



Ferramenta matricial na produção do cuidado integral na estratégia saúde da família*

Matrix tool in the production of integrated care in the family health strategy

Instrumento matricial en la producción del cuidado integral en la estrategia salud de la familia

Maria Salete Bessa Jorge¹, Diego Muniz Pinto², Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos³, Antonio Germane Alves Pinto⁴, Rândson Soares de Souza⁵, Emília Cristina Carvalho Rocha Caminha⁶

RESUMO

Objetivo: Analisar como o apoio matricial em saúde mental contribui com a produção do cuidado integral com ênfase nas inter-relações entre trabalhador/ usuário/família. **Métodos:** Pesquisa com abordagem qualitativa que utilizou as técnicas de entrevista, grupo focal e observação sistemática. A análise dos dados fundamentou-se na hermenêutica crítica. **Resultados:** O apoio matricial em saúde mental assume dimensões pedagógicas e técnico-assistenciais, que favorecem a interação entre equipes da atenção básica e equipes especializadas do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), assegurando um cuidado de base territorial, com interação de diferentes saberes e práticas. Contribui ainda, no redirecionamento do fluxo de usuários ao buscar atendimento para suas necessidades de saúde, articulando os níveis de atenção em saúde. As inter-relações trabalhador/ usuário/família são mais próximas e permitem melhor acolhimento das demandas e vínculo da equipe com o usuário e sua família. No entanto, aponta-se como dificuldades para consolidação do apoio matricial o predomínio da prática biomédica. **Conclusão:** O apoio matricial contribui ampliando os espaços de cuidado em saúde mental no território, abrindo espaços de convivência, criação na reação trabalhador/ usuário/família e por isso configura-se como um dispositivo para produção do cuidado integral.

Descritores: Saúde mental; Cuidados integrais à saúde; Acolhimento

ABSTRACT

Objective: To analyze how the matrix support in mental health contributes to the production of comprehensive care with an emphasis on the inter-relationships between worker / user / family. **Methods:** Research with a qualitative approach that used the techniques of interview, focus group and systematic observation. Data analysis was based on critical hermeneutics. **Results:** Matrix support in mental health assumes pedagogical and technical assistance dimensions, which favor the interaction between primary care teams and specialist teams of the Center for Psychosocial Care (CAPS), ensuring territorially-based care, with interaction of different knowledge and practices. It further contributes to the redirection of the flow of users in seeking care for their health needs, articulating the levels of health care. The worker / user / family interrelationships are closer and allow better accommodation to the demands and bond of the team with the user and his family. However, difficulties such as consolidation of the matrix support, and the predominance of biomedical practice are noted. **Conclusion:** The matrix support contributes an expansion of the spaces of mental health care in the territory, opening living spaces, creation in the reaction of the worker / user / family, and thus configuring itself as a device for the production of integrated care.

Keywords: Mental health; Comprehensive health care; User embracement

RESUMEN

Objetivo: Analizar cómo el apoyo matricial en salud mental contribuye con la producción del cuidado integral con énfasis en las interrelaciones entre trabajador/usuario/familia. **Métodos:** Investigación con abordaje cualitativo en el que se utilizó las técnicas de entrevista, grupo focal y observación sistemática. El análisis de los datos se fundamentó en la hermenéutica crítica. **Resultados:** El apoyo matricial en salud mental asume dimensiones pedagógicas y técnico-asistenciales, que favorecen la interacción entre equipos de la atención básica y equipos especializados del Centro de Atención Psicossocial (CAPS), asegurando un cuidado de base territorial, con interacción de diferentes saberes y prácticas. Contribuye aún, en el redireccionamiento del flujo de usuarios al buscar atención para sus necesidades de salud, articulando los niveles de atención en salud. Las interrelaciones trabajador/usuario/familia son más próximas y permiten una mejor acogida de las demandas y vínculo del equipo con el usuario y su familia. Entre tanto, se señala como dificultades para la consolidación del apoyo matricial el predominio de la práctica biomédica. **Conclusión:** El apoyo matricial contribuye ampliando los espacios de cuidado en salud mental en el territorio, abriendo espacios de convivencia, educación en la reacción trabajador/usuario/familia y por eso se configura como un dispositivo para la producción del cuidado integral.

Descriptores: Salud mental; Atención integral de salud; Acogimiento

* O artigo foi extraído do estudo: *A rede de atenção primária como elo de integralidade de saúde mental, com ênfase no matriciamento, financiado pelo Ministério da Saúde.*

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem – EERP/USP. Pós-Doutorado em Saúde Coletiva – UNICAMP. Professor Titular do Curso de Enfermagem em Saúde Mental, Docente de Pós-graduação em Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem e Programa de Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará – UECE – Fortaleza (CE), Brasil. Pesquisadora 1C CNPq.

² Enfermeiro. Pós-graduando (Mestrado) em Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará – UECE – Fortaleza (CE), Brasil.

³ Enfermeiro. Pós-graduando (Mestrado) em Saúde Pública, Universidade Estadual do Ceará – UECE – Fortaleza (CE), Brasil.

⁴ Enfermeiro. Pós-graduando (Doutorado) de Saúde Coletiva do Curso de Associação Ampla da Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal do Ceará e Universidade de Fortaleza.

⁵ Enfermeiro. Pós-graduando (Mestrado) em Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará – UECE – Fortaleza (CE), Brasil.

⁶ Acadêmico do Curso de Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará – UECE – Fortaleza (CE), Brasil.

Autor Correspondente: **Maria Salete Bessa Jorge**

Endereço: Rua Dr. José Lourenço, 2835, apto. 301, Aldeota
CEP 60115-282.

Email: maria.salete.jorge@gmail.com

Artigo recebido em 21/07/2011 e aprovado em 07/06/2012

INTRODUÇÃO

A interconexão entre a atenção básica à saúde e a rede substitutiva de cuidados à saúde mental vem se estabelecendo como uma das diretrizes históricas da consolidação e avanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que reitera a centralidade da constituição dos dispositivos de base comunitária e territorial, como equipamentos importantes para se superar a iatrogenia da assistência à saúde mental hospitalocêntrica ⁽¹⁾.

Desse modo, buscou-se fortalecer essa interface por meio do apoio matricial (AM), ou seja, uma ação na qual um especialista de determinada unidade de produção apóia a equipe de referência de outra unidade em casos de maior complexidade ou na elaboração de diretrizes clínicas, protocolos e projetos ⁽²⁾. Tal prática pode ser usada nos diversos desdobramentos da clínica, mas, para efeitos deste estudo, focou-se na articulação da equipe de saúde mental (equipe de apoio matricial) e equipes de saúde da família (equipe de referência).

Nos últimos anos, o tema da interface saúde mental e atenção básica com foco no apoio matricial tem sido objeto de um número crescente de ensaios e reflexões no Brasil. Estudos ⁽³⁻⁹⁾ delineiam o apoio matricial ou matriciamento, como um arranjo inovador de grande importância para a formulação e desenvolvimento de propostas que vinculem a saúde mental à atenção básica. Destina-se, sobretudo, a contribuir com a implementação de uma clínica ampliada e singular, promover a saúde e a diversidade de ofertas terapêuticas, favorecer a corresponsabilização entre as equipes e horizontalização no nível comunicacional, aumentando a capacidade resolutive das equipes diante das necessidades de saúde dos usuários ⁽⁷⁾.

Assim, o AM em saúde mental direciona a produção do cuidado na atenção básica, pois reorienta práticas e atua no espaço onde se dão os acontecimentos, manifestações, detalhes e situações relativos à dimensão das minúcias que fazem parte da vida no cotidiano dos serviços ⁽¹⁰⁾. Ademais, propõe a articulação de saberes e práticas a ocorrer mediante uma organização horizontal do processo de trabalho na tentativa de combinar especialização com interdisciplinaridade e ainda a superação da alienação, da fragmentação e do tecnicismo biologicista. Dessa forma, possibilita uma corresponsabilização e uma reconstituição de vínculos entre a equipe de referência, a equipe matricial e os usuários e seus familiares ^(7,11).

Nesse contexto, o campo relacional posto nos serviços terapêuticos – traduzido na prática, como visitar e utilizar os dispositivos de cuidado – entre estes, acolhimento, vínculo, corresponsabilização e o acesso produzidos no encontro entre as equipes e usuários, propiciado pelo apoio matricial, caracteriza uma das dimensões da integralidade do cuidado. Isto porque, facilita um novo

modo de se fazer clínica, no qual se inclui, além da doença, a pessoa e seu contexto socioeconômico e cultural.

Essa dimensão dispara reflexões sobre a integralidade do cuidado que está presente no encontro, na conversa, na atitude dos profissionais que buscam prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no tocante à saúde. A ação integral é também entendida como as “inter-relações” de pessoas, ou seja, como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, trabalhadores e instituições, que são traduzidas em atitudes, como tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo ⁽¹²⁾.

Diante do exposto, o artigo teve por objetivo discutir como o apoio matricial produz cuidado com eixo na integralidade em saúde mental e ênfase nas inter-relações entre trabalhador/usuário/família.

MÉTODOS

Trata-se de pesquisa de natureza qualitativa, pois, buscou-se investigar o fenômeno social e sua interface com o campo da saúde mental.

Os cenários da pesquisa foram dois municípios no Estado do Ceará (Nordeste do Brasil). Especificamente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – Gerais, Álcool e outras Drogas – AD e Infantis – I), as equipes da Estratégia Saúde da Família e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), integrantes da rede de saúde mental dos municípios.

Os sujeitos da pesquisa abrangeram 91 pessoas, conforme coleta em dois momentos: o primeiro, no período entre outubro de 2009 e março de 2010 e o segundo, no período de junho de 2010 e outubro de 2010. Conforme mencionado, os participantes foram distribuídos em seis grupos: grupo I – 24 trabalhadores que atuavam no CAPS e NASF; grupo II – 19 trabalhadores que atuavam na ESF; grupo III – 17 usuários atendidos pelo matriciamento; grupo IV – 11 familiares desses usuários; grupo V – grupo focal com 12 trabalhadores de saúde (CAPS, ESF e NASF) e grupo VI – grupo focal com 8 usuários.

A multiplicidade de sujeitos do estudo deu-se pela complexidade do tema analisado, contemplando o tripé: trabalhadores de saúde/usuários/familiares. Já o quantitativo de representantes de cada grupo foi determinado por saturação teórica que, ao estabelecer o tamanho final da amostra da pesquisa, interrompeu a captação de novos participantes fundamentada na redundância e convergência de sentido e significado, obtido durante a coleta e análise dos dados ⁽¹³⁾.

As técnicas utilizadas para a obtenção dos discursos foram a entrevista semiestruturada, as observações das práticas e os grupos focais, após a obtenção da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por parte dos sujeitos do estudo. Estes foram orientados

pelos seguintes roteiros e temários: resolutividade do cuidado em saúde mental na atenção básica; relação comunicacional entre trabalhador/usuário/família; percepção sobre matriciamento; fluxo dos usuários na rede de saúde.

A análise do material empírico baseou-se na hermenêutica crítica, na qual o fundamento de análise é a práxis social na perspectiva crítico-analítica. Os passos operacionais foram: ordenação dos dados; classificação dos dados e a análise final dos dados⁽¹⁴⁾.

Os resultados conformaram-se na configuração analítica da compreensão do objeto de estudo, dispostos em discursos e observações, constituindo o entendimento temático da categoria – Matriciamento como dispositivo do cuidado integral em saúde mental na atenção básica: potencialidades e fragilidades do cuidado.

Este estudo está inserido na pesquisa A Rede de Atenção Primária como Elo de Integração da Saúde Mental, com ênfase no Matriciamento, financiada pelo MS/FUNCAP/CNPq. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, sob n.º. 08622882-0.

RESULTADOS

Matriciamento como dispositivo do cuidado integral em saúde mental na atenção básica: potencialidades e fragilidades do cuidado

O matriciamento foi evidenciado nos relatos como um dispositivo que interconecta as equipes do CAPS com as da ESF, assegurando uma retaguarda especializada, favorecendo uma corresponsabilização das equipes de saúde e um cuidado de base territorial:

[...] realmente no matriciamento a gente consegue ver um pouco o que é um trabalho multidisciplinar onde cada um com seus diversos saberes, com seus pontos de vista, com um núcleo de ação no seu contexto profissional está ali para partilhar saberes (Grupo II).

Eu dou opinião no meu matriciamento, eles escutam e dão atenção ao que eu falo (Grupo III).

O AM é percebido nas falas em suas dimensões técnico-assistencial e pedagógica, em que promove uma interação de diferentes saberes e (re) orienta a rede de cuidados em saúde:

O matriciamento é uma estratégia de integração entre atenção primária e atenção secundária em saúde mental que são os CAPS. Ela tem várias funções ao mesmo tempo em uma atividade, como função de triagem, que é a forma que tria os casos que vão para a atenção secundária ou terciária na saúde mental, tem a função de ensino, de capacitação, em que os profissionais da atenção primária são capacitados a conduzir os casos mais leves, tem uma função de capacitação de ensino de estudantes e também tem a função do elo da comunicação entre os serviços (Grupo VI).

Essa articulação [saúde mental e atenção básica] diminuiu o encaminhamento para outros locais, diminuiu o fluxo para o

CAPS, diminuiu o número de internações em hospitais psiquiátricos (Grupo I).

Assim, esse dispositivo foi caracterizado como ferramenta facilitadora do direcionamento do fluxo na rede e provedor da articulação entre os níveis de atenção em saúde:

O matriciamento foi observado como um dispositivo eficaz da articulação em rede e saúde, possibilitando uma parceria corresponsabilizada entre os trabalhadores dos diferentes serviços de saúde. Além disso, nota-se um aumento na diversidade de propostas terapêuticas para com os usuários e, principalmente, as de bases territoriais como: caminhadas, atividades coletivas e laborais, entre outras (Observação das práticas).

Outro aspecto importante observado no AM foi o uso das tecnologias relacionais em seu processo de cuidar, como: acolhimento, vínculo, corresponsabilização e acesso que resultaram no aumento da resolubilidade dos casos de saúde mental.

Eu me sinto mais feliz, porque fico perto de casa aqui no posto e não preciso ir para o CAPS e tudo que os doutores falam deu resultado na minha vida (Grupo VI).

Quando eu chego precisando do posto nunca voltei pra casa chateada, sempre eles me atendem, já aconteceu da minha filha está em crise e quando eu chego aqui eles atendem logo, já sabem o que é e deixam aquela pessoa que está melhor de lado e procuram logo me atender com ela (Grupo IV).

O acolhimento e o vínculo foram percebidos como uma relação de horizontalidade entre todos os envolvidos no matriciamento, inclusive, entre profissionais e usuários/familiares:

Eu marco poucos atendimentos, justamente para ter um maior tempo e eu percebi que o vínculo que eu consegui formar foi intenso de uma maneira que quando a gente estava querendo transferir o paciente para o CAPS o próprio paciente não queria ir e a gente viu resultado, o paciente acreditava no tratamento não só oferecido por mim, mas pelos outros profissionais que estavam envolvidos no caso (Grupo V).

A forma como o meu médico me trata faz com que eu venha pra cá e gosto de participar de todas as atividades daqui, porque eu já vim pra esse posto, porque no antigo onde eu fazia tratamento, abandonei tudo que fazia lá (Grupo III).

Contudo, o matriciamento apresenta algumas fragilidades que dificultam a realização de uma atenção integral, como a perdura de uma atenção positivista com o predomínio medicamentoso, centrado no médico nessa prática e, até mesmo, uma visão fármaco dependente da própria sociedade.

O matriciamento só ocorre se o médico estiver presente, ressaltando a fragilidade do matriciamento no nosso município, pois temos que ultrapassar essa visão médico-centrada (Grupo I).

Penso que a medicação é a única forma que tem pro meu irmão ficar controlado, tem médico que quer retirar ou diminuir e isso eu e o restante da família não aceita (Grupo IV).

O cuidado integral acho que poderia ser melhor no matriciamento, pois este é uma estratégia muito boa, muito inteligente pra

que isso aconteça, mas infelizmente, a gente ainda não tem todos profissionais adequados, todas as áreas participando desse momento [...] é preciso a gente sair da tradicional farmacoterapia até porque a gente não dá conta e a gente ter que ver a questão dos grupos, da terapia comunitária, da massoterapia, investir nas atividades coletivas, isso é muito importante (Grupo V).

Também foram mencionadas fragilidades tocantes à implantação e ao fortalecimento do matriciamento, como dispositivo do cuidado integral em saúde mental, em razão da falta de interação e recusa médica em realizar um atendimento conjunto e a falta de apoio da gestão a essa prática.

É preciso a sustentabilidade da alimentação do que já existe porque tem coisas que está meio adormecido [...] a gente passou um tempo trabalhando intensamente o matriciamento nas unidades, tivemos cursos e hoje está muito adormecido, quem conseguiu manter manteve, [...] o que precisa é essa sensibilização dos outros profissionais, muitas vezes o médico daqui não participa, na verdade ele não participa, uma sensibilização das outras equipes e que o matriciamento possa acontecer mais sistematicamente, está faltando só determinar, fazer uma determinação mostrando qual a equipe que vai pra tal posto e não ter as faltas por carro, por isso, por aquilo como a gente vê (Grupo II).

DISCUSSÃO

Como consiste em estudo, a exclusão social, o estigma e o confinamento do sujeito com transtorno mental e/ou sofrimento psíquico foram condições amplamente difundidas pelas instituições manicomial que, coniventes com o paradigma tradicional de doença mental, que embasa sua prática em um modelo de atenção à saúde médico-centrada, em que ocorria a fragmentação do indivíduo em sistemas biológicos e suas patologias, contribuíram para a perda do valor social do doente, influenciando até hoje no modo como a sociedade lida com as questões relacionadas à saúde mental dos indivíduos^(3,15,16).

Mas, a saúde mental no Brasil está transitando para um novo modelo de atenção à saúde. Trata-se do modelo psicossocial, desde a realidade influenciada pela Reforma Sanitária, nas duas últimas décadas do século XX, pelo processo de implantação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, particularmente, pela Reforma Psiquiátrica, que vem provocando um contínuo e consistente rompimento nesse paradigma psiquiátrico.

No entanto, entende-se a Reforma Psiquiátrica como um processo, como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, que possui avanços, mas ainda é marcado por impasses, tensões, conflitos advindos das relações interpessoais e desafios no cotidiano das instituições e dos serviços oferecidos pela rede assistencial de saúde mental⁽¹⁷⁾.

O enfrentamento dos novos paradigmas impostos requer a criação de novas estratégias no ato de cuidar

em saúde, que impliquem a compreensão da saúde de modo global, levando-se em conta o modo de vida das pessoas. Assim, se desenvolve um novo modo de tratar e de acolher o sujeito em sofrimento psíquico em sua vida diária e em seu espaço comunitário⁽¹⁸⁾.

Entre essas estratégias, identificam-se a necessidade do fortalecimento do cuidado em saúde, em especial em saúde mental na atenção básica, e sua articulação em rede com os demais serviços substitutivos. Será, pois, uma forma de transpor a lógica do encaminhamento ou da referência e contra referência não efetivada por meio do apoio matricial^(17,19).

Com base nos dados empíricos, conforme se observa, o AM configura-se em duas dimensões, uma caracterizada pelo suporte pedagógico às equipes de referência e outra de retaguarda técnico-assistencial. Esse suporte técnico especializado é ofertado a uma equipe multidisciplinar de saúde com vistas a ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações na produção do cuidado integral⁽⁷⁾.

No tocante ao suporte pedagógico, esse apoio em saúde mental ocorre, mediante construção compartilhada de saberes e práticas entre uma equipe de referência, composta por profissionais da atenção básica, responsáveis pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário, e uma equipe de apoio matricial, composta por especialistas em saúde mental, que agregam conhecimentos à equipe de referência e contribuem com intervenções que aumentam a capacidade resolutiva dos problemas vivenciados nas unidades básicas de saúde⁽⁶⁾.

O matriciamento, assim, se constitui na comunhão de saberes e práticas entre esses trabalhadores de saúde. Ressaltando-se, entretanto, a participação do saber popular do usuário/família na construção de novos dispositivos de atenção em resposta às diferentes necessidades dos usuários e a articulação entre os profissionais na elaboração de projetos terapêuticos pensados, de acordo com a singularidade de cada sujeito.

Em sua dimensão técnico-assistencial, o AM pode ser compreendido como dispositivo que favorece a integralidade do cuidado, porquanto, se constrói nas inter-relações entre trabalhador/usuário/familiar e, por sua vez, entre a comunidade e os serviços de saúde, reconstruindo a rede assistencial em saúde.

Como se percebe, a construção de uma rede assistencial de cuidados contempla mais facilmente as necessidades de saúde da população atendida pelo SUS e o AM surge como dispositivo facilitador do direcionamento do fluxo na rede e provedor da articulação entre os níveis de atenção em saúde.

Assim, além de embasar saberes e práticas diversas, esse dispositivo utiliza as tecnologias relacionais em saúde como acolhimento, vínculo, corresponsabilização na garantia do acesso e resolubilidade dos serviços. Desse modo, é sobre o campo relacional que se desdobra tal

reflexão, pois, como se observa, a ESF tem maior inserção no território do que o CAPS, e por isso desenvolve um trabalho mais próximo da comunidade.

Por esse motivo, a equipe de saúde da família deve estar capacitada a lidar com casos de sofrimento de seus usuários, utilizando o dispositivo acolhimento em seus processos de trabalho para garantir maior qualidade dos serviços. De acordo com determinado estudo⁽²⁰⁾, acesso e acolhimento são elementos essenciais do atendimento, para que se possa incidir efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade.

Então, o acolhimento é um dispositivo que funciona como uma possibilidade de construir uma nova prática em saúde, sendo compreendido como ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda em todo o percurso da busca; desde a recepção e o atendimento individual ou coletivo, até o encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta⁽²¹⁾.

Nesse sentido, o AM pressupõe o uso de tecnologias relacionais com vistas a atingir um cuidado integral. Estas tecnologias relacionais são aquelas implicadas no ato de estabelecimento das interações intersubjetivas na efetuação dos cuidados em saúde e ocorrem no espaço onde os profissionais de saúde estão mais imediatamente colocados diante do outro da relação terapêutica. Consoantes demonstraram, com base nessa perspectiva, o diálogo que media todo o trabalho em saúde não conforma apenas a matéria por meio da qual operam as tecnologias, mas, que a conversação, ela própria, na forma em que se realiza, constitui um campo de conformação de tecnologias⁽²²⁾.

Como evidenciado, a facilidade de comunicação entre as equipes e entre equipe e usuários/familiares permeia a construção do vínculo e a formação de laços afetivos, na qualidade do atendimento, ou seja, no receber bem aquele usuário e na confiança estabelecida no encontro. Além disso, a busca de resolubilidade para seus problemas (usuários) com o trabalhador de referência é uma forma de percepção do vínculo estabelecido entre eles.

Dessa forma, a construção do vínculo permite avançar na ampliação da clínica, valendo-se de outros recursos terapêuticos que não só os medicamentos. Entre estes recursos, educação em saúde, práticas de vida saudáveis, construção de cuidadores na própria comunidade que ajudem a equipe no cuidado de casos complexos. Caminhando a negociação do ato de cuidar para um consenso de necessidades e de responsabilidades^(23,24).

A despeito dos avanços, persiste uma série de dificuldades no nível primário de atenção a comprometer um atendimento integral, tais como: a grande demanda reprimida, as condições materiais, a não qualificação adequada dos trabalhadores de saúde que culmina com um mau atendimento no momento da consulta, na qual se estabelecem relações frias, desumanizadas, de desin-

teresse. Acrescenta-se também a perdura do modelo do pronto-atendimento ainda vigente nos serviços primários de saúde no Brasil, baseado na queixa-conduta e não na atenção integral ao indivíduo, muito menos, nas ações em defesa da vida coletiva⁽²⁰⁾.

Apesar desses problemas, o vínculo é retratado na ESF, em especial pela equipe ou profissional de referência, isto é, aqueles a quem cabe a condução de um caso individual, familiar ou comunitário no intuito de ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários. Então, a construção do vínculo depende do modo como os trabalhadores de saúde se responsabilizam pela saúde de seus usuários/familiares, particularizando seu processo de cuidar⁽²⁵⁾.

Então, o AM favorece a resolubilidade do cuidado em saúde mental ao reconstruir os saberes e as práticas dos trabalhadores em saúde pela troca de conhecimentos entre equipe de referência e equipe matricial e na reestruturação de uma rede de cuidados interligados. Com ênfase nesta reconstrução, amplia-se o olhar da atenção básica aos portadores de transtornos mentais e favorece um cuidado globalizado do sujeito que busca os serviços de saúde. Enfim, forma redes de apoio e integração⁽²⁶⁾.

O matriciamento, assim, tenta produzir saúde por intermédio de profundas reformas estruturais com vistas a atingir um grau maior de resolubilidade e favorecer a desalienação dos trabalhadores de saúde em relação ao objetivo último de seu trabalho. Nesta perspectiva, os departamentos especializados passam a ser horizontais e oferecem apoio especializado às equipes interdisciplinares de referência, ou seja, a especialidade vai ao encontro da equipe de referência na discussão de casos. Nessa linha, essas equipes são responsáveis por ampliar a clínica, realizar projetos terapêuticos a médio e longo prazo, promovendo o vínculo e a responsabilização, desviando a lógica de encaminhamentos desnecessários⁽²⁷⁻²⁹⁾.

No entanto, apesar dos avanços identificados na área de saúde mental brasileira, ainda não se superou totalmente o paradigma positivista de atenção à saúde, no qual o predomínio do aspecto biológico e medicamentoso do ser se sobrepõe aos demais (social, psicológico e cultural). Essa manutenção dos aspectos biomédicos à saúde por parte de alguns trabalhadores de saúde fragiliza as tecnologias relacionais em saúde e, conseqüentemente, desfavorece o cuidado integral. Consoante se percebe por meio dos discursos, profissionais e usuários/familiares guardam no imaginário um modelo biomédico de produção do cuidado.

Essa valorização do saber biomédico concebe o processo de medicalização social, como a expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos, como se fossem problemas médicos⁽³⁰⁾.

Os resultados também evidenciam a dificuldade de concretização do trabalho em equipe na ESF, sobretudo

da não interação dos médicos nos atendimentos conjuntos, ocasionando processos de trabalhos fragmentados e desarticulados e a falta de apoio da gestão à essa prática.

Para que o trabalho em conjunto se efetive de modo equânime urge essa forma de atendimento se tornar uma forma natural e solidária de trabalho, que ultrapasse as arrogâncias pessoais, a necessidade de alguns profissionais em exercer poder sobre os outros e a tradição de centralização do cuidado em alguns destes. Essa relação de centralização das ações de saúde no trabalhador ou na equipe acaba deslocando para a periferia do processo o sujeito acometido por adoecimento, negando, assim, os princípios da integralidade do cuidado cujo foco abrange os usuários e suas necessidades de saúde⁽³¹⁾.

Assim, esse contexto reflete o entendimento, no qual os serviços de saúde devem estar interconectados, constituindo uma rede assistencial, em um circuito interinstitucional integrado no SUS. Nesta, o matriciamento atuará como articulador entre os níveis de atenção, fortalecendo a atenção básica, em especial, na saúde mental, além de incentivar a priorização das tecnologias leves em saúde, como dispositivos facilitadores do cuidado integral.

A pesquisa qualitativa como método é o fio condutor para articular teoria e a realidade empírica, no entanto revela limites, pois por si só não dá conta de abarcar toda a realidade observada. Na prática, os limites observados no estudo dizem respeito a impossibilidade de participação integral da equipe da atenção básica nas entrevistas semiestruturadas e a inexistência de sujeitos do nível terciário da atenção à saúde, uma vez que este faz parte da rede de cuidados em saúde mental. Assim, esse território que revela um mundo de significados, e que foram utilizados como matéria prima dessa abordagem contribuíram com a produção do conhecimento ao evidenciar o apoio matricial como uma ferramenta e dispositivo de produção do cuidado integral, servindo, ainda, como recurso à prática de trabalhadores no campo da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Vecchia MD, Martins ST. [The concept of mental care of a family health team from a historical-cultural perspective]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(1):183-93. Portuguese.
2. Campos GW, Amaral MA. [Amplified clinic, democratic management and care networks as theoretical and pragmatic references to the hospital reform]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(4):849-59. Portuguese.
3. Campos GW, Domitti AC. [Matrix support and reference team: a methodology for interdisciplinary health work management]. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(2):399-407. Portuguese.
4. Figueiredo MD, Campos RO. [Mental health and primary health care: the matrix support building a multicentric net]. *Saúde Debate*. 2008; 32 (78/80):143-9. Portuguese.
5. Figueiredo MD, Campos RO. [Mental health in the primary care system of Campinas, SP: network or spider's web?]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(1):129-38. Portuguese.
6. Dimenstein M, Severo AK, Brito M, Pimenta AL, Medeiros V, Bezerra E. [Matrix support in Family Health Units: experiencing innovations in mental health]. *Saúde Soc*. 2009; 18(1):63-74. Portuguese.
7. Bezerra E, Dimenstein M. [CAPS and networking: constructing matricial support in basic health care]. *Psicol Ciênc Prof*. 2008; 28(3): 632-45. Portuguese.
8. Jorge MS, Sales FD, Pinto AG, Sampaio JJ. [Interdisciplinarity in work process at a Psychosocial Attention Center]. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2010;23(1):221-30. Portuguese.
9. Mielke FB, Olchowsky A. [Mental health in family health strategy: evaluation of matrix support]. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(6): 900-7. Portuguese.
10. Martines WR, Machado AL. [Care production and subjectivity]. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(2):328-33. Portuguese.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa permitiu uma aproximação com a realidade dos campos de estudo e, assim, percebeu-se que as práticas dos trabalhadores participantes do matriciamento em saúde mental têm contribuído para a produção do cuidado em saúde. Estas práticas relevam-se, sobretudo na perspectiva da (re) construção da rede assistencial, do fortalecimento e da efetivação do uso das tecnologias das relações do cuidado (acolhimento, vínculo, responsabilização, acesso e resolubilidade), bem como na redefinição do projeto terapêutico de cada usuário e sua elaboração coletiva (trabalhadores/usuários/familiares e a maior interação comunidade e serviços de saúde).

Desta forma, o matriciamento configura-se como espaços pertinentes para o inter-relacionamento desses sujeitos. Isto porque possibilita a produção do cuidado por meio de seus espaços de convivência, criação e estabelecimento de laços afetivos, bem como espaços de exercício do protagonismo e de cidadania do ser em adoecimento psíquico.

Portanto, o matriciamento precisa ser fortalecido na atenção básica com vistas a servir como ferramenta para a criação de uma rede de cuidado integrada que permita a interconexão entre os diferentes níveis de atenção na produção do cuidado resolutivo. Assim, superará biologicismo/tecnicismo e a farmacodependência do modelo de atenção ainda vigente e sua transposição por uma assistência que considere, além da doença, os aspectos sociais/culturais/econômicos/espirituais e psíquicos, ratificando os princípios e diretrizes do SUS.

Contudo, essa estratégia ainda enfrenta dificuldades em sua continuidade e efetivação, como: a valorização do aspecto biológico em detrimento dos demais, a falta de capacitação e formação por parte dos gestores municipais e o descomprometimento de alguns profissionais em valorizar o saber do outro, a escuta e o inter-relacionamento, como dispositivos imprescindíveis na concretude do cuidado integral.

11. Campos GW. Saúde paidéia. 3a ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
12. Pinheiro R, Guizardi FL. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes práticos no cotidiano. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC; 2006. p. 21-36.
13. Fontanella BJ, Ricas J, Turato ER. [Saturation sampling in qualitative health research: theoretical contributions]. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(1):17-27. Portuguese.
14. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
15. Jorge MS, Randemark NF, Queiroz MV, Ruiz EM. [Psychosocial rehabilitation: perceptions of the Mental Health staff]. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(6):734-9. Portuguese.
16. Ayres JR. [Hermeneutics and humanization of the health practices]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(3):549-60. Portuguese.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
18. Campos RO, Gama C. Saúde mental na atenção básica. In: Campos GW, Guerreiro AV, organizadores. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 221-6.
19. Jucá VJ, Nunes MO, Barreto SG. [The Family Health Program and Mental Health: difficulties and challenges for building a network]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(1): 173-82. Portuguese.
20. Ramos DD, Lima MA. [Health care access and receptivity to users in a unit in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil]. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(1):27-34. Portuguese.
21. Santos AM, Assis MM, Rodrigues AA, Nascimento MA, Jorge MS. [Conflicting situations in the reception of oral health teams from the Family Health Program in Alagoinhas, Bahia, Brazil]. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(1): 75-85. Portuguese.
22. Ayres JR. [Care and reconstruction in healthcare practices]. *Interface (Botucatu)*. 2004; 8(14):73-92. Portuguese.
23. Campos GW. [Paidéia and modelo of care: an essay on the reformulation of the way to produce health]. *Olho Mágico (UEL)*. 2003; 10(2):7-14.
24. Santos AM, Assis MM, Nascimento MA, Jorge MS. [Bond and autonomy of the oral health practice in the Family Health Program]. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(3):464-70. Portuguese.
25. Campos GW. [An anti-Taylorist approach for establishing a co-governance model for health care institutions in order to produce freedom and commitment]. *Cad Saúde Pública*. 1998; 14(1):863-70. Portuguese.
26. Soares MH. [The insertion of the psychiatric nurse in the matrix support team in mental health]. *SMAD Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog* [Internet. 2008 [cited 2012 Set 10]; 4(2): [about 12p]. Portuguese. Available from: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/smad/v4n2/v4n2a06.pdf>
27. Figueiredo MD. Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas (SP) [Dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2006
28. Campos GW. [Local reference teams and specialized matrix support: an essay about reorganizing work in health services]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999; 4(2):393-403. Portuguese.
29. Jorge MS. Práticas de abordagens terapêuticas grupais dos trabalhadores de saúde na produção do cuidado em saúde mental, Fortaleza/CE. Relatório final da pesquisa. Fortaleza: GRUPSFE-UECE: 2009.
30. Tesser CD. [Social medicalization (II): biomedical limits and proposals for primary care clinics]. *Interface (Botucatu)*. 2006; 10(20): 347-62. Portuguese.
31. Saupe R, Cutolo LR, Wendhausen AL, Benito GA. [Competence of health professionals for interdisciplinary work]. *Interface (Botucatu)*. 2005; 9(18): 521-36. Portuguese.