

Apoio matricial em Saúde Mental na atenção básica:

efeitos na compreensão e manejo por parte de agentes comunitários de saúde

Carlos Eduardo Menezes Amaral^(a)
 Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté^(b)
 Maurice de Torrenté^(c)
 Carolina Pinheiro Moreira^(d)

Amaral CEM, Torrenté MON, Torrenté M, Moreira CP. Matrix support in Mental Health in primary care: the effects on the understanding and case management of community health workers. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(66):801-12.

Matrix support is a pedagogical-care device primarily used to increase the problem-solving capacity of primary care, and highly employed in mental health care. The present study assessed the effects of matrix support in mental health in a family health unit in the city of Salvador, Bahia, Brazil. The study employed participant observation and interviews with 12 community health agents, which were analyzed using thematic content analysis. Four dimensions of effects were identified: a) changes in the attitudes of the professionals; b) expanding access to services; c) developing new care practices; d) increasing problem-solving capacity. The support matrix produced changes in the understanding and practices of professionals, as well as in organizational changes of family health units and in their relationship with the service network, indicating that matrix support is an effective intervention to qualify mental health care.

Keywords: Matrix support. Mental health. Primary health care. Assessment in health. Outcome Assessment.

O apoio matricial (AM) é um dispositivo pedagógico-assistencial utilizado, sobretudo, para aumentar a resolutividade da atenção primária à saúde, possuindo considerável difusão na Saúde Mental. Esse estudo avaliou os efeitos do AM em Saúde Mental em uma unidade de saúde da família (USF) em Salvador, Bahia, Brasil. A pesquisa utilizou observação participante e entrevistas com 12 agentes comunitários de saúde, analisados por meio de análise de conteúdo temática. Identificamos efeitos em quatro dimensões: a) mudanças na atitude dos profissionais; b) ampliação do acesso aos serviços; c) desenvolvimento de novas práticas de cuidado; d) aumento da resolutividade. O AM produziu mudanças na compreensão e prática dos profissionais, assim como mudanças organizacionais na USF e em sua relação com a rede de serviços, evidenciando o AM como uma intervenção efetiva na qualificação da atenção à Saúde Mental.

Palavras-chave: Apoio matricial. Saúde mental. Atenção básica à saúde. Avaliação em saúde. Avaliação de resultados.

^(a) Departamento de Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Campinas, Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 - Cidade Universitária. Campinas, SP, Brasil. 13083-887. caduamaral@gmail.com

^(b, c) Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil. nunesm@ufba.br; maurice@ufba.br

^(d) Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. carollpinheiro@hotmail.com

Introdução

O apoio matricial (AM) é um dispositivo pedagógico-assistencial que busca instituir uma relação entre profissionais generalistas e especialistas pautada na corresponsabilização do cuidado^{1,2}. Essa tecnologia tem sido bastante utilizada no campo da saúde mental por equipes de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)³⁻⁵, Núcleos de Apoio à Saúde da Família^{6,7} e Residências Médicas e Multiprofissionais em Saúde^{8,9} no apoio a equipes de atenção básica (AB).

Uma revisão sistemática identificou 86 artigos sobre AM em saúde mental na atenção básica/primária, destacando-se a análise das perspectivas de especialistas e não especialistas em saúde mental sobre o apoio e sistematizações de diferentes modos de organização da prática do AM¹⁰. Outra revisão, sobre apoio matricial em saúde mental, apontou recorrente reconhecimento, por parte dos profissionais, da importância do AM na ampliação da capacidade de cuidado das equipes a pessoas em sofrimento psíquico¹¹. Uma terceira revisão, especificamente sobre AM em saúde mental na Estratégia Saúde da Família (ESF), identificou frequentes apreciações positivas pelos profissionais envolvidos, mas destacou a escassez de avaliações formais que apontem se os objetivos do AM têm sido alcançados¹².

Apesar da abrangência da utilização do AM em saúde mental, há uma escassez de avaliações que destaquem efeitos dessa ferramenta na práxis – compreendida aqui como uma prática articulada de reflexão e ação orientada para determinado fim – dos profissionais de saúde envolvidos. Considerando tal mudança como um resultado buscado pelo apoio matricial, desenvolvemos uma investigação acerca dos efeitos do AM em saúde mental em uma unidade de saúde do município de Salvador, priorizando, neste artigo, o ponto de vista dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Os ACS possuem interessante potencial para o desenvolvimento de ações inovadoras, condizentes com o seu perfil “híbrido e polifônico” de serem, ao mesmo tempo, nativos da comunidade e profissionais endoculturados a partir de uma formação pautada prioritariamente no modelo biomédico¹³. No campo da saúde mental, a particularidade desses agentes também vem sendo apontada para ativar os recursos da comunidade para um cuidado territorial¹⁴⁻¹⁷. Esse conjunto de estudos aponta para a articulação entre práticas especializadas de saúde mental e práticas desenvolvidas na AB em uma perspectiva mais dialógica e horizontal, ou seja, não apenas o saber especializado informando práticas generalistas, mas os saberes generalista e popular exercitados no território como ricas fontes de informação para o saber especializado, buscando reequilibrar o valor de distintas experiências da realidade.

A dialogicidade enquanto princípio esteve presente na concepção do modelo de matriciamento e utilizações posteriores, evidenciada por termos como: vínculo e diálogo entre áreas¹⁸, interlocução entre equipamentos¹⁹, troca de saberes, invenções e experimentações²⁰, entre outros. Apesar disso, vários dos estudos sobre o AM sobre as práticas e efeitos do matriciamento não priorizaram a descrição mais detalhada sobre os efeitos do matriciamento ou abordaram, de forma periférica, a interferência dos “matriciados” nesse processo de formação em ato. Para esse fim, Nunes et al.²¹, a partir do conceito de “transvetores de articulação”, sugerem o exame da atuação da AB no campo da saúde mental a partir de dimensões próprias desse lugar de atuação: os recursos biosocioculturais, os analisadores da realidade socio sanitária e a retroalimentação epistemológica entre as práticas.

Nesse estudo, as práticas em saúde mental dos ACS foram tomadas como objeto de análise, priorizando efeitos das ações de matriciamento sobre as práticas realizadas. A forma que utilizamos para suspender a unidirecionalidade do vetor matriciador/matriciado é pelo destaque dado aos aspectos idiossincráticos da experiência dos ACS no seu campo de atuação, de modo a ressignificar e reorientar ações.

Metodologia

A pesquisa foi realizada em 2013 e 2014 em Salvador, no Distrito Sanitário da Liberdade, em uma unidade de saúde com duas equipes de saúde da família e população adscrita de cerca de 22.000 pessoas. O AM em saúde mental iniciou na unidade em 2010, enquanto experiência pioneira

no município, primeiramente realizado por uma residência multiprofissional e, progressivamente, incorporado pelas equipes dos CAPS de referência.

Nessa investigação, buscamos nos guiar tanto pelos significados que os ACS produzem sobre as suas ações, como pelas ações desdobradas a partir dos significados produzidos, práticas materializadas ou atualizadas por meio das experiências concretas²². Para tanto, utilizamos a teoria dos Sistemas de Signos, Significados e Práticas, formulada por Corin et al.²³, delineando uma metodologia que se move entre a produção de elementos semióticos, interpretativos e pragmáticos na construção de uma abordagem de uma saúde mental culturalmente sensível e baseada na comunidade. Desse modo, desenhamos a pesquisa em função de três momentos-objetivos interligados:

- a) Inicialmente, destacamos os signos de visibilidade atribuídos pelos profissionais de saúde na identificação de aspectos que indicassem problemas de saúde mental;
- b) Em seguida, relacionamos esses signos a significados – ou interpretações – produzidos por esses atores, que evidenciassem aspectos de seu contexto sociocultural na definição desses problemas e dos modos de manejá-los ou enfrentá-los;
- c) Por fim, ancoramos esses signos e significados em casos concretos, evidenciando as práticas que estão na base desse sistema, deslocando as representações para sua manifestação concreta. Essas práticas foram detalhadas nos relatos dos profissionais acerca de casos concretos por eles matriciados, assim como por meio da observação dessas práticas e reconstrução de alguns casos observados.

Utilizamos observação participante da rotina da unidade e atividades de AM, e entrevistas semiestruturadas com todos os ACS da unidade (n=12). As entrevistas foram audiogravadas, transcritas e analisadas por análise de conteúdo temática²⁴. Nesse procedimento, o conteúdo das entrevistas foi comparado buscando: similaridades, recorrências e contrastes no que os ACS relatavam sobre suas intervenções de cuidado em saúde mental (práticas), os elementos que consideravam discriminantes para identificar situações de sofrimento psíquico, riscos, vulnerabilidades e possibilidades de intervenção (signos), assim como as construções desenvolvidas para dar sentido a essa realidade (significados). A partir desses relatos identificamos a emergência de conceitos éticos – enquanto experiência distante²⁵ – da saúde mental e da saúde coletiva, tais como: acolhimento, vínculo, cogestão e resolutividade, que foram significados e retrabalhados por saberes êmicos do ACS, como experiência próxima.

A pesquisa respeitou a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada em Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer 0040.0.069.069-11). Os nomes dos profissionais e usuários são fictícios.

Resultados e discussão

Efeitos do AM na atitude dos profissionais de saúde: do medo e invisibilidade à responsabilidade sanitária

Os ACS relatam mudanças provocadas pelo AM comparando reações e posturas da equipe de saúde da família antes e depois da implantação dessa metodologia. Duas posturas identificadas inicialmente foram: medo em relação à loucura e ausência de reconhecimento dessas demandas como responsabilidade da equipe. Contudo, as atividades de AM possibilitaram uma “mudança no olhar” em relação a tais casos, tanto pelo desenvolvimento de maior compreensão sobre o que é o transtorno mental/sofrimento psíquico, como pela descoberta ou invenção de possibilidades de intervenção:

“Eu acho que as pessoas ainda têm muito medo do doente mental. Eu mesmo, inclusive, melhorei um pouquinho. Fiquei melhor com meus pacientes doentes mentais depois que eu tive esse treinamento.” (Aline)

“Não teve aquele medo de chegar na ferida. Porque antes era o quê? A gente trazia o problema, aí o pessoal dizia ‘não, não pode se meter nisso daí não’. Sempre com aquele medo de avançar. Mas se eu sou da saúde, eu tenho que ir lá e conversar.” (Lídia)

Medo, angústia e ansiedade são reações comuns dos profissionais da AB ao lidarem com questões de saúde mental^{26,27}. Há o receio de comportamentos imprevisíveis, inclusive violentos, ao mesmo tempo em que os profissionais se percebem com poucos recursos para ajudar, gerando sensação de despreparo e receio. Contudo, o contato dos profissionais com tais demandas, em situações que consigam exercer e reconhecer seu potencial de cuidado, facilita a desmistificação da loucura²⁸.

Outro aspecto diz respeito à demanda de saúde mental ser ignorada anteriormente, produzindo uma “invisibilidade” dos casos de saúde mental:

“Na saúde mental? Olha, agora, com esse trabalho, o agente aciona. Porque antes a gente não tinha esse olhar. A gente só tinha o olhar para o quê? Pra hipertensão, diabetes, essas outras doenças. Saúde mental a gente não tinha. A gente sabia que existia, mas não tinha esse olhar. [...] Agora, quando a gente identifica uma situação dessas, a preocupação fica logo maior de procurar resolver. Aí você já tem um outro olhar. Não é aquele olhar de descaso.” (Letícia)

A invisibilidade não se produz pela dificuldade de percepção da demanda ou de clareza no diagnóstico (ainda que tais problemas possam existir). Antes do AM, a postura usual da equipe era de ignorar casos de saúde mental, mesmo quando identificada alguma necessidade de saúde. Dessa forma, não se produzia uma responsabilidade de intervenção por parte da equipe, etapa necessária para traduzir necessidade como demanda. Com o AM, a saúde mental progressivamente torna-se uma “demanda legítima” da AB, inclusive com ACS procurando ativamente identificar novos casos.

A mudança na atitude dos profissionais evidencia maior compreensão do que acontece com pessoas acometidas por sofrimento psíquico/transtorno mental, permitindo maior aproximação aos casos, diminuindo o sentimento de medo dos profissionais e facilitando assumir a responsabilidade sanitária da equipe sobre os casos: “Mudou também, porque hoje eu olho as pessoas melhor, tenho mais entendimento de compreender essas pessoas. De que ela não tem como ser igual a mim. [...] Mudou nisso, no modo de olhar” (Lídia).

Percebemos a aproximação dos ACS da experiência do sofrimento psíquico/transtorno mental, pois as falas não indicam uma mudança em saberes técnicos, como diagnósticos ou outras explicações biológicas ou psicodinâmicas, consideradas tecnologias leve-duras²⁹. Tal mudança, de caráter relacional, é um processo que, ainda que possa ser facilitado pela apropriação de conhecimentos estruturados (preocupação contida em iniciativas de “capacitação” sobre temas quaisquer), diferencia-se da mera aprendizagem, pois se baseia na capacidade de empatia e compreensão referente à pessoa em sofrimento mental. Com isso, observamos o desenvolvimento de certas “lógicas” de intervenção possíveis:

“Primeiro, ela tem que ser trabalhada pra depois a criança. Que o problema todo é ela e ela fala comigo.” (Valéria)

“Eu digo assim: ‘olhe seu cuidador, eu preciso conversar com o senhor, porque a pessoa tá assim e assim’. Não obrigar ele, mas mostrar que ele tá tratando da vida de uma pessoa, que precisa de um olhar dele diferente.” (Lídia)

Diferentemente de uma rotina de procedimentos ou de uma prescrição padronizada para cada transtorno mental, os relatos sugerem o desenvolvimento de “estratégias” dos ACS para lidarem com os casos. Os exemplos ressaltam o caráter relacional e inventivo do cuidado, necessário para a aproximação das pessoas envolvidas (usuários, familiares, vizinhos), auxiliando o desenvolvimento de tecnologias leves²⁹ pelos agentes.

Efeitos do AM no acesso aos serviços de saúde: informação, aceitabilidade e acolhimento

O AM contribuiu para algumas mudanças positivas em relação à entrada nos CAPS e na unidade de saúde. O AM tornou o CAPS mais conhecido pelos ACS, seja pelo desconhecimento anterior sobre

a existência do serviço, ou por produzir uma familiaridade ao conhecer quem são os profissionais desse serviço. Outro aspecto diz respeito à criação de instrumentos de comunicação que facilitaram o encaminhamento dos casos entre CAPS e ESF.

Vários ACS afirmaram que não sabiam da existência do CAPS II e CAPSi de referência da região, apesar de ambos os serviços se localizarem no mesmo distrito sanitário que o posto de saúde, o Distrito Sanitário da Liberdade. Esse distrito é afetado por uma forte tradição da psiquiatria hospitalar-manicomial, sendo, por muitos anos, um polo de hospitais psiquiátricos em Salvador. Nessa única região concentravam-se: o Hospital Santa Mônica (fechado em 2003), Sanatório Bahia e Casa de Saúde Ana Nery (ambos fechados em 2006), e o Hospital Especializado Mário Leal (ainda em funcionamento). O fechamento de três instituições psiquiátricas de grande porte no período de três anos acarretou uma brusca redução de 1.100 leitos psiquiátricos, sem nenhuma transferência imediata do cuidado para serviços substitutivos locais, uma vez que o CAPSi foi inaugurado nesse território em 2004 e o CAPS II em 2007.

A visibilidade dos CAPS pode ser considerada uma pré-condição para melhoria do acesso ao serviço, sendo a informação uma das dimensões fundamentais do acesso³⁰. Conhecer outros serviços de saúde mental, além do hospital, e outros modelos de cuidado além das práticas ambulatoriais e de internação, tem efeitos na demanda e acesso aos serviços substitutivos.

Outra dimensão do acesso é a aceitabilidade, que se refere à congruência entre as expectativas dos usuários acerca do cuidado oferecido e o cuidado efetivamente ofertado³⁰. A forma como os CAPS são percebidos é determinante para a busca e adesão aos serviços, tendo o AM influenciado também nesse aspecto do acesso:

“[...] depois que eu fiz a primeira reunião com o pessoal do CAPS, eu passei em todas as casas, fiz uma relação das pessoas que usam medicamento. E aí trouxe para o pessoal, o pessoal fez um levantamento de onde eram acompanhados, e me deram o retorno. [...] Tem gente que não quer mais nem ir para o hospital psiquiátrico, só quer ir para o CAPS.” (Marília)

Os próprios ACS modificam sua postura quando passam a reconhecer o CAPS como recurso para as demandas de saúde mental. Portanto, outro efeito do AM foi o aumento dos encaminhamentos formais e informais para o serviço especializado realizado pela ESF:

“Com esse trabalho agora, do CAPS, do [apoio] matricial, o agente aciona. É que tá tendo mais um olhar para essas situações. Porque antes a gente identificava, claro, mas não tinha essa preocupação, de até mandar encaminhar para algum setor. [...] Mas com relação à gente, agente de saúde, a gente não tinha essa relação, porque não tinha esse suporte ainda.” (Letícia)

Um estudo identificou que o AM em saúde mental no município de Sobral aumentou a capacidade de atendimento de casos mais simples pela própria AB, fazendo com que os casos encaminhados fossem progressivamente de maior gravidade ou complexidade³¹. Apontamos aqui um resultado diferente, pois não foi possível identificar se o aumento da aceitabilidade indicou um aumento na proporção de encaminhamentos de casos graves. Porém, é importante destacar que, em um campo em que a disputa de legitimidade entre serviços hospitalares e serviços substitutos tem um enraizamento histórico profundo, o aumento da disponibilidade para a utilização do CAPS é um marco importante, mesmo que não haja ainda um refinamento nos critérios de encaminhamento.

Observamos, também, efeitos no acesso ao serviço de AB. Os ACS relataram o desenvolvimento da capacidade de o serviço prestar assistência a pessoas com determinados comportamentos, como agressividade e fobia social, que, em outras situações, permaneceriam distantes desse serviço de saúde:

“Chegou um que deu um surto, tava com uma pedra pra agredir a mãe dele. Aí chegou aqui assim, agitado. O pessoal, apavorado. Mas daí um médico, juntamente com Adriana [uma profissional do AM], que trabalha no caso, começou a conversar com ele, tranquilizou ele. O

médico foi, atendeu, conversou com ele, levou ele pra uma sala. Quer dizer, a gente vê que tudo isso foi resultado disso, dessa capacitação.” (Sabrina)

Tais modificações no acesso à unidade básica não poderiam ocorrer sem mudanças concomitantes no cuidado ofertado por esses profissionais. Cabe ressaltar, todavia, que existem ainda obstáculos de acesso para pessoas com problemas de saúde mental, decorrentes de características sócio-organizacionais do serviço. Ainda ocorrem situações nas quais a responsabilidade de intervenção é, segundo os ACS, indevidamente atribuída somente aos serviços especializados:

“Eu na rua, assim, eu já sei lidar. Sei a problemática. [...] Então, no que eu recebo tudo, que eu ouço direitinho, quando eu chego aqui, eu sou barrada. [...] Tem um bloqueio, que eu não posso fazer nada. O caso de Márcia é do [hospital psiquiátrico] Mário Leal. O caso de Márcia é CAPS.” (Marília)

“Eu tive uma paciente mesmo que ela precisou de uma consulta, que ela tinha um transtorno. Aí ela precisou de uma consulta. Pense na dificuldade! [...] Ah, mas o médico fez tanta dificuldade que a paciente se mandou, e não foi.” (Lídia)

Essas falas estão relacionadas à legitimidade do acolhimento das demandas de saúde mental na AB. Em algumas situações, os ACS tornam-se defensores dessa legitimidade frente ao restante da unidade, mostrando-se mais sensíveis ao acolhimento dos casos. O impacto do AM na atitude dos ACS ficou bem caracterizado na pesquisa, mas a participação desse único profissional é insuficiente para garantir a incorporação das demandas de saúde mental no cotidiano do serviço, sendo necessária a mobilização dos demais profissionais da equipe.

Efeitos do AM nas práticas de cuidado: aproximação, aprendizagem e vínculo

As modificações no acesso não implicam apenas a presença das pessoas com problemas de saúde mental no serviço. Tal mudança ocorre em uma dialética com mudanças na forma com que os profissionais de saúde lidam com as demandas, que estamos denominando de “efeitos no cuidado”. O cuidado é um processo complexo de interação humana³², sobre o qual destacamos aspectos que apontam mudanças nessas relações. Segundo os entrevistados, houve maior aproximação às pessoas com problemas de saúde mental, e destas com suas famílias e equipes de saúde, uma vez que ocorria uma “mudança de olhar” e os profissionais se sentiam capazes de lidar com as demandas. Também observamos manifestações de um aspecto ético e subjetivo do cuidado, significado pelos entrevistados como “carinho pelos usuários” ou “humanidade”, categorias que compõem a experiência próxima²⁵ dos trabalhadores. Alguns relatos apontam para o estabelecimento de vínculos singularizados dos usuários com alguns profissionais, produzindo uma relação de confiança. Percebemos ainda proatividade em relação às demandas de saúde mental, assim como maior flexibilidade nas possibilidades de intervenção.

A mudança no cuidado envolve a mudança na percepção acerca das pessoas em sofrimento psíquico/transtorno mental, sua aproximação, e aprendizagem de como lidar com elas:

“[...] o que me ajudou a me aproximar melhor e conhecer o doente mental, foi descobrir que tem como você se aproximar dele sem trazer prejuízo pra você. Porque antes eu pensava que eu me aproximando, que eles iam me agredir ou escandalizar na frente dos outros. Eu ficava um pouco retraída, mas eu aprendi com o CAPS a lidar melhor com esses pacientes.” (Aline)

Podemos observar a atribuição de periculosidade às pessoas em sofrimento psíquico, associada à possibilidade de prejuízo a quem delas se aproximasse. Quando a entrevistada resalta o medo de que tais pessoas “escandalizassem”, percebemos a expectativa de imprevisibilidade e descontrole. A desmistificação ocorre pela possibilidade de estabelecer outras trocas materiais e simbólicas, não

pautadas na agressividade, imprevisibilidade ou descontrole, sem reproduzir práticas excludentes e normativas.

Os ACS destacam a importância de intervenções que fortalecem a vinculação, ainda que estejam inseguros de condutas técnicas no manejo dos casos. O caráter híbrido do ACS, que inclui simultaneamente competências técnicas e conhecimentos provenientes da cultura leiga, permite novas possibilidades de cuidado em um território dominado pelo saber e prática biomédicos¹³. A implicação mútua no estabelecimento de vínculos acarreta efeitos nos trabalhadores e usuários:

“Aquele pessoa que a gente se comprometeu, de certa forma, aquele vínculo meu, continuará. Por exemplo, se alguém do CAPS deixou de vir, ou se a enfermeira saiu, [...] não vai ter nunca o vínculo. Mas o meu vínculo, por mais que eu não queira, vai ter sempre. Porque eu já tenho a referência daquela pessoa.” (Jorge)

A inserção social diferenciada dos ACS na vida cotidiana da comunidade é sua principal potência para a reforma psiquiátrica, uma possibilidade de transformação desse capital social em vínculos para estabelecer projetos terapêuticos singulares³³. Em uma relação personalizada com os usuários, é possível mais flexibilidade nas rotinas de procedimentos, adequando intervenções a necessidades singulares. Identificamos a presença do tripé acolhimento-vínculo-responsabilização³⁴ no exercício do cuidado em saúde mental pelos ACS. Essa responsabilização exige uma postura ativa em relação ao usuário, necessária à mudança do modelo assistencial: superar um modelo responsivo, pautado na resolução de demandas, para um modelo proativo, que busca intervir nas necessidades de saúde, mesmo que ainda não formuladas diretamente como demanda ao serviço³⁵.

Efeitos do AM na resolutividade da atenção: normatividade e cogestão

Na saúde mental, há uma histórica dificuldade na realização de avaliação de resultados, observada em tentativas de se utilizar apenas redução de sintomas e padrões de utilização de serviços como medidas de resultado, e no uso de indicadores de processo ou estrutura como equivalentes a resultados³⁶. A adequada avaliação de resultados precisa incorporar variáveis clínicas, sociais e elementos da perspectiva do próprio usuário³⁷, incorporando, ainda, diversos pontos de vista como julgamento válido de efetividade (usuários, familiares, profissionais). É, portanto, uma tarefa complexa e abrangente, cujo aporte na literatura mostra-se ainda polêmico.

Portanto, não temos a intenção de impor nossas próprias concepções de resolutividade para o AM. Ao interpretarmos as falas dos entrevistados, pretendemos compreender o que estes consideram como resolutividade, e assim caracterizar o que reconheceram como sucesso e fracasso em relação às intervenções de saúde mental, ressaltando a produção desses valores por meio da conjugação de experiências próximas e distantes²⁵.

Para os ACS, resolutividade pode estar relacionada ao aumento da frequência (ou o acesso inicial) à unidade de saúde ou ao CAPS, assim como o estabelecimento de alguma continuidade de intervenções clínicas (consultas, prescrições medicamentosas, aplicação de injeções). Os entrevistados também associam intervenções à melhoria da qualidade de vida das pessoas envolvidas, reconhecendo a produção de “soluções” para alguns casos: “Teve um caso mesmo da [ACS] Aline, que teve solução também. Que foi o caso de Marcélia [...] Chamamos o irmão dela, e daqui para frente vocês vão dizer como é que tá. Então deu solução. O caso de Abigail também, que eu vi ter começo, meio e fim, no caso eu vi ter solução” (Marília).

Destacamos o uso da expressão “começo, meio e fim”, indicando que a intervenção representaria um processo temporalmente determinado, ao final do qual poderíamos reconhecer o sucesso ou fracasso como variável discreta: o objetivo/meta foi ou não alcançado? Essa concepção é reforçada por outra fala da mesma entrevistada, onde, ao referir-se a outro caso, afirma que não houve resolução: “O que não teve solução foi o de Márcia. Eu quero ver Márcia ligada [ligadura de trompas]!” (Marília).

Nesse trecho, percebe-se que a meta “ligadura de trompas” não ocorreu (por uma série de fatores, inclusive a ambivalência da usuária tanto em relação ao procedimento como ao desejo de ser mãe

novamente). Contudo, para a entrevistada, sem esse procedimento não houve resolutividade. Esse ponto é ilustrativo de um desafio comum ao cuidado de várias condições crônicas, não apenas o transtorno mental grave: na ausência da possibilidade de “cura”, há o risco de tentar substituí-la por determinada conduta “saudável”.³⁸ No caso em questão, evitar futuras gestações seria considerada pela ACS a conduta saudável, ainda que esse projeto não contemple os desejos e referenciais de saúde da usuária. Portanto, ainda que não se utilize “cura” como referência normativa, a “conduta saudável” preenche esse espaço, mantendo a normatividade das intervenções em saúde.

A noção de saúde requer a inclusão de um referencial pessoal, pois implica valores e desejos, e não apenas determinações técnicas; implica “projetos de felicidade”³⁹ que, ainda que possam utilizar-se das informações de saberes estruturados, são, em essência, escolhas de vida, exigindo uma cogestão do cuidado entre usuários e profissionais de saúde⁴⁰.

Algumas falas apontam, como resolutividade, o aumento da frequência aos serviços de saúde e o acesso a intervenções específicas, equiparando medidas de resultado com medidas de utilização do serviço³⁶. Contudo, outras falas questionam o aumento do número de consultas e uso de medicação como indicadores de resolutividade. Apresentamos excertos de ambas as situações:

“E hoje Marcélia vem para cá para unidade, vem para o clínico, vem fazer preventivos, toma vacina. Então o trabalho [...] teve sucesso.” (Marília)

“Foram dados alguns encaminhamentos. No caso de Fernanda, mesmo, teve contato com o tutor, encaminhamento para o CRAS, o CRAS fez a visita, mas não deu nenhuma resposta, só fez a visita. E no caso de outros pacientes também, eles fizeram a visita domiciliar, a médica viu e fez o atendimento da paciente da minha área. [...] Aí depois essa médica veio aqui, atendeu ela, fez o encaminhamento e não resolveu muita coisa, não.” (Aline)

A última fala aponta para a expectativa de um efeito na saúde dos usuários, nem sempre obtido, mesmo com apoio especializado e ação intersetorial. Nesse caso, o contato com diferentes profissionais não foi suficiente para provocar a mudança esperada no caso descrito pela ACS, que destaca a manutenção do estado de saúde, das relações familiares inadequadas e do preconceito por parte da comunidade. Todavia, relatos acerca de outros casos reconhecem mudanças possibilitadas nesses aspectos:

“Até pra aqui mesmo, era difícil ela vir pras consultas. Depois que o matriciamento entrou em ação, juntamente com a unidade básica, tudo isso mudou. Ela hoje já frequenta as consultas, né, é frequente aqui na unidade. Tá fazendo acompanhamento no CAPS. Tá sendo direcionada também pra ir pra outro local pra fazer atividade de oficina. Pra ajudar ela. Tá agora com roupas vestida, a casa pintada, tudo foi modificado. Então foi um grande avanço.” (Sabrina)

Nesses relatos, observamos que resultados não se referem apenas ao comportamento do usuário, mas, também, à relação com a comunidade, família, serviço de saúde. Perceber tais mudanças como produto da ação dos ACS e da equipe reforça a percepção de que suas intervenções obtêm resultados satisfatórios. A possibilidade de ações conjuntas com profissionais da área de saúde mental (visitas domiciliares e atendimentos) foi vista como produtora de respostas, simultaneamente, às demandas dos usuários e aos anseios dos ACS, que desejavam ver mudanças concretas na situação de vida de seus usuários.

Conclusão

O conjunto de efeitos aqui destacado foi segmentado nos âmbitos de atitude dos profissionais, cuidado, acesso e resolutividade, no intuito de ressaltar aspectos particulares identificados nas entrevistas e observação das atividades. Consideramos que esse conjunto de efeitos é sincrônico e revela mudanças de práxis cujas dimensões e desdobramentos podem ser mais bem observados a partir da referida segmentação. Com isso, concluímos que o AM tem se constituído como estratégia potente na qualificação da atenção em saúde mental, com consequências na assistência direta aos usuários, transformações organizacionais no interior da unidade de saúde e mudanças na forma como as equipes se relacionam com o restante da rede de saúde.

Tais mudanças na práxis têm ocorrido a partir da possibilidade de diálogo com profissionais/serviços especializados, sempre considerando as demandas que emergem da prática cotidiana dos trabalhadores da unidade básica de saúde. Dessa forma, é estabelecida uma relação de produção criativa, na qual as habilidades técnicas e relacionais dos envolvidos produzem uma nova síntese, mais adequada à realidade da AB, seus usuários e equipes de saúde.

Os resultados do AM precisam ser entendidos como uma totalidade dinâmica: um conjunto articulado de efeitos inter-relacionados e de influências recíprocas. Desse modo, ainda que tenhamos segmentado seus elementos como recurso didático, sua compreensão exige a consideração integrada desses vários efeitos. A diminuição do estigma permitiu maior aproximação da equipe às pessoas com problemas de saúde mental, estabelecendo a responsabilidade sanitária das equipes frente a uma série de demandas. Essa aproximação produziu aprendizados, criando novas formas de lidar e intervir junto aos casos, facilitando seu acesso aos serviços de saúde e produzindo novas respostas a suas necessidades de saúde. O reconhecimento, por parte dos trabalhadores e usuários, desses pequenos e grandes êxitos contribui para a dissolução de noções problemáticas e paralisantes, como a ideia da inevitável cronicidade e degenerescência das pessoas com transtorno mental/sofrimento psíquico, ou da crença de que os problemas de saúde mental encontram-se apartados e distantes do campo geral da saúde. Com isso, adentramos novamente o campo da diminuição do estigma da loucura, constituindo um processo circular que revela a artificialidade de atribuímos um ponto único desse processo como o “início” das mudanças observadas.

Vários casos apontados pelos ACS já habitavam o território, mas nunca haviam sido identificados, muito menos manejados ou encaminhados para os CAPS. Ao realizarem tais ações, apoiados pelo matriciamento, os ACS partem de uma perspectiva inicialmente semiológica, para produzirem uma visibilidade; adentram a perspectiva semântica, quando interpretam tanto os comportamentos como as condições de produção do adoecimento e melhora dos casos; e atingem, ainda, a perspectiva pragmática quando agem, buscando interferir na história dessas pessoas. Nessa tríade desenvolve-se a análise integrada de signos, significados e práticas.

Nessa experiência de AM, os ACS têm participado com uma frequência consideravelmente maior das atividades de apoio que os demais profissionais. Isso revela uma fragilidade da organização da atenção aos casos de saúde mental, uma vez que, sem a sensibilização e atuação de toda a equipe, as intervenções tornam-se mais limitadas. Porém, apesar da diferença de participação entre profissionais, percebemos que as mudanças provocadas pelo apoio no trabalho dos ACS também pressionam “para fora”: as equipes de saúde da família são desafiadas a se aproximarem dos casos de saúde mental a partir da reverberação provocada pelas ações dos ACS. De modo semelhante, o restante da rede de saúde (incluindo os CAPS) é provocado a se reorganizar, uma vez que as problemáticas levantadas pela ESF colocam em pauta aspectos da qualidade de vida dessas pessoas por vezes negligenciados, e exigem a atuação de outras instâncias além da unidade básica de saúde.

Dessa forma, consideramos que as demandas que se revelam a partir da AB não se limitam à identificação de novos casos, ou à responsabilização por casos mais simples: a ESF, fortalecida pelo AM, produz uma contribuição inequívoca na construção da integralidade do cuidado às pessoas com problemas de saúde mental.

Colaboradores

Os autores Carlos Eduardo Menezes Amaral, Mônica de Oliveira Nunes Torrenté, Carolina Pinheiro Moreira e Maurice de Torrente contribuíram substancialmente em todas as etapas da elaboração do artigo, incluindo a concepção da pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e aprovação da versão final do artigo.

Referências

1. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Cienc Saude Colet*. 1999; 4(2):393-403.
2. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(2):399-407.
3. Minozzo F, Costa I. Apoio matricial em saúde mental: fortalecendo a saúde da família na clínica da crise. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*. 2013; 16(3):438-50.
4. Quinderé PHD, Jorge MSB, Nogueira MSL, Costa LFA, Vasconcelos MGF. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(7):2157-66.
5. Castro CP, Oliveira MM, Campos GWS. Apoio matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(5):1625-36.
6. Vannucchi AMC, Carneiro Junior N. Modelos tecnoassistenciais e atuação do psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde, Brasil. *Physis*. 2012; 22(3):963-82.
7. Barros JO, Gonçalves RMA, Kaltner RP, Lancman S. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2015; 20(9):2847-56.
8. Brites LS, Weiller TH, Silveira D, François APW, Rosa FM, Righi LB. "A gente vai aprendendo": o apoio matricial na estratégia de saúde da família em um programa de residência multiprofissional integrada no interior do Rio Grande do Sul, Brasil. *Saude Debate*. 2014; 38(101):285-95.
9. Petta HL. Formação de médicos especialistas no SUS: descrição e análise da implementação do programa nacional de apoio à formação de médicos especialistas em áreas estratégicas (Pró-Residência). *Rev Bras Educ Med*. 2013; 37(1):72-9.
10. Athié K, Fortes S, Delgado PGG. Matriciamento em saúde mental na atenção primária: uma revisão crítica (2000-2010). *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8(26):64-74.
11. Lemes AG, Prado ACB, Ferreira JM, Nunes FC, Nascimento VF. Matriciamento em saúde mental: revisão de literatura. *Interdiscip Rev Eletrôn UNIVAR*. 2016; 1(15):136-41.
12. Iglesias A, Avellar LZ. Apoio matricial: um estudo bibliográfico. *Cienc Saude Colet*. 2014; 19(9):3791-38.
13. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saude Publica*. 2002; 18(6):1639-46.
14. Lancetti A. Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: Lancetti A, organizador. *Saúde mental e saúde da família. SaúdeLoucura 7*. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 11-52.
15. Barros MMA, Chagas MIO, Dias MSA. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. *Cienc Saude Colet*. 2009; 14(1):227-32.

16. Pinheiro CM, Maia EA, Chastinet MFF, Santos NL, Ribeiro VO, Pereira APCM. Ação integrada junto aos agentes comunitários de saúde: uma articulação entre saúde mental e atenção básica. In: Meira MOB, Santana JAT, Silva MG, organizadores. A produção de conhecimentos nos serviços de saúde. Salvador: Eduneb; 2009. p. 123-44.
17. Santos GA, Nunes MO. O cuidado em saúde mental pelos agentes comunitários de saúde: o que aprendem em seu cotidiano de trabalho? *Physis*. 2014; 24(1):105-25.
18. Ministério da Saúde (BR). Coordenação de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
19. Furtado JP, Onocko-Campos RT, Gomes VG. Apoio matricial: estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP [trabalho de conclusão de curso]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP; 2006.
20. Figueiredo MD, Campos RO. Saúde mental na atenção básica de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Cienc Saude Colet*. 2009; 14(1):129-38.
21. Nunes MO, Torrenté M, Landim FLP. Saúde mental e atenção básica: transvetores de articulação In: Nunes MO, Landim FLP. Saúde Mental na Atenção Básica: política e cotidiano. Salvador: EDUFBA; 2016. p. 123-43.
22. Mol A. *The body multiple: ontology of medical practice*. Durham: Duke University Press; 2002.
23. Corin E, Bibeau G, Martin JC, Laplante R. *Comprendre pour soigner autrement*. Montreal: Presses de l'Université de Montréal; 1990.
24. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
25. Geertz C, organizador. *O Sab+er local: novos ensaios em antropologia interpretativa*. Petrópolis: Vozes; 1997. p. 85-107.
26. Jucá VJS, Nunes MO, Barreto SG. Programa de saúde da família e saúde mental: impasses e desafios na construção da rede. *Cienc Saude Colet*. 2009; 14(1):171-82.
27. Onocko-Campos RT, Gama CA, Ferrer AL, Santos DVD, Stefanello S, Trapé TL, et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira *Cienc Saude Colet*. 2011; 16(12):4643-52.
28. Kantorski LP, Pinho LB, Machado AT. Do medo da loucura à falta de continuidade ao tratamento em saúde mental. *Texto Contexto Enferm*. 2001; 1:50-9.
29. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2005.
30. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2012; 31(3):260-8.
31. Tófoli LF, Fortes S. Apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência. *Sanare*. 2007; 6(2):34-42.
32. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2004; 8(14):73-92.
33. Leite ALS, Paulon SM. Atenção básica e desinstitucionalização da loucura: acionando competências dos agentes comunitários de saúde. In: Paulon SM, Neves R, organizadores. Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado. Porto Alegre: Sulina; 2013. p. 99-112.
34. Tanaka OY, Ribeiro EL. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Cienc Saude Colet*. 2009; 14(2):477-86.
35. Paim JS. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol ZM, Almeida-Filho N, organizadores. *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 567-86.

36. Thornicroft G, Tansella M. A prospectus for mental health outcome measures In: Tansella M, Thornicroft G, organizadores. Mental health outcome measures. London: Gaskell; 2001. p. 1-5.
37. Ruggeri M. Measuring satisfaction with psychiatric services: towards a multi-dimensional, multi-axial assessment of outcome. In: Tansella M, Thornicroft G, organizadores. Mental health outcome measures. London: Gaskell; 2001. p. 34-47.
38. Castiel LD, Álvarez-Dardet C. A saúde persecutória: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
39. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde Cienc Saude Colet. 2001; 6(1):63-72.
40. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2000.

Amaral CEM, Torrenté MON, Torrenté M, Moreira CP. Apoyo matricial en Salud Mental en la atención básica: efectos en la comprensión y el manejo por parte de agentes comunitarios de salud. Interface (Botucatu). 2018; 22(66):801-12.

El apoyo matricial (AM) es un dispositivo pedagógico-asistencial utilizado principalmente para aumentar la capacidad de resolución de la atención primaria de la salud, teniendo considerable difusión en la salud mental. Ese estudio evaluó los efectos del AM en la salud mental en una unidad de salud de la familia en Salvador, Bahia, Brasil. El estudio utilizó observación participante y entrevistas con 12 agentes comunitarios de salud, analizados por medio de análisis de contenido temático. Identificamos efectos en cuatro dimensiones: a) cambio en la actitud de los profesionales; b) ampliación de acceso a los servicios; c) desarrollo de nuevas prácticas de cuidado; d) aumento de la capacidad de resolución. El AM produjo cambios en la comprensión y práctica de los profesionales, así como cambios organizacionales en la USF y en su relación con la red de servicios, mostrando al AM como una intervención efectiva en la calificación de la atención a la salud mental.

Palabras clave: Apoyo matricial. Salud mental. Atención básica de la salud. Evaluación de salud. Evaluación de resultados.

Submetido em 21/01/17. Aprovado em 22/08/17.