

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
INSTITUTO INTEGRADO DE SAÚDE  
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**GUILHERME ARTHUR FATINI MOREIRA**

**MATRICIAMENTO COMO ARRANJO DE GESTÃO COMPARTILHADA EM  
SAÚDE MENTAL:**

**PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO  
MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE/MS**

**CAMPO GRANDE-MS  
2023**

GUILHERME ARTHUR FATINI MOREIRA

**MATRICIAMENTO COMO ARRANJO DE GESTÃO COMPARTILHADA EM  
SAÚDE MENTAL:**

PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO  
MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE/MS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – Mestrado Profissional, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos para obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. André Barciela Veras

CAMPO GRANDE  
2023

GUILHERME ARTHUR FATINI MOREIRA

**MATRICIAMENTO COMO ARRANJO DE GESTÃO COMPARTILHADA EM  
SAÚDE MENTAL:**

**PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO  
MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE/MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - Mestrado Profissional, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos para obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. André Barciela Veras

Banca examinadora:

Nota/conceito:

---

Prof. Dr. André Barciela Veras  
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

---

Prof. Dr. Alessandro Diogo de Carli  
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

---

Prof. Dr. Leandro Antero da Silva  
Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS)

AValiação FINAL: ( ) Aprovação

( ) Reprovação

## AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS/MEC-Brasil.

O presente estudo foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de financiamento 001.

Gratidão:

Aos meus pais, Fátima e Joel, pelo dom da vida.

Ao meu irmão, Joel Jr, pela amizade incondicional.

À minha família constituída, Alessandra, Meister e Shelby, pela parceria de vida.

Ao Grande Arquiteto do Universo ∴ por iluminar os meus passos nesta em todas as jornadas.

Aos meus pacientes, pela oportunidade de me tornar uma pessoa melhor.

Aos meus alunos, pelos ensinamentos que me trazem.

Ao meu amigo e orientador André Veras, pela confiança ao longo dos anos.

Aos amigos Prof. Alessandro Carli e Leandro Antero, por disponibilizarem tempo na leitura e correção deste trabalho.

À professora Juliana da Silveira, pelos ensinamentos em Análise do Discurso.

## RESUMO

Os transtornos mentais figuram entre as principais causas de morbidade no Brasil e no mundo, somente a depressão responde por mais de 4% da carga global de doenças e ocupa um lugar destacado entre as principais causas de incapacidade, contribuindo para problemas gerais de saúde, como infarto agudo do miocárdio, diabetes e morte prematura. Indivíduos com transtornos mentais exibem taxas mais elevadas de incapacidade e mortalidade, apresentando expectativa de vida reduzida quando comparados à população em geral. A Atenção Primária à Saúde é reconhecida como a principal porta de entrada no Sistema Único de Saúde, desempenhando papel de coordenação do cuidado na rede; quando integrados os conceitos de atenção especializada na Atenção Básica, surge um novo conceito introduzido em 1999 por Gastão Wagner de Souza Campos denominado de Matriciamento, que tem o objetivo de proporcionar retaguarda assistencial especializada e construir conjuntamente um projeto de intervenção pedagógico-terapêutica integrando os diferentes níveis assistenciais. A pesquisa objetivou compreender as percepções dos profissionais da Atenção Primária à Saúde em relação ao Matriciamento em Saúde Mental, descrevendo a teoria e o processo do matriciamento na Atenção Primária à saúde, investigando o conceito e os princípios do apoio matricial na visão dos profissionais da Atenção Primária à Saúde, analisando processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde e sua integração com a Rede de Atenção Psicossocial, identificando os fatores facilitadores e as barreiras ao Apoio Matricial e descrevendo de que maneira a integração entre saúde mental e Atenção Primária à Saúde pode contribuir para a promoção e proteção à saúde de indivíduos com transtorno mental. Para isso, adotou-se uma abordagem qualitativa realizada em Campo Grande-MS, entre novembro e dezembro de 2021. A amostra do estudo adotou uma abordagem não-probabilística intencional por saturação, composta por profissionais de saúde atuantes em Unidades de Saúde da Família, que foram selecionadas de acordo com a atuação na Estratégia Saúde de Família e realizam atividades de Apoio Matricial. A composição dos participantes do estudo englobou todos os profissionais envolvidos no Apoio Matricial das equipes de referência de quatro unidades de Atenção Primária à Saúde. A coleta de dados foi realizada por meio de um roteiro de questões direcionadas a grupos focais compostos de 11 a 14 participantes, sendo que para cada grupo, as questões introduzidas inicialmente eram

de fácil resposta, elevando-se, de forma progressiva, a especificidade e complexidade. A moderação da discussão esteve a cargo do pesquisador, que possibilitou certa adaptabilidade na gestão do grupo, registrando assuntos pertinentes não antecipados. As entrevistas foram registradas, conservadas em formatos digitais e transcritas integralmente para avaliação. Para organizar o material coletado, empregou-se o método de Análise de Discurso, uma vertente da matriz francesa desta disciplina, que concebe os objetos discursivos sob a tensão da historicidade, da interdiscursividade e da sistematicidade da língua. Compreendeu-se a partir das percepções dos profissionais da Atenção Primária à Saúde que existem divergências no conhecimento e nas abordagens adotadas entre as distintas unidades de saúde, de modo que os participantes demonstram o conhecimento teórico em relação ao matriciamento em conformidade com a processo metodológico originalmente proposto, já os conceitos e os princípios práticos não estão em conformidade com os princípios da Atenção Primária à Saúde e nem com o modelo de Apoio Matricial. Essa discrepância ressalta a importância de um diagnóstico situacional preliminar nos territórios e na Rede de Atenção Psicossocial antes da efetivação do matriciamento, visando compreender as necessidades das equipes e estabelecer expectativas realistas dos resultados esperados para melhor eficácia das práticas futuras, visando à atenção integral à saúde da população. Este trabalho tem o potencial de impactar significativamente a qualidade dos serviços de saúde ao explorar a abordagem de trabalho colaborativo entre diferentes equipes e profissionais de saúde; a pesquisa pode fornecer subsídios importantes para melhorar a progressão e a eficácia dos cuidados em nível primário de atenção à saúde. Além disso, a aplicabilidade do conteúdo deste estudo pode contribuir na melhoria da assistência aos pacientes, na otimização de recursos humanos e na promoção de uma abordagem integrada à saúde na comunidade atendida pelas Estratégias Saúde da Família.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Assistência à Saúde Mental; Gestão em Saúde; Educação Continuada.

## ABSTRACT

Mental disorders are among the main causes of morbidity in Brazil and the world, depression alone accounts for more than 4% of the global burden of disease and occupies a prominent place among the main causes of disability, contributing to general health problems, such as acute myocardial infarction, diabetes and premature death. Individuals with mental disorders exhibit higher rates of disability and mortality, with reduced life expectancy when compared to the general population. Primary Health Care is recognized as the main gateway into the Unified Health System, playing a role in coordinating care in the network; when the concepts of specialized care are integrated into Primary Care, a new concept appears introduced in 1999 by Gastão Wagner de Souza Campos called *Matriciamento*, which aims to provide specialized assistance support and jointly build a pedagogical-therapeutic intervention project integrating the different assistance levels. The research aimed to understand the perceptions of Primary Health Care professionals in relation to Matrix Support in Mental Health, describing the theory and process of matrix support in Primary Health Care, investigating the concept and principles of matrix support from the perspective of Care professionals. Primary Health Care, analyzing the work process in Primary Health Care and its integration with the Psychosocial Care Network, identifying the facilitating factors and barriers to Matrix Support and describing how the integration between mental health and Primary Health Care can contribute for the promotion and protection of the health of individuals with mental disorders. For this, a qualitative approach was adopted carried out in Campo Grande-MS, between November and December 2021. The study sample adopted an intentional non-probabilistic approach by saturation, composed of health professionals working in Family Health Units, who were selected according to their performance in the Family Health Strategy and carry out Matrix Support activities. The composition of the study participants included all professionals involved in Matrix Support of the reference teams from four Primary Health Care units. Data collection was carried out through a script of questions directed to focus groups made up of 11 to 14 participants, and for each group, the questions introduced initially were easy to answer, progressively increasing the specificity and complexity. The researcher was responsible for moderating the discussion, which enabled a certain adaptability in the management of the group, recording pertinent issues that had not been anticipated. The interviews were recorded, preserved in digital formats and fully

transcribed for evaluation. To organize the collected material, the Discourse Analysis method was used, an aspect of the French matrix of this discipline, which conceives discursive objects under the tension of historicity, interdiscursivity and systematicity of the language. It was understood from the perceptions of Primary Health Care professionals that there are divergences in knowledge and approaches adopted between different health units, so that participants demonstrate theoretical knowledge in relation to matrix support in accordance with the originally methodological process proposed, the concepts and practical principles are not in accordance with the principles of Primary Health Care nor with the Matrix Support model. This discrepancy highlights the importance of a preliminary situational diagnosis in the territories and in the Psychosocial Care Network before implementing matrix support, in order to understand the needs of the teams and establish realistic expectations of the expected results for better effectiveness of future practices, aiming at comprehensive health care of the population. This work has the potential to significantly impact the quality of healthcare services by exploring the collaborative working approach between different healthcare teams and professionals; Research can provide important support to improve the progression and effectiveness of care at the primary health care level. Furthermore, the applicability of the content of this study can contribute to improving patient care, optimizing human resources and promoting an integrated approach to health in the community served by Family Health Strategies.

Descriptors: Primary Health Care; Family Health Strategy; Mental Health Care; Health Management; Continuing Education.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>7</b>
<b>2.1</b>	<b>Contextualização histórica: a saúde mental no Brasil</b> .....	<b>7</b>
<b>2.2</b>	<b>Redes de Atenção à Saúde a saúde mental no SUS</b> .....	<b>10</b>
<b>2.3</b>	<b>O matriciamento: integração entre Saúde Mental e Atenção Primária a Saúde</b> .....	<b>14</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>17</b>
<b>4</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	<b>18</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo, local e período da pesquisa</b> .....	<b>18</b>
<b>4.2</b>	<b>População e critérios de inclusão</b> .....	<b>19</b>
<b>4.3</b>	<b>Coleta dos dados</b> .....	<b>19</b>
<b>4.4</b>	<b>Organização e análise dos dados</b> .....	<b>20</b>
<b>4.5</b>	<b>Aspectos éticos</b> .....	<b>24</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>25</b>
<b>5.1</b>	<b>Concepções teóricas sobre o matriciamento</b> .....	<b>26</b>
<b>5.2</b>	<b>Concepções ideológicas sobre o matriciamento</b> .....	<b>31</b>
<b>5.3</b>	<b>Compreendendo as barreiras que fragmentam a articulação em rede</b>	<b>38</b>
<b>5.4</b>	<b>Desafios em atenção primária à saúde: explorando as dificuldades</b>	<b>47</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>56</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>59</b>
	<b>Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	<b>66</b>
	<b>Apêndice B – Roteiro de Questões</b> .....	<b>69</b>
	<b>Apêndice C – Cartilha de Orientação sobre Matriciamento</b> .....	<b>70</b>
	<b>Anexo I – Parecer Consubstanciado do CEP</b> .....	<b>88</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais figuram entre as principais causas de morbidade no Brasil e no mundo. A depressão, por exemplo, responde por 4,3% da carga global de doenças e ocupa um lugar destacado entre as principais causas de incapacidade. Esta contribui para problemas gerais de saúde, como infarto agudo do miocárdio, diabetes e morte prematura (WHO, 2013; CARVALHO, 2016). Indivíduos com transtornos mentais exibem taxas mais elevadas de incapacidade e mortalidade, chegando, em certos casos, a apresentar expectativa de vida reduzida quando comparados à população em geral (WHO, 2013).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como a principal porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS). Esta desempenha um papel de coordenação do cuidado na rede, especialmente quando o usuário é atendido em outros níveis assistenciais, e se encarrega de oferecer assistência integral ao longo do tempo (PORTES *et al.*, 2014).

Na virada do século, em 1999, foi introduzido o conceito de Apoio Matricial em Saúde Mental (AM) por Gastão Wagner de Souza Campos. Esta metodologia de atenção à saúde tem o objetivo de proporcionar retaguarda assistencial especializada e construir conjuntamente um projeto de intervenção pedagógico-terapêutica. A proposta é integrar ações e saberes das equipes em diferentes níveis assistenciais (MATTOS *et al.*, 2022). As equipes de referência e de AM formam, estruturalmente, acordos organizacionais que buscam otimizar e avançar na realização dos processos de trabalho. Tais acordos incentivam a transdisciplinaridade, o intercâmbio de opiniões, a articulação e a promoção dos conceitos de clínica ampliada no território (DUARTE; BERNARDES, 2021).

Para que ocorra de maneira apropriada e eficaz, o matriciamento necessita da articulação entre os serviços especializados e APS. Prioriza-se a relação dialógica entre especialistas e generalistas, visando compreender a situação da comunidade residente no território específico de intervenção (SILVA, 2016). No entanto, identifica-se a presença de barreiras e falta de coordenação estratégica, o que compromete a assistência apropriada em relação à saúde mental na APS (MIELKE, 2023).

Conseqüentemente, reconhece-se a saúde mental como um foco prioritário nos sistemas de saúde mundialmente. Porém, assegurar uma assistência de qualidade

neste setor demanda estratégias eficientes de gestão compartilhada, que favoreçam uma abordagem integrada (WHO, 2013).

Dentro desse cenário, o matriciamento emerge como uma estratégia destinada a reforçar a relação entre os profissionais da APS e os especialistas em saúde mental, favorecendo uma troca mais ampla de conhecimentos e vivências (CAMPOS; DOMITI, 2007). Esta pesquisa teve como meta entender as percepções dos profissionais de saúde da APS acerca do AM dentro da RAPS de Campo Grande-MS.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Contextualização histórica: a saúde mental no Brasil

Com a chegada da família real portuguesa ao Brasil em 1808, deu-se início a um período marcado por diversas transformações no cotidiano brasileiro. O Rio de Janeiro, em especial, tornou-se o epicentro dessas mudanças por se estabelecer como sede da corte portuguesa, sofrendo profundas alterações estruturais e modificações no modelo socioeconômico anterior. As demandas das aproximadamente 15 mil pessoas que acompanharam a realeza eram desproporcionais à infraestrutura da cidade, com destaque para as precárias condições sanitárias (OLIVEIRA, 2017).

A cidade carecia de adequada infraestrutura urbana e medidas sanitárias efetivas. Isso evidenciava a situação de uma parcela da população que vivia à margem da sociedade, desprovida de hábitos higiênicos considerados padrão e sem residência fixa. Muitos desses indivíduos eram rotulados como “loucos” e “desrazoados”, tornando-se foco de preocupação tanto para as autoridades quanto para os médicos, visto representarem potenciais riscos à ordem pública (OLIVEIRA, 2017).

Diante deste cenário, José Clemente Pereira, então provedor da Santa Casa de Misericórdia, instituiu a Comissão de Salubridade Geral da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, com o intuito de pleitear a construção de um espaço exclusivo para o tratamento dos considerados alienados (MACHADO, 1978). Entre 1830 e 1840, as discussões acerca da temática ganharam ímpeto, e a condição de "loucura" começou a ser reconhecida como uma enfermidade. Durante esse período, emergiram publicações pioneiras abordando a teoria da alienação mental (GONÇALVES; EDLER, 2009).

O desejo de proporcionar um refúgio para os "alienados" não apenas atendia a uma demanda social, mas também elevava o *status* de "modernidade" do Rio de Janeiro. A cidade aspirava possuir um hospício amplo, luxuoso e adequadamente equipado, colocando-se à par das metrópoles europeias (OLIVEIRA, 2017). Paralelamente, na França, Philippe Pinel lançava em 1801 sua obra seminal "Tratado Médico Filosófico sobre Alienação Mental", seguido por seu discípulo Jean-Étienne Esquirol. Ambos propunham uma transição do entendimento religioso e metafísico da loucura para uma perspectiva médico-científica (TEIXEIRA; RAMOS, 2012).

Em 1841, após a coroação do Imperador Pedro II, aprovou-se o primeiro projeto de construção de um espaço destinado ao tratamento de alienados mentais, à época denominado “Palácio dos Loucos”. Com a chancela desse projeto, desencadeou-se um debate sobre a localização ideal para tal edificação. Para os médicos participantes, esta deveria situar-se distante dos confins urbanos, culminando na escolha de uma chácara em Vigário Geral, na Praia da Saudade (GONÇALVES; ELDER, 2009).

Onze anos depois, em 1852, o hospício acolheu seus primeiros pacientes, somando 150 indivíduos. Com a conclusão das obras dois anos após sua inauguração, o estabelecimento comportava até 300 internos, segregados por gênero. Contudo, em pouco tempo, esse limite foi ultrapassado. Paralelamente à superlotação, a entidade enfrentava críticas recorrentes, notadamente devido à ausência de critérios rigorosos para a admissão de pacientes e às práticas terapêuticas adotadas (GONÇALVES; EDLER, 2009).

Ao longo de sua operação, notou-se um aumento na demanda por leitos, não somente de alienados mentais, mas também de indigentes e indivíduos “indesejados” socialmente, encaminhados por entidades policiais e até por familiares (GONÇALVES; EDLER, 2009). Por mais de cem anos, essa foi a realidade enfrentada pelo “Hospício de Pedro II” e por inúmeros outros centros psiquiátricos distribuídos pelo país, os quais desempenharam um papel primordial no modelo assistencial voltado à loucura, com ênfase no aspecto asilar e na busca pela normatização social (SAMPAIO; BARROSO, 2021).

A transformação desse panorama teve início na década de 1970 com a fundação do Cebes (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) e a emergente noção de direito à saúde, convergindo para o movimento sanitarista brasileiro. Este último propunha políticas alinhadas a práticas ideológicas e culturais, com foco na democratização da saúde e no empoderamento dos cidadãos, que se envolveriam diretamente na formulação de diretrizes e na administração. Em 1977, esse movimento consolidou-se e foi designado como Reforma Sanitária Brasileira, tendo seus princípios sistematizados no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 (PAIM, 2007; SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

Concomitantemente ao movimento sanitarista brasileiro, surgiam as primeiras ações em prol da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Estas ações fundamentavam-se nos mesmos princípios de democratização e direito à saúde, destacando-se o conceito de desinstitucionalização e a proposta de desmantelamento do modelo manicomial, bem

como a promoção de serviços de acesso universal e cuidado integral (SAMPAIO; BISPO JUNIOR, 2021).

Em 1978, a crise do modelo privatista de saúde e as correntes favoráveis à democratização reforçaram o movimento sanitarista. Nesse contexto, um coletivo de médicos psiquiatras do Rio de Janeiro expôs publicamente as condições precárias e a falta de assistência prevalente nos hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 2013).

No ano seguinte, o III Congresso Mineiro de Psiquiatria contou com a presença do psiquiatra italiano Franco Basaglia, proeminente defensor da luta antimanicomial na Itália e arquiteto da Lei 180, promulgada em 13 de maio de 1978 pelo parlamento italiano, que determinou o encerramento dos 98 hospitais psiquiátricos que albergavam quase 100 mil pacientes. Influenciados por Basaglia, que participou de entrevistas, compartilhou vivências sobre a desinstitucionalização psiquiátrica e palestrou em cidades como São Paulo, Belo Horizonte e Rio de Janeiro, diversos grupos de estudantes, especialistas e pesquisadores iniciaram um movimento contrapondo-se à persistente falta de assistência e às violações dos direitos dos indivíduos institucionalizados, delineando novas perspectivas e desafiando a percepção tradicional acerca dos hospitais psiquiátricos (SERAPIONI, 2019).

Em 1987, Bauru-SP foi palco do II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, ocasião em que se estabeleceu o 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, sob o mote 'Por uma sociedade sem manicômios' (BRASIL, 2005). Em paralelo à redemocratização e ao término da ditadura militar, os direitos relacionados à saúde foram ratificados pela Constituição da República Federativa do Brasil, consolidando as reivindicações da luta antimanicomial (SAMPAIO; BARROSO, 2021).

Como marco significativo no processo reformista brasileiro, em 6 de abril de 2001, o Governo Federal promulgou a lei n. 10.216. Proposta originalmente em 1989 pelo sociólogo Paulo Gabriel Godinho Delgado, essa legislação estabelece medidas sobre a proteção e os direitos de indivíduos com transtornos mentais, reorientando o modelo assistencial em saúde mental para uma base comunitária. Em seu cerne, essa lei procura desmontar o modelo manicomial, orientando a assistência em saúde mental e incumbindo o Estado da criação e implementação de políticas de saúde mental. Tais políticas devem promover a saúde dos indivíduos com transtornos mentais, sempre observando princípios de humanidade e respeito (BERLINCK *et al*, 2008).

Desde seus primórdios, esse movimento reformista, ainda em evolução nos dias de hoje, tem como objetivo a transformação do modelo de atenção em saúde mental. Este se consolida principalmente nas esferas de trabalho, enfatizando princípios como intersetorialidade, transdisciplinaridade, desinstitucionalização e participação ativa da sociedade (DELGADO, 2019).

Na esteira desse processo evolutivo, evidencia-se a estruturação de redes, destacando-se a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Estabelecida pelo decreto n. 7.508/2011, a RAPS coordena diversos pontos de assistência à saúde, com foco na continuidade e no cuidado integral ao usuário. Entre os serviços ofertados, podem-se citar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e os Consultórios de Rua (BRASIL, 2015; SAMPAIO; BISPO JUNIOR, 2021).

## **2.2 Redes de Atenção à Saúde e Rede de Atenção Psicossocial: a saúde mental no SUS**

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) representam um mecanismo de organização dos serviços de saúde voltados ao indivíduo, que é reconhecido como corresponsável por sua própria saúde. Tais redes oferecem atendimento a uma população determinada com base em critérios territoriais, com o cuidado coordenado e supervisionado pelas equipes de Atenção Primária à Saúde (APS). Este cuidado é oferecido por equipes multiprofissionais e resulta da integração entre especialistas e equipes da APS (MENDES, 2011).

A estrutura das RAS se estabelece de forma poliárquica. Dentro deste modelo, os pontos de atenção à saúde não mantêm uma relação hierárquica, garantindo que todos tenham a mesma relevância para alcançar o objetivo principal: a solução eficaz de problemas de saúde. Os pontos de atenção são estabelecidos considerando a territorialização e as regiões sanitárias, sendo alinhados a um planejamento que atenda às necessidades da população. Exemplificando, podemos citar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) dentro da Rede de Atenção à Saúde Mental (RAPS) (MENDES, 2011).

Os CAPS emergem como um instrumento primordial no processo de reforma psiquiátrica. O primeiro CAPS no Brasil foi estabelecido em 1986, servindo como uma alternativa ao modelo anterior, com o propósito de promover a desinstitucionalização

e a desconstrução do modelo manicomial (SAMPAIO; BISPO JUNIOR, 2021). Dentro da RAPS, os CAPS se posicionam como eixos centrais de estratégia e articulação, atuando tanto na assistência quanto na gestão da rede. Em parceria com diversos pontos de atenção à saúde, os CAPS se consolidam como referenciais em saúde mental para atenção secundária, com ênfase na comunidade, famílias e indivíduos com transtornos mentais. O foco é na autonomia do indivíduo, visando seu tratamento, reabilitação e reinserção social (BRASIL, 2004).

Dentro desse panorama de articulação da RAPS, a APS surge como a principal via de acesso ao sistema, coordenando o cuidado ao longo de toda a rede – mesmo quando o paciente é atendido em outros níveis. Além disso, garante uma assistência contínua e integral (STARFIELD, 2002). Os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) estão capacitados para identificar situações de vulnerabilidade, assegurando a continuidade do tratamento e sua aderência. Em situações mais complexas, a intervenção direta dos CAPS pode ser necessária, mas a APS permanece sendo fundamental. Esta sinergia entre diversos atores fomenta a criação de uma robusta rede de proteção à saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2011).

Os conceitos de rede e território são essenciais para a compreensão do papel estratégico dos CAPS e sua articulação com a APS. No contexto da reforma psiquiátrica, a APS torna-se privilegiada para o tratamento de indivíduos com transtornos mentais. A intervenção da saúde mental na APS necessita ser integrada ao modelo de redes de cuidado, considerando o território, estabelecendo vínculos, promovendo acolhimento e fundamentando-se nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Em simultâneo com as unidades de APS, atuam-se na comunidade, engajando-se nos serviços de educação, esporte, lazer, trabalho e associações comunitárias e sociais, visando garantir o direito à saúde, à cidadania e promover a inclusão social (BRASIL, 2004).

Conforme Starfield (2002), quanto mais a APS se consolida e se dissemina no município, maior é a necessidade de sua integração à rede de atenção à saúde mental. As equipes de APS, graças à sua proximidade e presença na comunidade, possuem ampla capacidade de estabelecer vínculos, realizar diagnósticos e intervenções, circunstâncias que favorecem a detecção precoce de doenças mentais (BRASIL, 2004). Também cabe a elas avaliar a rede de proteção social em que o indivíduo se insere, identificar as condições intrínsecas e interpessoais associadas e

prover tratamento e encaminhamento para serviços especializados quando requerido (BOTEGA *et al*, 2009).

A saúde mental, assim como outros campos da saúde, sofre influência de variados fatores socioeconômicos. Estes necessitam ser considerados através de estratégias abrangentes, visando promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde. Ressalta-se que os determinantes associados aos transtornos mentais englobam não apenas características individuais, mas também elementos sociais, culturais, econômicos, políticos e ambientais, configurando-se como pilar essencial em Saúde Pública (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

As redes de saúde, frequentemente, não dispõem de recursos suficientes para prestar assistência apropriada a indivíduos com transtornos mentais. Assim, a discrepância entre a demanda e a oferta de serviços mostra-se significativa. Conforme a Organização Mundial da Saúde, em países de renda média, como o Brasil, entre 76% e 85% das pessoas com transtornos mentais não têm acesso a tratamento adequado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

A criação de uma rede de relações sociais que visa uma renovada postura diante dos desafios inerentes ao processo de saúde mental não se restringe apenas ao modelo biomédico. Estende-se à articulação com o território e com o cidadão, o qual é o principal ator de políticas e percepções críticas sobre o binômio saúde-doença (BRASIL, 2010, 2015). Em razão da estigmatização e discriminação, muitos indivíduos com transtornos mentais veem seus direitos humanos infringidos. Adicionalmente, enfrentam negação de direitos econômicos, sociais e culturais, com limitações no acesso ao trabalho e à educação. Desse modo, frequentemente encontram-se em situações de vulnerabilidade, sendo, por vezes, excluídos e marginalizados socialmente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

A colaboração entre ESF e saúde mental não se limita ao treinamento das equipes de saúde da família em procedimentos básicos de psiquiatria. Exige, primordialmente, uma construção mútua e comprometida de teoria, prática e ética, por meio do estabelecimento de um pacto social e político. Esse entendimento promove transformações significativas nas práticas em todos os seus níveis assistenciais (SAMPAIO; BARROSO, 2002).

Em relação à saúde mental no Brasil, a articulação em rede e as políticas propostas têm sido pautadas pela desinstitucionalização e pelos princípios da reforma psiquiátrica. Atualmente, observa-se um processo expansivo da rede de cuidados

extra-hospitalar, com a assistência secundária ocorrendo, primordialmente, nos CAPS e em serviços ambulatoriais especializados (HIRDES; SCARPARO, 2015). Por consequência, constata-se que usuários e seus familiares, diante de sofrimentos psiquiátricos, percorrem variados pontos de atenção à saúde. Essa jornada, muitas vezes, segue a lógica tradicional dos sistemas de saúde, que são estruturados por protocolos especializados de regulação e mecanismos de referência e contrarreferência (GONÇALVES *et al*, 2011).

Dentro desse contexto, destaca-se o conceito de matriciamento ou AM, uma proposta organizacional introduzida pelo médico sanitário Gastão Wagner de Sousa Campos em 1999. Essa abordagem baseia-se em princípios como a democratização da saúde, a transdisciplinaridade de conhecimentos e práticas, gestão compartilhada e a promoção da participação social. A ideia central é fortalecer o vínculo entre equipes e usuários (GONÇALVES *et al*, 2011). Segundo Campos (2018), os territórios devem ser estrategicamente ocupados e explorados, priorizando a educação dos profissionais da área e ampliando as oportunidades de intervenção e aproximação com a comunidade.

O AM baseia-se nos princípios e diretrizes preconizados pelo SUS e pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, enfatizando a integração entre especialistas e a equipe de APS. Tal integração favorece práticas de cuidado integral, considerando o indivíduo em todas as suas nuances biopsicossociais e otimizando o acesso aos serviços de saúde mental (HIRDES; SCARPARO, 2015). Em sua proposta inicial, Campos (1999) apresenta essa articulação como um processo de trabalho disposto em uma matriz organizacional: no sentido vertical, envolvendo as equipes de referência e suas atuações polivalentes, e no sentido horizontal, com equipes voltadas para trabalhos mais específicos e especializados.

A abordagem relativa à saúde mental necessita de mais do que apenas medicamentos e atendimentos ambulatoriais. Exige uma escuta qualificada e uma desconstrução de conceitos universalmente estabelecidos (IGLESIAS, 2015). Segundo Hirdes (2015), a integração entre APS e saúde mental representa a solução mais adequada para o complexo "labirinto" enfrentado por indivíduos com sofrimentos mentais, garantindo o direito à saúde e proporcionando uma assistência apropriada.

Dessa perspectiva, a Organização Mundial da Saúde e a Associação Mundial de Médicos de Família delinearam princípios para a integração da saúde mental na APS. Estes se fundamentam na capacitação dos trabalhadores da APS e no suporte

de especialistas em saúde mental, bem como na proposição de tarefas que possam ser operacionalizadas com a colaboração de gestões em saúde mental, APS e entidades governamentais (WORLD HEALTH ORGANIZATION; WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS, 2013).

### **2.3 O matriciamento: integração entre Saúde Mental e APS em Saúde**

A proposição inovadora do AM altera a lógica tradicional dos sistemas de saúde hierarquizados, mediados por mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos de regulação especializada e, sobretudo, pela transferência de responsabilidade sobre o usuário ao direcioná-lo a outro nível assistencial. Neste contexto, a articulação interdisciplinar manifesta-se de maneira descontínua e ineficaz, com limitada integração de conhecimentos, práticas e resolutividade (GONÇALVES *et al*, 2011; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

No que tange ao AM, refere-se a uma metodologia de atenção à saúde cujo objetivo é oferecer retaguarda assistencial especializada e a elaboração conjunta de um projeto de intervenção pedagógico-terapêutica, integrando ações horizontais e os conhecimentos das equipes em variados níveis assistenciais. As equipes de referência e de AM estabelecem, estruturalmente, arranjos organizacionais e metodologias para aprimorar e avançar na implementação dos processos laborais, potencializando a transdisciplinaridade, o intercâmbio de perspectivas, a articulação e a valorização dos conceitos de clínica expandida (GONÇALVES *et al*, 2011; CAMPOS, 1999; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Com base nas ideias de Campos (1999), recomenda-se a reestruturação dos serviços de saúde, formando equipes multiprofissionais básicas de referência, adaptadas às peculiaridades locais e recursos à disposição. Essa equipe de referência deveria consistir em profissionais de distintas especialidades, e seu funcionamento implica um ambiente coletivo para discussão de casos clínicos, sanitários e de gestão (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

A incumbência de administrar o cuidado integral e contínuo recai sobre a equipe de referência, sustentada pela proximidade e pelo relacionamento com os indivíduos, seus entes e a comunidade. Contudo, a responsabilização terapêutica é conjunta. A premissa do matriciamento pressupõe uma corresponsabilização entre a equipe de

referência e a equipe matricial, entre as equipes e os usuários do sistema de saúde e entre usuários, familiares e administradores (IGLESIAS, 2015).

O apoiador matricial conta com um núcleo de conhecimentos diferentes dos profissionais de referência. São especialistas capazes de auxiliar as equipes na resolução de problemas de saúde, assumindo conjuntamente a responsabilidade de atuar nos coletivos e impulsionar a integração das redes de atenção à saúde, como a RAPS e a APS (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Embora seja especialista, o matriciador não ocupa posição hierárquica acima dos outros profissionais. Não deve ser percebido como o único responsável ou aquele que trará soluções, mas como alguém de perfil diferenciado, pronto para agregar conhecimento e práticas, potencializando a capacidade das equipes em solucionar os desafios da saúde apresentados, atuando tanto na gestão quanto no cuidado direto (IGLESIAS, 2015).

Quanto às equipes de APS, podem surgir resistências, já que os atendimentos em saúde mental, em certos momentos, são vistos como trabalho adicional. Defende-se que esses atendimentos deveriam ser encaminhados para especialistas, mesmo que saúde mental e física compõem uma única entidade: a saúde (HIRDES; SCARPARO, 2015). Pode ainda haver uma prestação de serviços de má qualidade para aqueles que necessitam de tratamento devido a diversos fatores, como a falta de recursos voltados à saúde mental, distribuição desequilibrada e uso inapropriado dos mesmos. O contingente de profissionais focados em saúde mental é limitado, resultando em quase metade da população global residindo em países com equipes insuficientes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Considerando o aspecto assistencial e gerencial, o matriciamento favorece a regulação do fluxo em rede. Isso ajuda a garantir que a intervenção e resolução de problemas de saúde da população ocorram no local, reduzindo encaminhamentos e processos de transferência (MIELKE; OLCZOWSKY, 2010). É natural esperar o apoio de gestores e líderes políticos. Entretanto, frequentemente se faz necessário convencer esses atores da relevância das propostas matriciais em gestão e planejamento (HIRDES; SCARPARO, 2015). Neste cenário, focar na capacitação de gestores alinhados aos princípios do SUS e da APS intensifica debates, otimiza a mobilização de recursos e concretiza um método de trabalho que potencializa a eficácia diante das necessidades de saúde da população (NUNES *et al*, 2018).

Atualmente, enfrenta-se um desmonte das políticas públicas de saúde e das conquistas do SUS, observando-se uma fragmentação de serviços encarregados da proteção social aos usuários do sistema. Destaca-se, assim, um reposicionamento do SUS como política pública, valorizando a APS e organizando-a com foco na Estratégia de Saúde da Família e na integralidade das ações em saúde (CAMPOS, 2018).

Nesse panorama, o matriciamento desempenha papel central no reforço da saúde mental em sintonia com a APS, fundamentando-se em políticas públicas e evidenciando seu aspecto pedagógico-terapêutico (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Determinadas competências e habilidades tornam-se essenciais para avaliação, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Para uma efetiva integração da saúde mental à APS, além da atenção ao usuário, os profissionais de saúde mental necessitam de capacitação e respaldo adequados (HIRDES, 2015). Conforme Paulo Freire (2016) ressalta, a educação, coletivamente, deve oferecer habilidade de compreensão e desenvolvimento para a transformação da sociedade. Através da geração de novos conhecimentos e da promoção de mudanças, supera-se o paradigma do modelo biomédico centralizador, orientando ações que colocam o usuário como foco, integrando-se a tecnologias relacionais e à formação contínua, numa perspectiva dinâmica de transformação entre teoria e prática (CAMPOS, 2018; HIRDES; SCARPARO, 2015).

Por consequência, o matriciamento configura-se como uma estratégia essencial no progresso das políticas de Promoção à Saúde. Isso potencializa a solução de desafios em saúde da população localmente, e ainda promove a integração profissional e a participação social no processo. Assim, otimiza-se a aplicação da clínica ampliada, estabelecendo diálogos entre as diferentes áreas profissionais e abordando os fatores cruciais do processo saúde-doença (IGLESIAS, 2015).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

- Compreender as percepções dos profissionais da APS em relação ao Matriciamento em Saúde Mental.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Descrever a teoria e o processo de matriciamento na APS.
- Investigar o conceito e os princípios do AM na visão dos profissionais da APS.
- Analisar o processo de trabalho na APS e sua integração com a RAPS.
- Identificar as barreiras ao AM.
- Descrever de que maneira a integração entre saúde mental e APS pode contribuir para a promoção e proteção à saúde de indivíduos com transtorno mental.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo, local e período da pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa realizada em Campo Grande-MS, entre novembro e dezembro de 2021.

### **4.2 Participantes e critérios de inclusão**

A amostra do estudo adotou uma abordagem não-probabilística intencional por saturação, composta por profissionais de saúde atuantes em USF. O processo de seleção da amostra foi determinado com base em critérios específicos estabelecidos para cumprir os objetivos da pesquisa: atuação na ESF e realização de atividades de AM. Esta metodologia é adequada para estudos qualitativos voltados à análise de fenômenos específicos. Torna-se essencial que os membros da amostra possuam as características consideradas pertinentes, possibilitando assim uma análise aprofundada do fenômeno em estudo (ANDRADE; PEGOLO, 2023).

A composição dos participantes do estudo englobou todos os profissionais envolvidos no AM das equipes de referência de quatro unidades de APS: USF Vila Carvalho, USF José Tavares do Couto, USF José Abrão e USF São Francisco, que integram a área de abrangência do CAPS III Afrodite Doris Contis. A pesquisa incluiu profissionais diretamente associados ao AM: gerentes de unidades de saúde, técnico de referência do matriciamento, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais e agentes comunitários de saúde.

### **4.3 Coleta de dados**

Optou-se por iniciar a coleta de dados pelas percepções dos profissionais da APS. Conforme Merleau-Ponty (2018), a percepção é compreendida como um processo essencial de entendimento e conexão com o mundo, sendo uma atividade tanto corporal quanto fenomenológica, onde a consciência e o corpo estão intrinsecamente conectados. Sob essa visão, a percepção não se limita a um processo

de recepção passiva de estímulos sensoriais, mas como uma experiência ativa e envolvente, na qual o indivíduo percebido está inserido em um contexto pré-reflexivo.

A percepção não se dá somente por meio dos sentidos isoladamente, mas configura uma experiência multissensorial e integrada, vinculada à percepção corporal. Nesse contexto, o corpo do indivíduo emerge como ponto de partida para entender e interpretar o mundo, instaurando uma relação intrínseca e enraizada entre o corpo e o ambiente. Esta relação está imersa em um cenário culturalmente construído pelas experiências subjetivas e históricas dos indivíduos (MERLEAU-PONTY, 2018).

A concepção de percepção em Merleau-Ponty estende-se ao âmbito da subjetividade e da historicidade, englobando o universo dos objetos culturais, das interações sociais, do diálogo, das emoções e das contradições. No cenário do indivíduo encarnado, estabelecem-se conexões entre o corpo, o tempo, o outro, a afetividade, o mundo cultural e as interações sociais (NÓBREGA, 2008).

Optou-se pela coleta de dados por meio de um roteiro de questões (APÊNDICE B) direcionadas a grupos focais compostos de 11 a 14 participantes. A cada grupo, as questões introduzidas inicialmente eram de fácil resposta, elevando-se, de forma progressiva, a especificidade e complexidade. A moderação da discussão esteve a cargo do pesquisador, que possibilitou certa adaptabilidade na gestão do grupo, registrando assuntos pertinentes não antecipados (TRAD, 2009).

Os grupos congregaram profissionais de variadas categorias (Tabela 1). As entrevistas foram registradas, conservadas em formatos digitais e transcritas integralmente para avaliação, sucedidas da categorização dos grupos focais em GF1, GF2, GF3, GF4 e GF5.

Tabela 1 – População do estudo de acordo com categoria profissional e USF.

Categoria	ACS*		ADM**		AS***		ENF****		MED*****		TENF*****		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
USF														
José Abrão	8	66,7%	1	8,3%	1	8,3%	1	8,3%	1	8,3%	0	0	12	19,7%
José Tavares	13	92,9%	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7,1%	14	23%
São Francisco	16	69,6%	3	13%	1	4,3%	2	8,7%	0	0	1	4,3%	23	37,7%
Vila Carvalho	4	33,3%	4	33,3%	1	8,3%	2	16,7%	0	0	1	8,3%	12	19,7%
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>67,2%</b>	<b>8</b>	<b>12,1%</b>	<b>3</b>	<b>4,9%</b>	<b>5</b>	<b>8,2%</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4,9%</b>	<b>61</b>	<b>100%</b>

\*Agentes comunitários de saúde; \*\*Funcionários de setores administrativos; \*\*\*Assistentes sociais; \*\*\*\*Enfermeiros; \*\*\*\*\*Médicos; \*\*\*\*\*Técnicos de enfermagem

#### 4.4 Organização e análise de dados

Para organizar o material coletado, empregou-se o método de Análise de Discurso (AD), uma vertente da matriz francesa desta disciplina. O filósofo francês Michel Pêcheux, considerado referência fundamental, concebe os objetos discursivos sob a tensão da historicidade, da interdiscursividade e da sistematicidade da língua (ORLANDI, 2012).

No Brasil, destaca-se como referência a linguista Eni de Lourdes Puccinelli Orlandi. Ela postula que o discurso é a instância onde se evidencia a relação entre língua e ideologia, elucidando como a língua confere significados aos indivíduos. Tal relação funciona como mediação que permite tanto a transformação do indivíduo na realidade em que se insere quanto sua permanência e continuidade. Segundo essa perspectiva, o discurso é a manifestação do que o indivíduo expressa em sua totalidade de significados, enquadrado em uma formação discursiva com determinado sentido. Portanto, as palavras, isoladamente, não possuem significado intrínseco; seus sentidos advêm das formações discursivas nas quais estão inseridas (ORLANDI, 2012).

No escopo da AD, não se identifica uma verdade oculta no discurso. O que se percebe são gestos interpretativos que o estruturam. Assim, o analista deve ser apto a discernir tanto o que foi explicitado quanto o que permaneceu implícito, objetivando entender como os objetos simbólicos geram significados por meio de gestos interpretativos, explorando seus limites e mecanismos no processo de significação (PECHEUX, 2016; ORLANDI, 2012).

Orlandi reitera que a AD não se limita a buscar um único sentido ou uma única verdade. Busca-se o sentido genuíno, pautado na materialidade linguística e histórica do objeto de análise. Esse sentido não emerge de uma "chave" interpretativa, mas da construção de um aparato teórico de interpretação. Em face desse aparato, o analista deve postular a questão primordial que conferirá significado ao objeto de estudo, estruturando sua relação com o discurso (ORLANDI, 2012).

Como símbolo, a linguagem integra o âmbito social, constituindo o indivíduo e sua trajetória histórica. As expressões não são meras mensagens a serem decodificadas, mas resultados de significados gerados em condições específicas. Estes estão intrinsecamente ligados ao modo como são articulados, fornecendo indícios para o analista do discurso (ORLANDI, 2012).

Segundo Orlandi (2012), a compreensão está vinculada ao entendimento de como um objeto simbólico produz sentido, e essa é a tarefa em foco: entender, por meio dos discursos dos profissionais da APS, a maneira como o matriciamento gera sentido na produção de cuidado.

No desenvolvimento do dispositivo teórico-analítico, começa-se pela constituição do corpus discursivo pelo analista, que deve estar alinhado ao método e aos procedimentos; o processo inicia com a construção de sequências discursivas que atendam a critérios resultantes dos princípios teóricos da AD, possibilitando alcançar o entendimento e evidenciar o funcionamento do discurso como gerador de efeitos de sentido (ORLANDI, 2012).

Para entender os efeitos de sentido, é essencial, primeiramente, conhecer as condições de produção, levando em consideração que o discurso é o meio de comunicação entre os seres humanos e que, além de sua estrutura interna, depende da exterioridade. O sentido não está intrinsecamente ligado a uma palavra, expressão ou proposição, assim como não se restringe apenas ao texto escrito ou à linguagem oral. Os efeitos de sentido relacionam-se com a interação entre seres humanos, ou seja, são historicamente construídos nas interações sociais (RODRIGUES, 2014).

As formações discursivas estabelecem o que é possível e adequado pronunciar, representando nas falas as formações ideológicas; portanto, os sentidos são sempre determinados ideologicamente, configurando uma matriz de significados. Toda fala possui uma marca ideológica, de modo que o discurso nunca é imparcial; a análise discursiva expõe a ligação entre linguagem e ideologia em sua interação mútua. Define-se as formações discursivas a partir de seu interdiscurso e entre diferentes formações discursivas, podendo-se estabelecer relações de confronto ou de aliança (ORLANDI, 2012). O conceito de formação discursiva auxilia na análise dos enunciados, considerando o discurso em relação a um conjunto de outras falas, seja em um contexto de aliança ou de conflito (RODRIGUES, 2014).

Diante do analista encontra-se o corpus, que se configura como a unidade que o direciona a um discurso. Esse, por sua vez, se manifesta por meio de suas regularidades e suas referências a determinadas formações discursivas. Estas, por sua vez, adquirem significado porque são originárias da formação ideológica dominante (ORLANDI, 2012). A ideologia refere-se a construções que emergem, principalmente, da maneira como os seres humanos se organizam, sendo representada pelas relações de dominação que são reproduzidas social e

historicamente através de discursos. Estes objetivam sua perpetuação e são oriundos da construção social que os indivíduos fazem da realidade em um específico contexto sócio-histórico (RODRIGUES, 2014).

A análise discursiva visa tornar evidente a maneira como os sentidos são produzidos pelo objeto em questão, buscando ser o menos subjetiva possível, mesmo que não seja primordialmente objetiva. Após a formação do corpus, ou seja, a seleção inicial do material bruto e a aplicação de um tratamento inicial, ainda que básico, procede-se à avaliação do que é manifestado nesse discurso e no que é expresso em outros, sob diversas circunstâncias e influenciados por variados fatores (ORLANDI, 2012).

Nesse contexto, a avaliação dos dados foi estruturada, inicialmente, em cinco núcleos de sentido, denominados eixos de análise. Estes foram delineados a partir de uma leitura preliminar dos textos. Para cada eixo, ao longo da análise das informações coletadas, identificaram-se outras categorias conforme a recorrência dos dados observados, culminando na identificação de uma formação ideológica dominante. Assim sendo:

- a) **Eixo 1:** Componentes da RAPS e portas de acesso aos serviços;
- b) **Eixo 2:** Conhecimento prévio dos profissionais da APS sobre matriciamento;
- c) **Eixo 3:** A saúde mental na APS;
- d) **Eixo 4:** Dificuldades;
- e) **Eixo 5:** Oportunidades.

Na segunda etapa, já com o *corpus* discursivo constituído começa-se a vislumbrar as configurações de formações discursivas dominantes formando uma nova matriz de sentidos, que se seguem:

- a) **Formação discursiva 1:** Visão teórica sobre o matriciamento;
- b) **Formação discursiva 2:** Visão ideológica sobre o matriciamento;
- c) **Formação discursiva 3:** Barreiras de acesso e comunicação;
- d) **Formação discursiva 4:** O trabalho da APS.

Na sequência da segunda etapa e após a identificação clara das formações discursivas dominantes, procedeu-se à análise dos dados e à discussão sobre as relações entre essas formações. Adotaram-se os referenciais teóricos da Fenomenologia da Percepção (MELEAU-PONTY, 2008) e do AM como metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde (CAMPOS, 2007). Ambos os referenciais fornecem base para os efeitos de sentido dominantes. A análise e discussão finais envolveram o exame das relações interdiscursivas com diversos discursos, além da utilização de recursos parafrásticos e efeitos metafóricos.

#### **4.5 Aspectos éticos**

O projeto submeteu-se à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) e obteve aprovação pelo parecer nº 5.113.194, CAAE 51710821.0.0000.0021.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Concepções teóricas sobre o matriciamento: um arranjo organizacional para o trabalho em saúde

Nesta análise da formação discursiva, observou-se a concepção teórica acerca do AM. Confrontaram-se os discursos dos profissionais com as referências sobre o tema. Segundo os participantes da pesquisa, os conceitos de matriciamento alinham-se à literatura. Originado do termo "matriz", palavra de origem latina que significa "o lugar onde se geram e criam coisas", Campos (2007) usou-o para representar um conjunto de ações passíveis de análise sob diversas perspectivas – sejam elas horizontais, verticais ou transversais. No que tange ao entendimento do matriciamento, percebeu-se sua definição como:

*Vindo da palavra matriz, existe, no que se trata de saúde mental, uma equipe que tem conhecimento maior e que pode estar passando e melhorando o conhecimento também do restante da rede, como no nosso exemplo aqui, da UBS da família, ampliando esses conhecimentos para que possamos atender melhor o determinado segmento. (GF1)*

Nessa perspectiva, a análise revelou que o sentido atribuído ao matriciamento indica a possibilidade e sugere a integração de vários profissionais. Estes se dividem em equipe de referência e equipe de especialistas, que estabelecem relações horizontais, contrapondo-se à tradicional verticalização dos sistemas de saúde. Tal abordagem emerge como uma alternativa para flexibilizar sistemas rígidos e estritos, alinhando-se às diretrizes de hierarquização e regionalização. Nesse contexto, as combinações possíveis de atendimentos e assistências são vastas, permitindo que as equipes otimizem campos e núcleos de competências. O termo "apoio" reflete a forma de operacionalizar essas relações horizontais, sugerindo uma metodologia de transversalidade fundamentada no diálogo, e não em posturas autoritárias (CAMPOS, 2007). Essa concepção é retomada na seguinte prática discursiva:

*Como se fosse um apoio, mais ou menos isso. Não conseguimos, chega um ponto em que ficamos limitados e chega um ponto em que vocês também ficam limitados. Então, às vezes, a parte mais específica e os conhecimentos*

*mais específicos, os controles de quadro mais específicos ficam com a matriz no CAPS, no ambulatório, algo do tipo, mas não podemos perder o vínculo desse paciente; no caso, também temos que ter conhecimento e, na hora que estabiliza, na medida do possível, vem para nós, para sabermos o caso, conhecer o que está tomando e o que pode intervir a partir desse momento e dar seguimento. (GF1)*

Assim, infere-se que o AM poderia catalisar mudanças na cultura predominante entre os dispositivos de saúde, valorizando, sobretudo, as diretrizes de vínculo terapêutico e de gestão. A reestruturação do trabalho em saúde, centrada no vínculo terapêutico e nas demandas da população, incentivaria a emergência de um padrão renovado de corresponsabilidade e coprodução em saúde (CAMPOS, 1999), conforme detalhado a seguir.

*Eu já entendo que seria a articulação da matriz com a unidade da família. Seria o CAPS com a unidade de saúde ou com outra unidade, distribuindo esses pacientes para outro atendimento articulado. Acho que é mais ou menos isso. (GF1)*

A abordagem do AM alinha-se às diretrizes organizacionais da APS no contexto do SUS, conforme estabelecido pela Política Nacional de APS, ratificada pela Portaria n. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Essa concordância é evidenciada principalmente pelo destaque à APS como a porta de entrada primordial da rede. Neste sentido, as equipes de referência matricial posicionam-se como coordenadoras do cuidado e organizadoras das intervenções, considerando as peculiaridades da população no respectivo território.

No contexto territorial, implementam-se ações estratégicas que buscam otimizar as iniciativas de saúde pública de forma descentralizada e próxima à população designada. Tais ações englobam desde a vigilância até a recuperação da saúde. Assim, a territorialização beneficia o planejamento e a execução de intervenções direcionadas a grupos específicos, considerando suas demandas particulares (PNAB, 2017). A seguir, profissionais da saúde expressam suas percepções sobre a colaboração entre unidades de saúde mental e APS:

*Então, eu acho que a proposta é exatamente isso, se a pessoa que precisa ir para o CAPS ou psiquiatra e o que pode ficar aqui na nossa unidade para não sobrecarregar os outros órgãos, as outras unidades. (GF4)*

*Há pessoas que não têm condições de ir lá no CAPS, têm condições de vir aqui. Aí o psiquiatra é lá no CAPS e ele deixa de fazer esse acompanhamento, acompanha só por aqui mesmo. E só quando é aquele caso bem grave mesmo, que vai lá para o CAPS e fica aquele tempo lá e depois volta para cá. (GF5)*

Os depoimentos destes profissionais sublinham o valor da integração entre os serviços de saúde mental e a APS na otimização do atendimento ao paciente. Eles enfatizam a urgência de um enfoque colaborativo, onde certos pacientes poderiam ser assistidos na unidade de APS, aliviando a demanda em instituições especializadas, como os CAPS.

Adicionalmente, acentuam a relevância da acessibilidade das unidades de APS, especialmente para aqueles com restrições de mobilidade ou outras barreiras. As observações desses profissionais são cruciais para formular estratégias eficientes de integração e matriciamento, potencializando a assistência em saúde mental e ampliando a eficiência dos serviços ofertados.

Um aspecto distintivo da abordagem do AM reside na modificação do modelo convencional de referência e contrarreferência, dominante nos sistemas de saúde. Neste modelo inovador, um paciente sob assistência matricial mantém-se simultaneamente sob os cuidados da equipe de referência e da equipe especializada. Portanto, ao invés de simples encaminhamentos, o que se busca é a cooperação de conhecimentos e a elaboração conjunta de projetos terapêuticos, abrangentes e personalizados. Não obstante, a responsabilidade primária ainda pertence à equipe de referência (CAMPOS, 2007; GONÇALVES, 2011).

Segundo Campos (2007), a meta central desta diretriz é estabelecer um modelo único e adaptado ao indivíduo, visando reforçar o papel terapêutico intrínseco à dinâmica do vínculo. Neste contexto, o matriciamento é concebido como:

*É o direcionamento, eu acho. Direcionamento, um caminho, um elo, seria mais ou menos isso. Talvez seria um mapa para mapear o caso do paciente, para poder direcionar para o lugar certo, um elo entre CEM, CAPS, algo assim. (GF5)*

Esta estrutura organizacional potencializa a interdisciplinaridade no desenho do cuidado e no compromisso terapêutico, sem dispersar a responsabilidade sobre os pacientes ou conduzi-los por trajetórias extensas e ambíguas na rede de saúde (CAMPOS, 2007). Assim, o matriciamento engloba:

*A junção de vários, não de níveis de atenção, mas como se fosse uma equipe de multiprofissionais que trabalham em locais diferentes, por exemplo, aqui na UBS com o CAPS. Aí os profissionais das outras unidades tentam alternativas ou planos das unidades terapêuticas para melhor conduzir aquele paciente, ou como se fossem casas, não para que ele fique disperso, ou ele vai para o CAPS, ou ele vai para a unidade, como se fosse um atendimento em conjunto, ou aqui onde o médico do CAPS vem e atende os profissionais também, acho que seria assim. (GF4)*

O sistema matricial promove a interação entre as equipes e entre equipes e pacientes, fortalecendo a dedicação mútua à saúde. Além disso, facilita a comunicação, eliminando barreiras organizacionais. Este sistema mescla a versatilidade das equipes de referência com a expertise especializada, reconhecendo e valorizando todas as profissões da área de saúde, respeitando suas singularidades e contrapondo-se à rigidez burocrática dos moldes convencionais de gestão em saúde (CAMPOS, 1999).

No contexto da APS, desenvolvem-se ações por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, focando na equipe multiprofissional. Nelas, as equipes assumem responsabilidade sobre determinado território e sua população, promovendo ações individuais, familiares e coletivas (PNAB, 2017). Dessa forma, a transdisciplinaridade das práticas e saberes viabiliza a superação de aspectos centrais do modelo médico hegemônico (CAMPOS, 1999), ao ressaltar que o matriciamento favorece processos de interlocução, como:

*É identificar o caso, discutir juntos com a rede interna. (GF2)*

*Eu acho que depende da formação que temos, do modelo de educação que possuímos e que sempre temos que ter alguém especializado em algo e confiamos muito nisso. Então, o matriciamento é como se fosse uma referência técnica de apoio. (GF1)*

*Consulta compartilhada na unidade. Vocês acionam o paciente e a médica, não é? Para poder dar um andamento junto com o paciente. (GF5)*

Percebe-se, nas declarações dos profissionais de saúde, a relevância do matriciamento como estratégia que oferta apoio técnico especializado. A troca de informações e discussões conjuntas entre profissionais das unidades de saúde e especialistas em matriciamento auxiliam na identificação de casos mais complexos e na busca de soluções compartilhadas para o atendimento dos pacientes.

Adotar uma consulta compartilhada na unidade torna-se primordial para assegurar um atendimento mais coeso e eficaz. Nessa abordagem, o paciente é acompanhado simultaneamente por distintos profissionais de saúde, que colaboram para prestar o melhor cuidado, em consonância com a fenomenologia de Merleau-Ponty (2018). Tal perspectiva reconhece que a experiência humana não deve ser confinada a categorias, mas incentiva a fusão de diferentes olhares a fim de alcançar uma compreensão ampliada da experiência, propiciando interações entre variadas áreas do saber.

Considera-se o matriciamento como uma referência técnica, provendo sustento e respaldo aos profissionais, robustecendo a capacidade de atendimento e a segurança na abordagem de casos mais desafiadores. A colaboração entre as equipes de saúde e os especialistas em matriciamento é crucial para viabilizar uma assistência de alto padrão, levando em conta a formação e a especialização de cada integrante, beneficiando, conseqüentemente, o paciente de forma mais holística e eficiente (CAMPOS, 2007).

Embora se observe clara compreensão dos participantes acerca do processo de AM, a maioria deles o avalia como 'incipiente' ou até 'inexistente', indicando não ser adequado para atender às demandas presentes na APS:

*Na minha opinião, ele nem existe, esse matriciamento; no meu caso, a gente não sabe nada desse matriciamento. (GF4)*

*A gente vai assim buscando, mas ter uma capacitação para atuação em campo, não tem. (GF3)*

*A verdade é que nós estamos tendo o matriciamento dos próprios colegas. A equipe não tem. (GF3)*

*No caso, esse contato que você tem, só você tem, os outros não têm. Então no caso, não tem esse matriciamento. (GF4)*

*A gente não tem esse suporte para fazer nesse momento, porque aqui só fica aqui, mas tem que mandar para lá. Então eles não estão, ninguém consegue recurso, não, aqui tem um atendimento, um atendimento bacana para chegar lá no CAPS; às vezes para aqui, por isso não consegue esse matriciamento. Está um pouco a desejar. (GF3)*

*Essas ações, o matriciamento, é como eu disse, como isso está acontecendo agora, a gente está engatinhando ainda, então a gente tem mais perguntas do que respostas para dar, na verdade. (GF2)*

*A saúde mental, eu acho, fica também negligenciada por conta de a gente ter mais atenção só nos casos extremamente graves. (GF2)*

Da análise discursiva de todas as entrevistas, constata-se uma sólida compreensão relacionada às concepções teóricas e à importância do matriciamento. A maioria dos profissionais detalhou com acuidade os conceitos teóricos, assim como os princípios e práticas operacionais. Além disso, associaram a atuação das equipes de referência e especializadas aos princípios do SUS e da APS, com destaque para os conceitos de população adscrita e territorialização.

Ao abordar as práticas em saúde mental no território e a relação entre a APS e o atendimento especializado, emergiram desalinhamentos entre a teoria e a execução do AM. Para grande parte dos entrevistados, o matriciamento se apresenta de forma insatisfatória. Segundo Merleau-Ponty (2018), a fenomenologia da percepção pode esclarecer essa aparente dissonância, uma vez que a interação entre o indivíduo e o mundo pode influenciar essa diferença na aplicação prática. As concepções prévias e as expectativas influenciam a maneira como os profissionais lidam com a implementação teórica, impactando as decisões tomadas. Isso pode resultar em abordagens incoerentes, moldadas pela cultura institucional e pelas estruturas sociais existentes.

## **5.2 Concepções ideológicas sobre o matriciamento: um (des)arranjo especializado para o trabalho em saúde**

Do que foi analisado até o momento, destacam-se duas constatações importantes sobre a percepção dos profissionais da APS em relação ao matriciamento: existe uma sólida compreensão teórica alinhada à literatura de referência, no entanto, sua aplicação e prática não estão em sintonia e parecem ineficazes na realidade. Desse modo, identificam-se dissonâncias entre teoria e prática. Estas últimas são moldadas por formações discursivas específicas, influenciadas por concepções ideológicas tanto individuais quanto coletivas, gerando novos efeitos de sentido, conforme apontado por Orlandi (2012a): o sentido não é preciso. Ressalta-se, então, que a AD não é uma ciência precisa, mas sim uma ciência interpretativa de múltiplas realidades que, embora não sejam demonstráveis, são observáveis (PECHEUX, 1994).

No capítulo anterior, apresentaram-se os conceitos teóricos e a compreensão dos profissionais da APS sobre o AM. Neste, introduzem-se as concepções ideológicas, resultantes de discursos que buscam perpetuação. Estes discursos emergem da construção social que os indivíduos fazem da realidade em um determinado contexto sócio-histórico, influenciados pelas formas de organização humana e pelas relações de poder reproduzidas socialmente ao longo do tempo (RODRIGUES, 2014).

Vale lembrar que o discurso permite observar a interação entre língua e ideologia, facilitando a compreensão de como a linguagem produz significados. Funciona como uma mediação que possibilita tanto a mudança quanto a permanência do indivíduo na realidade que habita (ORLANDI, 2012). A interação entre interlocutores evidencia o ponto de encontro entre língua e ideologia, onde a materialidade da ideologia se manifesta no discurso, e a do discurso, na língua (PECHEUX, 1969).

As formações ideológicas a serem introduzidas e discutidas neste capítulo convergem, segundo Gonçalves (2011), para a continuidade do discurso relacionado ao modelo hegemônico tecnicista. Nesse modelo, os serviços de saúde da APS encaminham pacientes para especialistas em ambulatórios e, frequentemente, perdem o vínculo coordenador, ficando sem informações sobre os resultados das consultas, procedimentos ou possíveis internações.

Dessa forma, pacientes com sofrimento mental, frequentemente, não permanecem sob a supervisão da equipe de referência, deixando uma lacuna de responsabilidade para os profissionais da APS. Essa situação reflete a distorção conceitual entre teoria e prática, onde o atendimento, que deveria ser providenciado na APS, é direcionado a especialistas externos. Segundo os relatos dos profissionais de saúde que contribuíram para esta pesquisa:

*Eu acho que deveria haver uma equipe especializada em cada unidade para já indicar, colocar a pessoa no lugar certo. Porque ele vem para cá, a gente manda para lá e aí manda para lá; aí já não é lá, é aqui. (GF2)*

*Seria legal, nem sei se pode ou não. Vocês poderiam vir, sei que depende da região; vocês poderiam vir uma vez por semana ou a cada 15 dias, avaliar. (GF5)*

*Pode ter um CAPS itinerante: "está chegando um CAPS itinerante no seu bairro". Seria a solução. (GF5)*

*Eu acho que o CAPS, ele tem mais usuários, ainda mais o nosso, que é mais carente, tem violência. Em vez de falar assim: "já que Maomé não vai à montanha, a montanha vem". (GF3)*

Os testemunhos desses profissionais salientam a importância de se ter uma equipe especializada em cada unidade de saúde, a fim de proporcionar encaminhamentos mais assertivos e evitar que os pacientes sejam transferidos de um serviço para outro sem clareza quanto ao melhor tratamento a ser provido.

A proposta de um CAPS itinerante surge como uma alternativa viável, sobretudo em regiões mais desfavorecidas e com maiores desafios, onde a disponibilidade de serviços especializados é escassa. Tal estratégia itinerante poderia otimizar o acesso dos pacientes a tratamentos de saúde mental, expandindo sua presença em variados locais e bairros. A expressão "se Maomé não vai à montanha, a montanha vai a Maomé" evidencia a relevância de adaptar os serviços de saúde mental às exigências e contextos dos pacientes, visando soluções inovadoras e adaptáveis para tornar o cuidado mais acessível e eficiente. Esta adaptação enfatiza, adicionalmente, a valorização dos princípios do AM, alinhados às demandas territoriais.

Os profissionais prosseguem:

*Igual quando se vai descobrindo mais casos: faz itinerante. (GF3)*

*Mas a gente precisa de suporte, porque se tivesse um profissional que pudesse vir aqui pelo menos uma vez por mês para ver, acho que ajudaria já. E a demanda é muito grande; tem casos que nem são de medicamento. (GF3)*

*Mas acho que ter uma equipe móvel desafogaria, né? Assim, o paciente do CAPS poderia sair com um cartão de acompanhamento e medicação. A equipe móvel seria de grande valia com essas considerações. (GF4)*

Conforme a PNAB (2017), a APS, vista como principal porta de entrada no SUS, ocupa uma posição central na gestão e no cuidado ao paciente, desempenhando um papel crucial na coordenação da rede de assistência e na consolidação da integralidade do cuidado. Espera-se que, para cumprir esse papel, a APS seja capaz de articular-se com outros pontos da rede, demonstrar alta resolutividade e competência clínica, e incorporar tecnologias variadas – desde as leves até as mais robustas – como ferramentas diagnósticas e terapêuticas.

Definimos resolutividade como a habilidade de reconhecer e agir sobre os riscos, necessidades e demandas de saúde de maneira eficiente, aderindo aos preceitos da clínica ampliada centrada no paciente. Desse modo, soluciona-se a vasta maioria dos desafios de saúde da população, recorrendo à conexão com outros pontos da RAS somente quando essencial e, mesmo assim, mantendo-se a coordenação do atendimento. A equipe de referência deve proporcionar resolutividade desde o primeiro contato, englobando todas as ações e serviços que o paciente requer, assegurando uma abrangente gama de serviços e abordagens de cuidado, direcionando adequadamente aqueles que precisam de especialização (PNAB, 2017).

Silva Júnior (2007) nos convida a uma ponderação: embora a APS represente o vínculo primordial entre os sistemas de saúde e a comunidade e a articulação estratégica do SUS, não deve ser interpretada exclusivamente como a única via de acesso ao sistema. Tal concepção sugere uma resolutividade restrita, com limitada habilidade em solucionar problemas, levando a uma potencial subvalorização e segmentação. Diversos pontos da RAS têm o potencial de integrar e introduzir

indivíduos ao sistema de saúde, atenuando a burocracia e distribuindo responsabilidades entre vários dispositivos quanto aos resultados e bem-estar dos pacientes.

É crucial que as intervenções e serviços de saúde assumam uma responsabilidade contínua pela saúde da comunidade. Isso implica na adoção de estratégias e reconfigurações técnicas e assistenciais que promovam mudanças, incentivando a escuta ativa, acolhimento e foco no paciente, privilegiando um acompanhamento contínuo. Tais diretrizes são fundamentais para assegurar um atendimento em saúde integral e humanizado, transformando a rede em um sistema coeso e contínuo de cuidado, ao invés de um processo burocrático e impessoal de encaminhamentos, referência e contrarreferência (SILVA JUNIOR, 2017).

No matriciamento, as equipes especializadas e de referência cultivam um diálogo e debate contínuos, delineando conjuntamente o plano terapêutico para os pacientes e a comunidade, estabelecendo uma rede colaborativa de conhecimento (GONÇALVES, 2011):

*Se essas consultas fossem aqui, talvez eles voltariam com o acompanhamento psiquiátrico com os profissionais especializados. Aqui o acesso é melhor para eles, é mais fácil. Mais fácil acesso para todos; acho que isso seria uma mudança. É válida. (GF4)*

*Viesse mais para os bairros, porque é tudo centralizado. Você já reparou que o CAPS é todo centralizado? Tudo. (GF3)*

Entende-se que um caso para o matriciamento pode ser um indivíduo, uma família, uma rua ou quase toda uma área de abrangência. Dentre os instrumentos de AM, destaca-se a interconsulta, descrita como uma prática interdisciplinar voltada para a construção do modelo integral de cuidado. Caracteriza-se pela colaboração entre profissionais de diferentes áreas e baseia-se na discussão de casos, permitindo que a clínica e os problemas apresentados pelos indivíduos sejam analisados por diversas perspectivas; nessa etapa, há a troca de saberes entre os especialistas, que compartilham variados entendimentos e questionamentos (GONÇALVES, 2011).

O diálogo entre especialistas de diferentes campos, possuindo núcleos distintos de conhecimento, favorece uma visão e compreensão holística do processo saúde-doença. Isso amplia a abordagem biopsicossocial do indivíduo por meio da

elaboração de projetos terapêuticos integrais, abrangendo as diversas dimensões dos problemas relatados pelos usuários (GONÇALVES, 2011; CAMPOS, 2007).

Outro recurso matricial frequentemente adotado é a consulta compartilhada, que se dá quando profissionais da equipe de referência buscam esclarecer aspectos do cuidado que não estejam claros em seus conhecimentos atuais, com o intuito de estabelecer um novo plano terapêutico. Foca-se na resolução de demandas assistenciais individuais da população, cujos objetivos são definidos por profissionais de saúde de diferentes áreas (MELO FILHO, 2005).

A realização da consulta baseia-se na troca de questionamentos, informações e apoio recíproco entre os profissionais, na presença do caso em questão. Em situações como essa, assim como o objetivo principal do AM é a elaboração do projeto pedagógico-terapêutico, no âmbito do matriciamento em saúde mental, a consulta compartilhada deve conjugar elementos pedagógicos e terapêuticos. Tal abordagem visa atender às necessidades manifestadas de forma abrangente, não somente focando no indivíduo, mas também visando desenvolver novas habilidades nos profissionais. Esse método pode ser empregado em outras demandas e peculiaridades da APS (GONÇALVES, 2011; CAMPOS, 2007).

Ao cotejar as formações discursivas predominantes com os princípios do SUS e da APS, emergem questionamentos pertinentes: Por que é tão complexo articular os diferentes serviços de saúde dentro das redes de atenção? Qual a razão da dificuldade em assegurar o fluxo dos indivíduos conforme suas demandas de saúde? Segundo Silva Junior (2007), existem múltiplas explicações para tais indagações: embora se designe um papel central e articulador à APS, frequentemente esta é subestimada.

Predomina um desconhecimento acerca de seu potencial de cuidado, e os serviços básicos são frequentemente interpretados como simplórios. Em contraste, os serviços especializados, dotados de uma densa concentração de equipamentos e recursos técnicos, são percebidos como sofisticados, apresentando alta densidade tecnológica e, por extensão, sendo mais valorizados. Neste cenário, tais serviços especializados são vistos como mais resolutivos, detentores de um profundo conhecimento técnico e, conseqüentemente, mais aptos a lidar com os desafios relacionados ao contínuo saúde-doença (SILVA JUNIOR, 2007). Na ótica dos profissionais de saúde que contribuiram para esta pesquisa:

*Na minha opinião, deveria haver um psiquiatra em todas as unidades de saúde. (GF5)*

*O certo seria ter uma médica psiquiatra aqui, porque aqui nós temos muitos pacientes de saúde mental. (GF2)*

*Poderia haver um dia certo assim. Olha, tal dia vai ter psiquiatra na unidade básica de saúde. (GF3)*

*Pelo menos duas vezes por semana, o psiquiatra deveria estar aqui. (GF4)*

*Porque eu sempre acompanhei os meus pacientes de 6 em 6 meses e era obrigatório ter receita, ter acompanhamento com psiquiatra e ter acompanhamento das medicações. (GF4)*

Diante destas formações discursivas, identifica-se uma perspectiva fundamentada no modelo biomédico-tecnista. Este modelo, de caráter predominante na prática em saúde, prioriza a compreensão e o tratamento de doenças sob uma ótica estritamente biológica e fisiológica. Embora tenha seu foco voltado para soluções via intervenções médicas e procedimentos especializados, sua natureza reducionista e a ausência de uma abordagem mais holística não são condizentes com os princípios da APS (KOIFMAN, 2001).

Conforme propõe Merhy (2002), os modelos de atenção à saúde referem-se à maneira como são estruturados a gestão dos processos políticos, organizacionais e laborais associados à produção de cuidado individual, social e coletivo. Tais modelos se enraízam em envoltórios tecnológicos que atendem às necessidades e valores dos grupos e indivíduos. Distanciando-se do modelo biomédico tecnista, a abordagem de cuidados centrados no indivíduo engloba não apenas fatores biológicos, mas também influências psicológicas, sociais e ambientais, sublinhando a saúde como um estado intrincado e multifacetado.

Nesta seção, pode-se dizer que a percepção dos profissionais da APS sobre a necessidade da atenção especializada provém do senso comum associado ao modelo biomédico?

Para Gramsci (1999), o senso comum é uma forma de expressão social da consciência, apresentando-se nas experiências do dia a dia, guiado por uma filosofia individual e peculiar a cada um, transformando-se continuamente, adaptando-se e

enriquecendo-se com os costumes e experiências de cada contexto em determinada época. Assim, é elaborado e manifestado sem que os indivíduos percebam sua existência, sem conhecerem seus aspectos generalistas e sua importância social. O senso comum tende a se converter em uma ideia universal, cristalizada e hegemônica.

Dessa maneira, tendo em vista que a fenomenologia da percepção destaca que a compreensão do mundo é influenciada pelas experiências e relações histórico-culturais, pode-se dizer que o senso comum tende a ignorar a subjetividade dos indivíduos, baseando-se em generalizações amplas e padronizadas, entrando em desacordo com a realidade em que está inserida (MELEAU-PONTY, 2018).

### **5.3 Compreendendo as barreiras que fragmentam a articulação em rede**

Para iniciar esta seção, integrar-se-ão os conceitos de matriciamento, sob a perspectiva teórica e ideológica, com a percepção dos profissionais da APS acerca do funcionamento do sistema de saúde em rede, pois os processos de formação de redes de atenção à saúde e matriciamento são fundamentais no contexto da saúde coletiva e da organização dos sistemas de saúde, desempenhando papéis importantes na promoção de abordagem integrada e eficiente no cuidado com a saúde da população.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são estruturas de organização dos serviços de saúde que têm como objetivo central o cuidado individualizado, colocando o indivíduo como parceiro ativo na promoção da própria saúde. Essas redes, direcionadas para atender uma população específica com base em sua localização geográfica, são supervisionadas e coordenadas pelas equipes de APS. O cuidado oferecido é realizado de forma colaborativa por profissionais de diferentes áreas, promovendo a integração entre especialistas e equipes de APS (MENDES, 2011).

Dessa maneira, a RAPS é organizada de forma poliárquica, significando que não existe relação hierárquica entre os pontos da rede. Todos são igualmente importantes para alcançar o objetivo principal, que é resolver problemas de saúde da população em nível primário, secundário e terciário, definidos com base na territorialização e nas regiões sanitárias. Essa definição é feita por meio de um planejamento que leva em consideração as necessidades da população, adaptando-se conforme a natureza da temática abordada, como é o caso dos Centros de Apoio

Psicossocial (CAPS) nas Redes de Atenção à Saúde Mental (RAPS) (MENDES, 2011).

De acordo com a PNAB (2017), a territorialização e a adstrição têm a finalidade de permitir uma organização descentralizada, o planejamento e a implementação de ações específicas em um território determinado, visando impactar a situação de saúde das pessoas e comunidades que fazem parte desse espaço; para tanto, considera-se o território como uma unidade geográfica única, construída de forma descentralizada no âmbito do SUS, com o objetivo de promover ações estratégicas que abrangem vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde.

Os territórios têm o objetivo de dinamizar as ações de saúde pública, possibilitando estudos sociais, médicos, epidemiológicos, assistenciais, culturais e identitários, permitindo uma compreensão abrangente de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na APS, de modo a atender às necessidades da população adscrita (PNAB 2017).

Dessa maneira, a abordagem em rede matricial incentiva a interação entre equipes e usuários, fortalecendo o engajamento dos profissionais na prestação de serviços de saúde e superando barreiras comunicacionais dentro da organização. (CAMPOS, 1999).

Como se verá a seguir, as formações discursivas predominantes estão associadas à falta de integração entre os pontos da rede, neste caso, mais especificamente entre os pontos da RAPS, seja ela por falta de compreensão da dinâmica em rede, pelas barreiras de acesso ou pelas barreiras de comunicação:

*Porque o paciente, se ele veio aqui, quer ser atendido. Às vezes, ele já foi no CAPS e o CAPS falou: “o senhor procura a unidade básica”; aí ele chega aqui, a médica nem aqui está; então, eu falo para ele que ele vai ter que esperar uma semana para pegar a receita dele ou que ele vai ter que fazer a consulta só em janeiro, ele não quer. Se eu mandar ele, e ele já foi no CAPS, já veio na unidade, se eu falar para ele ir no CEM e ele não for atendido, como vai aparecer isso daí? (GF2)*

*Eu acho que a organização do fluxo, para saber certinho como iria, como o procedimento seria, falta a clareza da informação, e você passa informação incorreta ao seu paciente, acaba com a credibilidade que ele tinha com você, com a unidade. Aí todo processo, e nisso, acaba também; tinha que ter agilidade nesse atendimento, porque um paciente que está numa crise, numa*

*dor em saúde mental, a gente sabe que ele precisa de atenção naquele momento específico, não é daqui a uma semana, ou daqui a um mês, daqui a dois, nisso a gente acaba perdendo. (GF2)*

O AM tem como objetivo personalizar os sistemas de referência e contrarreferência, promovendo o contato direto entre o profissional de referência e o especialista de apoio, fomentando uma abordagem mais integral e eficiente no cuidado com a saúde das pessoas. Essa abordagem modifica o papel das Centrais de Regulação, que passam a exercer funções relacionadas à urgência, garantindo a conformidade com as normas e protocolos acordados, além de divulgar os recursos de apoio disponíveis. (CAMPOS, 2007).

Dentro da rede de atenção à saúde, cada paciente deve ser atendido no nível de cuidado mais adequado às suas necessidades; cada nível de atenção à saúde possui recursos, profissionais e equipamentos específicos para atender às demandas mais complexas. (CAMPOS, 2007). Dessa forma, a rede de atenção à saúde é estruturada para fornecer um cuidado progressivo e integrado, onde cada paciente é encaminhado para o nível mais apropriado. Isso garante uma utilização mais eficiente dos recursos disponíveis, evita encaminhamentos desnecessários e contribui para uma atenção mais ágil e eficaz. (MENDES, 2011).

Muitas vezes, a população e os próprios profissionais de saúde enfrentam uma grande dificuldade em saber qual nível de complexidade deve ser acionado. A falta de clareza e orientação adequada pode resultar em uma procura desordenada por serviços de saúde, com efeitos negativos tanto para os pacientes quanto para o sistema como um todo, podendo resultar em sobrecarga dos serviços de maior complexidade e especializados, quando os cuidados poderiam ser proporcionados na APS:

*Falta de informação e de orientação com relação a cada núcleo. O que cada núcleo faz, né, o que cada serviço tem a oferecer, porque a gente não tem esse conhecimento; cada colega falou um pouco, mas na verdade é isso, que a gente não tem conhecimento e nem a orientação certa para podermos fazer isso de maneira correta. (GF3)*

*Para o paciente, acho que o paciente tem muita dificuldade em chegar; “mesmo que a gente fale que é portas abertas no CAPS”, a realidade é outra, né. E principalmente quando vai para o hospital, quando está bem mal. (GF5)*

*A dificuldade é assim, você não consegue chegar lá [no CAPS] diretamente, você tem que ser encaminhado por uma unidade e às vezes o paciente passa mal hoje, e às vezes você não consegue passar por um clínico agora; aí o paciente não sabe. Aí o paciente chega lá e não é atendido, porque não passou por uma unidade. (GF5)*

A demora no atendimento na atenção especializada nas redes de atenção à saúde constitui uma questão preocupante que afeta a população, sendo frequente a ocorrência de prazos extensos para consultas, exames e procedimentos especializados. Tal demora pode ter múltiplas causas, como a carência de profissionais de saúde especializados, recursos limitados, infraestrutura deficiente e alta demanda por serviços especializados. Além disso, problemas burocráticos e administrativos também podem contribuir para o atraso no atendimento.

Diversos motivos levam as pessoas a buscarem diretamente o atendimento de nível terciário; entre eles, destacam-se as dificuldades de acesso aos serviços de nível primário, ineficiência no atendimento, baixa qualidade do serviço e uma cultura firmada na população de procurar atendimento nos níveis mais complexos. A insuficiência de cobertura adequada no nível primário acaba gerando uma demanda ampliada pelo atendimento de nível terciário, uma vez que situações tratáveis no primeiro nível são encaminhadas para a rede terciária (UZELLI *et al*, 2012). Na percepção dos profissionais da saúde:

*A demora dos atendimentos lá do CEM requer, pelo menos, a oferta de um atendimento a mais. Se a pessoa vem aqui, a doutora atende; se vai para o CEM, há regulação, né? Você fica meses e meses. Então, eles começam com um caso mais leve, mas ficam aguardando e aguardando serem chamados e não retornam, não conversam com as agentes, para sabermos se o negócio está melhor ou pior; quando vê, estoura. (GF1)*

*Aí a gente só consegue ver isso numa área de violência, numa tentativa de suicídio. Mas é pela demora do SUS. (GF1)*

*A dificuldade que a gente vê é assim: acho que o próprio CAPS, a própria unidade, ela teria que enfrentar isso, ela teria que conversar, né? Não adianta, você vem aqui comigo, com ela e com outro; não, isso não é só um*

*problema aqui, é um problema interno, abrange muita gente, teria que ser uma coisa certa, para trazermos o problema aqui e já ser resolvido. (GF3)*

As observações dos profissionais de saúde indicam algumas dificuldades enfrentadas no sistema de saúde, sobretudo no que concerne à demora nos atendimentos e à ineficiência na comunicação entre os diversos serviços de saúde. A questão da demora nos atendimentos, especialmente nos serviços de emergência como o CEM, emerge como preocupação relevante e impactante. A espera prolongada pode exacerbar a situação dos pacientes, tornando-os mais vulneráveis e propensos a crises e agravamentos de seus quadros de saúde mental. Tal demora pode ser associada a vários fatores, como a sobrecarga dos serviços de saúde e a escassez de recursos humanos e materiais.

A deficiência de comunicação entre os serviços é outro aspecto crítico ressaltado pelos profissionais. A falta de um diálogo eficiente entre as unidades de saúde pode resultar em perda de informações vitais sobre o estado do paciente e seu histórico de atendimentos, complicando o acompanhamento e o planejamento de um tratamento adequado.

Conforme Campos (2007), o propósito do AM é criar e incentivar um espaço de comunicação dinâmico, possibilitando a troca de informações. Para tanto, preconizam-se meios de comunicação individualizados, como encontros diretos, comunicação eletrônica ou telefônica, em vez de se apoiar unicamente em encaminhamentos impressos e processos burocráticos. Essa abordagem tem como metas tanto organizar as relações entre diferentes níveis hierárquicos do sistema quanto facilitar a comunicação e integração entre as equipes de saúde da família e os especialistas, com o intuito de elevar a eficácia assistencial (RIVERA, 2001).

A territorialização é uma estratégia que busca reduzir as barreiras de acesso aos serviços, promovendo a proximidade e a integralidade do cuidado. Ao identificar as demandas e especificidades locais, torna-se possível direcionar os recursos de saúde de maneira mais eficiente e adequada, considerando fatores como a densidade populacional, a distribuição demográfica, os indicadores de saúde e as condições socioeconômicas. Isso permite uma oferta de serviços melhor, tornando-os mais acessíveis e acolhedores para a comunidade (PNAB, 2017; MENDES, 2011).

A existência de longas distâncias e dificuldades de locomoção representa obstáculos para a população acessar os serviços de saúde, os profissionais

alcançarem seus usuários e a gestão oferecer os cuidados necessários. A distribuição populacional acentuada dificultou também a implantação de Unidades Básicas de Saúde em comunidades menores, aumentando a necessidade de deslocamentos. Embora o SUS possua uma estrutura institucional abrangente e um arcabouço jurídico-legal destinado a melhorar o acesso da população aos serviços de saúde, persistem diversas barreiras que impedem a efetivação do acesso universal à saúde no Brasil (LIMA, 2022; UCHOA, 2019). Sobre isso, os profissionais relatam:

*A grande dificuldade é o distanciamento. (GF5)*

*Hoje, eu me deparei com um difícil acesso, mesmo um paciente que tem depressão profunda e está sozinho na casa dele, aí você está passando e a pessoa está precisando de uma atualização. Como ele vai ao CAPS sozinho? Aí fica meio difícil, às vezes a receita já está atrasada também. (GF5)*

*Aqui mesmo, muitos pacientes não vão até o CAPS por gestões financeiras; nossa área é muito vulnerável, quando não têm um passe de ônibus, não têm quem leve. (GF4)*

Dessa maneira, segundo Campos (2007), é essencial que o papel de cada instância e profissional seja claramente definido. Deve existir alguém responsável pelo acompanhamento contínuo e pela construção de uma abordagem integrada que valorize as contribuições dos diversos serviços, departamentos e profissionais envolvidos. Essa dinâmica é incentivada tanto para estabelecer uma ordem nas relações entre os diferentes níveis hierárquicos do sistema quanto para facilitar a comunicação e integração entre equipes de saúde da família e especialistas, assim como entre diversas especialidades e profissões de saúde que atendem em um mesmo serviço, hospital ou centro de referência.

A equipe multiprofissional realiza um processo de trabalho que consiste em ações integradas, desenvolvidas pelos membros da equipe de saúde, com o objetivo de atender às necessidades das pessoas e famílias da comunidade. Esse processo envolve a combinação dos conhecimentos dos diferentes profissionais que compõem a equipe, com foco na prestação de cuidado integral aos indivíduos. O cuidado integral é o principal propósito da equipe de saúde, abrangendo todos os aspectos do bem-estar e saúde dos indivíduos atendidos (CARDOSO, 2002). Para tanto, a principal

forma de articulação entre as equipes é a comunicação eficaz, cuja falha está associada a uma maior incidência de erros e menor qualidade na assistência à população (CAMPOS, 2007; MENDES, 2011).

Nesse sentido, o AM tem o objetivo de criar e incentivar um espaço de comunicação ativa e de compartilhamento de conhecimentos entre os profissionais de referência e os apoiadores. Existem maneiras de estabelecer esse contato entre referências e apoiadores: por meio de encontros periódicos e regulares entre a equipe de referência e o apoiador matricial. Nessas reuniões, discutem-se casos ou problemas de saúde selecionados pela equipe de referência, elaboram-se projetos terapêuticos e definem-se as linhas de intervenção a serem seguidas pelos vários profissionais envolvidos. Além desses encontros, em situações imprevistas e urgentes, nas quais não seja viável esperar pela reunião regular, o AM também é providenciado, seguindo uma lógica diferente dos sistemas hierarquizados (CAMPOS, 2007). Essas estratégias podem ser percebidas nos relatos dos profissionais:

*Primeiro por telefone ou por encaixe, eles vão de manhã lá e conseguem vagas; agora, nem por telefone e nem por encaixe, são coisas assim que funcionavam e vão mudando as gestões, em lugar de melhorar, porque já foi ótimo, tá, já foi bom, agora está na classe péssima, na avaliação, tá? (GF4)*

*Eu só pegava o telefone e ligava, dizendo: "Estamos mandando aí, qual o código? Vamos resolver agora." Mas a gente sabe que não é assim. (GF1)*

*Alguém de lá que vem para cá, quem vem do CAPS para a unidade básica, consegue não, né? Consegue ter instabilidade; como ela falou, o sistema não conversa e eles não vêm com aquela carta, teria que ter alguém, ou a assistente social teria que ligar na casa, conversar. (GF5)*

*Eu acho ruim; desse problema, a gente não sabe por que acontece, vai lá e larga lá e deixa lá, não sabe de nada de como foi e se não foi, se deu certo ou se não deu certo, se ele foi mesmo ou se não foi. (GF2)*

*Eu gostaria que voltasse a antigamente, que a gente tivesse acesso e marcássemos a consulta deles, porque eles, primeiro, eram acompanhados a cada 6 meses, os mais graves, e uma vez ao ano, os mais leves, e isso foi cortado deles; passaram a colocar tudo para o clínico fazer, o clínico não tem laudo. (GF4)*

Esses relatos realçam a necessidade de uma gestão mais eficiente e de uma comunicação interdisciplinar entre os serviços de saúde mental e a APS. É fundamental que exista uma abordagem integrada e colaborativa, assegurando o acesso adequado aos pacientes, o compartilhamento de informações e o acompanhamento contínuo dos casos. A reestruturação dos serviços e a criação de canais eficazes de comunicação podem contribuir para uma assistência mais efetiva e humanizada aos pacientes em saúde mental. Nesse mesmo sentido:

*Acredito que é isso que falta, em minha opinião: esse retorno para nós. Porque às vezes encaminhamos os pacientes e eles começam e continuam o tratamento, até que perdem o foco. Perdemos um pouco desse retorno, porque normalmente eles saem do CAPS, saem do CEM, e têm atendimento psiquiátrico e psicológico, e realizam as atividades do CAPS. (GF1)*

*Isso é muito importante, porque quando foram atrás dessa paciente, ela era minha moradora e eu não sabia do caso; sempre fiz a visita lá, mas a mãe dela nunca iniciou essa conversa. Sempre estava tudo bem, sempre tudo bem, até que o CAPS foi lá, e ontem era minha visita e ela revelou que era um caso de suicídio, um caso muito grave. Isso ajuda muito a nós, porque há coisas que não ficamos sabendo, como fulano disse; tem morador que esconde da gente, não tem aquela liberdade de chegar e contar. Você acaba descobrindo em uma consulta ou em uma receita que ela pede para você olhar; ela é saúde mental. (GF1)*

As falas dos profissionais ressaltam a importância do retorno e da comunicação efetiva entre os serviços de saúde mental e a APS. Relatam que, frequentemente, os pacientes são encaminhados para outros serviços especializados, como o CAPS ou o CEM, através de mecanismos precários e irregulares, geralmente por meio de pedidos de parecer e formulários de referência e contrarreferência pouco resolutivos, perdendo o acompanhamento e o suporte inicial fornecido pela APS (GONÇALVES, 2011).

A ausência de continuidade no acompanhamento pode levar os pacientes a perderem o foco na regularidade do tratamento, comprometendo sua evolução e bem-estar, em dissonância com as diretrizes da PNAB (2017) que pressupõem uma relação contínua de cuidado, estabelecendo vínculos e responsabilidade entre profissionais de saúde e pacientes no decorrer do tempo. Assim, previne-se a perda

de referências e reduzem-se os riscos de iatrogenias causadas pelo desconhecimento das histórias de vida e pela falta de coordenação no cuidado.

Nesse contexto, os profissionais destacam a relevância de receber devolutivas sobre o atendimento e o progresso dos pacientes encaminhados para outros serviços. Tal informação é fundamental para a equipe da APS, permitindo que acompanhem a evolução do tratamento e ofereçam o suporte adequado, mantendo uma visão mais ampla do cuidado prestado ao paciente.

*É necessário saber quais são esses pacientes e em que serviço estão sendo tratados ou se não estão sendo tratados, os que abandonaram o tratamento por um período. Se já tentamos fazer uma abordagem por meio de visitas e eles não estão atendendo, então o melhor resultado que podemos ver do nosso trabalho é conseguir fazer esse matriciamento, ter o domínio desse matriciamento na nossa área. (GF1)*

*Acredito que a informação é muito importante. Precisamos estar cientes. Às vezes, você tem uma informação lá, e a passa para cá, e não é mais aquilo; as coisas estão muito soltas. Você não tem um retorno para saber se foi atendido, se não foi, como ficou e depois como não ficou. (GF2)*

As falas dos profissionais enfatizam a necessidade de um sistema de matriciamento bem estruturado, que permita uma comunicação fluida e atualizada entre os serviços de saúde mental e a APS. Tal trabalho em conjunto é crucial para garantir uma assistência mais completa e efetiva aos pacientes em saúde mental, promovendo melhores resultados e um cuidado mais humanizado.

*Isso, porque está acontecendo comigo, com ela ou com o outro profissional, está tendo aquele momento ali. Então, vai ter que esperar tudo, vai ter que esperar tal dia que vai vir, sendo que o problema está acontecendo aqui agora. Desse fácil acesso de mandar uma mensagem: "Estou precisando disso, será que tem como resolver ou me dar um apoio?", de ter esse acesso rápido, entendeu. (GF5)*

*Não sei, de repente, talvez pudéssemos referenciar esse paciente para aquele momento, buscar essa receita lá no CAPS; o pessoal do CAPS forneceria esse medicamento. Diria: "Agora o senhor volta lá na assistência básica e deixa a consulta marcada já para poder pegar as próximas receitas",*

*porque aí teríamos a ajuda da doutora para janeiro agora. Então, esse paciente vai precisar dessa medicação ou ele vai deixar a receita ali. Não é só da saúde mental, a médica já tem várias receitas ali para fazer, então ela não vai pegar. Vou escolher aqueles da saúde mental e fazer só os deles e os das outras, entendeu? (GF2)*

*Acho que deveriam existir essas discussões de casos, porque há muitos casos em que o paciente iniciou o tratamento, fica na unidade e não tem aquela melhora do paciente. Até então, precisa-se ter essa discussão, essa ponte; acredito que isso que está sendo falho, está faltando essa ponte entre a UBS e o CAPS para dar continuidade a esse acompanhamento desse paciente, para que aconteça a melhora dele. (GF2)*

Dessa maneira, observam-se formações discursivas dominantes neste tópico que tangem as barreiras de acesso à atenção especializada, frequentemente por desconhecimento dos profissionais, carentes de conhecimento sobre as especificidades de cada ponto da rede e a articulação do sistema; além das barreiras de comunicação, em que os profissionais atuantes nos diversos pontos de atenção não dialogam entre si, gerando sistemas de atenção à saúde fragmentados e ineficientes (CAMPOS, 2007).

A APS possui o potencial de se tornar um local especializado para se conectar à multiplicidade territorial, adquirindo significância pela assistência à saúde ao ser forjada coletivamente (MERHY, 2019), ainda assim existem desafios inerentes à forma como as organizações vêm se estruturando, o que impede a possibilidade de operar de maneira interdisciplinar e dialógica (CAMPOS, 2007).

Isso denota sistemas de atenção à saúde fragmentados e dominantes, caracterizados pela organização de pontos de atenção isolados e desconectados entre si, exercidos na incapacidade de fornecer atendimento contínuo à população. Geralmente, não existe uma responsabilidade definida em relação à população. Nesses sistemas, a comunicação entre APS, secundária, terciária, sistemas de apoio e logísticos é deficiente. Por outro lado, os sistemas integrados de atenção à saúde, conhecidos como Redes de Atenção à Saúde (RASs), são organizados de forma coordenada, com pontos de atenção à saúde trabalhando em conjunto para oferecer assistência contínua e abrangente a uma população específica (MENDES, 2011).

#### **5.4 Desafios em APS: explorando as dificuldades**

Neste tópico, apresentam-se as formações discursivas associadas aos desafios encontrados pelos profissionais da APS em relação à assistência em saúde mental e às abordagens matriciais. Discutir-se-ão os tópicos de acordo com a cronologia de um paciente em busca de assistência, partindo, dessa maneira, do acolhimento: acolher é um verbo que se refere à ação de receber, receber de braços abertos, receber positivamente ou aceitar alguém ou algo de forma amigável, inclusiva e receptiva. O ato de acolher implica oferecer apoio, compreensão, conforto e cuidado a quem chega, demonstrando empatia e respeito por suas necessidades, preocupações ou dificuldades.

Em todas as etapas da prestação de cuidados, o acolhimento é, sem dúvida, uma dimensão fundamental. Desde o porteiro até o motorista, do auxiliar administrativo ao funcionário responsável pela limpeza, assim como toda a equipe técnica envolvida, o ato de acolher é o primeiro e indispensável passo para um atendimento adequado e bem-sucedido em um serviço de saúde (MINAS GERAIS, 2003).

Dessa forma, o acolhimento visa envolver toda a equipe multiprofissional para ouvir e resolver as questões dos usuários. Promove uma mudança no fluxo de entrada, de modo a evitar uma abordagem unidirecional (em que todos os pacientes são agendados para o médico). Todos os membros da equipe estão envolvidos no atendimento direto ao usuário. O trabalho na área da saúde envolve tanto as relações interpessoais (entre profissionais e usuários, assim como entre os próprios profissionais) quanto no diagnóstico e tratamento, resultando da complementação dos conhecimentos e práticas específicas e comuns das várias categorias, bem como da interação crítica desses diferentes saberes e práticas (MALTA *et al*, 2000).

Assim, o objetivo do acolhimento é promover uma transformação no processo de trabalho para atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, suprindo suas necessidades de saúde. Propõe-se uma reorientação das ações, envolvendo toda a equipe e promovendo a integração de conhecimentos e práticas, a fim de ampliar sua capacidade de resolução (MINOZZO, 2015). Nesse sentido, destaca-se:

*Esse paciente de saúde mental é muito mais abrangente do que conseguimos até mensurar, não é? Eu acho que acabamos olhando apenas os casos mais*

*gritantes. Acabamos deixando passar algumas coisas, porque não temos como abordar tudo, não temos como tratar tudo. Eu acho que não é só saúde mental e, logicamente, vamos discutir saúde e muitos outros pontos. Contudo, a saúde mental, eu acho, também fica negligenciada por conta de termos mais atenção somente nos casos extremamente graves. (GF2)*

Acolher a população em busca de assistência em saúde mental constitui um desafio complexo. Além das queixas relacionadas à complexidade desse processo, enfrenta-se também a alta demanda populacional em contraste com a disponibilidade limitada de profissionais capacitados. Essa conjunção de fatores torna necessário analisar de forma aprofundada as questões e buscar soluções efetivas para garantir um atendimento adequado e direcionado aos indivíduos que buscam cuidados em saúde mental. Isso fica evidente nas falas dos participantes:

*Muitas pessoas estão doentes e há poucos profissionais. (GF5)*

*Há muitos pacientes que, na verdade, não conhecemos. Não temos recursos para assumir esses pacientes; não temos médicos, agentes comunitários de saúde, enfermeiros, não temos uma equipe para acolher esses pacientes. Então existe o matriciamento, existe a retaguarda, mas a atenção básica está deixando de cumprir esse papel. Sabemos que há muitas tentativas de suicídio, por exemplo, bastantes. Vem a demanda para a assistente social, e antes, quando não havia assistente social, tudo caía no colo da enfermeira, que era a única para fazer todo o ciclo de vida. Então ela tinha que agir por prioridade, óbvio, tinha que fazer isso. Mas agora veio a assistente social há uns meses para também ajudar nessa demanda. Então, o que está faltando é um pouco de apoio para a rede, não é? Gestão. (GF2)*

*Principalmente porque estenderam a área de atendimento na unidade e não há profissional para atender todo mundo. Essa demanda que surgiu, que está atendendo a todos, é apenas da boca para fora, porque é impossível expandir tanta área com o mesmo número de pessoal para atender. (GF2)*

*Até porque é um território que não conhecemos, vamos dizer assim. Precisamos de mais acesso, mais médicos, mas primeiro uma equipe para suprir essa demanda desse território. (GF2)*

Em diversos momentos, observa-se a ressurgência da visão biomédica e tecnicista, que se concentra principalmente no papel do médico e na suposta resolutividade da especialidade, negligenciando os princípios da APS, como a busca pela resolutividade dos problemas de saúde, além da implementação adequada do matriciamento, que envolve a formação de equipes de referência e apoio.

De acordo com Iglesias (2015), apesar de a responsabilidade terapêutica ser compartilhada, a equipe de referência tem a função de gerenciar o cuidado integral e contínuo, apoiado pela proximidade e pelo vínculo com os indivíduos, seus familiares e a comunidade. A abordagem matricial considera a corresponsabilização entre a equipe de referência, a equipe matricial e os usuários do sistema de saúde, bem como seus familiares e os gestores. Porém,

*Não é só empurrar tudo para o clínico, que ele chega numa situação dessa e não sabe nem o que fazer, porque ele não é psiquiatra. Ele tem que estudar e verificar todas essas medicações e, além disso, ele não pode ficar mudando as medicações para o paciente, porque ele não é psiquiatra. (GF4)*

*E o atendimento médico é o que já falamos: é do clínico, não é? E o clínico só encaminha, não é, porque não está apto a receitar certas medicações, certas coisas. Se eu disser que estou com problema de sono, ele vai receitar uma fluoxetina. Eu acho que não é assim, ele não sabe o que eu tenho. E vai e diz que você está com problema para dormir, que você está cansado, não investiga, não é? Só manda a receita. (GF3)*

Nesse sentido, a resolutividade, no contexto dos serviços de saúde, é sinônimo de capacidade de solucionar problemas, sendo utilizada como um indicador de avaliação desses serviços com base nos resultados alcançados durante o atendimento prestado aos usuários (D'ÁGUIAR, 2001). Durante a década de 80, com o domínio do modelo biomédico, a resolutividade estava associada à solução dos problemas de saúde trazidos pelos usuários, bem como à satisfação tanto do paciente quanto do médico. Dessa forma, um serviço era considerado mais resolutivo quando solucionava a maior proporção dos problemas apresentados a ele (TURRINI *et al.*, 2008).

No contexto atual, com a adoção do modelo Integral de Saúde, o conceito de resolutividade vai além dessa ideia e abrange outras dimensões. Uma delas diz

respeito à avaliação do acompanhamento dos serviços, ou seja, sua capacidade de gerar um impacto real ou potencial por meio de ações que incluem os componentes de integralidade do serviço e acesso universal. O conceito de seguir faz parte de um dos sete pilares propostos por Donabedian para avaliar a qualidade da assistência. Os outros pilares são eficácia, eficiência, otimização, aceitabilidade, conformidade e equidade (D'ÁGUIAR, 2001; TURRINI *et al.*, 2008; VIANA *et al.*, 2006).

Uma dimensão importante é a integralidade da atenção: o desenvolvimento de uma abordagem integral não apenas propicia uma visão humanizada do usuário, mas também reconhece o contexto social e familiar, considerando os diversos fatores que influenciam sua condição de saúde, bem como os determinantes do processo saúde-doença. Essa abordagem permite a integração das ações de promoção, prevenção e tratamento como aspectos essenciais e interdependentes. Ademais, o conceito de resolutividade relaciona-se à satisfação do usuário (a percepção do serviço prestado) e à interdisciplinaridade entre diferentes setores (D'ÁGUIAR, 2001).

Dentre as formações discursivas associadas à exploração das dificuldades na APS, a que apareceu com maior frequência associa-se à “troca de receitas”. Em parte, devido às barreiras de acesso discutidas no tópico anterior, verifica-se a falta de resolutividade na assistência à população e a baixa aceitação da responsabilidade da equipe de referência, não apenas quanto à assistência em saúde mental, mas também pela assistência integral do indivíduo.

*Geralmente, eles só vêm trocar a receita, e então esse acompanhamento não tem uma rotina assim; não tem um cuidado mais próximo. Não existe algo específico; eles só vêm quando estão sem medicação, quando acabou, quando está precisando trocar a receita. (GF2)*

*Eu que faço, deixo na pastinha verde ali; o doutor até faz; o doutor só não receita algo que ele não sabe; a pessoa já toma, deixa na pastinha verde que ele faz a receita. (GF3)*

*E o nosso psiquiatra que atende sofrimento mental está muito difícil. Como nem sempre consegue CEM, na maioria das vezes a gente faz, orienta o morador a vir aqui e só trocar a receita com o médico, quer dizer, ele não está fazendo aquele tratamento que deveria fazer, de mês em mês, a cada 3 meses, porque vai direto para o CEM. Então não tem como, ou você passa na casa do morador só, ele vem agendar a consulta dele, troca a receita, não*

*sabe nem se esse remédio está fazendo efeito mesmo, que ele passa uma vez com o psiquiatra e tem dois anos que ele não passa mais, quer dizer, está muito a desejar. (GF3)*

Essa falta de acompanhamento mais constante pode comprometer a efetividade do tratamento, pois os profissionais não avaliam regularmente a evolução dos pacientes e não verificam se os medicamentos estão produzindo o efeito esperado. Ademais, a dificuldade de acesso a um especialista é apontada como obstáculo, levando a que muitos pacientes sejam encaminhados para o Centro de Especialidades Médicas (CEM) e não sejam acompanhados adequadamente.

A renovação de prescrições médicas sem uma avaliação clínica adequada constitui uma prática comum em unidades de saúde; a manutenção de rotinas restritas para renovação de receitas na APS suscita questionamentos sobre os benefícios dessa prática para a população. O processo de renovação, conforme conduzido na APS, não apenas causa impacto logístico no fluxo de trabalho, mas pode também afetar a saúde dos pacientes (PETTY *et al.*, 2014). Os profissionais seguem:

*E como muda, todo ano muda, não é? Você se acostuma, vai no psicólogo, vem, faz o controle, e mês que vem é outro; você acostuma, depois mês que vem é outro, aí você tem que começar tudo de novo; aí que acontece, demora a pegar a confiança, aí tem gente que já não quer. Aí tem gente que fala que já não vai mais não, que não gosta daqui, acaba parando o tratamento, não é? Pega a medicação para 5, 6 meses e, como a colega falou, só vão pegando receita e pronto. (GF3)*

*Na verdade, faz a visita, claro. Dá a referência nesses casos e passa para os médicos se for trocar a receita, dá uma referência, não é? (GF5)*

*E eles já são orientados também a voltarem no tempo certo ao psiquiatra deles; eles próprios já têm essa orientação com eles. Aqui faz a troca de receita, e ele é orientado a voltar ao médico psiquiatra no tempo certo. (GF5)*

*E assim, mesmo com essa troca de receita controlada, se um morador que a doutora não conhece vai ser agendado, ou dependendo da necessidade, acaba se encaixando, mas assim é complicado. (GF2)*

*Na APS, eu falo do que a gente tem aqui; os pacientes eles vêm mais para troca de receita ou quando ainda não fazem nenhum tipo de medicação, uso, ou por insônia, ansiedade, depressão; aí a gente tenta conduzir aqui; quando não consegue, os médicos encaminham geralmente para o CEM, ou a gente orienta o CAPS, que é porta aberta, que tem o acolhimento, não necessariamente passa atendimento aquele dia. (GF4)*

Torna-se crítico o fato de que a prática de renovação de receitas está se tornando cada vez mais frequente, e sua proporção varia de acordo com a faixa etária da população, sendo mais comum em idosos devido à maior prevalência de doenças crônicas. Tal prática pode levar à manutenção de medicamentos desnecessários, que não são indicados para o diagnóstico ou são contraindicados de acordo com a idade ou condição clínica atual do paciente, o que pode resultar em iatrogenias (PETTY *et al*, 2014).

Entretanto, justifica-se frequentemente essa prática na APS visando otimizar o tempo de cada consulta, facilitar o atendimento médico e aumentar a conveniência para o paciente (HOLDEN, 2009). No entanto, a renovação automática de receitas em contextos de alta demanda pode ser prejudicial à saúde, especialmente se a população atendida se sentir satisfeita com esse processo, acreditando que seu problema de saúde está sendo monitorado, mesmo quando isso não é verdade (REIS *et al*, 2008).

De acordo com o Código de Ética Médica, no artigo 3º, Capítulo III, é vedado ao médico "deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente". Assim, o médico que renovou a prescrição assume total responsabilidade legal sobre as consequências do ato prescritivo, não se isentando por não ser o prescritor de origem (CFM, 2019).

As renovações automáticas de prescrições médicas não são somente consequência de problemas de gestão e sobrecarga na APS, mas também resultam de uma cultura estabelecida em alguns serviços, alimentada tanto por profissionais quanto por usuários. Há o risco de que os usuários considerem essas práticas de cuidado e atenção, especialmente quando as veem como uma forma de economizar tempo, realizadas com frequência e aparentemente sem consequências negativas (REIS *et al*, 2008).

Portanto, não se trata de um problema meramente assistencial, mas também cultural e de gestão, que demanda discussões e esforços para ser alterado (REIS *et al*, 2008). Alguns profissionais de APS não concordam com a prática da forma que ocorre, afirmando, em consonância com a literatura, que o problema está associado à alta demanda e à sobrecarga das equipes.

*Então, essa troca de receita, na minha concepção, não deveria acontecer. Tinha que ter consulta mesmo; o cidadão veio e precisa ser consultado, ser atendido por um médico. Mas o que acontece é que não há médico para todos; eles precisam fornecer esse profissional mais um para suprir essa demanda e não jogar tudo no colo dela, como está sendo feito. (GF2)*

*Uma coisa que, particularmente, eu acho errada, é essa troca de receita. O que acontece: a doutora fica com essa demanda muito grande, ela fica com essa responsabilidade também, porque eles trocam receita apenas. Na maioria das vezes, ela não vê esses pacientes, fica trocando receita, trocando, trocando; há alguns casos em que sabemos que a medicação pode não estar fazendo efeito. (GF2)*

*Porque nós não conseguimos absorver tudo, a quantidade de pacientes que chegam aqui querendo trocar receita, entendeu? O que faremos? Eu mando ele para onde? Será que se eu disser a ele: "O senhor pode ir lá no CAPS", ele será atendido? "O senhor vai na UPA". Será que ele será atendido? Porque, se ele for na UPA, for no CAPS e não for atendido, ele vai voltar aqui só com ódio. E aí? Então falta saber o que fazer, como referenciar esse paciente e pensar também, principalmente, nós que ficamos na recepção e recebemos as reclamações primeiro. (GF2)*

Após a explanação sobre a prática das renovações de receita, abre-se outra discussão: a manutenção das prescrições ajuda na continuação do tratamento? De acordo com Reis *et al*. (2008), se realizada de maneira ideal, a renovação automática poderia promover maior comprometimento com o tratamento, facilitar a avaliação medicamentosa, garantir a adesão à terapêutica e identificar a necessidade de exames complementares.

*Há algo bem interessante aqui na unidade sobre as trocas de receitas; nós sabemos da importância de o paciente continuar medicado, então não é questão de ele deixar de tomar um dia. Temos essa preocupação; por*

*exemplo: mesmo que tenha acabado no dia, nós fazemos essa troca imediata, então passamos as medicações nos casos mais difíceis, mais graves, e temos alguns. (GF5)*

*Acho que as ações do matriciamento, se elas realmente funcionarem, trariam o paciente psiquiátrico a voltar à consulta psiquiátrica. Ele vai ao CAPS porque quer a consulta, mas, como tem acesso aqui no posto para trocar as receitas, então ele deixa de ir à consulta com o psiquiatra, ele deixa de ter essa avaliação e esse acompanhamento que deveria ocorrer a cada "x" meses, mas eles vêm aqui só para trocar as receitas, mesmo que a gente diga: "Sua receita está muito antiga". Se o médico não gosta de trocar a receita porque o paciente não está em acompanhamento, nós sabemos que esse paciente não pode ficar sem medicação, então nós esbarramos nisso. (GF4)*

*E por mais que nós orientemos os nossos moradores para que não deixem acabar a medicação antes de vir atrás, entendeu? (GF2)*

Dessa maneira, observa-se que o acolhimento em saúde mental desempenha um papel crucial na promoção do bem-estar e na evolução dos cuidados, tornando-se essencial que os profissionais de atenção em saúde mental desenvolvam habilidades de acolhimento, como empatia, escuta ativa e sensibilidade, a fim de estabelecer uma relação terapêutica sólida com os pacientes, mesmo com os desafios enfrentados, como a falta de recursos, a escassez de profissionais e o estigma associado aos transtornos mentais.

A renovação automática de receitas na APS apresenta tanto pontos positivos quanto negativos a serem considerados. Por um lado, essa prática pode trazer benefícios, como o aumento da adesão ao tratamento e o cumprimento da terapêutica, além de proporcionar economia de tempo tanto para os profissionais de saúde quanto para os pacientes. Por outro lado, existem desafios e riscos potenciais associados a essa prática, como a falta de uma avaliação clínica adequada, que pode comprometer a verificação do uso correto das medicações, a avaliação da eficácia terapêutica, a detecção de efeitos colaterais e a minimização dos riscos ao paciente.

De acordo com Orlandi (2012), para a AD, considera-se o conteúdo explícito e manifesto do discurso, ou seja, aquilo que é expresso de forma direta e visível nas palavras faladas ou escritas, sendo a parte do discurso que é facilmente percebida e

compreendida, aqui denominada como “dito”. Ao longo da análise e discussão dos dados, torna-se evidente que, embora o matriciamento seja uma abordagem que visa integrar a saúde mental à APS e fortalecer o cuidado integral (CAMPOS, 2007), é importante reconhecer os desafios que podem surgir em sua implementação, como obstáculos de sobrecarga dos profissionais da atenção básica, as barreiras de comunicação e de acesso, resultando em uma atenção fragmentada (CAMPOS, 2007; MENDES, 2011).

Porém, apesar de se partir do dizer, de suas condições e da relação com a memória, na AD existe sempre no dizer um não-dizer necessário, isto é, um dizer do presente sustentado na ausência discursiva. O "não-dito" refere-se a tudo o que não é expresso de maneira explícita no discurso, mas que pode ser subentendido a partir do contexto, das entrelinhas e das lacunas, podendo revelar intenções, atitudes e perspectivas que não são esperadas à primeira vista (ORLANDI, 2012). Assim, embora não esteja evidente nos discursos analisados, nota-se implicitamente a ressurgência aos tópicos assistenciais baseados em uma visão limitada e controlada para o modelo biomédico, no qual a saúde mental é tratada apenas como uma questão de diagnóstico e prescrição medicamentosa, em oposição aos princípios da PNAB (2017) e do modelo de AM preconizado por Campos (2007).

Em última análise, o contexto da pesquisa atual ocorreu em um período de mudanças implementadas pela PNAB (2017), que aprofundaram as divergências entre o AM preconizado por Gastão Wagner de Campos e a efetiva prática em saúde na APS, de modo que o componente multiprofissional tornou-se enfraquecido pela extinção do financiamento e credenciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), tendendo ao desaparecimento a médio prazo (GIOVANELLA *et al.*, 2020), sendo substituídos por equipes com interface no modelo biomédico, orientadas à atenção curativa, compostas por um médico e um enfermeiro, enfraquecendo o enfoque territorial e a integralidade do cuidado (MOROSINI *et al.*, 2018).

Dessa maneira, nota-se um rompimento na abrangência universal do SUS, fundamentado em um paradigma de equidade, que se afasta da abordagem de redes integradas de atenção à saúde e associa-se a políticas restritivas de ajuste fiscal. As reformas políticas em saúde propostas pelo governo intensificaram a tendência ao retorno do modelo biomédico tecnicista, além de favorecerem a mercantilização e a diminuição da qualidade dos serviços de APS (GIOVANELLA *et al.*, 2020).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o curso da pesquisa, que englobou desde as entrevistas com os profissionais até a análise e discussão dos resultados, compreendeu-se a partir das percepções dos profissionais da APS que existem divergências no conhecimento e nas abordagens adotadas entre as distintas unidades de saúde.

Os participantes demonstram o conhecimento teórico em relação ao matriciamento em conformidade com o processo metodológico proposto por Gastão Wagner de Campos, descrevendo-o como projeto pedagógico-terapêutico voltado para a integração entre as especialidades e a APS.

Entretanto, de acordo com os profissionais, os conceitos e os princípios práticos não estão em conformidade com os princípios da APS, nem com o modelo de AM descrito.

Essa discrepância ressalta a importância de um diagnóstico situacional preliminar nos territórios e na RAPS antes da efetivação do matriciamento. Tal diagnóstico revela-se essencial para compreender as necessidades das equipes, avaliar as ações já integradas e estabelecer expectativas realistas dos resultados esperados para melhor eficácia das práticas futuras, visando à atenção integral à saúde da população.

Dentre os motivos para essa dificuldade de integração entre a APS e a atenção especializada por diversas barreiras, como a sobrecarga dos profissionais, as barreiras de comunicação e as barreiras de acesso à atenção especializada.

Assim sendo, como forma de colaborar com o diagnóstico situacional em saúde mental nos diferentes territórios do município de Campo Grande-MS, bem como promover a ferramenta matricial de educação continuada como mecanismo de capacitação profissional e desenvolvimento contínuo, a partir deste trabalho elaborou-se uma cartilha com os princípios teórico-práticos do matriciamento em saúde mental, que será apresentada à Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande-MS para ser utilizada como ferramenta de apoio para profissionais matriciadores e equipes de referência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P.; **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

ANDRADE, S. M. O.; PEGOLO, G. E. **A pesquisa científica em saúde: concepção, execução e apresentação**. 3. ed. [recurso eletrônico]. Campo Grande-MS: Editora UFMS, 2023.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?. **Saúde e sociedade**, v. 11, p. 67-84, 2002.

BERLINCK, M. T.; MAGTAZ, A. C.; TEIXEIRA, M. *A reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas e problemas*. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 21-28, mar. 2008. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142008000100003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n1/a03v11n1.pdf>. Acesso em: 1 abr. 2021.

BOTEGA, N. J.; OLIVEIRA, C. F. A.; CAIS, C. F. S.; STEFANELLO, S. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais da saúde da APS. Campinas; Universidade Estadual de Campinas; 2009. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1241.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**: documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf). Acesso em: 2 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental**. 1. ed. Brasília, 2015. (Caderno HumanizaSUS; v. 5)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. 1. ed. Brasília, 2004. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. 1ª reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

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

<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2021.

CAMPOS, G. W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2021.

CAMPOS, K. F. C. **Educação permanente em saúde e mudança de modelo assistencial: avanços e desafios no cotidiano da APS**. 2018. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

CARDOSO, C. L. Relações Interpessoais na Equipe do Programa de Saúde da Família. In: **Psicologia: Ciência e Profissão**. Brasília, v. 22, n1, p2-9, 2002.

CARVALHO, V. P. S. **Análise da relação entre o estilo de vida da população economicamente ativa e a prevalência da depressão**. 2016. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Código de ética médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019**. Brasília, 2019.

D'AGUIAR, J. M. M. **O Programa Saúde da Família no Brasil: a resolutividade do PSF no município de Volta Redonda-RJ**. 2001. Dissertação de Mestrado. ENSP/FIOCRUZ.

DELGADO, P. G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, e0021241, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v17n2/1678-1007-tes-17-02-e0020241.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2021.

DUARTE, M. K. F. S.; BERNARDES, J. S. O AM em uma residência multiprofissional em saúde: algumas pistas encontradas. **Revista Eletrônica Gestão e Serviços**, v. 12, n. 1, p. 3319-3340, 2021.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 37. ed. São Paulo: Paz e Terra. 2016.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(4):1475-1481, 2020

GONÇALVES, D. A.; BALLESTER, D.; CHIAVERINI, D. H.; TOFOLI, L. F.; CHAZAN, L. F.; ALMEIDA, N.; FORTES, S.; **Guia prática de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

GONÇALVES, M. S.; EDLER, F.C. Os caminhos da loucura na corte imperial: um embate historiográfico acerca do funcionamento do Hospício Pedro II de 1850 a 1889.

**Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental** [online], v. 12, n. 2, p. 393-410, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142009000200013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlpf/v12n2/v12n2a13.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2023.

GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere-vol. 5**. Editora José Olympio, 1999.

GUEDES, C. R.; NOGUEIRA, M. I.; CAMARGO JR, K. R.; A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Ciência & saúde coletiva**, v. 11, p. 1093-1103, 2006.

HIRDES, A.; SCARPARO, H. B. K. O labirinto e o minotauro: saúde mental na APS. Rio de Janeiro: **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 20, n. 2, p. 383-393, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.12642013>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000200383&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000200383&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 31 mar. 2023.

HOLDEN, J. BROWN, G. The introduction of repeat dispensing for 600 patients in one general practice. **International Journal of Pharmacy Practice**, v. 17, n. 4, p. 249-251, 2009.

IGLESIAS, A. **O matriciamento em saúde mental sob vários olhares**. 2015. Tese (Doutorado em Psicologia) – Centro de Ciências Humanas e Naturais, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2015.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde** — Manguinhos, vol. VIII (1): 48-70, mar.-jun. 2001.

LIMA, J. G.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; FAUSTO, M.; MEDINA, M. G. Barreiras de acesso à APS em municípios rurais remotos do Oeste do Pará. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 20, 2022.

MACHADO, R. C. M.; LUZ, R.; MURICY, K. R.; LOUREIRO, A.; **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MALTA, D. C.; VILA, R. L. A.; ROCHA, N. S. P. D.; UCHOA, A. C.; ROCHA, P. M. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência de Belo Horizonte. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.24, n. 56, p. 2134, set/dez 2000.

MATTOS, M. P.; GUTIÉRREZ, A. C; CAMPOS, G. W. S. Construção do referencial histórico-normativo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 3503-3516, 2022

MELLO FILHO, J.; SILVEIRA, L. M. C. Consulta conjunta: uma estratégia de capacitação para a atenção integral à saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 47-151, maio/ago. 2005.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf). Acesso em 31 mar. 2023.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. Tradução de Carlos Alberto Ribeiro de Moura. 5. ed. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2018.

MIELKE, F. B.; OLCHOWSKY, A. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: a avaliação de AM. Brasília: **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 6, p. 900-907, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000600005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/05.pdf>. Acesso em 31 mar. 2023.

MINAS GERAIS. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **Questões do acolhimento: sem medo de responder**. Belo Horizonte: Sirimim, ano II, n.1, set/out 2003. 4p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo, 2010.

MINÓIA, N. P.; MINOZZO, F. Acolhimento em saúde mental: operando mudanças na APS. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 35, p. 1340-1349, 2015.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, 42(116):11-24, 2018.

NÓBREGA, T. P. Corpo, percepção e conhecimento em Merleau-Ponty. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 13, p. 141-148, 2008.

NUNES, L. O.; CASTANHEIRA, E. R. L.; DIAS, A.; ZARILI, T. F. T.; SANINE, R. R.; MENDONÇA, C. S.; MONTI, J. F. C.; CARRAPATO, J. F. L.; PLACIDELI, N.; NEMES, M.I.B. Importância do gerenciamento local para uma APS nos moldes de Alma-Ata. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 42, n. 175, 2018. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.175>.

OLIVEIRA, W. V. **A assistência a alienados na cidade do Rio de Janeiro (1852-1930)**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. Campinas – São Paulo. Fontes Editores, 2012.

ORLANDI, Eni P. **Língua Brasileira e outras histórias**. Campinas: RG, 2009.

ORLANDI, Eni P. Sentidos em fuga: efeitos da polissemia e do silêncio. In: **Sujeito, Sociedade, Sentidos**. Guilherme Carroza. Mirian dos Santos e Telma Domingues da Silva (orgs), Campinas: RG, 2012a.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para compreensão crítica. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

PÊCHEUX, M. Análise Automática do Discurso. In: **Por uma análise automática do discurso**: uma introdução à obra de Michel Pêcheux. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, pp.61-161, 1969.

PECHEUX, M.. Ler o Arquivo Hoje. In. ORLANDI, E. (org.) **Gestos de Leitura**. Campinas: Unicamp, 1994.

PÊCHEUX, M.; ORLANDI, E. P. **Semântica e discurso**: uma crítica à afirmação do óbvio. Editora da UNICAMP, 1995.

PETTY, D. R.; ZERMANSKY, A. G.; ALLDRED, D P. The scale of repeat prescribing–time for an update. **BMC health services research**, v. 14, p. 1-4, 2014. Disponível em: [pt=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000300020&lng=en&nrm=iso](https://doi.org/10.1186/s12913-014-0020-2)>. Acesso em: 20 jun. 2023.

PORTES, L. H.; CAMPOS, E. M. S.; TEIXEIRA, M. T. B.; CAETANO, R. RIBEIRO, L. C. Ações voltadas para o tabagismo: análise de sua implementação na APS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 439-448, 2014.

REIS, I. L. F.; ALVES, L. F. C.; CUNHA, L. D. R.; CAVALLI, M. A. P.; AGUIAR, R. A. T. Renovação de Prescrição Médica na APS: uma análise crítica. **Rev Med Minas Gerais**, v. 1936, n. 28, 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica. Núcleo de Vigilância das Doenças e Agravos não Transmissíveis. **Prevenção do suicídio no nível local**: orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram. Porto Alegre: CORAG, 2011. Disponível em: <https://www.polbr.med.br/ano11/034704do1ao64.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2023.

RIVERA, F. J. U. Reflexões sobre a subjetividade na gestão a partir do paradigma da organização que aprende. **Ciência e Saúde Coletiva**, 6:209-19, 2001.

RODRIGUES, R. R. J. Os efeitos de sentido acerca do trabalho em diferentes gêneros discursivos. **Rev. Psicol. UNESP**, Assis, v. 13, n. 1, p. 52-59, jan. 2014. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-90442014000100005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442014000100005&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 16 abr. 2023.

SAMPAIO, J. J. C.; BARROSO, C. M. C. Centros de Atenção Psicossocial e Equipes de Saúde da Família: diretrizes e experiências no Ceará. In: LANCETTI, A. (org.). **Saúde Mental e Saúde da Família**. São Paulo: HUCITEC, p. 167-188, 2002. (Série Saúde Loucura n. 7.).

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00313>.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; SILVA, G. A.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. M.; CHOR, D.; MENEZES, P. R. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. 2011. **The Lancet**, special number, p. 61-73, 2011.

SERAPIONI, M. Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. **História, Ciência e Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1169-1187, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0104-59702019000400008>.

SILVA JUNIOR, A. G; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007

SOUTO, L. R. F.; OLLIVEIRA, M. H. B. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde debate** [online], v. 40, n. 108. p. 204-218, 2016 DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080017>.

STARFIELD, B. **APS**: equilíbrio entre as necessidades, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 19 [3]: 777-796, 2009.

TEIXEIRA, M. O. L.; RAMOS, F. A. C. As origens do alienismo no Brasil: dois artigos pioneiros sobre o Hospício Pedro II. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental** [online], v. 15, n. 2, p. 364-381, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142012000200011>.

TURRINI, R. N. T.; LEBRAO, M. L.; CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, 2008.

UCHÔA, S. M.; AZEVEDO, N. O.; DEININGER, L. S. C. Barreiras de acesso dificultam a acessibilidade aos serviços de saúde: um relato de experiência. in: **Anais do 8º congresso brasileiro de ciências sociais e humanas em saúde**, 2019.

UZELLI, G. P.; LIMA, R. S.; PIRES, W. P.; SCHIRMBECK, T. Avaliação das dificuldades enfrentadas pelo paciente para realização de uma consulta médica de nível terciário. **Comun. ciênc. saúde**, p. 207-214, 2012.

VIANA, A. L. A. *et al.* Modelos de APS nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 577-606, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental Health Action Plan 2013-2020**. Geneva: World Health Organization, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS. **Integrating mental health into primary care**: a global perspective. Geneva: WHO, 2008.

## **APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado participante, você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “O Matriciamento como estratégia de gestão compartilhada em saúde mental: percepção dos profissionais da APS no município de Campo Grande-MS”, desenvolvida pelos pesquisadores Guilherme Arthur Fatini Moreira e André Barciela Veras.

O objetivo central do estudo é compreender como se dá a percepção dos profissionais da APS em relação ao AM, analisando-se o processo de trabalho na APS e sua integração com a RAPS, identificando os fatores facilitadores e as barreiras e ao AM.

O convite para a sua participação se deve ao seu envolvimento no AM nesta unidade de saúde, serão incluídos nessa pesquisa gerentes de unidades de saúde, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais e agentes comunitários de saúde.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não terá prejuízo algum caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

A sua participação consistirá em responder perguntas baseadas em um roteiro de entrevista ao pesquisador. A sua participação está condicionada à gravação da entrevista por áudio, caso não autorize a gravação, não poderá continuar na pesquisa.

O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente 20 minutos. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas os pesquisadores.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, sob guarda e responsabilidade do pesquisador responsável, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução CNS nº 466/2012.

Não haverá compensação financeira para os que decidirem participar da pesquisa e os benefícios a seguir serão indiretos e relacionados com a sua colaboração nesta pesquisa: compreensão do processo de AM, explorando-se de que

maneira a integração entre saúde mental e APS pode contribuir para a promoção e proteção à saúde de indivíduos com transtorno mental.

Você não terá qualquer prejuízo, porém, caso sinta-se constrangido, sinta que a pergunta não é adequada ou qualquer outra situação que lhe cause desconforto, poderá deixar de responder às perguntas ou encerrar a entrevista.

Ninguém, além dos pesquisadores saberão das suas respostas e em nenhum momento você poderá ser identificado, ou seja, os dados da pesquisa são anônimos e apenas o pesquisador e você terão acesso a este documento em que consta seu nome. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

---

Rubrica do participante

---

Rubrica do pesquisador

Os resultados desta pesquisa serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e no formato de dissertação/tese.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma do participante da pesquisa e outra do pesquisador. Em caso de dúvidas quanto à sua participação, você pode entrar em contato com o pesquisador responsável através do e-mail [gfatini@gmail.com](mailto:gfatini@gmail.com) ou do telefone (67) 98139-7516.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS (CEP/UFMS), localizado no Campus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, prédio das Pró-Reitorias 'Hércules Maymone' – 1º andar, CEP: 79070900. Campo Grande – MS; e-mail: [cepconeppropp@ufms.br](mailto:cepconeppropp@ufms.br); telefone: 67-3345-7187; atendimento ao público: 7h30min às 11h30min (período matutino) e das 13h30min às 17h30min (período vespertino). O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o comitê tem o

papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Como informado, sua participação neste estudo é voluntária. Você pode escolher não fazer parte do estudo ou pode desistir a qualquer momento. Você não perderá qualquer benefício ao qual tem direito.

Você receberá uma via assinada deste termo de consentimento.

Declaro que li e entendi este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e sou voluntário a participar deste estudo.

---

Nome completo e assinatura do participante voluntário

---

Nome completo e assinatura do pesquisador

Campo Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B – Roteiro de Questões

1. Você sabe como se articula a Rede de Atenção Psicossocial (CAPS, CEM, RT, Consultório de Rua, etc)?
2. Você sabe o que é matriciamento/AM? O que você acha dessa proposta?
3. Você sabe quais as diferenças no atendimento em saúde mental que acontece na rede especializada (CAPS e CEM) e na APS?
4. Como acontece nesta unidade o atendimento aos usuários em sofrimento mental?
5. Como acontece o matriciamento/AM nesta unidade? Quem participa? Como vocês se organizam?
6. Como acontece o processo de escolha dos casos a serem levados para a discussão na reunião junto ao matriciamento/AM?
7. O matriciamento/AM supre as demandas em Saúde Mental existentes neste território de saúde?
8. Como você gostaria que fosse o matriciamento/AM?
9. Vocês enfrentam dificuldades em relação ao matriciamento/AM? Se sim, quais?
10. Como você avalia as ações do matriciamento/AM?
11. O que você sugere de mudanças neste trabalho?

## APÊNDICE C – CARTILHA DE ORIENTAÇÃO SOBRE MATRICIAMENTO



### **MATRICIAMENTO COMO ARRANJO DE GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE MENTAL**

Orientações aos profissionais

Guilherme Arthur Fatini Moreira

Campo Grande – MS

2023

## ÍNDICE

APRESENTAÇÃO .....	3
ENTENDENDO O MATRICIAMENTO .....	4
IMPLEMENTANDO O MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL .....	6
QUANDO SOLICITAR O MATRICIAMENTO? .....	7
FORMAS DE MATRICIAMENTO .....	8
EXEMPLOS DE CASOS .....	9
SUPERANDO DESAFIOS NO MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL .....	10
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	15
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	17

## APRESENTAÇÃO

A busca por uma abordagem mais abrangente e eficaz na área da saúde mental tem levado os profissionais a explorar novos modelos de gestão que promovam o bem-estar integral dos indivíduos. Nesse contexto, surge o conceito de matriciamento, uma estratégia que se destaca como um poderoso instrumento para a construção de uma rede de cuidados mais integrada e humanizada.

Esta cartilha é resultado de uma Dissertação de Mestrado que teve como base a percepção de profissionais da Atenção Primária do município de Campo Grande – MS e tem como propósito fornecer orientações claras e práticas aos profissionais de saúde interessados em compreender e implementar o matriciamento como um arranjo de gestão compartilhada em saúde mental. Exploraremos os fundamentos desse modelo, suas implicações e os percurso necessário para sua aplicação eficaz.

Nosso objetivo é auxiliar na capacitação dos profissionais para que possam adotar o matriciamento como uma abordagem colaborativa, capaz de promover a troca de conhecimentos, a interdisciplinaridade e a participação ativa dos pacientes e suas famílias no processo de cuidado.

À medida que avançamos nesta jornada, convidamos você a explorar o mundo do matriciamento e a considerar seu potencial transformador na área da saúde mental. Esperamos que esta cartilha seja uma ferramenta útil e inspiradora para todos os profissionais comprometidos em oferecer um cuidado mais abrangente, humano e eficiente aos indivíduos que necessitam de apoio em sua jornada de saúde mental.

## ENTENDENDO O MATRICIAMENTO

O matriciamento é uma abordagem que visa superar as barreiras tradicionais da atuação individualizada dos profissionais de saúde. Ao invés de um modelo hierárquico, o matriciamento propõe uma gestão colaborativa, na qual diferentes especialidades e áreas de conhecimento se unem para prover cuidados abrangentes e adaptados às necessidades individuais de cada paciente.



### PILARES DO MATRICIAMENTO

**Compartilhamento de Saberes:** O matriciamento promove a troca contínua de conhecimentos entre os profissionais de saúde, incentivando a interdisciplinaridade e a construção coletiva de estratégias de cuidado. Essa colaboração enriquece as abordagens terapêuticas e contribui para a tomada de decisões mais embasadas.

**Envolvimento dos Pacientes:** O matriciamento reconhece o paciente como parte ativa do processo de cuidado. Ao envolver os pacientes e suas famílias nas discussões sobre o tratamento, torna-se possível construir planos terapêuticos mais alinhados com suas necessidades, valores e objetivos.

**Gestão Compartilhada:** A gestão compartilhada é a espinha dorsal do matriciamento. Ela implica em uma distribuição equitativa de responsabilidades entre os profissionais de diferentes áreas, promovendo uma visão mais holística e integrada do paciente.



### **Quem compõe a equipe de referência?**

Todos os profissionais envolvidos com assistência em saúde mental atuantes na Atenção Primária à Saúde.

### **Quem compõe a equipe matricial?**

Profissionais com núcleo de conhecimentos específicos na área de saúde mental.

## IMPLEMENTANDO O MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL



O matriciamento requer uma abordagem flexível, na qual a avaliação contínua e os ajustes são parte integrante do processo. Monitorar o progresso das práticas, avaliar a eficácia das intervenções e realizar ajustes conforme necessário são passos importantes para garantir a

## QUANDO SOLICITAR O MATRICIAMENTO?

- ❖ Nos casos em que a equipe de referência sente necessidade de apoio em saúde mental para abordar e conduzir um caso que exige, por exemplo, esclarecimento diagnóstico, estruturação de um projeto terapêutico e abordagem familiar.
- ❖ Quando se necessita de suporte para realizar intervenções psicossociais específicas da atenção primária, como grupos de pacientes com transtornos mentais.
- ❖ Para integração do nível especializado com a atenção primária no tratamento de pacientes com transtorno mental, como, por exemplo, para apoiar na adesão ao projeto terapêutico de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes em atendimento especializado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).
- ❖ Quando a equipe de referência sente necessidade de apoio para resolver problemas relativos ao desempenho de suas tarefas, como, por exemplo, dificuldades nas relações pessoais ou nas situações especialmente difíceis encontradas na realidade do trabalho diário.



Leia mais em: CHIAVERINI, D. H. organizador. **Guia prático de matriciamento em Saúde Mental**.  
Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

## FORMAS DE MATRICIAMENTO



- ❖ **Interconsulta:** Envolve a discussão do caso entre o matriciador e os profissionais da equipe, como médicos ou enfermeiros, em reuniões de equipe ou em momentos convenientes para ambas as partes. Essa abordagem permite que a equipe da atenção primária obtenha insights e orientações do matriciador, auxiliando na determinação da melhor estratégia de tratamento.
- ❖ **Consulta conjunta:** Nesse formato, é agendado um horário em que tanto o matriciador quanto o médico da equipe atendem o paciente simultaneamente. Durante essa consulta, os profissionais discutem o caso, consideram diferentes opções terapêuticas e tomam decisões de forma conjunta. Após a discussão, o paciente retorna para uma consulta individual, na qual o plano terapêutico é compartilhado e discutido.
- ❖ **Visita domiciliar conjunta:** Em situações mais complexas, como pacientes graves que se recusam a comparecer à unidade de saúde, uma visita domiciliar conjunta pode ser necessária. A equipe da Clínica da Família, juntamente com o matriciador, realiza a visita ao paciente em sua residência. Após a visita, a equipe se reúne para discutir e planejar o tratamento adequado. Em casos mais graves, o encaminhamento para um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) pode ser necessário, mas a abordagem inicial é realizada pela Equipe de Saúde da Família (ESF).

## EXEMPLOS DE CASOS

	APRESENTAÇÃO DO PACIENTE	DUVIDAS DO PROFISSIONAL DE SAÚDE'	FORMA DE MATRICIAMENTO
<b>Caso 1</b>	Paciente chora na consulta	Ele está deprimido? Devo fazer alguma coisa?	Interconsulta
<b>Caso 2</b>	Paciente relata que faz uso de medicação psicotrópica há vários anos.	Devo manter a medicação? Devo descontinuar?	Interconsulta
<b>Caso 3</b>	Paciente se queixa de insônia e quer uma medicação para dormir.	Devo prescrever uma medicação pra dormir? Pode-se fazer outra coisa?	Interconsulta
<b>Caso 4</b>	Paciente faz uso abusivo de álcool.	Posso fazer algo por ele aqui na Clínica? Devo encaminhar para o CAPS AD?	Consulta conjunta ou consulta domiciliar conjunta. O caso deve ser observado e caso o atendimento na unidade se mostre insuficiente, o paciente deve ser encaminhado para o atendimento secundário.
<b>Caso 5</b>	Paciente diz que sente vontade de morrer.	Encaminho para outro serviço? Solicito internação?	Consulta conjunta ou consulta domiciliar conjunta. O caso deve ser observado e caso o atendimento na unidade se mostre insuficiente, o paciente deve ser encaminhado para o atendimento secundário.
<b>Caso 6</b>	Paciente jovem relata que está há um mês ouvindo vozes que o insultam.	Prescrevo medicação? Encaminho para o CAPS?	Consulta conjunta ou consulta domiciliar conjunta. O caso deve ser observado e caso o atendimento na unidade se mostre insuficiente, o paciente deve ser encaminhado para o atendimento secundário.

Fonte: Adaptado de Longo (2019).

## SUPERANDO DESAFIOS NO MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL

### Desafio 1 - Resistência à Mudança

Profissionais que estão acostumados a abordagens tradicionais podem resistir à adoção do matriciamento. A mudança de paradigma e a integração exigem um ajuste de mentalidade.

#### Sugestões:

- ❖ Realizar sessões de sensibilização e capacitação para mostrar os benefícios e a importância do matriciamento.
- ❖ Envolver líderes e gestores na promoção ativa do modelo, demonstrando apoio e incentivando a participação.



## Desafio 2 - Comunicação Ineficaz:

Uma comunicação falha entre os profissionais pode levar a problemas na troca de informações relevantes para o cuidado integrado.

### Sugestões:

- ❖ Estabelecer canais claros de comunicação e compartilhamento de informações.
- ❖ Implementar registros eletrônicos para facilitar o acesso e a atualização das informações dos pacientes.



### Desafio 3 - Falta de Tempo:

Profissionais de saúde frequentemente enfrentam agendas lotadas, dificultando a participação em reuniões e discussões conjuntas.

#### Sugestões:

- ❖ Agendar horários regulares para reuniões de equipe, priorizando a participação de todos os envolvidos.
- ❖ Valorizar o compartilhamento de informações mesmo em momentos informais, como durante intervalos.



#### **Desafio 4 - Diferentes Perspectivas Profissionais:**

Profissionais de áreas distintas podem ter perspectivas diferentes sobre o cuidado ao paciente, o que pode gerar conflitos.

#### **Sugestões:**

- ❖ Promover um ambiente de respeito e escuta ativa, onde as opiniões de cada profissional sejam valorizadas.
- ❖ Realizar treinamentos interdisciplinares para fortalecer a compreensão das diferentes abordagens.



### **Desafio 5 - Capacitação Insuficiente:**

A falta de conhecimento específico sobre o matriciamento e as práticas colaborativas pode prejudicar a implementação eficaz.

#### **Sugestões:**

- ❖ Oferecer treinamentos e capacitações regulares sobre matriciamento e colaboração interprofissional.
- ❖ Incentivar a busca por conhecimento através de cursos, palestras e materiais educativos.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente cartilha buscou oferecer uma visão abrangente e prática sobre o matriciamento como arranjo de gestão compartilhada em saúde mental. Ao longo deste guia, exploramos os fundamentos do matriciamento, suas vantagens, estratégias de implementação e superação de desafios. Esperamos que as informações aqui apresentadas tenham sido úteis para os profissionais de saúde que desejam promover uma abordagem mais integrada e eficaz no cuidado à saúde mental.

O matriciamento surge como uma resposta eficaz para a complexidade das demandas em saúde mental, permitindo uma colaboração interdisciplinar entre os profissionais da atenção primária e especializada. Através do compartilhamento de conhecimento e experiência, é possível proporcionar um cuidado mais completo, holístico e centrado no paciente, contribuindo para melhores resultados clínicos e qualidade de vida.

A implementação do matriciamento exige comprometimento, capacitação e trabalho em equipe. No entanto, os benefícios são inúmeros, incluindo o fortalecimento dos serviços de saúde mental, a otimização dos recursos disponíveis e a promoção de uma abordagem mais humanizada e empática no atendimento aos pacientes.

À medida que os profissionais de saúde adotam o matriciamento em suas práticas, é importante lembrar que a busca pela excelência é um processo contínuo. A avaliação e o monitoramento regulares são essenciais para garantir que o modelo esteja alcançando seus objetivos e para identificar oportunidades de melhoria.

Encorajamos você a aplicar os conhecimentos adquiridos nesta cartilha em sua prática diária e a compartilhar suas experiências e aprendizados com seus colegas e equipes. Ao fazê-lo, você estará contribuindo para a construção de um sistema de saúde mais eficiente, abrangente e compassivo.

Agradecemos por sua dedicação à saúde mental e por buscar constantemente aprimorar seus conhecimentos e habilidades. Juntos, podemos criar um ambiente mais saudável e acolhedor para todos.

**Lembre-se: o matriciamento é mais do que uma estratégia; é uma abordagem que coloca o paciente no centro do cuidado e fortalece a colaboração entre os profissionais de saúde. Seja um agente de transformação e faça a diferença na vida das pessoas.**

## REFERÊNCIAS

CHIAVERINI, D. H. organizador. **Guia prático de matriciamento em Saúde Mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

LONGO, M. S. C. **Diretriz Técnica n. 01/2019**: Atenção Primária em Saúde e Matriciamento. Ministério Público do Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.mprj.mp.br/documents/20184/1999874/20-Matricramento+da+Rede.pdf> Acesso em: 20 jul. 2023.

Cartilha de orientação sobre Matriciamento como arranjo de gestão compartilhada em saúde mental direcionada a profissionais de saúde da Atenção Primária elaborada por Guilherme Arthur Fatini Moreira

## ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
MATO GROSSO DO SUL -  
UFMS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O matriciamento como estratégia de gestão compartilhada em saúde mental: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde no município de Campo Grande-MS

**Pesquisador:** GUILHERME ARTHUR FATINI MOREIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 51710821.0.0000.0021

**Instituição Proponente:** INISA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.113.194

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa que busca compreender a percepção de profissionais da Atenção Primária à Saúde em relação ao apoio matricial. Para tanto serão realizadas entrevistas e grupos focais com profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde, vislumbrando oportunidade de melhoria na integração e organização dos serviços dentro da rede de saúde, subsidiando o planejamento de intervenções e discussões sobre o tema, com foco na construção democrática do saber e de gestão compartilhada. (Texto adaptado do autor)

#### Objetivo da Pesquisa:

Compreender como se dá a percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde em relação ao apoio matricial. (Texto do autor)

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos foram declarados em: cansaço ou aborrecimento ao participar das entrevistas e dos grupos focais; constrangimento ao expor sua percepção sobre o processo de trabalho estudado (matriciamento) perante o entrevistador e o grupo focal; constrangimento durante as gravações das entrevistas em áudio.

**Endereço:** Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ☺ Prédio das Pró-Reitorias ☺ Hércules Maymone ☺ ☺ 1º andar  
**Bairro:** Pioneiros **CEP:** 70.070-900  
**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE  
**Telefone:** (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 5.113.194

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1808866.pdf	18/10/2021 17:48:09		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	18/10/2021 17:47:25	GUILHERME ARTHUR FATINI MOREIRA	Aceito
Outros	TermosSESAU.pdf	18/10/2021 17:46:09	GUILHERME ARTHUR FATINI MOREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	18/10/2021 17:42:55	GUILHERME ARTHUR FATINI MOREIRA	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto.pdf	21/08/2021 11:51:21	GUILHERME ARTHUR FATINI MOREIRA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAMPO GRANDE, 18 de Novembro de 2021

---

Assinado por:  
Juliana Dias Reis Pessalacia  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros e Prédio das Pró-Reitorias e Hércules Maymone e 1º andar  
Bairro: Pioneiros CEP: 70.070-900  
UF: MS Município: CAMPO GRANDE  
Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: cepconep.propp@ufms.br