação *lato sensu*, 17,3% tinham nível superior e 8,2% possuíam Pós-graduação *stricto sensu*. O perfil dos profissionais é descrito na tabela abaixo.

Tabela 1. Perfil dos Profissionais da Saúde da Família, Nossa Senhora do Socorro, Sergipe, Brasil, 2017.

	n	%
Formação profissional		
Médico	20	20,4
Enfermeiro	47	48
Dentista	31	31,6
Nível de Qualificação		
Superior Completo	17	17,3
Especialista	73	74,5
Mestrado	8	8,2
Outro vínculo de trabalho		
Médico	15	75
Enfermeiro	31	65,9
Dentista	20	64,5
Jornada de Trabalho diária 40h		
Medico	8	40
Enfermeiro	10	21,27
Dentista	16	51,6
Tempo de Formação Média (DP)	213,8	117
Tempo que atua no serviço Média (DP)	116,1	59,1

DP-Desvio Padrão

No mesmo modo, esse aspecto assemelha-se com estudo realizado por Gonçalves et al., (2014, p.29), em uma cidade do interior de Minas Gerais, onde foi observado que 98,4% cursaram ou estão cursando Pós-graduação *lato sensu*, 6,8% realizaram Mestrado e 1,6% dos profissionais concluíram apenas o curso de Graduação.

Políticas públicas voltadas para qualificação dos profissionais da atenção básica influenciaram de forma positiva, nesse contexto, destacam-se o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) cujo papel principal é qualificar as equipes, ofertando cursos de capacitação e especialização (Brasil, 2011; Brasil, 2012).

Mais da metade dos profissionais, 59,1% têm como tempo médio de atuação nas equipes, 116,12 meses, o equivalente a 9,6 anos. Em estudo similar realizado no Sudeste, Gonçalves et al., (2014, p.31) consideraram o tempo de atuação do profissional na atenção primária e na equipe atual, um indicador para avaliação do exercício profissional, do ponto de vista positivo, pois quase 60 % dos profissionais atuavam na atenção primária, a mais de quatro anos, o que facilitava a longitudinalidade do cuidado na atenção básica.

Assemelhando-se a esse conceito Baratieri e Silva (2011, p. 805) definem longitudinalidade do cuidado, o estabelecimento da relação terapêutica duradoura entre usuário e profissionais de saúde, sendo, de fato, um processo extenso e que demanda um grande período de tempo para ser operacionalizado.

A permanência desses profissionais na mesma equipe, ao longo de um tempo, traz reflexões importantes quanto ao desenvolvimento do cuidado em saúde mental na atenção básica, podendo o tempo ser considerado um dos principais fatores no desenvolvimento do vínculo, visto que o mesmo é construído, ao longo de um período, o que favorece a integralidade do cuidado.

Quanto a ter outro vínculo, 75% (n=15) dos Médicos, 65,95% (n=31) dos Enfermeiros e 64,51% (n=20) dos Dentistas possuíam outro vínculo empregatício, em áreas diversas, que vão da atenção hospitalar até à docência. O dado em questão evidencia uma forte tendência na duplicidade de vínculos relacionada à categoria médica, assim como em estudos realizados em regiões distintas do país.

Gonçalves et al., (2014, p. 31) no interior de Minas Gerais, identificaram que 70% da categoria médica possuía outros vínculos e apenas 25% dos demais profissionais (Enfermeiros e Odontólogos) tinham outra ocupação, sendo a docência em instituições de ensino a mais citada. No interior da Bahia, Bené et al., (2014, p.311) fortaleceram essa tendência, onde vínculo exclusivo é menos comum entre os profissionais médicos quando comparado a outros profissionais.

Segundo Gonçalves et al. (2014, p.31) associação a outras ocupações podem ser entendida como um sinônimo de busca de complementação salarial, desvalorização econômica do profissional e insatisfação com as atividades assistenciais.

Quanto à jornada de trabalho, na ESF, 57,1% relataram cumprir carga horária de 30 horas semanais desses 9 eram médicos, 34 enfermeiros e 13 dentistas, quanto a carga horária de 40 horas semanais 34,7% disseram cumprir sendo desses 10 enfermeiros e 16

dentistas. Notou-se uma similaridade com o estudo realizado por Pinto et al., (2010, p. 660) no Ceará, cuja carga horária diária cumprida, pelos profissionais tanto os médicos como os enfermeiros era de 30 horas semanais nas equipes.

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), consolidada pela portaria nº 2.488, em 21 de outubro de 2011, que instituiu a nova PNAB passou a permitir a flexibilização da carga horária dos médicos e não dos demais profissionais nas equipes de Saúde da Família, com a justificativa de responder a dificuldade no preenchimento de vagas e fixação desses profissionais.

Segundo Fontenelle (2012, p.6), essa alteração foi bastante criticada por vários médicos da família, no sentido de que complicaria em muito o processo de trabalho, podendo este estar inseridos em mais de uma equipe, o que poderia diminuir o vínculo com os usuários e com o restante da equipe, além de dar margem a conflitos com os outros profissionais.

Entretanto, para Silva (2011, p.16), existe uma convergência de opiniões no sentido de adequação a jornada de trabalho de toda equipe da ESF, visto que existe uma série de insatisfações que tornam difícil tolerar quarenta horas semanais, durante vários anos, sem expectativa de melhora em curto prazo e é necessário levar em conta necessidades como: disponibilidade de tempo para estudar e se aprimorar, redução da população adscrita, melhoria salarial e de infraestrutura.

A região Nordeste possui uma grande oferta da atenção básica, entretanto, as questões de vínculos trabalhistas ainda dificultam o processo de trabalho, a readequação da PNAB é uma realidade, nesse sentido, artifícios para torná-la mais atrativa e resolutiva também devem estar incluídas nesse processo. Salários compatíveis com o mercado, direitos trabalhistas garantidos, estabilidade e capacitações permanentes são, por exemplo, fatores importantes que podem aprimorar e fortalecer a atenção básica.

No que tange a pesquisa sobre a atuação do profissional da atenção básica na atenção em saúde mental, 87,8% dos profissionais disseram ter demanda de saúde mental na sua unidade, 66,3% afirmaram ser informados sobre casos de saúde mental na sua área de abrangência, 58,3% dos profissionais informaram que a demanda de saúde mental chegava de forma espontânea e 79,6% confirmaram que os portadores de transtorno mental da sua área, fazem acompanhamento na unidade de saúde e que esse acompanhamento está relacionado, na maioria das vezes, à transcrição de receita. Os dados quanto a atuação dos profissionais da ESF na saúde mental estão descritos na tabela 2.

Tabela 2. Atuação dos Profissionais da Saúde da Família na Saúde Mental, Nossa Senhora do Socorro, Sergipe, Brasil, 2017.

	N	%
Demanda de saúde mental na sua unidade		
Sim	86	87,8
Não	12	12,2
Informação sobre os casos de saúde mental da sua área de abrangência		
Sim	65	66,3
Não	33	33,7
Forma como a demanda de saúde mental chega até a sua unidade		
Encaminhado própria ESF	31	27
Demanda espontânea	67	58,3
Portadores de transtorno mental em acompanhamento na unidade		
Sim	78	79,6
Não	20	20,4
Reunião periódica com a equipe do CAPSII		
Sim	1	1
Não	97	99
Conhecimento sobre matriciamento		
Sim	25	25,5
Não	73	74,5
Curso de capacitação para atuar em matriciamento		
Sim	8	8,2
Não	90	90,8

Os profissionais de nível superior, na sua maioria, não identificam o portador de transtorno mental como responsabilidade da equipe, devido ao desconhecimento sobre as ações de saúde mental na atenção básica. O acesso desses sujeitos ainda tem como foco situações de crise, o que fortalece o modelo biomédico ainda tão prevalente.

Estudos como o de Rodrigues; Moreira (2012, p.604) e Jorge et al., (2013, p.740) identificaram que a medicalização era o principal item considerado quanto a construção dos projetos terapêuticos na ESF e isso se deve ao sentimento de incapacidade que estes profissionais possuíam para atender nesse nível de intervenção. Assim como para Lima e Dimenstein (2015) que identificaram pouca resolutividade das equipes da Atenção Básica, devido a resistências e fragilidades na corresponsabilização, na apropriação e no acompanhamento dos usuários com demandas de saúde mental.

A maior parte, 99% (n=97) dos profissionais afirmaram nunca ter se reunido com as equipes do CAPS II, seja para capacitação ou discussão de algum caso. Em estudo similar na cidade de Goiânia, Pegoraro et al., (2014, p. 626) evidenciaram que 83,3% dos profissionais entrevistados das equipes de saúde da família, disseram ter integração com as equipes do CAPS e que isso facilitava e muito o processo de trabalho deles.

Ações de saúde mental na saúde da família devem começar a partir da integração entre os serviços, e na observância do trabalho em rede. Dimenstein et al., (2009, p.70) e Leão; Barros (2012, p.582) mostraram a necessidade de melhorar a articulação entre atenção básica e o CAPS com o deslocamento das equipes interdisciplinares dos espaços tradicionalmente institucionalizados para os territórios aonde os sujeitos estão inseridos. A partir disso, realizar um trabalho em conjunto com a atenção básica e pela proximidade com as famílias e as comunidades, são essenciais para a garantia da acessibilidade desses sujeitos a rede de saúde.

Nesse sentido, Pegoraro et al., (2014, p.630) evidenciaram que a existência de vínculo entre CAPS e ESF, deixava os profissionais das equipes mais confiantes na realização do seu trabalho, uma vez que possuem respaldo das equipes do CAPS, levando o cuidado para o usuário no seu contexto de vida.

Como consequência dessa falta de comunicação entre os serviços, 74,5%(n=73) dos profissionais não sabiam dizer o que era matriciamento, 90,8% (n=90) afirmaram não ter curso de capacitação para atuar em matriciamento e 8,2%(n=8) até fizeram um curso de capacitação, mas não se recordavam em que momento havia realizado.

O termo matriciamento ainda é pouco conhecido pelos profissionais que atuam na atenção básica, essa ausência de capacitação, articulação e conhecimento, fragmenta o cuidado ao portador de transtorno mental, estando esse sujeito perdido dentro de um território quase nunca resolutivo.

Nesse sentido, Quinderé et al., (2013, p. 2160) e Gondim e Azevedo (2013, p.3316) evidenciaram em seus estudos que nem todos os profissionais da atenção básica, sentiam-se seguros na abordagem e condução dos casos de saúde mental e que a falta de capacitação na área contribuiu para que muitos trabalhadores não soubessem atuar nos casos.

Assim como na pesquisa de Dimenstein et al. (2009, p. 69), na qual alguns profissionais mencionaram que a contribuição do matriciamento às equipes poderia se realizar por meio da oferta de capacitações, treinamentos e palestras na área específica.

Dos profissionais que conheciam matriciamento, 25,5% (n=25) identificaram-no como uma estratégia de trabalho que facilita o cuidado, listaram ainda a importância do matriciamento para rede de cuidados e as principais dificuldades encontradas na sua implementação. Obteve-se como resultado, 4 classes de palavras, cada uma correspondendo aproximadamente 20% a 30% do fragmento do texto. A figura 1 mostra as classes de palavras e suas distribuições em proporções.

Figura 1. Distribuição das classes de palavras e suas respectivas frequências de acordo com as categorias analíticas do relato de Profissionais da Saúde da Família na Saúde Mental, Nossa Senhora do Socorro, Sergipe, Brasil, 2018.

ESTRUTURAS ANALÍTICAS

Classe 1 (20%)

Facilita muito o cuidado

Classe 2(26,7%)

Falta comunicação entre a equipe de Saúde da Família e do CAPS

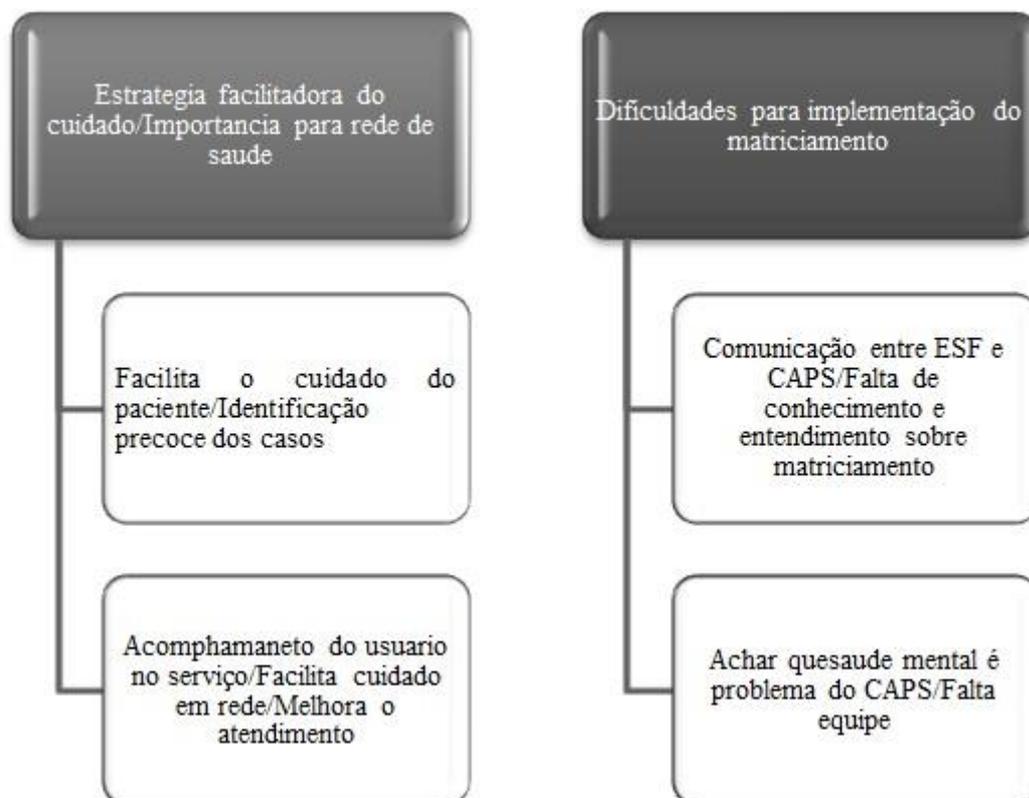
Classe 3 (23,3%)

O acompanhamento em rede ao portador deve existir facilita o tratamento/A comunicação melhora o acompanhamento do usuário no serviço

Classe 4(30%) Mais conhecimento sobre matriciamento/ Entender como cuidar do portador

A partir de fragmentos do texto e a frequência com que essas palavras apareciam, o resultado foi sintetizado. As variáveis foram utilizadas como estruturantes para interpretação dos fragmentos. A figura 2 mostra os resultados sintetizados por variáveis.

Figura 2. Resultados sintetizados dos relatos de Profissionais da Saúde da Família na Saúde Mental, Nossa Senhora do Socorro, Sergipe, Brasil, 2017.



De acordo com os profissionais, a aplicação do matriciamento permitiria transformar a lógica tradicional de encaminhamentos desnecessários, com resolução dos casos na unidade, além da integração entre os serviços permitindo assim uma atenção integral e singular.

“Atenção integral do indivíduo assistido, cuidado continuado e singular.”
(Enfermeira)

“Favorece o tratamento e o compartilhamento de responsabilidade.” (Odontólogo).

“Importante para integralidade das ações e para oferecer resolubilidade para os usuários, além de integrar os serviços.” (Enfermeira)

Essa percepção assemelhasse ao estudo de Dimenstein et al., (2009, p. 68) que consideram o matriciamento agente da interação de diferentes saberes, o que reorienta a rede de cuidados em saúde, interligando diferentes dispositivos e excluindo a lógica dos encaminhamentos indiscriminados. Para Azevedo, Gondim e Silva (2013, p. 315) funciona sob a lógica da corresponsabilidade e co-gestão de todos os atores envolvidos na atenção à saúde, permitindo um trabalho realizado de forma coletiva, sem fragmentação da assistência, tornando possível o diálogo entre os diversos profissionais de saúde.

A ausência de capacitação e interação entre os serviços, são apontadas pelos profissionais como uma das principais dificuldades vivenciadas por eles, para implementação do matriciamento.

“A falta de conhecimento é o que dificulta a gente tudo, tudo, tudo, tudo, né? Vou dizer, chega um paciente aqui portador de transtorno, fico sem saber. Como é que a gente faz pra, é, dizer o que, o que é ofertado a ele, pra onde encaminhar...” (Enfermeira).

“Condições precárias de trabalho, falta de articulação da rede, dificuldade de comunicação entre CAPS e Ubs” (Cirurgião Dentista).

“Falta de contra referência e referência dos pacientes que são encaminhados ao serviço especializado em transtorno mental” (Médico).

Em estudo realizado por Dimenstein et al., (2009, p. 70), a falta de conhecimento específico em saúde mental, estrutura física precária de algumas Unidades Básicas de Saúde e a ausência de articulação entre os serviços da rede básica e especializada foram citados como itens que impedem a efetivação do matriciamento. Nota-se que, mesmo com o passar dos anos as dificuldades permanecem as mesmas, diante de toda discussão para com o cuidado em saúde mental, a efetivação de estratégias que segue princípios da reforma psiquiátrica são acompanhadas de problemáticas, o que acaba por refletir negativamente na assistência prestada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A consonância entre os princípios da reforma psiquiátrica e o cuidado ao portador de transtorno mental na atenção básica, é um processo desafiador e que transcende um modelo único e exclusivo. A construção desse trabalho deve acontecer baseada na realidade desse território, das necessidades desses sujeitos e das limitações desses serviços e dos profissionais.

Os resultados deste estudo trazem reflexões, nas quais ações intersetoriais precisam ser pautadas em processos de comunicação efetiva. Para conhecer o dispositivo disponível em seu território é necessária maior comunicação entre os serviços, cabendo a estes a responsabilidade de fortalecer ações territoriais, pois é nesse território que os sujeitos em sofrimento estão inseridos.

Ao falar sobre saúde mental com os profissionais era clara a insegurança em saber lidar com esses casos, sendo perceptível que o cuidado em saúde mental na atenção básica

é tratado muitas vezes como questão exclusiva do CAPS. Mediante o déficit de conhecimento dos profissionais para com o sujeito portador do transtorno mental, o cuidado está ligado quase que exclusivamente ao modelo de medicalização, cujo intuito é diminuir o aparecimento de comportamentos inadequados o que gera desconforto no território.

A inadequada comunicação e a interação entre ESF e CAPS, são os principais elementos que impedem a realização de práticas importantes como o matriciamento, evitando assim, encaminhamentos indiscriminados e desnecessários com resolução dos casos dentro do próprio território, possibilitando um acesso baseado na integralidade do cuidado.

Para que o matriciamento de fato aconteça, faz-se necessárias capacitações com abordagens teóricas e práticas, porém o maior dos desafios é o estabelecimento da comunicação contínua e efetiva entre os serviços. A gestão tem uma função importante nesse processo, no sentido de oferecer subsídios, para que novas estratégias sejam implementadas.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, D. M et al. Apoio matricial em saúde mental: percepção de profissionais no território. *Pesquisa cuidado é fundamental*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.3311-3322, 2013.

BARATIERI, T.; MARCON, S.S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. *Escola Anna Nery*, v.15, n.4, p.802-810, 2011.

BENÉ, B. G.; CORREIA, A.K.S.; OLIVEIRA, L.MM.; SANTOS, V.C.; FERREIRA, S.MS.; JUNIOR, D.F.M.J.; SOBRINHO, C.L.N. Trabalho e saúde mental dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em um município do Estado da Bahia, Brasil. *Revista brasileira saúde ocupacional*, São Paulo, v.37 n.126 , 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Altera a Política Nacional de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2011. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em: 10 nov.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 2, de 16 de agosto de 2016 da Comissão Intergestores Tripartite. 2016. Disponível em :http://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2016/12/22-RESOLUCAO-n-2_16-Indicadores-2016.pdf >Acesso em: 10 nov.2017.

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

COTTA, R.M.M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Serv. Saúde, Brasília*. v.15, n.3,p.7-18, 2006.

DIMENSTEIN, M.; SANTOS, Y. F.; BRITO, M.; SEVERO, A. K.; MORAIS, C. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. *Mental*, Barbacena v.3,n.5,p. 23-41, 2005.

DIMENSTEIN, M., SEVERO, A.K.; BRITO M.; PIMENTA, A.L.; MEDEIROS, V.; BEZERRA, E. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde Sociedade*, São Paulo v.18, n.1,p. 63-74,2009.

ENTREPORTES, M. B.; FONSECA, W.N.S.; ROCHA, E.M.; VOLPATO, R.J.; NASCIMENTO, V.F.; LEMES, A.G. Percepção dos profissionais de saúde da atenção básica sobre o matriciamento em saúde mental no interior de Goiás. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, Brasília, v.8, n.1, p.56-75, 2017.

FONSECA, S.D. D.; MACHADO, A. T. G. D. M.; LIMA, Â. M. D. L. D.; JORGE, A. D. O.; REIS, C. M. R. D.; ABREU, D. M. X.; SANTOS, A. D. F. D. Understanding matrix support and quality certification results in the areas of care for women, care for children, hypertension and diabetes as well as mental health. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, V. 38, N. ESPECIAL, p. 83-93, 2014.

FONTENELLE, L. F. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Florianópolis, v.7, n.22,p.5-9,2012.

GONÇALVES, C.R. et al. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.38, n.100, p.26-34, 2012.

HIRDES, A. The perspective of professionals in primary health care on matrix support in mental health. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p. 371-382, 2015.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L.Z. Apoio Matricial: um estudo bibliográfico. *Ciência & Saúde*, v.10, n.9, p.3791-379, 2014.

JORGE, M. S. B.; SOUSA, F. S. P.; FRANCO, T. B. Apoio Matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília v.66, n.5, p.738- 744, 2013.

KAKUMA, R.; MINAS, H, V.G.N.; N, D.P, DESIRAJU.K Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. *Lancet*; v.378, n.98, p. 1654- 1663, 2011.

LEÃO, A; BARROS, S. Território e serviço comunitário de saúde mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde e Sociedade, São Paulo*, v.21, n.3, p.572-586, 2012.

MALTA, M. D. et al. Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro ,v.21, n.2, 2016.

MINOZZO, F.; COSTA, I. I. Matrix support in mental health between Psychosocial Attention Center (CAPS) and Family Health Teams: analyzing possible paths. *Psico-US*, v.18, n.1, p.151-160, 2013.

MEDEIROS, A. D; SIZENANDO, M.G; SOUZA, S. D. Apoio matricial em saúde mental: percepção de profissionais no território. *Revista de Pesquisa Cuidado é fundamental*, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.3311- 3322, 2013.

PEGORARO, R.F.; CASSIMIRO, T. J. L.; LEÃO, N. C. Matriciamento e saúde mental segundo profissionais da estratégia da saúde da família. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 14, n. 19, p.621-63, 2014.

PINTO, E. S.G.; MENEZES, R. M.; VILLA, T.C.S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. *Revista da escola de enfermagem USP, São Paulo*, v.44, n.3, p.657-664, 2010.

QUINDERE, P.H.D.; JORGE, M.S.B.; NOGUEIRA, M.S.L.; LIDUINA, F.A.C.; VASCONCELOS, M.G.F. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.18, n.7, p.2159- 2165, 2013.

RIBEIRO, M. C. Psychosocial care center workers in Alagoas, Brazil: interstices of new practices. *Interface Botucatu* 2015; 19(19): 95-107.

RODRIGUES, E. S.; MOREIRA, M.I. A interlocução da saúde mental com atenção básica no município de Vitória/ES. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v.21, n.3, p.599-611, 2012.

SOUZA, J. et al. Mental health in the Family Health Strategy as perceived by health professionals. *Rev Bras Enferm* v.70, n.5, p.935-41, 2017.

SÁNCHEZ, R.; ECHEVERRY, J. Validación de escalas de medición en salud. *Rev Salud Pública*, v.6, n.3, p.302-18, 2004.

SILVA, F.D. 40 horas na ESF? *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v.18,p.15-6,2011.

TANAKA, Y.O. RIBEIRO, E.L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciênc. Saúde coletiva*, v.14,n.2,p. 477-486,2009.

TRAVASSOS, C. M et al. *Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p. 190-S198, 2004.

WENCESLAU, L.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 2015; 19(55): 1127-1131.

6 CONCLUSÃO

A consonância entre os princípios da reforma psiquiátrica e o cuidado ao portador de transtorno mental na atenção básica é um processo desafiador e que transcende um modelo único e exclusivo. Deve-se considerar a realidade do território, necessidades dos sujeitos, e limitações existentes nos serviços e nos profissionais.

A interação e comunicação entre CAPS e ESF, favorece um trabalho multiprofissional e interdisciplinar no cuidado prestado, não cabendo apenas aos profissionais com formação específica em saúde mental, a utilização do matriciamento como metodologia de trabalho.

Ao falar sobre saúde mental com os profissionais da atenção básica, era notória a insegurança em saber lidar com o assunto, sendo perceptível que o cuidado na atenção básica está ligado quase que exclusivamente ao modelo de medicalização, cujo intuito é diminuir o aparecimento de comportamentos inadequados e que gerem desconforto no território.

Nesse sentido, os profissionais do CAPS possuem um papel importante, atuando como retaguarda para o profissional da atenção básica na discussão de casos, abordagens, assim como, na construção de condutas aplicadas no contexto da atenção básica o que pode tornar o processo mais valioso e resolutivo.

Considerando, que as ações intersetoriais precisam ser pautadas em processos de comunicação efetiva e que para conhecer o dispositivo disponível em seu território, é necessário ultrapassar “muros”. Cabe aos serviços de saúde, a responsabilidade de fortalecer ações territoriais, pois é nesse território que os sujeitos em sofrimento estão inseridos.

A inadequação na comunicação e interação entre ESF e CAPS, é o principal elemento que impede a realização de práticas importantes como o matriciamento, evitando assim encaminhamentos indiscriminados e desnecessários, com resolução dos casos dentro do próprio território, possibilitando um acesso baseado na integralidade do cuidado.

Na realidade do município estudado, a inadequação de educação continuada, estrutura limitada e grande demanda de usuários nos serviços, são alguns dos obstáculos e desafios vivenciados pelos profissionais todos os dias nos serviços de saúde.

O matriciamento é um desafio constante, que como metodologia de cuidado em saúde mental recém-incorporada, exige discussões e aprimoramentos contínuos. A gestão tem um papel importante na implementação dessa metodologia, a partir da oferta de capacitações e infra-estrutura adequada.

APENDICES/ANEXOS

APENDICE A FORMULARIO SEMI-ESTRUTURADO PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Nº Formulário

1. Qual a sua formação profissional?
2. Tempo de Formação?
3. Nível de Qualificação: 1. Superior Completo() 2. Especialista() 3. Mestrado()
4. Doutorado () 4. Tempo que atua no serviço?
5. Cargo que ocupa atualmente no serviço:
6. Tempo em que ocupa o cargo atual:
7. Possui outro vínculo de trabalho 1. Não() 2. Sim() Especificar: _____
8. Turno de trabalho neste serviço: 1. Matutino() 2. Vespertino() 3. Integral()
9. Jornada de Trabalho diária: 1. 20 horas () 2. 30 horas() 3. 40 horas
10. Possui curso de capacitação para atuar em matriciamento 1. SIM () 2. NÃO()

Atuação Profissional na Equipe de Saúde da Família voltado para Saúde Mental.

11. Você possui demanda de saúde mental na sua unidade () SIM () NÃO
12. Você é informado sobre os casos de saúde mental da sua área de abrangência SIM () NÃO () Se sim como?
13. De que forma a demanda de saúde mental chega até a sua unidade 1. Encaminhado própria ESF () 2. Demanda espontânea () 3. Encaminhado CRAS() 4. Encaminhado CREAS () 5. Outros() Especifique:
14. Na sua unidade possui portadores de transtorno mental em acompanhamento na unidade 1. SIM () 2. NÃO()
15. A sua equipe se reúne periodicamente com a equipe do CAPS 1. SIM () 2. NÃO() Se sim como ocorre?
16. Conhece o matriciamento? Se sim quais habilidades que a equipe precisa ter para realizar o matriciamento? 1. SIM () 2. NÃO() Quais?
17. Você identifica o matriciamento como uma estratégia de trabalho facilitadora no cuidado 1. SIM () 2. NÃO() Se sim porque?
18. Qual a importância do apoio matricial para rede de saúde?
19. Quais são as principais dificuldades você vivencia como profissional da ESF na instituição de práticas de matriciamento?

APENDICE B- FORMULARIO SEMI-ESTRUTURADO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSOCIAL

Nº Formulário

1. Formação Profissional?
2. Tempo de Formação?
3. Nível de Qualificação:
 1. Superior Completo() 2. Especialista() 3. Mestrado() 4. Doutorado()
4. Tempo que atua no serviço?
5. Qual cargo que ocupa atualmente no serviço?
6. Tempo de serviço no cargo atual:
7. Possui outro vínculo de trabalho: 1. Sim () 2. Não () Especificar: _____
8. Qual o turno de trabalho 1. Matutino() 2. Vespertino() 3. Integral()
9. Jornada de Trabalho diária: 1. 20 horas () 2. 30 horas() 3. 40 horas()
10. Possui curso de capacitação para atuar em matriciamento 1. NÃO () 2. SIM ()

Atuação Profissional no Centro de Atenção Psicossocial CAPS II.

11. De que forma a demanda de saúde mental chega ao CAPS: 1. Encaminhado ESF () 2. Demanda espontânea() 3. Encaminhado CRAS() 4. Encaminhado CREAS () 5. Outros() Especifique:
12. Como é feito o acolhimento dos usuários portadores de transtorno mental no CAPS?
 1. Por agendamento () 2. Demanda espontânea 3. Busca ativa () 4. Outros()
13. O portador de transtorno mental é acompanhado na área onde existe cobertura de ESF 1. SIM () 2. NÃO()
14. Qual sua opinião em relação a atuação das equipes de ESF em relação aos portadores de transtorno mental?
15. Você conhece matriciamento? Se sim quais habilidades que a equipe precisa ter para realizar o matriciamento? 1. SIM () 2. NÃO () Quais?
16. Você identifica o matriciamento como uma estratégia de trabalho facilitadora no cuidado? 1. SIM () 2. NÃO() Se sim porque?
17. Quais são as principais dificuldades que você vivencia como profissional do CAPS na aplicação das práticas de matriciamento?