

**Maria Salete Bessa Jorge**  
**Maria Raquel Rodrigues Carvalho**  
**Lourdes Suelen Pontes Costa**  
(Orgs)

# **Dispositivo do Cuidado no Contexto do Matriciamento em Saúde Mental na Atenção Primária**

*articulações entre saberes e práticas*

## **UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**

### **REITOR**

José Jackson Coelho Sampaio

### **VICE-REITOR**

Hidelbrando dos Santos Soares

### **EDITORA DA UECE**

Erasmio Miessa Ruiz

### **CONSELHO EDITORIAL**

Antônio Luciano Pontes	Lucili Grangeiro Cortez
Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes	Luiz Cruz Lima
Emanuel Ângelo da Rocha Frago	Manfredo Ramos
Francisco Horácio da Silva Frota	Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Francisco Josênio Camelo Parente	Marcony Silva Cunha
Gisafran Nazareno Mota Jucá	Maria do Socorro Ferreira Osterne
José Ferreira Nunes	Maria Salete Bessa Jorge
Liduina Farias Almeida da Costa	Silvia Maria Nóbrega-Therrien

### **CONSELHO CONSULTIVO**

Antônio Torres Montenegro   UFPE	Maria do Socorro Silva Aragão   UFC
Eliane P. Zamith Brito   FGV	Maria Lírida Callou de Araújo e Mendonça   UNIFOR
Homero Santiago   USP	Pierre Salama   Universidade de Paris VIII
Ieda Maria Alves   USP	Romeu Gomes   FIOCRUZ
Manuel Domingos Neto   UFF	Túlio Batista Franco   UFF

Maria Salete Bessa Jorge  
Maria Raquel Rodrigues Carvalho  
Lourdes Suelen Pontes Costa  
(Orgs)

**DISPOSITIVO DO CUIDADO NO CONTEXTO  
DO MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA: ARTICULAÇÕES ENTRE  
SABERES E PRÁTICAS**

1ª Edição

Fortaleza - CE

2018



**Dispositivo do cuidado no contexto do matriciamento em saúde mental na atenção primária: articulações entre saberes e práticas**

© 2018 *Copyright by* Maria Salete Bessa Jorge, Maria Raquel Rodrigues Carvalho e Lourdes Suelen Pontes Costa

Impresso no Brasil / Printed in Brazil  
Efetuado depósito legal na Biblioteca Nacional

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE  
Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará  
CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893  
www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



**Coordenação Editorial**

Erasmus Miessa Ruiz

**Diagramação e Capa**

Narcelio Lopes

**Revisão de Texto**

Lorna Etiene Castelo Branco Reis

**Ficha Catalográfica**

Lúcia Oliveira CRB - 3/304

---

D612 Dispositivo do cuidado no contexto do matriciamento em saúde mental na atenção primária: articulações entre saberes e práticas /Organizado por Maria Salete Bessa Jorge, Maria Raquel Rodrigues Carvalho, Lourdes Suelen Pontes Costa. - Fortaleza: EdUECE, 2018.  
387pg.  
ISBN: 978-85-7826-676-9

1. Saúde mental. 2. Atenção primária à saúde. 3. Matriciamento em saúde mental. I. Jorge, Maria Salete Bessa. II. Carvalho, Maria Raquel Rodrigues. III. Costa, Lourdes Suelen Pontes. IV. Título.

CDD: 362.20981

---

## PREFÁCIO

A Política de Saúde Mental do Brasil vem sendo construída nas últimas décadas com uma ampla e diversificada oferta de serviços e ações que abrangem diferentes aspectos do cuidado: atenção básica em saúde, atenção especializada, ações e projetos de geração de trabalho e renda, moradias, ações de cultura e arte, dentre outros.

Para efetivar essa política foi, e ainda é, necessário mudar os conceitos fundamentais sobre como a experiência do sofrimento psíquico é compreendida, o que implica, também, em transformar os modos de atuação. Emerge aqui o desafio de articular diferentes saberes e práticas, buscando construir um outro objeto que incorpora o indeterminismo, o acaso e articula os distintos elementos em uma perspectiva complexa.

Inspirando nas palavras de Franco Basaglia, trata-se aqui de colocar a doença entre parênteses e fazer emergir o humano e suas complexas relações psíquicas, sociais, históricas, culturais e biológicas. A ênfase não é a busca da cura, mas o processo de inventar a saúde a partir das relações sociais concretas.

Assim, abre-se a possibilidade da construção de outras práticas e narrativas sobre a loucura e o sofrimento humano, ampliando o olhar para a complexidade desse fenômeno multifacetado e pluridimensional. Ou seja, construir e inventar novas perspectivas de vida e subjetividade para pessoas e vidas concretas e não para diagnósticos.

Esta característica é fundamental para a formulação da Política de Saúde Mental, construída e efetivada por meio de fazeres e saberes artesanais, cotidianos, tecidos com múltiplos fios de diferentes e diversas disciplinas e experiências concretas que nos falam do sofrimento, da dor, do corpo, da angústia de viver, das dificuldades, impasses e alegrias da vida, atravessada por múltiplos planos da vida. Singularidades que se constituem em relação, nos encontros, adaptando-se e reinventando-se as circunstâncias do viver.

Só podemos pensar em estratégias de cuidado na saúde mental que se fazem nos encontros nesta diversidade e multiplicidade. Nesse sentido, há uma mudança epistêmica fundamental: não há um saber

que se inspira no olhar de quem observa e busca a doença. Mas saberes que dialogam, interagem na construção de uma clínica do encontro, da invenção e produção de sentidos, de defesa da vida.

E, isso se dá na ação dos atores dessa Política (trabalhadores, usuários, gestores), provocando tensões na divisão social do trabalho (cisão entre pensar e fazer), buscando a produção de um campo de práticas e saberes comuns.

Coloca-se aqui um grande desafio que é a construção desse campo comum de práticas e saberes em um cenário de disciplinas e profissões que se caracterizam pela fragmentação, alta especialização e pelo pouco diálogo e interação. Aqui surge o Apoio Matricial como uma importante e essencial estratégia para a construção desse campo.

O presente livro que o leitor tem em suas mãos, “Dispositivo do cuidado no contexto do matriciamento em saúde mental na atenção primária: articulações entre saberes e práticas”, organizado por Maria Salete Bessa Jorge, Maria Raquel Rodrigues Carvalho e Lourdes Suelen Pontes Costa, é uma importante contribuição ao esforço da construção desse comum. São 16 capítulos divididos em 4 partes apresentando textos reflexivos, pesquisas e experiências que abordam diferentes aspectos sobre Apoio e Matriciamento.

A Parte 1 está composta por quatro capítulos que tem em comum reflexões sobre a atenção primária e sua interface com a clínica ampliada.

No capítulo “Clínica ampliada e sua interface com o apoio matricial em saúde mental” de autoria de Lourdes Suelen Pontes Costa, Maria Raquel Rodrigues Carvalho, Jordana Rodrigues Moreira e Maria Salete Bessa Jorge, as autoras, por meio de uma revisão integrativa, investigam e analisam a literatura acerca das contribuições do apoio matricial em saúde mental para a clínica ampliada.

O capítulo seguinte traz como título “Apoio matricial e a atenção básica” de Túlio Batista Franco e discute o apoio matricial como cuidado compartilhado entre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e as Equipes de Saúde da Família, ressaltando a relação simétrica entre estas o que configura um trabalho em redes. Propõe a Educação Per-

manente como um dispositivo de implantação e consolidação deste processo de trabalho entre equipes locais.

A seguir, temos o texto “Apoio matricial, formação e saúde mental: conversas necessárias para sustentar o SUS em tempos sombrios” de Bruno Ferrari Emerich, Silvio Yasui e Ana Carolina Florence de Barros que, a partir de fragmentos de experiências dos autores, discutem o Apoio Matricial como uma importante e essencial ferramenta de formação.

No artigo “Atención Primaria de Salud: una mirada antropológica y social” as autoras Isabel Morales Moreno e Paloma Echevarría Pérez partem de uma perspectiva histórica e antropológica para analisar as contribuições, impasses e desafios da Atenção Primária em saúde.

A seguir, a Parte 2 compõe-se de três capítulos que abordam os dispositivos do cuidado e suas interpelações.

No capítulo que abre essa parte, intitulado “O cuidado aos usuários de drogas na Atenção Primária à Saúde e o Apoio Matricial” as autoras Milena Lima de Paula e Maria Salete Bessa Jorge, apresentam uma pesquisa que buscou identificar e analisar as atividades relacionadas ao apoio matricial sobre o cuidado ao usuário de drogas na ESF.

O texto seguinte traz o título de “Dispositivos de cuidado ao adolescente com transtornos psíquicos na atenção primária à saúde” e tem como autoras Jamine Borges de Moraes, Emília Cristina Carvalho Rocha Caminha e Maria Salete Bessa Jorge. Trata-se de um estudo sobre a produção do cuidado ao adolescente em sofrimento psíquico, destacando as estratégias para promoção da articulação entre a Atenção Primária à Saúde e os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil.

O capítulo que segue tem como título - “Não temos nenhuma equipe matricial funcionando [...]”: Matriciamento como dispositivo de cuidado em saúde mental – das autoras Indara Cavalcante Bezerra e Maria Salete Bessa Jorge e analisa o apoio matricial a partir das concepções, saberes e práticas de gestores, trabalhadores de saúde e usuários, buscando identificar os avanços e desafios neste processo.

A parte 3 do livro apresenta três capítulos que relatam experiências de matriciamento.

O texto “Resolubilidade em saúde mental e o processo de implantação do matriciamento: o caso de um município cearense” dos autores Maria Salete Bessa Jorge, Roberta Sampaio de Brito Mamede, João Henrique Cordeiro, Jamine Borges de Moraes e Adriano Rodrigues de Souza relata uma experiência de implantação do processo de matriciamento na atenção primária à saúde tendo como objetivo ampliar a resolubilidade em saúde mental.

O capítulo a seguir, “Matriciamento como arranjo potencializador da rede: resolubilidade de casos traçadores de saúde mental” de Fernando Sérgio Pereira de Sousa, Aline Mesquita Lemos, Afonso Ricardo de Lima Cavalcante, Emanuela Linhares Viana Oliveira e Maria Salete Bessa Jorge. Nesse apresenta um estudo sobre o apoio matricial como um arranjo potencializador da resolução de casos clínicos de saúde mental no âmbito da APS por meio de um caso traçador, que é um modo de investigação empregada em pesquisas qualitativas.

O texto “Experiências de equipes de saúde com matriciamento em saúde mental com ênfase na dependência química” das autoras Márcia Maria Mont’Alverne de Barros e Ivanice Jacinto da Silva apresenta um estudo, realizado em um município do Nordeste brasileiro, sobre as experiências de equipes de saúde com matriciamento em saúde mental, enfatizando-se a atenção à dependência química.

Finalizando o livro, a Parte 4 apresenta 5 capítulos que abordam diferentes aspectos da interface entre a gestão, a política e o matriciamento. Apresenta, ainda, um capítulo final sobre a arteterapia.

Abriendo esta parte, o texto “Matriciamento em saúde mental como dispositivo de gestão e pedagógico” das autoras Maria Salete Bessa Jorge, Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos e Milena Lima de Paula escrevem um ensaio no qual discutem o matriciamento como dispositivo de gestão e pedagógico para o cuidado em saúde mental.

O capítulo seguinte, “Política e Planejamento em Saúde Mental: reflexões sobre o matricialmente e novas relações de poder” de Carlos Garcia Filho e José Jackson Coelho Sampaio apresenta uma reflexão sobre o papel do matriciamento como catalizador de transformações nas relações de poder no planejamento e nas políticas de saúde mental.

O texto “Matriciamento como promoção da saúde: passos para construção de tecnologia educativa para atenção básica e psicossocial” das autoras Marta Emília de Oliveira Nobre, Maria Raquel Rodrigues Carvalho e Maria Salete Bessa Jorge, propõe a construção de um jogo que articula as dimensões da autonomia, do acolhimento, do vínculo, da responsabilização e da produção do cuidado, como ferramenta educativa para o trabalho de matriciamento.

O capítulo seguinte “Planejamento em saúde mental: desafios e perspectivas da articulação em rede a partir da atenção básica” de Rândson Soares de Souza, Ana Carolina Andrade e Maria Salete Bessa Jorge analisa as perspectivas e os desafios das ações de planejamento em saúde mental com vista à articulação em rede a partir da Atenção Básica.

O texto “Construção e validação de um guia para organização da rede de atenção psicossocial” de Francisco Lindenberg Neves Soares, Lourdes Suelen Pontes Costa e Maria Salete Bessa Jorge apresenta a proposta de um guia para orientar a elaboração do plano regional da Rede de Atenção Psicossocial, considerando a Atenção Primária como ordenadora e coordenadora do cuidado.

Finalizando o livro, o capítulo “A arteterapia como cuidado à criança com diagnóstico de transtorno de déficit de atenção com hiperatividade: inovação e criatividade em saúde mental infantil” das autoras Karine de Almeida Aderaldo, Cinthia Mendonça Cavalcante, discutem acerca da arteterapia como possibilidade consistente de cuidado às crianças diagnosticadas com o Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade.

O leitor irá encontrar, nessas páginas, muitos elementos que certamente contribuirão para a reflexão sobre a complexidade e diversidade do Apoio e do Matriciamento em saúde mental.

Boa leitura!

Silvio Yasui

# Sumário

---

<b>PREFÁCIO.....</b>	<b>5</b>
----------------------	----------

<b>INTRODUÇÃO AO TEMA: MATRICIAMENTO COMO ARRANJO PARA GESTÃO.....</b>	<b>14</b>
--	-----------

*Fernando Sérgio Pereira de Sousa e Maria Salete Bessa Jorge*

<b>PARTE 1.....</b>	<b>20</b>
---------------------	-----------

## **ATENÇÃO PRIMÁRIA E SUA INTERFACE COM A CLÍNICA AMPLIADA**

<b>CAPÍTULO 1.....</b>	<b>23</b>
------------------------	-----------

### **CLÍNICA AMPLIADA E SUA INTERFACE COM O APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL**

*Lourdes Suelen Pontes Costa, Maria Raquel Rodrigues Carvalho, Jordana Rodrigues Moreira e Maria Salete Bessa Jorge*

<b>CAPÍTULO 2.....</b>	<b>51</b>
------------------------	-----------

### **APOIO MATRICIAL E A ATENÇÃO BÁSICA**

*Túlio Batista Franco*

<b>CAPÍTULO 3.....</b>	<b>71</b>
------------------------	-----------

### **APOIO MATRICIAL, FORMAÇÃO E SAÚDE MENTAL: CONVERSAS NECESSÁRIAS PARA SUSTENTAR O SUS EM TEMPOS SOMBRIOS**

*Bruno Ferrari Emerich, Silvio Yasui e Ana Carolina Florence de Barros*

<b>CAPÍTULO 4.....</b>	<b>97</b>
------------------------	-----------

### **ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: UNA MIRADA ANTROPOLÓGICA Y SOCIAL**

*Isabel Morales Moreno e Paloma Echevarría Pérez*

<b>PARTE 2.....</b>	<b>138</b>
<b>CUIDADO E DISPOSITIVOS E SUAS INTERRELAÇÕES</b>	

<b>CAPÍTULO 5.....</b>	<b>139</b>
<b>O CUIDADO AOS USUÁRIOS DE DROGAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O APOIO MATRICIAL</b>	

*Milena Lima de Paula e Maria Salete Bessa Jorge*

<b>CAPÍTULO 6.....</b>	<b>159</b>
<b>DISPOSITIVOS DE CUIDADO AO ADOLESCENTE COM TRANSTORNOS PSÍQUICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b>	

*Jamine Borges de Moraes, Emília Cristina Carvalho Rocha Caminha e Maria Salete Bessa Jorge*

<b>CAPÍTULO 7.....</b>	<b>178</b>
<b>“Não temos nenhuma equipe matricial funcionando [...]”: MATRICIAMEN-TO COMO DISPOSITIVO DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL</b>	

*Indara Cavalcante Bezerra e Maria Salete Bessa Jorge*

<b>PARTE III.....</b>	<b>191</b>
<b>EXPERIÊNCIAS E RESOLUBILIDADE DA ATENÇÃO</b>	

<b>CAPÍTULO 8.....</b>	<b>192</b>
<b>RESOLUBILIDADE EM SAÚDE MENTAL E O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO MATRICIAMENTO: O CASO DE UM MUNICÍPIO CEARENSE</b>	

*Maria Salete Bessa Jorge, Roberta Sampaio de Brito Mamede, João Henrique Cordeiro, Jamine Borges de Moraes e Adriano Rodrigues de Souza*

<b>CAPÍTULO 9.....</b>	<b>206</b>
<b>MATRICIAMENTO COMO ARRANJO POTENCIALIZADOR DA REDE: RESOLUBILIDADE DE CASOS TRAÇADORES DE SAÚDE MENTAL</b>	

*Fernando Sérgio Pereira de Sousa, Aline Mesquita Lemos, Afonso Ricardo de Lima Cavalcante, Emanuela Linhares Viana Oliveira e Maria Salete Bessa Jorge*

<b>CAPÍTULO 10.....</b>	<b>218</b>
<b>EXPERIÊNCIAS DE EQUIPES DE SAÚDE COM MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL COM ÊNFASE NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA</b>	

*Márcia Maria Mont'Alverne de Barros e Ivanice Jacinto da Silva*

<b>PARTE IV .....</b>	<b>252</b>
<b>POLÍTICA E GESTÃO COMO DISPOSITIVO PEDAGÓGICO, E TECNOLÓGICOS PARA SUBSIDIAR A PRÁTICA</b>	
<b>CAPÍTULO 11 .....</b>	<b>253</b>
<b>MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL COMO DISPOSITIVO DE GESTÃO E PEDAGÓGICO</b>	
<i>Maria Salete Bessa Jorge, Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos e Milena Lima de Paula</i>	
<b>CAPÍTULO 12 .....</b>	<b>273</b>
<b>POLÍTICA E PLANEJAMENTO EM SAÚDE MENTAL: REFLEXÕES SOBRE O MATRICIAMENTO E NOVAS RELAÇÕES DE PODER</b>	
<i>Carlos Garcia Filho e José Jackson Coelho Sampaio</i>	
<b>CAPÍTULO 13 .....</b>	<b>288</b>
<b>MATRICIAMENTO COMO PROMOÇÃO DA SAÚDE: PASSOS PARA CONSTRUÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA ATENÇÃO BÁSICA E PSICOSSOCIAL</b>	
<i>Marta Emília de Oliveira Nobre, Maria Raquel Rodrigues Carvalho e Maria Salete Bessa Jorge</i>	
<b>CAPÍTULO 14 .....</b>	<b>309</b>
<b>PLANEJAMENTO EM SAÚDE MENTAL: DESAFIOS E PERSPECTIVAS DA ARTICULAÇÃO EM REDE A PARTIR DA ATENÇÃO BÁSICA</b>	
<i>Rândson Soares de Souza, Ana Carolina Andrade e Maria Salete Bessa Jorge</i>	
<b>CAPÍTULO 15 .....</b>	<b>335</b>
<b>CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM GUIA PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL</b>	
<i>Francisco Lindenberg Neves Soares, Lourdes Suelen Pontes Costa e Maria Salete Bessa Jorge</i>	
<b>CAPÍTULO 16 .....</b>	<b>351</b>
<b>A ARTETERAPIA COMO CUIDADO À CRIANÇA COM DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HÍPERATIVIDADE: INOVAÇÃO E CRIATIVIDADE EM SAÚDE MENTAL INFANTIL</b>	
<i>Karine de Almeida Aderaldo e Cinthia Mendonça Cavalcante</i>	
<b>POSFÁCIO .....</b>	<b>383</b>
<b>ORGANIZADORES/AUTORES.....</b>	<b>384</b>
<b>AUTORES E COLABORADORES.....</b>	<b>385</b>

# INTRODUÇÃO AO TEMA: MATRICIAMENTO COMO ARRANJO PARA GESTÃO

Fernando Sérgio Pereira de Sousa  
Maria Salete Bessa Jorge

O Apoio Matricial (AM) ou Matriciamento se encontra interconectado na busca constante de construir e produzir outro paradigma para o modelo de gestão em saúde, capaz de gerar um processo de trabalho alicerçado no encontro dialógico entre equipes de saúde generalistas e especializadas, de gestão das organizações e gestão formativa nos serviços de saúde.

Nesse sentido, Gastão Wagner de Sousa Campos, em 1999, formula esse arranjo matricial por entender que a gestão em saúde deve descer para o cotidiano das relações equipe/usuário, trabalhadores/usuários, gestor/equipe, gestores/usuários. Sendo necessário desenvolver outro paradigma, outra forma de pensar gestão que combine-se certo grau de autonomia necessária ao trabalhador com certo grau de controle também sobre o trabalhador: controle da lei, de valores, do direito à saúde, da gratuidade do Sistema Único de Saúde (SUS), e mesmo de diretrizes de modelo, atenção básica, o vínculo, a horizontalidade, a coordenação de caso, a definição de um arranjo prévio que é a do trabalho multiprofissional. Enfim, nós fomos construindo evidências que são técnicas, que precisam ser implementadas, adaptadas, reconstruídas [...] mais que adaptadas, recriadas para cada contexto situacional (RIGHI, 2014).

Assim, o AM é uma metodologia que potencializa a mudança do cotidiano das pessoas e dos serviços de saúde, pois possibilita a troca de saberes e práticas de maneira horizontalizada, onde ninguém é “dono” do conhecimento e sim como algo que precisa ser compartilhado para favorecer a quebra de estruturas rígidas, como o modelo biomédico, centrado numa clínica tradicional, sintomatológica, hierárquica e burocratizante. E, sim, construir uma clínica ampliada alicerça-

da no sujeito, na subjetividade e nas relações sociais.

Ressalta-se: a ideia de apoio tem inspiração em Antônio Gramsci e, de certa forma, em Foucault. O conceito de microrredes de poder – que Gramsci chamava de poder molecular – das redes moleculares, da microfísica do poder. Há, no apoio, uma dimensão de metodologia política, que diz respeito às formas como os sujeitos resistem, como fazem alianças, como é possível mudar relações de poder, como a gente democratiza o poder [...] então, trazer esta dimensão para a clínica, para o serviço de saúde, não só nas cúpulas, não só no nível central, não só nas conferências. O apoio, além da política, traz o tema da subjetividade, do afeto, das emoções (RIGHI, 2014).

Dessa maneira, pode-se afirmar que esse arranjo matricial é uma potente estratégia de efetivação da Política de Saúde Mental na gestão, nos serviços, nos territórios e na comunidade. Isso ao desconstruírem os modelos preestabelecidos e normativos, engessados em funções cristalizadas, para centralizar o olhar sobre o usuário e a comunidade, como possibilidade de fortalecimento de vínculos e maior qualidade de vida.

Conforme se compreende, as ações de saúde mental devem obedecer ao modelo de redes de cuidado de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas voltadas ao estabelecimento de vínculos e acolhimento. Pois, a organização em rede de serviços rompe com o modelo hierárquico tradicional fundamentado em níveis de complexidade, que impossibilita a flexibilização e a articulação das ações, restringindo a assistência e organizando a demanda de acordo com as necessidades do sistema, e não conforme as necessidades dos usuários, principais protagonistas aos quais os serviços se destinam (SOUSA et al., 2011).

Dando continuidade à discussão, entende-se que a estratégia do AM ganha potência a partir da constatação segundo a qual a Reforma Psiquiátrica não pode ir adiante com seus inovadores propósitos se a atenção à saúde mental se restringe apenas aos serviços especializados nesse campo. Logo, não basta empenhar-se somente na rede substitutiva; é preciso estender o cuidado em saúde mental para to-

dos os níveis de assistência da rede de saúde (DIMENSTEIN et al., 2009).

Desse modo, a interconexão por meio do matriciamento em saúde mental com os demais pontos de atenção integrantes da rede de atenção se impõe como algo relevante para os atuais gestores, implicando transformações profundas nas práticas institucionalizadas ao chamar para a arena das discussões todos aqueles que precisam ser corresponsabilizados pelo cuidado. Evidentemente, existem os limites decorrentes, sobretudo, da própria determinação do cotidiano múltiplo, diverso e dinâmico presente no campo psicossocial.

Ora, enfatiza-se que as ações de saúde mental desenvolvidas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) exercem papel fundamental ao contribuir com seus saberes para a ampliação do potencial resolutivo das equipes, mediante a realização do matriciamento de saúde mental que tem por objetivo superar a lógica da especialização e da fragmentação do trabalho da própria área de saúde mental.

Segundo Silva e Dimenstein (2014), essa articulação se dá a partir da oferta de saberes-fazeres especializados às equipes da APS, a fim de que possam incluir as demandas de saúde mental em suas ações. Cotidianamente essas equipes da atenção primária se deparam com diversas formas de sofrimento psíquico, porém, avaliando-se incapacitadas para acolhê-las, apresentam dificuldades para incluí-las em seus escopos de intervenção. Dentro do que reza a atenção psicossocial, o matriciamento se sobressai como ferramenta capaz de intervir nas recusas de acolhimento às demandas de saúde mental na APS.

Em corroboração a essa ideia, consoante afirmam Quinderé e Jorge (2010), ao atuar como articulador das ações de saúde mental nos territórios, o apoio matricial se responsabiliza pelas ações que possibilitem o acompanhamento das pessoas em sofrimento psíquico em atividades individuais e coletivas, promovendo suporte aos familiares, atuando na educação em saúde e na reabilitação psicossocial dos usuários. Desse modo, à medida que os serviços e as ações de saúde mental na atenção primária vão sendo ampliados, a rede de atenção fica cada vez mais complexa.

Dessa forma, o matriciamento, conforme Campos (1999), tem o

objetivo de aumentar o grau de resolubilidade das ações de saúde. Esse arranjo propõe uma reformulação no modo de organização dos serviços e relações horizontais entre as especialidades que passam a oferecer apoio técnico horizontal às equipes interdisciplinares de APS, favorecendo, assim, a conexão em rede.

Porém, concretamente, verifica-se, no SUS, pouca permeabilidade de serviços especializados ao contato direto dos profissionais da APS, assim como pouca disposição desses serviços em buscar contatos externos, visando à qualificação de projetos terapêuticos para usuários em situações complexas, que demandam o trabalho sinérgico de muitos profissionais e serviços de saúde. Da mesma forma, dentro das próprias equipes de saúde, existe uma tendência de pouco diálogo interdisciplinar, já que são estruturadas em relações de poder excessivamente assimétricas. Aponta-se, então, a necessidade de construir-se mecanismos para valorizar com mais equilíbrio os diversos profissionais de saúde, de diferentes serviços da rede assistencial (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Logo, a proposta do compartilhamento de saberes e práticas entre os trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e da APS dialoga com o enfrentamento desses impasses supracitados, na medida que o AM possibilita o alargamento da visão da equipe da Estratégia da Saúde da Família (ESF) frente às demandas de saúde mental no território, pois, incluem os aspectos da vida e do sofrimento psíquico mediante vivências pessoais e da própria existência humana. Assim, o apoiador matricial é um especialista detentor de um núcleo de conhecimento e de um perfil distinto daquele dos profissionais de referência; contudo, ele pode agregar recursos de saber e mesmo colaborar com intervenções que aumentem a capacidade em dar resolubilidade a problemas de saúde. O apoio matricial procura construir e avivar espaço para a comunicação ativa e para o compartilhamento e aprimoramento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde propõe o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que utiliza o conceito de Equipe de Referência e Apoio Matricial. Trata-se de uma equipe interdisciplinar que tem

como função principal apoiar a equipe de saúde da família, para que esta aumente sua resolutividade. Esta proposta de trabalho deve ser direcionada à corresponsabilização e à gestão integrada do cuidado (por meio de atendimento compartilhado e interdisciplinar), à troca de saberes e à pactuação de projetos terapêuticos que incluam os usuários dos serviços e a comunidade como participantes dessa construção. Com relação à saúde mental, a portaria recomenda que “tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais”, cada NASF deva contar com pelo menos um profissional da área de saúde mental (psicólogo, psiquiatra ou terapeuta ocupacional) (BRASIL, 2008).

No entanto, ações saúde mental na APS são importantes, mas não são susceptíveis de serem mantidas, a menos que sejam precedidas ou acompanhadas pelo desenvolvimento dos serviços comunitários de saúde mental, para permitir a formação, a supervisão e o apoio contínuo para profissionais dos cuidados primários (SARACENO et al., 2007).

A análise de produções nacionais que abordam o AM demonstra a existência de resistências à adoção dessa metodologia de trabalho, tanto no que tange aos profissionais especialistas como os generalistas da APS (BONFIM, BASTOS, GÓIS, & TÓFOLI, 2013; HIRDES & SCAPARRO, 2015; HIRDES, 2015).

Nesse sentido, Campos et al. (2014) defendem que o apoio aos profissionais visa ao desenvolvimento de uma postura analítica sobre si mesmos, sobre o outro e o seu contexto para que possam experimentar novas práticas que possam dar respostas à complexidade do trabalho em saúde. Esse apoio produz, simultaneamente, efeitos pedagógicos, terapêuticos e institucionais. O efeito pedagógico ocorre por meio do aprimoramento do repertório de conhecimentos, ampliando a capacidade técnica de intervenção; o efeito terapêutico é produzido pelas mudanças de valores e visões de mundo dos sujeitos. E, por último, os efeitos institucionais referem-se às mudanças nas relações e no contexto de trabalho.

Dessa forma, o dispositivo equipe matricial contribui fundamentalmente para problematizar as práticas, agregar novos dispositivos, sinalizar os caminhos para a construção de outro modelo de assis-

tência à saúde que esteja articulado e sinérgico com os princípios e diretrizes do SUS e, sobretudo, processos de cuidado baseados em múltiplos dispositivos. Para tanto, faz-se imprescindível a organização dos processos de trabalho em função da produção do cuidado como finalidade do trabalho em saúde, que investe nas tecnologias leves, na clínica dos afetos, e na corresponsabilização como forma de estimular o compromisso de trabalhadores, usuários e familiares com a produção da saúde (JORGE et al., 2013).

Para Oliveira e Campos (2014) o AM demanda “perceber a política enquanto um elemento presente na clínica e nas relações interprofissionais e, principalmente, marcar o lugar do usuário como um sujeito que participa ativamente da construção do cuidado e dos serviços de saúde”. Esse processo contínuo de transformação desenvolve-se nos diferentes cenários que compõem o território, configurado pelas características das pessoas que, também sofrem as ações territoriais.

Ante a essas contribuições, afirma-se que o matriciamento articula um conjunto de estratégias essenciais no processo de construção e de transformação da assistência em saúde mental em rede. Por ser o AM um arranjo inovador e em fase de implementação no SUS, é de grande importância a formulação de propostas instigadoras de análise dessa experiência, como se faz na explanação dos capítulos a seguir desse livro ora desenhado.

O livro, ora apresentado, busca a diversidade de enfoques acerca do Apoio Matricial em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde, e traz para a arena de discussão 16 capítulos que versam sobre a incorporação de conceitos e práticas inovadoras, balizadas por diferentes tecnologias para responder às necessidades apresentadas nos espaços concretos, onde as pessoas constroem suas histórias e representam seu processo de saúde-doença.

Eis que está posto para os(as) autores(as) desta obra o desafio de potencializar no leitor um constante estranhamento e provocações de suas práticas nos entornos sociais no que diz respeito ao olhar sobre novos arranjos de cuidar em saúde mental na APS. Mais do que um olhar racional e prescritivo acerca do sofrimento do outro, busca-se

dá conta da complexidade da atenção psicossocial, considerando suas singularidades e nuances frente à necessidade de ampliação de ofertas terapêuticas de escuta e diálogo com vistas à maior resolubilidade do cuidado com aparatos tecnológicos capazes de operar um projeto terapêutico com radicalidade, pois desta atitude podem surgir inovadoras possibilidades.

Por fim, a partir de evidências científicas e contribuições teórico-analíticas para o campo da saúde coletiva e saúde mental, este livro propõe uma análise crítica e reflexiva dos dispositivos da integralidade do cuidado em saúde enfatizando uma realidade dinâmica e processual que ocorre no cotidiano do SUS. Bem como, um fortalecimento da Política de Saúde Mental brasileira ao discutir contínuas e permanentes questões que atravessam a prática psicossocial nos espaços coletivos da política, da gestão e da sociedade.

## REFERÊNCIAS

- BONFIM, I. G.; BASTOS, E. N. E.; LIMA GÓIS, C. W.; TÓFOLI, L. F. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde. **Interface**, v. 17, n. 45, p. 287-300. 2013.
- BRASIL. Portaria GM 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial da União**, 24 jan. 2008.
- CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.
- CAMPOS, G. W. S.; FIGUEIREDO, M. D.; JUNIOR, N. P.; CASTRO, C. P. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface** (Botucatu), v. 18, n. 1, p. 983-95, 2014.
- CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.
- DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A. K.; BRITO, M.; PIMENTA, A. L.; MEDEIROS, V.; BEZERRA, E. O. Apoio matricial em unidades de saúde da família: Experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 63-74, 2009.
- HIRDES, A. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p.

371-382, 2015.

HIRDES, A.; SCARPARO, H. B. K. O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 383-393, 2015.

JORGE, M. S. B.; SOUSA, F. S. P.; FRANCO, T. B. Apoio matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 5, p. 738-744, out. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672013000500015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672013000500015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 jan. 2018.

OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e institucional: analisando suas construções. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 229-238, 2014.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B. (Des)Construção do Modelo Assistencial em Saúde Mental na Composição das Práticas e dos serviços. **Saúde e Sociedade** [online], v. 19, n. 3, p. 569-583, 2010.

RIGHI, L. B. Apoio matricial e institucional em saúde: entrevista com Gastão Wagner de Sousa Campos. **Interface**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 1145-1150, 2014.

SARACENO, B.; OMMEREN, V. M.; BATNIJI, R.; COHEN, A.; GUREJE, O.; MAHONEY, J.; UNDERHILL, C. Barriers to Improvement of Mental Health Services in Low-Income and Middle-Income Countries. **The Lancet**, 370, 1164-1174, 2007.

SILVA, M. L. B.; DIMENSTEIN, M. Apoio matricial em saúde mental: quais efeitos? **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v. 6, n. 13, p. 170, 2014.

SOUSA, F. S. P.; JORGE, M. S. B.; VASCONCELOS, M. G. F.; MONT'ALVERNE BARROS, M. M. Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**; v. 21, n. 4, p. 1579-1599, 2011.

**PARTE 1**

**ATENÇÃO PRIMÁRIA E SUA INTERFACE COM  
A CLÍNICA AMPLIADA**

# CAPÍTULO 1

## CLÍNICA AMPLIADA E SUA INTERFACE COM O APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL

Lourdes Suelen Pontes Costa  
Maria Raquel Rodrigues Carvalho  
Jordana Rodrigues Moreira  
Maria Salete Bessa Jorge

### INTRODUÇÃO

A clínica ampliada a partir do referencial epistemológico propõe uma mudança no direcionamento do trabalho referente às práticas de cuidado em saúde e as estratégias estabelecidas para tal, bem como os elementos envolvidos nesse processo de cuidar.

As proposições da clínica ampliada e compartilhada encontram-se presentes, também, nas publicações oficiais do Ministério da Saúde através de documentos fundantes como a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2013) e na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017).

A ampliação das práticas clínicas e de Saúde Coletiva estabelece, inicialmente, uma mudança no foco de intervenção da doença ou dos procedimentos, para recolocá-lo no sujeito, portador de doenças, mas também de outras demandas e necessidades. Com isso, desenvolve-se a partir de uma tripla ampliação: do objeto de trabalho (incluindo as fragilidades subjetivas e as redes sociais, para além dos riscos biológicos, isto é, trabalhar com pessoas e coletivos sem menosprezar o interjogo das variáveis em coprodução e das características singulares, sem desconsiderar a doença ou os riscos de adoecer); dos objetivos do trabalho (além de curar, reabilitar e prevenir danos em pessoas doentes, gerar saúde significa também fomentar o desenvolvimento de maiores graus de autonomia e autocuidado dos sujeitos, de sua capacidade

de pensar, agir e criar novos modos de vida para si e novas formas de posicionamento frente da sua saúde e do seu contexto); dos meios de trabalho em saúde (ampliando o repertório de ações, reformulando a relação clínica e os processos de Educação em Saúde, desenvolvendo relações baseadas no diálogo, na negociação, no compartilhamento de saberes e poderes, no vínculo e na responsabilização, possibilitando a interdisciplinaridade, trabalhando em equipe, e intersetorialidade, trabalhando em rede) (CAMPOS et al., 2014).

A partir de tais proposições, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) trabalha a partir da lógica da indissociabilidade entre as formas de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade. Com isso, objetiva fomentar inovações nas práticas gerenciais e de produção de saúde, propondo para os diferentes coletivos e as diferentes equipes implicados nestas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder (BRASIL, 2009).

Nesse íterim, a clínica ampliada considera fundamental avultar o “objeto de trabalho” da clínica, sendo, contudo, mais importante, a consideração que, em concreto, não existe problema de saúde ou doença sem que estejam encarnadas em sujeitos, em pessoas (CAMPOS; AMARAL, 2007).

A clínica ampliada prevê, de acordo com a necessidade dos usuários, o entrelaçamento entre os serviços de saúde e outros setores e as políticas públicas, considerados como recursos para promoção de saúde, por compreender que esta se constitui num agenciamento de vetores sociopolítico-cultural-econômico num mesmo plano de imanência (SUNDFELD, 2010).

A proposta da clínica ampliada engloba os seguintes eixos fundamentais: compreensão ampliada do processo saúde-doença; construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas; ampliação do “objeto de trabalho”; transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho; suporte para os profissionais de saúde (BRASIL, 2009).

Ao refletir sobre a ampliação do objetivo ou da finalidade do trabalho clínico, além de buscar a produção de saúde, por diversas formas (curativos, preventivos, de reabilitação ou com cuidados paliativos), a clínica poderá também contribuir para a ampliação do grau de autonomia dos usuários. Sendo esta última entendida como um conceito relativo, não como a ausência de qualquer tipo de dependência, mas como uma amplificação da capacidade do usuário de lidar com sua própria rede ou sistema de dependências (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Dessa forma, a clínica ampliada pode ser vista como uma diretriz para a atuação dos profissionais da saúde, composta essencialmente pela articulação e diálogo de diferentes saberes para compreensão dos processos de saúde e adoecimento, bem como na necessidade de inclusão dos usuários como cidadãos participantes das condutas em saúde, inclusive da elaboração de seu projeto terapêutico (BRASIL, 2009).

A clínica ampliada está embasada na construção de responsabilidade singular e de vínculo estável entre equipe de saúde e paciente, para tanto auxilia a comunicação horizontal a noção de “apoio matricial”, que ocorre quando um profissional especialista oferece suporte a uma equipe de referência de outra unidade em casos que requerem maior complexidade ou na elaboração de diretrizes clínicas, protocolos e projetos (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Partindo dessa premissa, tem-se no funcionamento do NASF a perspectiva do apoio matricial, ou seja, o conjunto de profissionais partilha de suas diversas especialidades e experiências para complementar a equipe de referência – no caso, a equipe multiprofissional de saúde da família – e promover, de forma conjunta, estratégias de intervenção e compartilhamento de compromisso pela clientela atendida. A perspectiva interdisciplinar suscita a criatividade dos profissionais envolvidos na construção dos dispositivos na atenção básica (BRASIL, 2009).

A prática do apoio matricial tem ganhado destaque nos cuidados psicossociais por ser uma possibilidade de melhorar o atendimento dos usuários dos serviços de saúde, por oferecer e partilhar juntamente com a equipe de saúde, principalmente, da Atenção Primária, atendimento especializado no próprio serviço de saúde evitando, assim,

os direcionamentos desnecessários e, muitas vezes, excessivos para outro serviço como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e hospital mental. Além disso, tal prática favorece um cuidado mais resolutivo efetuado a partir da construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) que conta com a participação do sujeito e do compartilhamento de saberes e práticas dos profissionais de saúde envolvidos.

Dessa forma, pode-se compreender o matriciamento como sendo uma ferramenta que oferece tanto suporte assistencial quanto apoio pedagógico às equipes de referenciais, cabendo a estas a responsabilidade pela condução dos casos ao longo do tempo a partir da peculiaridade do indivíduo com o intuito de promover a inserção social, o resgate do convívio familiar e da cidadania. Então, o matriciamento possibilita que os profissionais dos serviços da atenção básica tenham maior entendimento sobre saúde mental e as questões que a cercam e, assim, podem atuar como catalisadores no processo terapêutico e de reinserção social do sujeito (ASSIS et al, 2012).

Assim, o apoio matricial auxilia ações capazes de potencializar maior acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde, proporcionando intervenções mais eficazes nos problemas de saúde mental, sendo essa formação organizacional imprescindível para a incorporação das ações de saúde mental na atenção primária, tornando prioridade no cenário atual (ASSIS et al, 2012).

No contexto internacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008), juntamente com a Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA, 2008) e com a Federação Mundial para a Saúde Mental defendem a inserção da saúde mental nos cuidados de saúde em geral, particularmente na Atenção Primária à Saúde (APS), a exemplo disso, na Inglaterra é preconizado que o tratamento à saúde mental deve ser parte integral da Atenção Primária (THORNICROFT; TANSSELLA, 1999). Ademais, em países com poucos recursos, devem implementar a saúde mental na APS, com a retaguarda de especialistas para consultoria, avaliação e tratamento (HIRDES; SCARPARO, 2015).

Nesse sentido, o empenho em implementar a saúde mental na APS por meio do apoio matricial está atrelado a diferentes razões que

vão desde a diminuição do sofrimento de usuários e familiares até as questões de ordem socioeconômica (HIRDES; SCARPARO, 2015).

Diante de tais questões, a Organização Mundial de Saúde e a Associação Mundial de Médicos de Família (OMS; WONCA, 2008) desenvolveram os dez princípios para a integração da saúde mental na atenção primária que envolvem: inclusão dos cuidados de saúde mental na atenção primária na política de saúde; mudança de atitudes e de condutas por meio de assessoramento; aperfeiçoamento de trabalhadores da atenção primária, através de tarefas operacionalizáveis; apoio de profissionais especializados em saúde mental; acesso a medicações psicotrópicas essenciais; trabalhar a integração como um processo; dispor de um coordenador de saúde mental; buscar auxílio de outros setores governamentais, organizações não governamentais; dispor de recursos humanos e financeiros.

Dessa forma, apreende-se o quão indissociável do conceito de apoio matricial tem-se a equipe e os profissionais de referência – aqueles que têm a responsabilidade pela condução de cada caso. Ambos, apoio matricial e equipes de referência, viabilizam a ampliação da clínica e a integração dialógica entre diferentes especialidades e profissões (HIRDES; SCARPARO, 2015).

Contudo, o atual cenário brasileiro está permeado por uma nebulosidade no que concerne ao SUS no qual são direcionadas várias investidas no intuito de enfraquecê-los e levá-los à desestruturação. Nesse contexto, a saúde mental que, inegavelmente, foi marcada pelo negligenciamento ao longo de sua história vem sofrendo ainda mais nos últimos anos, principalmente, para consolidar e alicerçar o modelo de atenção psicossocial.

Tal fato pode ser demonstrado através das novas propostas elencadas pelo governo claramente caracterizada pelo retorno à estrutura manicomial, fruto de uma resolução aprovada na CIT (Comissão Intergestores Tripartite) em dezembro de 2017, que ocasiona mudanças na política de saúde mental vigente, como pode ser percebido através da nota editada pela Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME, 2018):

Uma das mudanças propostas consiste em abandonar a estratégia de redução de leitos em hospitais psiquiátricos a partir do fechamento dos que se destinavam a pessoas que, por baixa eficiência dessas instituições, se tornaram moradoras, ignorando que tais leitos já não se encontram disponíveis às situações de agravamento numa certa Rede de Atenção, estimulando a internação como resposta e, por conseguinte, novas institucionalizações.

Nesse sentido, cabe aqui parafrasear Sundfeld (2010) ao dizer que não basta apenas formular novas diretrizes para a saúde como o conceito de clínica ampliada, pois isso pode apenas mascarar antigas práticas e procedimentos interpretativos. A reforma da assistência está imbricada com a reforma do pensamento de seus atores: profissionais e comunidade e, sobretudo, um sim às incertezas e inventividade do cotidiano. Com isso, os serviços de atenção primária têm a potencialidade de atuar como espaços de experimentação coletiva, associados à comunidade.

Desse modo, apreende-se a necessidade de fortalecer as ferramentas e os dispositivos de cuidado para que a assistência ao usuário seja de maneira eficiente e que os preceitos propostos na Reforma Psiquiátrica sejam alcançados plenamente. Diante do exposto, indaga-se quais as contribuições do apoio matricial em saúde mental para a consolidação da clínica ampliada? Qual realidade podemos encontrar no território de cuidado?

## **OBJETIVO**

Analisar a literatura acerca das contribuições do apoio matricial em saúde mental para a clínica ampliada, bem como discutir tais práticas no contexto do município de Fortaleza.

## MÉTODOS

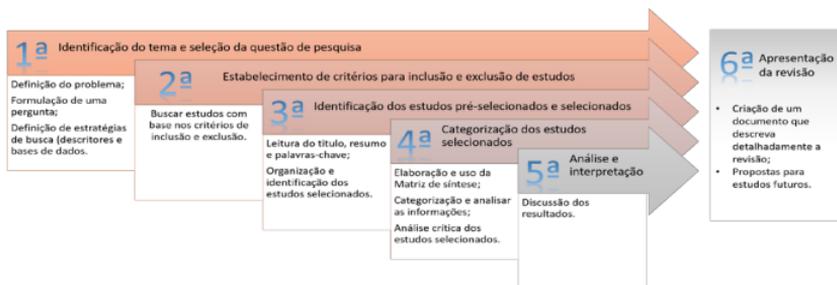
O presente estudo trata-se de uma pesquisa que utilizou da revisão integrativa como método de estudo para analisar a produção científica acerca do apoio matricial em saúde mental e suas contribuições para a clínica ampliada, para complementar esses dados realizou-se o encontro com o território de cuidado a partir da realidade vivenciada no município de Fortaleza.

A revisão da literatura é um processo que requer a elaboração de uma síntese embasada em diferentes tópicos, capazes de proporcionar uma ampla visão sobre o conhecimento. Sendo este o primeiro passo para a construção do conhecimento científico, pois é desta forma que novas teorias surgem, tal como são reconhecidas lacunas e oportunidades para o surgimento de pesquisas num assunto específico (BOTELHO, CUNHA, MACEDO; 2011).

A revisão integrativa foi muito utilizada na área da saúde, mais especificamente na enfermagem. Mendes, Silveira e Galvão (2008) justificam essa valorização do método pela enfermagem, porque, muitas vezes, os profissionais não têm tempo para realizar a leitura de todo o conhecimento científico disponível devido ao alto volume, além da dificuldade para realizar a análise crítica dos estudos. Porém, esse método está sendo utilizado e valorizado por outras áreas de conhecimento, pois o seu potencial é inovador devido à sua interdisciplinaridade, já que visa contextualizar metodologias utilizadas no campo da saúde e que podem ser incorporadas aos estudos organizacionais, principalmente no tocante à busca pelo estado da arte desse tema específico (BOTELHO, CUNHA, MACEDO; 2011).

Para a realização do presente estudo utilizou-se das etapas descritas por Mendes, Silveira e Galvão (2008) e com a utilização de algumas ferramentas estabelecidas no estudo de Botelho, Cunha, Macedo (2011), a seguir contará uma ilustração das etapas e o passo a passo.

**Figura 1** - Processo da revisão integrativa



Fonte: Adaptado de Botelho, Cunha, Macedo (2011).

No momento inicial do estudo foi definido o problema do estudo no qual se refere ao questionamento das contribuições do apoio matricial em saúde mental para a consolidação da clínica ampliada?

Posteriormente, foram estabelecidos critérios de busca na literatura dos estudos, inicialmente realizou-se o acesso pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeSC), no qual não foram encontrados descritores para a busca. Assim, utilizou-se as palavras-chave “clínica ampliada” e “apoio matricial”.

As bases de dados selecionada para o estudo foram Scielo; Scopus; WebOfScience; LILACS e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), desenvolvida sob coordenação do Centro Latino-americano de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), sendo ela uma rede de fontes de informação *on-line* para a distribuição de conhecimento científico e técnico em saúde. As buscas foram realizadas no período de novembro/dezembro de 2017 e janeiro de 2018.

Para melhor seleção do material foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão. Dessa maneira, considerou-se como critérios de inclusão artigos completos disponíveis na íntegra com acesso livre, publicados durante o recorte temporal de 2010 a 2017, nos idiomas português, inglês e espanhol e revisado por pares. Como critérios de exclusão foram considerados os textos em formato de editoriais, dissertações, teses e artigos de revisão.

Assim, ao iniciar a busca nas bases dados, considerando os critérios anteriormente expostos e utilizou-se as palavras-chave “clínica ampliada” e “apoio matricial” cruzadas com o operador booleano AND. Dessa forma, nas referidas bases de dados a busca procedeu-se da seguinte forma:

**Figura 2 - Processo de Seleção dos Estudos**

Base de Dados	Período da coleta	Descritores	Artigos Encontrados	Refinamento	Seleção
Lilacs	Nov/Dez. 2017 Jan. 2018	"clínica ampliada" AND "apoio matricial"	07	06	04
SciELO	Nov/Dez. 2017 Jan. 2018	"clínica ampliada" AND "apoio matricial"	10	04	02
WebOfScience	Nov/Dez. 2017 Jan. 2018	"clínica ampliada" AND "apoio matricial"	00	00	00
BVS	Nov/Dez. 2017 Jan. 2018	"clínica ampliada" AND "apoio matricial"	14	06	04
Scopus	Nov/Dez. 2017 Jan. 2018	"clínica ampliada" AND "apoio matricial"	01	00	00
PubMed	Nov/Dez. 2017 Jan. 2018	"clínica ampliada" AND "apoio matricial"	00	00	00

Fonte: Elaborada pelas autoras.

No primeiro momento foram encontrados 32 artigos, destes foram excluídos 15 por não se adequarem aos critérios de inclusão da pesquisa. Sobraram 17 para serem lidos os títulos e os resumos, 07 foram excluídos por não se adequarem à temática do estudo ou serem artigos de revisão. Assim, restaram 10 para serem analisados, contudo destes 06 eram repetidos, restando 04 para serem analisados e construída a matriz de síntese.

De posse dos artigos selecionados, foi realizada a sumarização e a documentação das informações contidas neles, que conforme as orientações de Mendes, Silveira e Galvão (2008) nesse momento eles têm como objetivo organizar e sumarizar as informações de maneira concisa, formando um banco de dados de fácil acesso e manejo, desta forma elaborando uma Matriz de Síntese, Figura 3:

**Figura 3 - Modelo de Matriz de Síntese**

Autor	Ano	Título	Título do Periódico	Local da publicação	Volume	Nº do documento	Emissão	Páginas	Título do Site	Data de acesso	Título do trabalho	Palavras-chaves	Título traduzido	Idioma

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Durante a etapa de categorização, utilizou-se o *software* Nvivo para auxiliar nesse processo. O NVivo é um *software* que apoia pesquisa de métodos qualitativos e mistos, projetado para organizar, analisar e encontrar *insights* em dados não estruturados ou qualitativos como: entrevistas, respostas de pesquisas abertas, artigos, mídias sociais e conteúdo da *web* (NVIVO, 2018).

Dessa forma, para suporte da análise dos dados e para auxiliar no manuseio e organização dos dados, facilitando, assim, o processo de integração entre as categorias emergentes utilizou-se o *software* de tratamento de dados qualitativos QSR NVivo®, versão 10.0, doravante escrito como NVivo.

Após a realização do processamento dos dados da revisão integrativa foi iniciada a entrada no território para colher as informações empíricas como forma de complementar as informações encontradas na literatura e discutir a realidade atual vivenciada em um serviço de saúde.

O estudo empírico foi realizado no município de Fortaleza em uma unidade APS de referência, por ser uma unidade que atende um quantitativo populacional mediante das regionais de saúde do município.

Os sujeitos que compõem o estudo foram profissionais de saúde e usuários do serviço. Desta forma, a população do estudo é composta por 14 indivíduos, sendo 10 usuários e 4 profissionais da unidade de saúde. Os números se justificam pelo período da coleta e pelos indivíduos que se dispuseram a participar da entrevista.

A análise das informações coletadas tanto no campo empírico quanto na busca nas bases de dados utilizou-se da técnica de análise temática fundamentada na análise de conteúdo de Bardin (2011). A análise de Conteúdo aparece como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, sendo

a inferência de conhecimento relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não) (BARDIN, 2011, p. 44).

Para Minayo (2014, p.316), “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado”. Destarte, para realizar uma análise de conteúdo é necessário seguir três etapas (BARDIN, 2011):

- Primeira Etapa: pré-análise – é a organização propriamente dita, tendo como objetivo operacionalizar e sistematizar as ideias.
- Segunda Etapa: exploração do material – essa fase consiste na operação de codificação, decomposição ou enunciação.
- Terceira Etapa: tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação – os resultados brutos serão tratados de maneira a serem significativos e válidos.

O presente estudo apresentou-se como um recorte de um projeto maior intitulado, “Gestão em Redes Compartilhadas: espaços de tecnologia e inovação para o cuidado na atenção primária à saúde”, com o número do parecer: 1.710.586, pela Universidade Estadual do Ceará. Respeitando todas as questões éticas da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Inicialmente, os resultados serão apresentados a partir da Matriz de Síntese. A presente matriz foi elaborada no *software* Nvivo no comando de classificação dos artigos no qual poderá ser visualizada mais facilmente os dados coletados nas bases de dados.

As publicações selecionadas para a revisão integrativa foram de caráter nacional, apresentando as publicações nos últimos quatro anos, com sua emissão de caráter *on-line* e, predominantemente, apresentando o local de publicação dos estudos em São Paulo. Abaixo apresentação da Matriz de Síntese dos estudos:

**Quadro 1 - Matriz de Síntese**

Título	Autor	Ano	Título periódico	Local de publicação	Vol.	Nº do doc.	Emissão	Pág.	Tipo de trabalho	Palavras-chave
Apoyo Matricial e Atención Primaria em Saúde	CUNHA, GT; CAMPOS, GWS.	2011	Salud Soc.	São Paulo	20	4	On-line	961-970	Discutem-se a experiência dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e a experiência pioneira de Campinas-SP, Brasil, em Apoio Matricial.	Equipe de Referência; Apoio Matricial; Clínica Ampliada; Atención Primaria à Saúde.
Apoyo matricial em saúde mental na percepção dos profissionais especialistas	NETO, MRG; MEDINA, TSS; HIRDES, A.	2014	Aletheia	Rio Grande do Sul	45	Não atribuído	On-line	139-155	Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, realizado com os profissionais especialistas envolvidos no matriciamento em saúde mental.	Saúde mental; Descentralização; Atención primaria à saúde.
O acesso e o fazer da reabilitação na Atención Primaria à Saúde	RODES, CH et al.	2017	Fisioter Pesqui.	São Paulo	24	1	On-line	74-82	Misto	Acesso aos Serviços de Saúde; Reabilitação; Atención Primaria à Saúde; Recursos Humanos.
O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atención Primaria à Saúde	HIRDES, A; SCASRPO-RO, HBK.	2015	Ciência & Saúde Coletiva	Rio de Janeiro	20	2	On-line	383-393	Supervisão suporte de especialistas para generalistas ou atendimento de conjunto de casos.	Saúde mental; Atención Primaria à Saúde; Apoio matricial; Inovação organizacional; Gestão.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Em seguida, por meio do *software* Nvivo 10 foi possível desenvolver uma nuvem de palavras a partir dos termos e das expressões mais frequentes presentes nos artigos selecionados, assim encontram-se expostas na Figura 4 a seguir as 40 palavras mais frequentes nos artigos.

Figura 4 - Nuvem de palavras



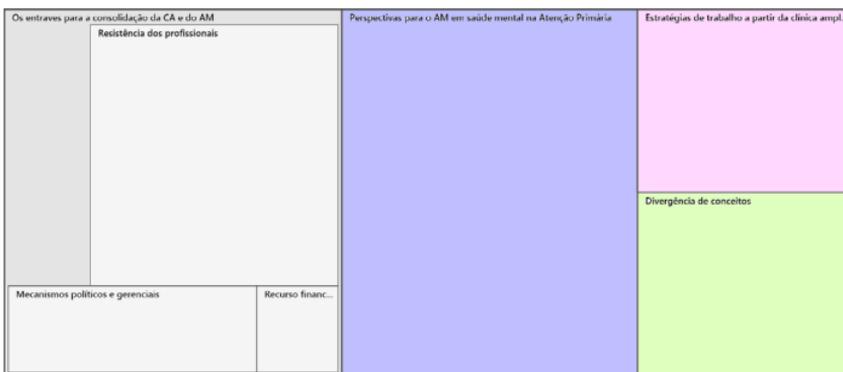
Fonte: Software Nvivo 10.

Assim, por meio da análise da nuvem de palavras destaca-se a “Saúde” como sendo o eixo norteador do processo de matriciamento que conta com a participação dos profissionais e para a construção do cuidado a partir das necessidades das pessoas por meio de atividades desenvolvidas no território. Partindo dessa proposição, a equipe da APS, juntamente com os profissionais especialistas envolvidos, implementam ações conjuntas para assistência ao usuário. Para tanto, faz-se necessário a presença de uma equipe e/ou de um profissional de referência para atuar junto aos casos.

No que concerne ao matriciamento, este destaca-se principalmente na área de saúde mental por ser uma estratégia promotora de mudanças nas formas de cuidar, favorecendo a consolidação das redes de atenção. Nesse sentido, destaca-se o papel do NASF que promove o aprimoramento da formação dos profissionais, além de apoiar a construção do Projeto Terapêutico Singular.

Ademais, o *software* Nvivo possibilitou, a formação de nós e subnós que emergiram a partir da análise dos resultados encontrados nos artigos selecionados, que suscitou a formação de categorias analíticas que subsidiarão as discussões *a posteriori*, a Figura 5 representa graficamente como ocorreu a organização do material analítico.

**Figura 5 – Diagrama de Nós e Subnós**



Fonte: Software Nvivo 10.

Dessa maneira, pode-se identificar quatro nós que envolvem as principais temáticas encontradas nos artigos relacionadas aos os entraves para a consolidação da clínica ampliada (CA) e do apoio matricial como a resistência dos profissionais, os mecanismos políticos e gerenciais desse processo, assim como o direcionamento dos recursos financeiros; outra temática presente refere-se às perspectivas do AM em saúde mental na Atenção Primária; ademais, foram identificadas as estratégias de trabalho a partir da CA; e, por fim, foi percebida a existência de divergência acerca da compreensão do conceito de apoio matricial.

Desse modo, dentre um dos aspectos que envolvem os entraves para a consolidação da clínica ampliada e do apoio matricial está presente a resistência dos profissionais em reconhecer a importância da clínica ampliada e de inseri-la na sua dinâmica de trabalho.

Com isso, uma das dificuldades para a implantação do Apoio Matricial refere-se à resistência das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em aderir a esta metodologia de trabalho. Tal fato pode ser evidenciado que apesar do atendimento integral à saúde ser preconizado – o que, obviamente, inclui o atendimento à saúde mental. As justificativas encontradas são de que os problemas de ordem “mental” devem ser referenciados para especialistas; ademais, é constante a cobrança por produtividade por parte do órgão gestor, o que resulta em pouca disponibilidade para a escuta da elevada demanda por atendimento. Agrega-se a isso aspectos da cultura de cada profissão e a disponibilidade individual para a tarefa, atributo que poderá promover mudanças nas histórias das pessoas, assim como na interação entre os profissionais. Para o desenvolvimento da escuta envolve considerar a alteridade, tarefa que exige constante preparo (HIRDES; SCASRPORO, 2015).

Corroborando com os referidos autores na realidade do serviço de saúde estudado, pôde-se verificar que a APS não encontra em seu cronograma de atendimento um horário exclusivo para a saúde mental, desta forma os usuários que necessitam desse atendimento são atendidos pela demanda espontânea pela consulta de enfermagem

e caso necessitem de maior assistência (mudança de medicação) o atendimento é encaminhado para o médico. Como podemos ver na fala do profissional de saúde (P):

[...] não tem um cronograma pelo menos que eu tenho visto quando a gente faz o cronograma a gente sempre diferencia a carga horária do pré-natal, da puericultura hipertenso e diabético da hanseníase, mas uma voltada para saúde mental nós não temos (P2).

Por um lado, foram abordadas as resistências dos generalistas, de outro pode-se constatar a nos especialistas para transformar suas práticas. Contudo, é sabido que apesar do conhecimento da falta de especialistas e de irregularidades na assistência nessa área, parece existir receio quanto aos efeitos das mudanças proporcionadas pela socialização de saberes. Mesmo em regiões urbanas, onde a quantidade de especialistas é maior, existem casos de não acesso a esses profissionais. Essa realidade é mais frequente em centros menores e na zona rural, que frequentemente não dispõe de especialistas ou são em número muito aquém do mínimo preconizado (HIRDES; SCASRPORO, 2015).

No que concerne ao apoio matricial, à clínica ampliada e ao PTS, no artigo de Rodes et al. (2017) destacaram-se, respectivamente, as ideias de “pluralidade de concepções”, associadas à “visão biopsicossocial”, e “possibilidade de adaptação” do cuidado. Também, foi identificada a “dificuldade de aplicação prática” dessas ferramentas e no “trabalho em equipe”, citados como desafios no seu cotidiano, apesar da descrição de diretrizes em documentos. Por serem tecnologias de trabalho recentes e que requerem mudança na forma de atuação, destaca-se a necessidade de melhor consolidação da reabilitação na APS (RODES et al., 2017).

Tal perspectiva está ancorada na proposição de que a Saúde da Família deve desenvolver o atendimento integral à saúde, o que considera a saúde/doença mental. Contudo, apesar de ser preconizado o atendimento integral na perspectiva da ESF, na operacionalização o cuidado em saúde mental ainda continua sendo compreendido, em

muitos lugares, como atribuição de especialistas. Diversas motivações direcionam para isso, como o sentimento de não qualificação dos profissionais generalistas no atendimento às pessoas com transtornos mentais; a sobrecarga de trabalho, a pressão por produtividade (número de pessoas atendidas) (HIRDES; SCASRPORO, 2015).

Por essa razão, os profissionais que atuam junto à reabilitação na APS têm pluralidade de concepções e dificuldades de aplicação prática sobre as ferramentas de organização de seus processos de trabalho na APS, tal como tem adiante o desafio do trabalho em equipe. Por outro lado, relatam melhor visão biopsicossocial do cuidado ao usuário e compreendem que há alternativas de adaptação subjetiva aos projetos terapêuticos (RODES et al., 2017).

Mesmo presente em diretrizes, a dificuldade de fazer clínica ampliada é transpô-la da teoria, devido à sua pouca abordagem na formação reabilitadora tradicional desses profissionais, portanto os discursos reforçam a existência de uma irregularidade entre o proposto para reorganizar a APS e o necessário no cotidiano (SILVA et al., 2012).

Nesse ínterim, de difícil e desigual acesso à reabilitação na APS, com ênfase nas áreas de fisioterapia e fonoaudiologia, destaca-se não apenas o desafio de buscar maior racionalização de recursos, mas também de enfrentar a disparidade da supervalorização da especialização, que concentra equipamentos e tecnologia dura, valores predominantes na sociedade e que direcionam a formação de muitos profissionais (FEUERWERKER, 2005).

No território pesquisado foi visualizado, tanto na fala dos profissionais de saúde como na dos usuários do serviço (U), que o atendimento de saúde mental na APS é exclusivamente por não haver psiquiatra nos CAPS que os usuários buscam a APS somente para a renovação de receita.

[...] eu tenho que trazer para o médico daqui (APS) renovar receita para pegar o medicamento, porque lá (CAPS) não tem médico, aí eu tenho que vir para cá para o médico me dá a receita (U1).

[...] pacientes que são encaminhados pelos CAPS que está sem psiquiatra. O CAPS manda muito para gente aqui renovar receita, então assim na verdade a maioria dessas consultas se resumem à renovação de receita (P1).

Fato esse que acaba por proporcionar a formação de profissionais voltados para atuar na lógica dos procedimentos baseados em doença, sem considerar a subjetividade e a individualidade do sujeito.

Contudo, apesar da sua recente implementação, o NASF, o tempo é primordial para a integração adequada entre a equipe e a comunidade, pois o trabalho do profissional do NASF requer a formação de vínculo com usuários e equipe (CUNHA; GIOVANELLA, 2011). Atrelado a isso, tem-se a crescente terceirização do serviço por instituições parceiras o que favorece a mudanças contínuas das equipes. Sem um vínculo entre os profissionais e destes com os usuários de forma efetiva, o cuidado longitudinal à população fica prejudicado (CAMPOS; MALIK, 2011).

Assim, Lancman et al. (2013) referem esse processo de aumento da resolutividade da APS, com priorização das ações compartilhadas e de corresponsabilidade, requer uma mudança na lógica de atuação dos profissionais. Rodes et al. (2017) propõem que uma vez acessíveis na APS, a dificuldade dos profissionais de reabilitação em seguir essa lógica dificulta a estruturação das ferramentas, a organização e, conseqüentemente, a efetividade do seu trabalho na APS.

Outro aspecto identificado quando se trata das dificuldades de implementação da clínica ampliada com foco no apoio matricial, refere-se à existência de mecanismos políticos e gerenciais. Pois, no âmbito da gestão, existe a necessidade de convencimento dos gestores da importância de valorizar o apoio matricial como proponente de alternativas de planejamento, gestão e avaliação do atendimento de pessoas em sofrimento psíquico. No contexto político, destaca-se a ausência de lideranças que defendam tais necessidades. Concomitantemente, para que o trabalho seja efetivo é necessário subsídio institucional do gestor local (HIRDES; SCASRPORO, 2015).

A realidade encontrada no município cearense é de falta de suporte da APS para o cuidado de saúde mental não havendo a realização de apoio matricial há alguns anos nos serviços de saúde e o NASF também encontrava-se enfraquecido, contudo este vem passando por uma reestruturação, porém ainda está permeado por muitas dificuldades. Como pode se verificar na fala dos profissionais de saúde a seguir:

Logo nessa nova gestão aí não houve mais matriciamento desde o primeiro ano da gestão E aí assim não houve mais esse matriciamento aqui na nossa unidade em Saúde Mental [...] Nós temos um desfalque muito grande. Agora que esse está se reestruturando o NASF, nós já tivemos aqui no posto uma época que tivemos cinco psicólogas, hoje em dia a gente estava sem nenhum (P1).

Ademais, não se deve menosprezar a ausência de recursos humanos (profissionais especialistas para o desenvolvimento do apoio matricial a equipes de profissionais generalistas na APS). No campo da saúde mental, os especialistas são atrelados aos CAPS, com as demandas do próprio serviço. A alocação desses profissionais nas atividades de apoio matricial implica o não atendimento às demandas internas do CAPS e o deslocamento para as equipes da APS. Isso envolve contratar um efetivo maior de especialistas. Sobretudo, requer a sensibilização do gestor para a implantação das equipes matriciais em saúde mental. A instituição de equipes do NASF poderia auxiliar na redução das diferenças e ser desenvolvida com as equipes de apoio matricial, mediante a delimitação do território de abrangência (HIRDES; SCASRPORO, 2015).

Outra dificuldade identificada nos artigos quanto à consolidação do AM em saúde mental, diz respeito aos recursos financeiros quando este está associado à falta de repasse financeiro pelo Ministério da Saúde, mediante a inclusão de indicadores de saúde mental no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). A alocação de recursos poderia se consolidar num estímulo para a adoção da metodologia do

apoio matricial nos municípios, especialmente, para os gestores (HIRDES; SCASRPORO, 2015).

Outra temática bastante destacada nos artigos diz respeito à dificuldade de compreensão dos conceitos de clínica ampliada em relação ao apoio matricial o que ocasiona a divergência de conceitos.

Assim, uma barreira ao apoio matricial na APS está relacionada à necessidade de transformações conceituais e paradigmáticas, mediante a formação permanente das equipes da ESF no campo da saúde mental (HIRDES; SCASRPORO, 2015).

Apesar da maioria (41,6%) dos profissionais conceituar o apoio matricial tanto em dimensões de suporte assistencial como técnico-pedagógicas, a falta de clareza de tal conceito e de como a sua implantação afetou a comunicação entre profissionais e suas ações (DIBAI FILHO; CHAVES, 2012).

Assim, apreende-se a necessidade de abordar tais conceitos durante o período formativo dos profissionais e, com isso, fomenta a consolidação de uma prática embasada em clínica ampliada que considera os conceitos de apoio matricial e projeto terapêutico singular.

Quando se trata das perspectivas para o AM em saúde mental na Atenção Primária, enfatiza-se que o desenvolvimento de práticas matriciais fornece subsídios para a consolidação dos princípios da Reforma Psiquiátrica através do cuidado no território e com o apoio dos dispositivos presentes na comunidade o que favorece a reinserção do sujeito nas atividades.

Nesse sentido, Hirdes e Scasrporo (2015) argumentam que a inserção das ações de saúde mental na APS por meio do AM favorece à diminuição do estigma associado à pessoa com um transtorno mental no atendimento no território. O cuidado no território fornece condições para a desmitificação da doença mental, bem como as ideias relacionadas a doentes mentais como pessoas perigosas, que necessitam serem isoladas, institucionalizadas (HIRDES; SCASRPORO, 2015).

Contudo, a dificuldade de prestar assistência ao sujeito com transtorno mental, ou seja, a não identificação e o não tratamento de

transtornos mentais na APS ocorrem por diversas razões e podem ser divididos em: fatores dos pacientes, fatores relacionados aos trabalhadores de saúde, fatores relacionados ao sistema de saúde, assim como fatores da sociedade e do desenvolvimento (HIRDES; SCASRPORO, 2015).

Ao longo do tempo, a saúde mental vem passando por várias mudanças, sobretudo no que se refere à forma de lidar com o sofrimento psíquico, sendo o território um espaço para a produção de saúde. No trabalho realizado por Neto, Medina e Hirdes (2014) foram identificados nas falas dos participantes do estudo o interesse destes em incluir a saúde mental nas atividades realizadas nas unidades de saúde, como os grupos de psicoterapia.

Com isso, apreende-se que através do AM, os profissionais da Atenção Primária podem reconhecer transtornos mentais, situações de vulnerabilidade psicossocial e de violência, uso/abuso de substâncias psicoativas para o estabelecimento de intervenções precoces. Com isso, a perspectiva do AM propicia tanto a capacitação em serviço, por meio da discussão de casos clínicos, quanto com o suporte aos profissionais generalistas, por intermédio do atendimento conjunto nos casos de maior complexidade (HIRDES; SCASRPORO, 2015).

No estudo empírico, os profissionais de saúde referiram não se sentir capacitado para o cuidado em saúde mental e com o uso da ferramenta “matriciamento de certa forma a gente aprende bastante”, pois aborda que “nós enfermeiros a gente só teve na grande maioria dos casos só a disciplina de saúde mental enfermagem na graduação e já faz muito tempo, e depois a gente não teve nenhuma outra capacitação”.

Ao argumentar em prol do apoio matricial em saúde mental na APS destaca-se o desenvolvimento de novas competências para os profissionais da atenção primária, tal como para a equipe de apoio matricial, permeado pela construção conjunta e participativa do saber-agir (HIRDES; SCASRPORO, 2015).

Ao implementar tais práticas, é necessário que o processo de trabalho envolva o atendimento conjunto e a discussão de casos clínicos.

Todavia, pode-se operacionalizar o AM através do atendimento específico do apoiador, mantendo a equipe de referência o seguimento complementar do caso (NETO; MEDINA; HIRDES, 2014).

Os argumentos a favor do AM direcionam que a APS é um recurso essencial para a promoção da saúde mental. Documentos nacionais e internacionais propõem que a prevenção e a promoção, porém, inserido num “pacote geral” e fazendo parte do rol de atribuições da saúde pública. Contudo, o território é um local por excelência para a implementação de ações de promoção e prevenção de transtornos mentais, do uso e abuso de substâncias, da prevenção da violência, das patologias sociais, bem como de intervenção nas condições exacerbadoras de doenças físicas e mentais, como o desemprego, a pobreza, as condições de estresse no trabalho e a discriminação de gênero (HIRDES; SCASRPORO, 2015).

Considerando a organização dos serviços de saúde em rede, foi identificado a importância da instrumentalização e o apoio às equipes da APS, de forma a acolher as necessidades da população pela qual se responsabilizam. Com isso, o apoio proveniente dos profissionais do CAPS viabiliza a inserção do componente saúde mental nas práticas desenvolvidas no espaço comunitário, refletindo no aumento da capacidade da equipe local em resolver os problemas de saúde mental. Assim, o AM fomenta a construção de abordagens interdisciplinares e a elaboração conjunta de projetos terapêuticos. Nesse sentido, o AM além do componente de suporte e apoio especializado, possibilita a educação permanente das equipes da APS (NETO; MEDINA; HIRDES, 2014).

Em vista disso, o apoio matricial poderá garantir o acesso ao atendimento a pessoas que se encontram à margem do sistema de saúde, desassistidas, sem possibilidades de um atendimento especializado. Tal prática é bastante vantajosa, pois são considerados o conhecimento dos profissionais da situação de vida daquela pessoa (e não somente da doença), inclui-se o vínculo, bem como a possibilidade de acionar recursos da própria comunidade além da conexão com outros setores – educação, assistência social, programas governamentais, entre outros (HIRDES; SCASRPORO, 2015).

Para que ocorram avanços nas práticas de cuidado, faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias de trabalho, tendo como subsídio os princípios estabelecidos pela clínica ampliada. O apoio matricial em saúde mental requer a construção de uma rede de pessoas e serviços (tal qual o fio de Ariadne<sup>1</sup>) e implica a construção de um processo de trabalho interdisciplinar/transdisciplinar (HIRDES; SCASRPORO, 2015).

Para tanto, é necessário que ocorra a interação entre as equipes de referência e os apoiadores, que se dá por meio de reuniões periódicas e regulares, com o intuito de discutir casos complexos selecionados pelas equipes de Atenção Primária, tal como a construção conjunta de projetos terapêuticos com o objetivo de propor as intervenções juntamente com os profissionais envolvidos (NETO; MEDINA; HIRDES, 2014).

Nesse sentido, algumas características são importantes e devem estar, minimamente, presentes, como: profissionais com capacidade de liderança sem, contudo, monopolizar ou centralizar o processo, capacidade de escutar opiniões e entendimentos divergentes, potencialidade de valorizar a aquisição de domínio de outra área, capacidade de pactuar e conseguir consensos (HIRDES; SCASRPORO, 2015).

Da interação do apoiador matricial com o profissional de referência, é inevitável que um afete o outro e este termine por ser afetado pelo outro, e isso se dá por meio do compartilhamento de conhecimentos, experiências, visões de mundo, consonâncias e dissonâncias inclusive, emergem novas perspectivas, possibilidades produtivas e relações interpessoais. A grandiosidade desse processo está relacionada com as intervenções que ocorrerem não somente na vida dos usuários, mas, também, no universo existencial dos operadores. O processo envolve a construção do trabalho em ato, na escuta e no compartilhamento de informações, na planificação de um projeto terapêutico singular e na corresponsabilização dos profissionais envolvidos.

<sup>1</sup> O labirinto e o Minotauro trata-se de um dos mitos gregos mais conhecidos, no qual o Minotauro, representado na arte clássica como um ser com corpo de homem e cabeça de touro, habitava o labirinto, onde eram oferecidos tributos, inclusive jovens destinados ao sacrifício. Tratava-se de um acordo entre os reis Egeu de Atenas e Minos de Creta, sendo que o primeiro deveria enviar, a cada sete anos, quatorze jovens à Creta, para que Atenas não fosse invadida por Minos. Assim, destinou-se a Teseu, um jovem herói de Atenas, juntar-se ao grupo de oferendas e enfrentar o monstro. Desenrola-se, então, a aventura no labirinto, cujo sucesso atribui-se também os fios da jovem Ariadne que conduziram Teseu à saída do labirinto (ABRÃO; COSCODAI, 2000).

Destarte, no trabalho realizado por Neto, Medina e Hirdes (2014) compreende-se a concomitância de dois processos em curso simultaneamente, sendo o apoio matricial propriamente dito e os grupos terapêuticos na comunidade. Os grupos foram os precursores da descentralização em saúde mental no município e se desenvolvem em diferentes espaços do território. Tem como característica a não obrigatoriedade da descrição da clientela a uma determinada unidade de saúde (NETO; MEDINA; HIRDES, 2014).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O processo de matriciamento deve contar com a participação dos profissionais de saúde para a construção do cuidado a partir das necessidades das pessoas por meio de atividades desenvolvidas no território. Desta forma, a equipe da APS, juntamente com os profissionais especialistas envolvidos, deve implementar ações conjuntas para assistência ao usuário. Destacando-se, principalmente, na área de saúde mental por ser uma estratégia promotora de mudanças nas formas de cuidar, favorecendo a consolidação das redes de atenção. Assim, destaca-se o papel do NASF, que promove o aprimoramento da formação dos profissionais, além de apoiar a construção do Projeto Terapêutico Singular.

Então, proporcionando a formação de profissionais voltados para atuar, considerando a subjetividade e a individualidade do sujeito e não somente na lógica dos procedimentos baseados em doença e prescrição de medicação.

Cabendo esse cuidado dos usuários não só aos profissionais de saúde, mas, também, a gestores realizarem atividades de planejamento referente à realidade encontrada no território de saúde, bem como idealizar um cuidado na perspectiva de redes, primando sempre ao cuidado resolutivo e integral.

## REFERÊNCIAS

ABRÃO, B. S.; COSCODAI, M. U. **Dicionário de Mitologia**. 2. ed. São Paulo: Best Seller, 2000.

ABRASME. Associação Brasileira de Saúde Mental. **Crônica Alegria para Resistir**: sobre as ações em Brasília contra os retrocessos. Rio de Janeiro, 2018.

ASSIS, M. M. A. et al. Produção do cuidado em saúde mental: acesso, acolhimento, vínculo e resolubilidade no apoio matricial. In: JORGE, M. S. B. et al. **Matriciamento em Saúde Mental**: múltiplos olhares na diversidade da integralidade do cuidado. Feira de Santana: UEFS, 2012.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e sociedade**. Belo Horizonte. v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Job satisfaction and physician turnover in the Family Health Program. **Rev. Adm. Pública**, v. 42, n. 2, p. 347-68, 2008.

CAMPOS, G. W. S. et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface**, v. 18, n. 1, p. 983-95, 2014.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinality/continuity of care: identifying dimensions and variables to the evaluation of Primary Health Care in the context of the Brazilian public health system. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 16, n. 1, p. 1029-42, 2011.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo. v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

DIBAI FILHO, A. V.; CHAVES, A. M. Atuação dos fisioterapeutas dos núcleos de apoio à saúde da família entre idosos do município de Arapiraca-AL, Brasil. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**. v. 24, n. 4, p. 397-404, 2012.

FEUERWERKER, L. C. M. Technical healthcare models, management and the organization of work in the healthcare field. **Interface** (Botucatu). v. 9, n. 18, p. 489-506, 2005.

HIRDES, A.; SCARPARO, H. B. K. O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 20, n. 2, p. 383-393, 2015.

LANCMAN, S. et al. Study of the work and of working in Family Health Care Support Center. **Rev. Saúde Pública**. v. 47, n. 5, p. 968-75, 2013.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

NETO, M. R. G.; MEDINA, T. S. S.; HIRDES, A. Apoio matricial em saúde mental na percepção dos profissionais especialistas. **Aletheia**, Rio Grande do Sul, v. 45, p. 139-155, 2014.

NVIVO. **O que é o Nvivo?** QSR International. Disponível em: <<http://www.qsrinternational.com/nvivo/what-is-nvivo>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

RODES, C. H. et al. O acesso e o fazer da reabilitação na Atenção Primária à Saúde. **Fisioter Pesqui.**, São Paulo. v. 24, n. 1, p. 74-82, 2017.

SILVA, A. T. C. et al. Family Health Support Centers: challenges and opportunities from the perspective of primary care professionals in the city of São Paulo, Brazil. **Cad Saúde Pública**, v. 28, n. 11, p. 2076-84, 2012.

SUNDFELD, A. C. Clínica ampliada na atenção básica e processo de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p.1079-1097, 2010.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. **The mental health matrix**. A manual to improve services. New York: Cambridge University Press, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Organization of Family Doctors (WONCA). **Integrating mental health into primary care: a global perspective**. Geneva: WHO, 2008.

# **CAPÍTULO 2**

## **APOIO MATRICIAL E A ATENÇÃO BÁSICA**

Túlio Batista Franco

# INTRODUÇÃO

Este texto pretende discutir o apoio matricial como um tipo de cuidado compartilhado entre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e as Equipes de Saúde da Família, em uma relação simétrica com estas, com pactuação de funções, fluxos assistenciais, configurando um trabalho em redes. Propõe a Educação Permanente como um dispositivo de implantação e consolidação deste processo de trabalho entre equipes locais. Esta atividade de apoio e em redes acontece operando um conceito de multiprofissionalidade para o trabalho e cuidado à saúde, e está vinculado à ideia que funda o conceito de Matriciamento do trabalho em saúde.

Em 2008, o Ministério da Saúde publica a Portaria GM nº 154, de 24/1/2008, (que foi republicada em 4/3/2008), na qual institui o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que utiliza da ideia de “equipe de referência”, e “apoio matricial” para reorganizar a atenção básica, com base na ideia de cuidado compartilhado, e apoio pedagógico às Equipes de Saúde da Família.

Em vários países, esta ideia é difundida como forma de aumentar a resolutividade da atenção básica, organizando serviços de atenção especializada em estreita interação com as equipes locais, conforme Teser e Neto (2017) ao citarem os trabalhos de Giovanella (1990), e Gêrvas (2005).

A função de coordenação do cuidado da Atenção Primária à Saúde (APS) tem estado cada vez mais forte e importante nas reformas europeias da APS 27,28, aproximando-se de forma convergente do apoio matricial brasileiro. A troca de conhecimentos e a colaboração entre generalistas da APS e especialistas vêm sendo propostos e realizados em vários países como estratégia de ampliar e qualificar o cuidado, com diferentes nomes, como *colaborative care* e *shared care*. (TESER E NETO, 2017, pág. 944).

Para esses autores, *shared care* se vincula a práticas de gestão da clínica, com foco no cuidado ao crônico, processo de trabalho interprofissional, com ênfase na troca de informações. Teser e Neto (2017), citando Kelly (2011) descrevem um processo no qual estas relações de cuidado estão pautadas pelo compartilhamento de saberes e fazeres, informações e fluxos cotidianos em rede que se estabelece entre os profissionais. Identifica como elementos centrais para este processo, as questões como um estreitamento das relações entre serviços generalistas e especialidades, a formulação de modos de cuidado pautados pelas necessidades da população, possibilidade de revisão de casos quando necessário, constituição de espaços de supervisão clínica e fortalecimento da gestão da clínica.

O que estas experiências vão nos indicando, são modos de organização do processo de trabalho, e produção do cuidado, muito parecido com a origem do que foi pensado para o apoio matricial no Brasil, que será discutido mais à frente. Aqui inclui uma dimensão pedagógica importante, com possibilidade de aprender com a própria experiência, dado o conceito de educação permanente incorporado nas diretrizes do Ministério da Saúde, principalmente a partir do ano de 2004. Esta diretriz se tornou transversal a todos os programas, desde então.

Continuando com a revisão sobre a experiência internacional, Oliveira e Campos (2015), citados por Teser e Neto (2017):

[...] analisaram artigos, revisões e experiências no Canadá, Espanha, Austrália, Reino Unido e Irlanda afirmando convergência na valorização da necessidade de cuidados colaborativos ou compartilhados. Segundo esses autores, a proposta de apoio matricial brasileiro vai além das recomendações da literatura internacional, na proposição de: a) personalização das relações interprofissionais, b) contratualização da organização entre equipes com liberdade para adequá-las ao contexto; c) definição clara de responsabilidade e d) utilização de formas de cogestão. (idem, ibidem).

Observa-se que há uma tendência no mundo em reconhecer o funcionamento dos serviços de saúde, em especial a atenção básica, pautada na constituição de redes de cuidado. Isso se fortalece com a ideia de inserir, neste plano da produção do cuidado, a assistência especializada como forma de aumentar a resolutividade, reduzir as filas de espera nos serviços específicos, e melhorar o cuidado de forma geral.

No Brasil, o conceito de matriciamento é discutido deste que Sousa Campos (1999) propõe a organização de equipes matriciais, que serviriam de apoio a certas estruturas dos serviços de saúde, tanto da atenção básica, quanto hospitalar. Neste ponto, duas questões centrais são sugeridas na composição das equipes, a primeira é a transdisciplinaridade, ou seja, a presença de múltiplos saberes, e a segunda, a ideia de dispositivo, algo que se organiza no âmbito dos serviços de saúde, e é capaz de gerar novos acontecimentos a partir das ações que organiza a partir dele próprio.

A equipe matricial seria referência para um conjunto de equipes, por exemplo, no hospital equipes de supervisão em diversas áreas seriam matriciais, ou seja, atuariam em apoio ao trabalho das áreas às quais elas estariam direcionando seu trabalho. Uma equipe de “supervisão de enfermagem” poderia ser matricial para toda a enfermagem do hospital, contribuindo com o processo de trabalho, discussão de casos, organização dos serviços. Teria, assim, uma função agregadora ao que a equipe faz no seu cotidiano, e um olhar externo importante que manteria a capacidade de análise crítica sobre os fazeres dentro do hospital.

Desde então, a discussão e a prática do matriciamento ganhou corpo dentro dos serviços de saúde, saindo das Unidades e contribuindo para implantação de projetos estruturantes do Sistema Único de Saúde. Projetos como o do Programa Nacional de Humanização da Saúde – PNH-SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, as Redes Temáticas de Atenção à Saúde, e o Programa Mais Médicos, são alguns exemplos onde o apoio matricial tem sido fundamental para o sucesso destas políticas.

Na medida em que a experiência de matriciamento foi crescendo, mais elementos foram agregados, ou mesmo, identificados como possibilidades que a prática de matriciar certas políticas favorece à sua efetivação. E isto acontece em função das seguintes questões:

1. A inclusão de múltiplos conhecimentos que passam a colaborar para o enfrentamento das questões que desafiam a implementação de novos projetos e políticas no Sistema Único de Saúde.
2. Aumento da capacidade de análise e autoanálise das equipes envolvidas diretamente com os projetos. Um olhar externo pode favorecer a este exercício importante de avaliação das próprias práticas, desde que seja implicado com os serviços de saúde.
3. Manutenção de uma prática frequente de educação permanente, entendendo-a como algo inerente ao próprio trabalho, e mantendo uma tensão produtiva de avaliação do mesmo, usando para isto o trabalho cotidiano.
4. Favorece os espaços de troca de experiências entre os trabalhadores, promovendo frequentes discussões sobre o que desafia a implementação de projetos no SUS.
5. A prática de educação permanente, associada à maior valorização da própria experiência como produtora de conhecimento que agrega às práticas cotidianas, cria uma potência nas equipes que trabalham diretamente na construção dos projetos.

É importante, neste processo, reconhecer que aqueles que estão participando diretamente da implementação de certos programas ou políticas têm um conhecimento da sua própria experiência, que é fundamental. Isto requer ao trabalho de matriciamento uma capacidade de escuta e respeito, ao que a equipe já tem acumulado. O processo de atividade de matriciamento deve ser construtivista, no sentido dado pela pedagogia, ou seja, se constrói tendo por base o acumulado que a equipe já tem.

## **As Redes e o Processo de Trabalho Compartilhado: o Matriciamento como Prática**

O Matriciamento de equipes na Atenção Básica supõe o trabalho compartilhado, que se realiza através da conexão e fluxos entre os próprios trabalhadores, como uma diretriz estruturante do seu processo de trabalho. Nesse sentido, as redes que se formam no cotidiano dos serviços são fundamentais para viabilizar o apoio institucional e de gestão da clínica a ser realizado pela equipe matricial.

Todo processo de trabalho em saúde ocorre em redes (FRANCO, 2006). É muito comum ao observar o trabalho em uma Unidade de Saúde, equipe ou qualquer outro lugar, que os trabalhadores conversam todo o tempo entre si, e é uma conversa sobre os fazeres do cotidiano. Há uma interdependência entre todos para que o cuidado se realize. Reconhecemos que existe uma rede de conversas permanente no desenvolvimento do processo de trabalho.

Podemos verificar com clareza que há uma rede que se forma entre os trabalhadores de uma mesma equipe, nos processos da micropolítica do trabalho e cuidado; e há uma rede que pode se conectar a esta, que se forma entre as Unidades de Saúde. A base desta intensa atividade que ocorre no espaço intercessor entre trabalhadores e destes com diversas Unidades, é o fato de que não há autossuficiência no trabalho em saúde. Os trabalhadores dependem sempre uns dos outros na produção do cuidado.

Estas redes operam no cotidiano, centradas no trabalho vivo e, por isso, elas têm uma grande capacidade de respostas aos problemas de saúde que, geralmente, são decididas no espaço de liberdade com que cada um atua no seu processo de trabalho. Essa resolutividade se associa principalmente à possibilidade de inventar e criar soluções. As redes contam com o protagonismo dos trabalhadores na sua efetivação. Como exemplo, pense na cena de uma Unidade de Urgência onde há alguém com problema agudo, necessitando de remoção para Unidade de maior complexidade e recursos. Se há muitos entraves e

dificuldades para isso, dado a urgência do caso, o próprio trabalhador toma iniciativa de se conectar a outro de uma Unidade onde há condições de receber aquele usuário. Dessa conexão, produz-se um fluxo seguro para o cuidado a ele. Isso acontece em todos os serviços, no dia a dia esses fluxos e essas conexões são feitas a cada momento. É assim que se formam as redes mais intensas para o cuidado à saúde. Ou seja, assim como há uma grande capacidade de se realizar, as redes neste espaço do cotidiano do processo de trabalho contam com alta mobilidade, capacidade de desviar de obstáculos e refazer caminhos. Isso é impulsionado por um grande desejo em produzir o cuidado. A força motriz que move as redes é o desejo, a vontade do trabalhador.

Didaticamente, podemos diferenciar as redes em dois tipos: 1. As redes formais que são instituídas a partir dos protocolos, como por exemplo, as redes temáticas no âmbito do SUS, a “rede cegonha”; “rede de atenção psicossocial”, “rede de urgência e emergência”, para ficar em algumas apenas. Essas redes têm um importante papel a cumprir, porque servem de dispositivo para organização dos serviços, conectar equipes que muitas vezes têm essa dificuldade, e os protocolos são uma referência; 2. As redes informais, ou como sugere Merhy et al (2014) as “Redes Vivas”, que são formadas por trabalhadores, sob iniciativa deles e, geralmente, para atender às necessidades dos usuários. Neste formato há também as redes por onde se conectam os usuários, ou seja, estes fabricam suas próprias conexões e fluxos, por iniciativa própria. Eles andam pelos serviços, as comunidades, e vão buscando apoio, conforto, recursos, para melhor cuidado à sua saúde. Essas conexões e fluxos que vão abrindo no seu caminhar dão formação a uma ou várias redes. Enfim, as redes vivas não têm lugar de entrada ou saída, elas simplesmente acontecem por força desejante do trabalhador ou usuário e, às vezes, se formam para atender a uma situação específica, podendo até mesmo se desfazer ao atingir seu objetivo. Seu caráter é de total maleabilidade, e esta flexibilidade é que lhe garante penetrar lugares novos, refazer caminhos e realizar o cuidado.

## **Em todo este processo há uma produção subjetiva do cuidado**

O processo de trabalho em saúde ocorre com base no encontro, e, portanto, está sujeito a interferências dos que se encontram, ou seja, os trabalhadores e usuários, no exato momento de produção do cuidado. Esse momento é mediado pelas tecnologias de trabalho e, também, pela subjetividade de cada um.

O que é a subjetividade? Pode ser entendida como a forma em que cada um significa a realidade na qual está inserido, (FRANCO, 2009). A subjetividade é singular, ou seja, cada um vai significar o mundo de uma forma específica, pois isto está vinculado à experiência de vida de cada um. A experiência vai deixando registros em que as pessoas se referenciam para dar significado a tudo o que está no seu campo de relações, ou seja, ela é uma produção social.

Comece a se perguntar: o que é o usuário? Ampliando a questão: o que é o usuário na sua condição econômica, cor, raça, identidade de gênero, orientação sexual, modo de vida etc.? O que é cuidar do usuário em cada característica específica destas aqui? Este ato de cuidar vai refletir uma opção ética e política do trabalhador, frente a todas estas questões. A questão essencial é a de que todo usuário deve ter o cuidado necessário à resolução do seu problema de saúde, com acolhimento e todos dispositivos possíveis para seu maior conforto, proteção e bem-estar. Garantir isso, independente das características ou do modo de vida do usuário, é a missão dos serviços de saúde, garantido pelo trabalhador.

Há lugares que certos profissionais discriminam os usuários e lhe atribuem um valor, ou melhor, definem um valor à sua vida, conforme sua inserção no mundo, ou opções sobre o modo de vida. Isto também é uma opção ética e política sobre o ato de cuidar, que vai se referir a certos preconceitos e, muitas vezes, reflete uma valoração da vida de alguns, associando este valor a determinadas características da vida. Isto levado às últimas consequências resultou em grandes tragédias da humanidade, de natureza higienista, como foi a história do nazismo na Europa, ou práticas de limpeza étnica, que resultaram em genocí-

dio na África no século XX. O ato de cuidado não pode depender das opções de vida do usuário e suas características específicas.

Vemos, portanto, que a subjetividade tem repercussão prática e operacional no cotidiano, porque é a partir da ideia formada sobre cada situação e pessoa, que o sujeito atua sobre a realidade e, neste caso específico, sobre o cuidado em saúde.

De acordo com Franco (2009) há uma produção subjetiva do cuidado em saúde, ou seja, o autor vai citar três dispositivos que atuam para a intensa atividade do ato de cuidar, no cotidiano dos serviços de saúde, que são: 1. **O desejo** como a força motriz que move o trabalhador e o usuário para a produção do cuidado, e é capaz de lhe dar potência para transpor obstáculos, fazer caminhos e perseguir o objetivo de resolutividade ao problema de saúde; 2. **As redes** que são fundamentais para o cuidado, as quais estão presentes em toda relação de trabalho na saúde, sejam as redes formais e protocolares, ou as informais, “redes vivas”, produzidas pelos trabalhadores e usuários buscando atender a certas necessidades deles, ou fabricadas em ato, no momento do cuidado, para resolver demandas específicas; 3. **O trabalho vivo em ato**, que funciona como uma plataforma sobre a qual operam as outras dimensões na produção do cuidado.

Vemos, portanto, que o cuidado em saúde vai ganhar contornos de alta complexidade com este componente. Sendo assim, reconhecemos que para além das tecnologias e processos racionais que guiam as ações de cuidado, tudo aquilo que forma a subjetividade do sujeito, trabalhador e usuário, têm expressão no seu trabalho, os valores, a moral, cultura, enfim, significados que dão ao mundo do trabalho e cuidado em saúde, e tudo o que está presente neste universo.

Principais características do processo de trabalho em saúde indicadas por Merhy (2002), Franco (2011), Franco e Merhy (2013), podem ser relacionadas como: o trabalho em saúde é dependente do trabalho humano, sendo este insubstituível. Até mesmo a incorporação de novas tecnologias não reduz os postos de trabalho; é sempre relacional, ou seja, acontece sempre no encontro entre trabalhadores, e destes com os usuários. O encontro é o lugar de todos os acontecimentos envolvendo

a produção do cuidado; é centrado no trabalho vivo em ato, ou seja, a produção se dá no espaço entre o trabalhador e o usuário no momento do encontro. A principal característica do trabalho vivo é a liberdade de decisão e ação do trabalhador; há um autogoverno do processo de trabalho exercido pelo trabalhador, como resultado da liberdade presente no trabalho vivo. Processos de mudança na saúde dependem sempre de adesão dos trabalhadores e sua incorporação a novas diretrizes na organização do processo de trabalho; uso das tecnologias de trabalho como tecnologias materiais e não materiais, que podem ser tipificadas como as tecnologias duras, leve-duras e leves (MERHY, 2002); todo trabalho em saúde acontece em redes. Estas podem ser formais e protocolares, ou informais e criativas, produto da ação direta dos trabalhadores e usuários na fabricação de conexões e fluxos nos serviços e na comunidade, durante sua atividade cotidiana em busca do cuidado.

Se no espaço cotidiano de trabalho o trabalhador conta com alto grau de liberdade na sua ação, toma decisões, exerce o autogoverno do seu processo de trabalho, podemos concluir que ele é gestor, ou seja, controla recursos do conhecimento e do seu trabalho e, efetivamente, implementa as ações que considera importantes para o cuidado do usuário, e outros processos dos quais participa na rede de saúde. O trabalhador é o grande gestor da clínica nos serviços de saúde.

Sendo assim, a gestão não é apenas um lugar representado por um cargo, que supostamente concentra poder, através do qual a pessoa comanda os serviços de saúde. A gestão está presente em todas as relações de trabalho, porque cada uma das pessoas nestas relações, guarda a possibilidade da tomada de decisões, de intensa atividade produtiva, orientações quanto ao modo como se produz o cuidado. Podemos concluir que:

## **A Gestão da Clínica no Matriciamento**

A questão importante que surge com todo este debate é quanto à gestão da clínica, tomando por referência o Matriciamento e o processo de trabalho compartilhado que ele requer.

Ora, se se pensa que a gestão do trabalho para o cuidado e a clínica do matriciamento é prescrever, mandar fazer, então, essa gestão terá muitos problemas para se efetivar, porque o processo de trabalho tem muitas interferências do que é decidido em ato, pelo trabalhador que executa a atividade, na relação com tudo que o cerca, o usuário, o cenário de trabalho e vida das pessoas etc. Agora, se a ideia de gestão for a de favorecer fluxos nas relações, organizar processos de negociação e pactuação entre trabalhadores, equipes e todos que estão implicados com o trabalho, então esse processo pode ser muito produtivo. E é nesta ideia que nos fixamos para pensar a gestão do trabalho no matriciamento.

Como exemplo imagine um projeto importante como a organização de Linhas de Cuidado Integral. Como a Linha de Cuidado vai atravessar diferentes equipes e serviços de saúde? Supondo que seja a linha de cuidado da “hipertensão”, ela pode começar na rede básica, e fazer conexão com serviço de urgência, SAMU, hospital, serviços de diagnose, retornar à rede básica, e se conectar com a atenção domiciliar, etc. Enfim, um processo prescritivo jamais vai conseguir organizar esses fluxos para que eles operem de forma eficaz. Pelo contrário, um processo de reuniões, oficinas, trabalho conjunto entre equipes e serviços, possibilita a negociação e pactuação do processo de trabalho. Atividades conjuntas entre trabalhadores são capazes de reconhecer o trabalho de cada um, fazer conexões, decidir coletivamente sobre os fluxos assistenciais. A Linha de Cuidado é basicamente produto de um processo de trabalho em rede, compartilhado, como deve ser a prática do matriciamento na sua relação com as equipes da Atenção Básica. Enfim, é neste processo dinâmico que se pode garantir o atendimento às necessidades do usuário, de forma segura e tranquila, no interior desta Linha de Cuidado. Ela se forma realmente é com a atividade de todos que estão implicados com o cuidado.

Vimos acima que a gestão do trabalho acontece pela possibilidade que os gestores criam de reunião, negociação e pactuação dos processos de trabalho, operando em conexões e fluxos, entre os trabalhadores, e destes com diferentes equipes e serviços. A questão fundamental é compartilhar todas as questões, problemas e soluções. Outra questão

é que cabe pensarmos que dispositivos podem ser usados neste processo de gestão, e o primeiro que vem à cena é a Educação Permanente.

A educação em serviço, usando metodologias ativas, e tendo como principal insumo a própria experiência de trabalho. Isto sim, é capaz de produzir efeitos duradouros na mudança das pessoas, e nos processos de trabalho. Esta tem sido uma importante aposta na qualificação do SUS, tendo por referência a reorganização do trabalho. Trabalho e educação são indivisíveis, andam sempre juntos. E Educação Permanente é um poderoso dispositivo de gestão, esta questão é fundamental para compreender esta poderosa ferramenta. A seguir, vamos aprofundar esta discussão.

## **A Educação Permanente como Dispositivo do Trabalho Compartilhado e Matriciamento**

A (EP) foi concebida no âmbito da indústria nos países desenvolvidos, desde os anos 1960 como um processo de educação em serviço, voltada à atividade de trabalho. Foi incorporada pela Organização Pan Americana de Saúde para aplicar os mesmos princípios à educação de trabalhadores em saúde (FRANCO et al., 2012).

O Ministério da Saúde no Brasil adota a ideia da EP como parte da gestão do trabalho, a partir disso a proposta se avoluma e passa a fazer parte da construção do SUS em todo país, como política de formação também das secretarias estaduais e municipais de saúde.

Antes de passarmos à discussão da política de EP, é importante ter claro que a Educação Permanente não se confunde com Educação Continuada, ela tem uma essência, método e objetivos diferentes.

Na essência, a Educação Permanente usa como principal insumo do processo de ensino e aprendizagem a própria experiência do trabalho. E, para isso, deve-se utilizar da problematização de situações e casos que são enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde. O foco, portanto, são as Unidades de Produção do Cuidado, ou seja, cada lugar onde há o encontro do trabalhador com o usuário, há uma experiência de cuidado da qual é possível extrair a aprendizagem sobre o processo

de trabalho. De acordo com Franco (2012) toda Unidade de Produção do Cuidado é também uma Unidade de Produção Pedagógica.

Nesse sentido, é muito importante compreender que a EP pode ser um poderoso dispositivo para potencializar o trabalho de matriciamento. Esta é uma experiência singular, ou seja, pode ser diferente a cada microrrede que se constitui entre o NASF, e as Equipes de Saúde da Família, e esta experiência pode servir para que todos aprendam com sua própria prática, em um processo frequente, de análise e autoanálise do processo de trabalho e cuidado.

A Educação Permanente toma como referência as pedagogias ativas, apostando na ideia geral de que é um processo educativo no trabalho e para o trabalho, e que o fundamental é o aluno aprender a aprender, buscando por seus meios a aprendizagem, e nesse caso tendo o professor como um orientador dos seus estudos, onde ele busca apoio, orientação, subsídios e conteúdo, mas este não é o único instrumento. A ideia central é a de que o trabalhador é um pesquisador por excelência, que busca na sua experiência as respostas para as questões que surgem pelo trabalho cotidiano. Nesse contexto, a EP não faz opção por uma pedagogia específica, mas adota todas aquelas que levam à problematização da realidade, questionamento das práticas usuais e, especialmente, deixa o trabalhador aberto aos efeitos dos afetos provocados pelo seu trabalho cotidiano. Assim, aprende-se pela técnica e por afetar-se com o mundo sensível do entorno no qual vive e trabalha.

A EP pode provocar a produção de conhecimento e também uma produção de si, ou seja, o trabalhador está em permanente modificação provocada pela sua própria experiência. A sua mudança produz ao mesmo tempo modificações nos cenários de produção do cuidado onde atua, pela sua ação cotidiana de trabalho. O compromisso fundamental da EP é com a mudança dos serviços de saúde e a aposta é que, através deste tipo de educação, é possível conseguir chegar a este objetivo.

No cotidiano, as reuniões de equipe tanto da Saúde da Família, quanto do NASF, podem ser um importante momento de práticas de educação permanente. O processo de discussão dos casos que são

atendidos em determinada equipe ou em processos administrativos, possibilitam a análise deles e, ao mesmo tempo, é um processo de autoanálise, porque coloca em análise, também, o trabalho da equipe e cada trabalhador. É nesse processo que se produz a aprendizagem.

Essa aprendizagem da qual falamos leva à produção do conhecimento, entendido como processo de cognição e, concomitantemente, à mudança da subjetividade, proporcionada pela experiência, ao que chamamos de processo de subjetivação. Isto é particularmente importante ao pensarmos que uma proposta de mudança dos serviços de saúde, para que seja duradoura, requer um novo modo de produzir o cuidado, o que se consegue quando há uma mudança no sentido que cada um dá ao mundo do trabalho e cuidado em saúde, discutido anteriormente no tema da “Produção subjetiva do cuidado”. Pois bem, a EP serve como dispositivo para produzir esta mudança, ao proporcionar o processo de subjetivação.

## **O NASF e os paradoxos da Atenção Especializada**

O NASF tal como foi estruturado sem dúvida trata-se de um avanço importante na organização e funcionamento da Atenção Básica, em especial a (ESF). O matriciamento além de apoiar, aumentar a resolutividade e formar profissionais da rede básica, potencializa todo sistema, com repercussões para além da ESF.

Ao se instalar em 2008, encontra uma rede de cuidados especializados como demanda muito maior do que a oferta de serviços. Este problema é identificado, inicialmente, como a “falta de médicos especialistas”, ao que são atribuídas as grandes filas. É possível que haja este problema em muitos lugares, mas não se restringe apenas a ele. Associado a isto há a baixa resolutividade da Atenção Básica, o que ocasiona um excessivo encaminhamento de usuários para especialistas.

Esta baixa resolutividade está vinculada a um processo de trabalho centrado no médico, a uma prática clínica baseada na prescrição e no consumo de alta tecnologia e, marginalmente, nas tecnologias

relacionais, que apostam em processo educacional, acolhimento, vínculo, para potencializar o usuário na busca do cuidado, inclusive o realizado por ele mesmo. Nesse sentido, há uma excessiva demanda para a atenção especializada, com estrangulamento dos serviços.

Mais estruturalmente, podemos inferir que o escopo da atenção básica, ou seja, os seus atributos definidos nos protocolos e estruturas organizacionais, é extremamente limitado, não suportando, hoje, uma rede de “cuidados intermediários”, que possibilitasse o aumento da resolutividade e evitasse o encaminhamento para especialistas, como também para a rede hospitalar.

Diante de todas estas questões, o NASF como um núcleo que reúne profissionais especializados, para matricular a rede de Equipes de Saúde da Família, é salutar e muito positivo. Mas, diante de todos os problemas verificados acima, que em síntese criam grandes dificuldades de acesso da população aos serviços especializados, o NASF tende a ser aproveitado como um “ambulatório de especialistas”, ao invés de cumprir sua meta “com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica”, usando, principalmente, os recursos da Educação Permanente e estratégias de agenciamento das Equipes de Saúde da Família para o cuidado à saúde, com base, principalmente, nas tecnologias leves e outras possibilidades na produção do cuidado.

Este é o principal tema tratado por Tesser e Neto (2017). Diante do quadro de suposta carência de recursos na atenção especializada, os autores, no seu artigo, sugerem que:

[...] as atuais equipes matriciadoras dos NASFs podem e devem ser progressivamente fundidas com a atenção especializada, absorvendo as atribuições desta última. Equipes análogas aos NASFs com os demais especialistas médicos poderiam ser montadas, de modo que todos os especialistas (médicos e de outras profissões) poderiam atuar, na medida do

possível e com adequações, de forma personalizada e regionalizada, matriciando um conjunto de equipes de SF, atendendo a população filtrada em responsabilização (TESSER E NETO, 2017, p. 944).

A uma primeira leitura fica-se com a impressão que os autores estão propondo criar um ambulatório de especialidades, a partir do NASF, aproveitando a presença de especialistas de diversas áreas. Mas, ao que parece um paradoxo, vai ganhando contorno mais definido e diferente de um simples ambulatório, ao observarmos que: 1. O NASF é composto de profissionais de diversas áreas, formando assim um processo de trabalho interprofissional e/ou multiprofissional; 2. A proximidade entre os profissionais do NASF e das ESF proporciona uma troca de saberes e fazeres, operando em uma microrrede entre eles, na qual essa interação pode favorecer a uma reestruturação produtiva, com desmonte de processos meramente prescritivos, para projetos terapêuticos com maior densidade de tecnologias leves; 3. Este movimento no seu conjunto pode favorecer a ampliação do escopo da Atenção Básica, vinculando o trabalho do NASF à produção do cuidado pela Estratégia Saúde da Família, aumento da resolutividade, assim como ampliação do escopo da Atenção Básica, favorecendo ao aumento da sua presença e potência junto ao sistema de saúde como um todo. Eis o que dizem os autores na sequência:

Tal comunicação, adscrição e longitudinalidade facilitariam o conhecimento entre especialistas e generalistas da APS, com melhora da educação permanente mútua e discussões dos casos limítrofes e duvidosos (também por telefone ou via digital), avançando na superação da tradição viciosa dos ambulatórios especializados isolados e suas mazelas mencionadas, viabilizando coordenação do cuidado. Isso incide diretamente no centro das buscas por adequação do cuidado especializado, gerando um *continuum* coordenado e colaborativo de cuidados, procurado nos sistemas de saúde (TESSER E NETO, 2017, p. 944).

O que os autores propõem se assemelha a uma ideia de cuidados intermediários, a qual temos procurado discutir, e que se refere à montagem de serviços vinculados à Atenção Básica, que não são da sua tradição até então, porque furam o limite imposto na lógica da vigilância à saúde, e a clínica de medicina de família. Os serviços conforme propostos e que têm o NASF como epicentro da sua organização, e a Atenção Básica como centro funcional e gestora do cuidado, serviriam de dispositivos para ampliação do escopo da Atenção Básica, alargando suas possibilidades quanto à resolutividade, gestão de projetos terapêuticos, coordenação do cuidado. Enfim, este processo pode tornar a Atenção Básica muito mais potente do que atualmente, com maior presença e importância na rede de serviços do SUS. Esta seria a rede básica capaz de resolver os 85% dos problemas de saúde da população, tão propagados como um parâmetro a ser alcançado.

Junto a esta proposta, sugerimos discutir os cuidados intermediários e o novo papel da Atenção Básica em um sistema no qual ela tenha vinculada a si uma série de serviços, que se colocam hoje entre a rede básica e hospitalar. Cuidados Intermediários é a saída para eliminar um suposto paradoxo entre Atenção Básica e Especializada, e compor os dois como um único sistema, conectados e funcionando em fluxos contínuos, relação permanente de trabalho em torno de linhas de cuidado, projetos terapêuticos comuns, gestão compartilhada do cuidado. Isso sim, caracterizaria uma rede onde o Matriciamento teria um papel fundamental, mobilizando todos recursos possíveis de conhecimento e tecnologias de trabalho, da clínica, de educação, de vigilância etc., para fazer o SUS cada vez mais inclusivo, de qualidade, e uma rede de Atenção Básica realmente potente.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este texto traz a discussão do Apoio Matricial na Atenção Básica, tendo como principal dispositivo do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família. Sua institucionalização junto à rede de saúde em 2008, representou um avanço importante na resolutividade e fortalecimento da

Atenção Básica. Fundado para criar uma microrrede junto às Equipes de Saúde da Família e trabalhar com estas no sentido de impulsionar o seu trabalho, conhecimento, práticas, usando para isto, inclusive a Educação Permanente.

No entanto, identifica-se uma carência de serviços de assistência especializada no SUS e os NASF's são então pressionados para que se transformem em verdadeiros ambulatórios de atendimento especializado. Esta função, por si só, representaria um desvio na sua missão institucional e um recuo ao que ele propõe, pois, um ambulatório iria simplesmente repetir o que já existia, não criando o desejado fortalecimento da Atenção Básica na rede SUS, e maior capacidade e resolutividade para o cuidado em saúde.

Aqui vamos discutir a partir do artigo de Tesser e Neto (2017) uma ideia na qual o NASF passa a ser mais do que simplesmente um "supervisor" clínico e institucional das ESF's, exercendo também o cuidado, mas não repete o ambulatório de especialidades, que seria um recuo a uma situação a qual não é desejada. O que sugerimos é tratar o NASF como um instrumento dos "cuidados intermediários" que, neste caso, seria o que se coloca entre a Atenção Básica, mas vinculada a esta e a Atenção Especializada convencional ou hospitalar.

Os cuidados intermediários iriam cuidar dos casos em que as ESF's não conseguem resolver, mas fazendo isto em microrrede com estas, aumentando a resolutividade e criando um processo de aprendizagem com a própria experiência. Ao mesmo tempo, ele evita encaminhar estes casos para o ambulatório de especialidades, justamente porque tem a Atenção Básica mais potente, resolutiva e inclusiva.

Acreditamos que estas são questões fundamentais para discussão junto ao SUS e, em especial, a Rede Básica de Saúde. Os cuidados intermediários podem representar um avanço importante para tornar a Atenção Básica o que sempre almejamos, forte e ampla o suficiente, para resolver 85% dos problemas de saúde da população.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008.**

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393- 403, 1999.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, Produção do Cuidado e Subjetividade em Saúde.** São Paulo: Hucitec, 2013.

FRANCO, T. B. et al (Orgs.). **A Produção Subjetiva do Cuidado.** São Paulo: Hucitec, 2009.

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Revista Interface**, 11, 23, pp.427-438. Botucatu-SP, 2007.

\_\_\_\_\_. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. **Gestão em Redes.** Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

FRANCO, T. B.; CHAGAS, R. C.; FRANCO, C. M. Educação Permanente como prática. In: PINTO, S.; FRANCO, T. B.; MAGALHÃES, M. G. et al. **Tecendo Redes: os planos da educação, cuidado e gestão na construção do SUS; a experiência de Volta Redonda-RJ.** São Paulo: Hucitec, 2012.

GÉRVAS, J.; RICO, A. La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la Atención Primaria. **SEMERGEN**, 3(9)418-423, 2005.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cad. Saúde Pública**; v. 22, n. 5, p. 951-963, 2006.

KELLY, B. J.; PERKINS, D. A.; FULLER, J. D.; PARKER, S. M. Shared care in mental illness: a rapid review to inform implementation. **Int. J. Ment. Health Syst.**, 5:31, 2011.

MERHY, E. E. et al. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. In: **Divulgação, Saúde para Debate**, n. 52, p. 153-164, Rio de Janeiro, out. 2014.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 941-951, 2017.

## CAPÍTULO 3

# APOIO MATRICIAL, FORMAÇÃO E SAÚDE MENTAL: CONVERSAS NECESSÁRIAS PARA SUSTENTAR O SUS EM TEMPOS SOMBRIOS

Bruno Ferrari Emerich

Silvio Yasui

Ana Carolina Florence de Barros

### INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o Brasil construiu uma política pública de Saúde Mental voltada para cuidados em diversificados equipamentos territoriais e para diminuição progressiva de leitos em Hospitais Psiquiátricos no país. A partir de marcos legais, teóricos e práticos, foi possível um redirecionamento dos modos de assistência. Trata-se de uma ousada mudança do modelo assistencial que contempla, necessariamente, uma reflexão e transformação na formação dos profissionais que atuam neste campo. Desde a década de 70, Cerqueira (1984) insistia na necessidade de se investir na formação de trabalhadores de um novo tipo e apontava para a celebração de convênios entre Secretarias de Saúde e Universidades como um caminho para a construção de alternativas para a formação de profissionais aptos às novas tarefas e concepções. Desde então, o campo vislumbrado por Cerqueira tornou-se muito mais complexo e as necessidades de reinvenção do campo formativo mais urgentes.

A complexidade dos campos da Reforma Psiquiátrica e da Atenção Psicossocial abrange diferentes dimensões do existir, o que impõe grandes desafios a todos os atores envolvidos. Aos profissionais de

saúde cabe a difícil tarefa de expandir e consolidar a transformação na assistência através da organização de seus processos de trabalho nas suas práticas profissionais.

Neste cotidiano, diferentes concepções do processo saúde-doença se encontram. O modelo tradicional que compreende este processo em sua dimensão orgânica, organiza suas práticas em torno da remissão sintomatológica, concentra-as em terapêuticas farmacológicas e tem como espaço privilegiado de intervenção o ambiente hospitalar. O paradigma da Atenção Psicossocial busca transmutar seu objeto principal – a doença – e produzir compreensões e conjuntos de práticas que levem em conta a complexidade do sofrimento psíquico, sua multideterminação, as inúmeras interações de processos biológicos, psicológicos e sociais que participam do binômio saúde-doença. Essa perspectiva apresenta importantes consequências, tanto na reorientação das práticas de cuidado e gestão que constituem o campo da saúde quanto na produção dos saberes que sustentam essa posição e se originam nessas práticas em um constante movimento de interação e afetação mútua.

Essa transformação dos modos de se compreender e de atuar não se limitou ao campo da Saúde Mental. Ao contrário, integra um movimento mais amplo que abrange o setor saúde e concretiza-se na política pública do Sistema Único de Saúde (SUS). Orientada pelos princípios da integralidade, da universalidade, da equidade, da descentralização e da participação popular, o SUS também busca mudar os conceitos e as práticas da saúde, pautando seu projeto em um conceito ampliado de saúde. O que significa: considerar o processo saúde-doença como resultante de processos sociais complexos; inovar produzindo estratégias de cuidados que incluem a subjetividade e as necessidades coletivas; organizar as ações e as políticas com ênfase na promoção à saúde, articuladas em uma rede intersetorial, visando à inclusão social e uma crescente autonomia dos usuários. Isso significa uma profunda mudança na relação entre a gestão, os profissionais de saúde e a população com suas demandas e necessidades. Ou seja, saúde não é equivalente à ausência de doença ou “ao silêncio dos órgãos” (CANGUILHEM, 1995).

Essa transformação implica em vários grandes desafios, tanto para a Saúde Mental como campo específico, quanto para a Saúde como campo geral, e destacamos aqui um deles: formar profissionais para uma mudança de paradigma. Esta mudança paradigmática não se traduziu em uma nova organização da formação na Universidade. A separação de disciplinas e especialidades, de modo pouco integrado, segue produzindo um olhar fragmentado sobre a realidade. Como consequência, perdura a formação de especialistas cujo domínio de tecnologias não garante uma compreensão da totalidade e de realidades complexas. Formados e formatados em um modelo hegemônico, os profissionais se veem diante da responsabilidade de implantar uma proposta de mudança de modelo assistencial, que requer uma ruptura – por vezes radical – do que se aprendeu ao longo de vários anos.

Esse descompasso entre as proposições de mudança da Política de Saúde e de Saúde Mental e uma formação que ainda se pauta pelo modelo hegemônico, gera situações paradoxais no cotidiano dos serviços de saúde. Neles emerge a contradição entre os diferentes paradigmas que sustentam os diferentes modelos das práticas e fazeres de saúde. O seguinte impasse se apresenta: olhar e atuar apenas na e para a doença, usando de modelos explicativos biológicos e prescritivos; ou ampliar o olhar e as práticas buscando ver a complexidade da vida, para além da doença, que se encarna na dor do corpo que pode simbolizar o drama e o sofrimento de múltiplas causas. É exatamente nesse tempo e espaço do cotidiano de cada serviço que se constitui o campo de forças para provocar movimentos que possam afetar as práticas dos profissionais.

Surge aqui a importância estratégica das diferentes políticas de formação que foram implementadas pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação, especialmente no período entre 2003 a 2015: Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PRO-VAB), Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde, Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), entre outros. Algumas dessas estratégias perduram, enquanto outras não.

Além das estratégias citadas, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) visando à integração ensino-serviço e o desenvolvimento de estratégias de intervenção no campo da formação dos trabalhadores de saúde (BRASIL, 2007).

As contradições e paradoxos dessas forças de mudança e permanência presentes nesse campo complexo composto pelo cotidiano dos serviços, pelo ensino e pela pesquisa na Universidade e pelas políticas de formação, são a inspiração e a motivação deste texto. A partir de fragmentos de experiências, em diferentes cenários, tempos e práticas, extraídos e desenvolvidos pelos autores em distintos dispositivos tais como Residência Multiprofissional, a atividade docente junto à graduação e na assistência à Saúde Mental, discutiremos o Apoio Matricial como uma importante e essencial ferramenta de formação. Atravessando alguns conceitos importantes no campo da Saúde Coletiva e da Saúde Mental, traremos ao debate o modo como podem se articular o Apoio Matricial, como um recurso estratégico e o processo de formação. Esperamos levar o leitor às noções fundamentais que subsidiam um conjunto de práticas em rede na Saúde Coletiva e ampliar a reflexão no campo da Saúde Mental acerca das aplicações desta estratégia no campo formativo.

## **O cuidado em Saúde e Saúde Mental se faz em rede**

Organizar uma política pública de saúde, regida pela universalidade do acesso e pela atenção integral em um país continental como o Brasil, com sua diversidade territorial e cultural, marcado por profundas desigualdades e iniquidades sociais e econômicas, apresenta múltiplos desafios. Isso implica transformar o atual modelo do sistema de saúde centrado na doença, voltado para os casos agudos, com ênfase na atenção hospitalar e forte fragmentação do cuidado. Superar a concepção seletiva de acesso aos serviços – que produz lacunas na assistência – e a falta de garantia na continuidade do cuidado envolve uma concepção de rede (SILVA, 2011).

Para enfrentar esse desafio, desde 2010, uma importante mudança no SUS vem sendo implementada: as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Importante destacar que as redes de cuidado à saúde foram propostas, pela primeira vez, no Relatório Dawson publicado em 1920. Atualmente, há um consenso na visão das redes de cuidado à saúde como a melhor estratégia para enfrentar a fragmentação do cuidado e garantir a universalidade, a integralidade do cuidado e da atenção, e a construção de vínculos de cooperação e solidariedade entre as equipes e os diferentes níveis de gestão (OMS, 2008).

Para Mendes (2009), as redes de atenção à saúde se caracterizam pela organização poliárquica de serviços de saúde, articulados e vinculados entre si por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente. Procuram oferecer atenção contínua e integral à população, devendo ser coordenadas pela Atenção Primária à Saúde (APS), com vistas à prestação de serviços de saúde no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada.

Embora presente como tema desde o princípio da reforma sanitária, foi somente em dezembro de 2010, com a portaria nº 4.279, que diretrizes para organização das RAS foram estabelecidas. No ano de 2011, com o decreto 7.508 que dispõe sobre a organização do SUS, consagram-se as RAS como dispositivo estratégico do SUS. A portaria nº 4.279 define as RAS como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010, n.p.). Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com a APS enquanto eixo de comunicação; e “pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos” (BRASIL, 2010, n.p.)

No que concerne à Saúde Mental, o Decreto 7.508, previa a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que foi normatizada pela portaria 3.088 e propôs a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental

e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011). Destacamos algumas de suas diretrizes: respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; promoção da equidade; combate a estigmas e preconceitos; garantia do acesso e da qualidade dos serviços, com cuidado integral sob a lógica interdisciplinar; atenção centrada nas necessidades das pessoas; desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; promoção de estratégias de educação permanente; e construção do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2011).

A implantação, implementação e consolidação de uma rede de cuidados em Saúde e em Saúde Mental que ofereça atenção contínua e integral, só é possível com a construção de vínculos de cooperação e solidariedade entre as equipes e os diferentes níveis de gestão em cada território, em cada cidade, em cada bairro.

A RAPS é uma aposta ousada e necessária, sobretudo se considerarmos os riscos de que esses usuários se “percam” na rede de saúde, reduzidos às suas doenças e estigmas que os impedem de serem reconhecidos em suas verdades ou falas (EMERICH et al., 2014). Diante das particularidades do campo da Saúde Mental e do redirecionamento das políticas no âmbito do SUS, é no encontro entre os trabalhadores e usuários, no cotidiano dos diferentes serviços, ou pontos de atenção no vocabulário da RAPS, que se localizam a potência e as fragilidades para a construção da rede, inspirada e orientada pelas proposições de mudança dos saberes e fazeres no cuidado ao sofrimento psíquico. O exercício da solidariedade e da cooperação tem múltiplas e diferentes consequências e, para fins deste texto, destacamos uma delas: o compartilhamento de saberes. A construção das redes, na perspectiva que aqui apresentamos, se dá na ação de seus atores (trabalhadores, usuários, gestores) provocando tensões na divisão social do trabalho (cisão entre pensar e fazer), buscando a produção de um campo de práticas e saberes comuns.

O cerzimento e sustentação de redes se ancora na compreensão e no cuidado de sujeitos complexos, que demandam por diferentes

necessidades oriundas da vida, da história de cada um. A compreensão dessa realidade demanda múltiplos e diversificados olhares. Um caminho para a produção de redes e compartilhamento de saberes é a construção de ferramentas teóricas e estratégias práticas que viabilizem um campo de encontro disciplinar no qual fronteiras sejam borradas, eixos epistemológicos subvertidos e suas dicotomias (sujeito/objeto; universal/singular etc.) desestabilizadas. O campo da transdisciplinaridade (PASSOS; BENEVIDES, 2000) permite estas operações, rompendo com a lógica das disciplinas e dos especialismos.

Falamos, portanto, da produção de um comum (saberes inter e transdisciplinares para práticas inter e transdisciplinares). Essa produção só se dá no plano da prática, dos fazeres que tensionam criticamente os saberes, reformulando-os em diálogos e mutações entre as disciplinas. Há uma indissociabilidade entre agir e pensar e é nesse processo que acontece no tempo e espaço dos serviços de saúde, nos paradoxos e contradições entre os diferentes modelos, que localiza-se, também, o campo da formação. Aqui surge o Apoio Matricial como uma importante e essencial estratégia para a construção desse campo comum de práticas e saberes.

## **Apoio Matricial**

A adoção do modelo gerencial hegemônico (CAMPOS, 2000) leva à organização burocrática e hierarquizada do trabalho em saúde. Produzindo uma cisão entre pensar e executar, definir e cumprir, esperou-se controlar e fiscalizar o trabalho mais intensamente. Neste contexto, o trabalhador é posto na condição de objeto e sua relação com seu processo de trabalho tende a tornar-se alienada. Em contraposição a esta noção gerencial, apostamos na gestão compartilhada como estratégia para equilibrar autonomia e responsabilidade no trabalho em saúde.

As especificidades do campo da Saúde Mental aprofundam a necessidade de ampliar a autonomia dos trabalhadores sobre seu próprio processo de trabalho. Consideramos que lidar com o sofrimen-

to atrelado a diferentes histórias de vida, territórios, marcas sociais, contextos políticos, aspectos biológicos exigem grande capacidade inventiva na produção de cuidado, mantendo a responsabilidade técnica e sanitária pelos casos atendidos.

Para equilibrar autonomia e responsabilidade, fomentar possibilidades de criação e construção de nortes clínicos, integrar planejamento e ação, alguns arranjos têm sido criados, apostando-se no viés da gestão compartilhada (CAMPOS, 2000). O Apoio Matricial é um arranjo que busca dar retaguarda especializada a equipes de referência que acompanham e conduzem o cuidado de pessoas, famílias e comunidades (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Por meio de suporte técnico-pedagógico, oferta-se a estas equipes a possibilidade de construção de um comum em que responsabilidades e saberes podem ser compartilhados. Esses arranjos organizacionais deslocam o poder das profissões e corporações de especialistas, reforçando o poder de gestão da equipe interdisciplinar na condução dos casos (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

Partindo desta proposta de trabalho, diferentes configurações tornam-se possíveis (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Os profissionais especialistas podem reunir-se com os da equipe matriciada e discutir casos elencados, construindo coletivamente nortes para a continuidade de atendimento, responsáveis pelas ações e momentos de avaliação do processo. Também, podem ser realizados atendimentos conjuntos, em que se faz necessária discussão anterior entre os profissionais para construção de hipóteses e pactuação do modo de realizar o atendimento (quem faz o quê, e como) com posterior discussão e construção clínica. Outra configuração possível é a oferta de atendimento especializado, que traz o desafio do compartilhamento do caso entre equipe e especialista, tendo em mente a importância da construção conjunta de (PTS), evitando o caráter ambulatorial.

Espera-se que, com o Apoio Matricial, haja maior corresponsabilidade entre profissionais e serviços, privilegiando, em última instância, a relação terapêutica com os usuários através do fortalecimento da integralidade do cuidado e da articulação de rede. Este arranjo ainda evita conhecidos problemas decorrentes da lógica de referência e contrarreferência no cuidado que, frequentemente, gera desrespon-

sabilização e dificuldades na condução conjunta de casos complexos. Desse modo, diferentes núcleos de formação e saberes (CAMPOS, 2000) comporiam ofertas a um campo comum e compartilhado, em múltiplas interfaces e criações que daí se desdobrariam, de acordo com a especificidade de cada encontro, caso ou território.

Como pode ser observado, opera-se aqui uma complexa tarefa da criação de um campo comum de produção de saberes e práticas norteados pela solidariedade e compartilhamento de saberes. Compreender as múltiplas dimensões e implicações de um caso, debater quais estratégias de cuidado são as mais adequadas, elaborar um PTS e pactuar corresponsabilidades dos envolvidos (serviços, familiares, vizinhos etc), colocar em prática as ações, avaliá-las e, se for o caso, repensar outras estratégias, é algo que, além de uma atitude de abertura a conversas e reflexões entre os participantes (usuário, trabalhadores, familiares etc), exige tempo e espaço.

Tempo e espaço são condições para a realização do matriciamento, sendo que para isso a função dos gestores se faz imprescindível, seja para apoiar, dar suporte e construir condições, seja para cobrar e dar limites necessários. Ou seja, destacamos aqui que há uma indissociabilidade entre gestão e a clínica (PASSOS; BENEVIDES, 2005). Uma aposta potente como a do Apoio Matricial não é uma aposta em uma técnica, é uma aposta em um modo de produzir ações de cuidado e de gestão.

No próximo item aprofundaremos o debate sobre o Apoio Matricial no campo da Saúde Mental, buscando apresentar as particularidades e desafios que este arranjo assume na Atenção Psicossocial.

## **Apoio Matricial em Saúde Mental**

No âmbito da Saúde Mental, o matriciamento tem sido realizado por profissionais e/ou equipes de CAPS (em suas diferentes modalidades), profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e por profissionais locados nas Unidades Básicas, nos municípios em que há fixação de profissionais da Saúde Mental nas UBSs. Na tabela abaixo apresentamos uma síntese das potências e desafios que o Apoio Matricial oferece nos diferentes contextos em que ele pode se dar.

<b>Apoio Matricial feito por</b>	<b>Potências</b>	<b>Riscos/Desafios</b>
<b>CAPS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Profissionais de serviços de referência têm responsabilidade sanitária pela área da UBS, o que qualifica relação quando à assistência é compartilhada entre as unidades.</li> <li>- Profissional do CAPS pode se aprofundar ainda mais nas questões do território, qualificando as ações junto aos usuários desse serviço.</li> <li>- Longitudinalidade no acompanhamento dos casos, em relação à equipe e aos usuários.</li> <li>- Maior qualificação da demanda que chega ao CAPS, quando se faz necessária inserção.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoio Matricial se transformar em encaminhamento de casos.</li> <li>- Profissional do CAPS centralizar Apoio em sua figura, fragilizando responsabilização de outros membros/equipes dos serviços.</li> <li>- Pouco investimento da gestão na sustentação de tempo e espaço, numa reprodução de lógica produtivista de trabalho</li> <li>- Dificuldades em relação à estrutura (transporte, etc.)</li> </ul>
<b>NASF</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Equipe ampliada (diversos núcleos) e especializada para exercício da função, o que traz possibilidade de projetos mais amplos.</li> <li>-Circulação por outros territórios para além das UBSs matriciadas, com possibilidade de aumento de experiências e de escopo de intervenção.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pouca/desigual implantação nos territórios, com grande demanda para profissionais.</li> <li>- Exigência de alto grau de formação técnica dos profissionais para atuarem sob essa lógica, com modulação entre gerenciamento de fluxos, atividades demandas e ofertas clínicas.</li> <li>- Risco de intervalos prolongados de encontros com Unidades/Equipes.</li> </ul>
<b>Profissional fixado na Unidade Básica de Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Vínculos já construídos com equipe e usuários.</li> <li>- Conhecimento do território.</li> <li>- Maior autonomia para realização de atendimento/ações relacionados a seu núcleo, costurando isso junto à equipe e ao PTS do sujeito.</li> <li>- Proximidade e longitudinalidade com casos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Menor afastamento do contexto para percepção de atravessamentos institucionais e relacionais (equipe)</li> <li>- Assumir a demanda socialmente construída (por vezes também pela equipe) de atendimentos especializados ou exclusivamente de núcleo, enfraquecendo ações internas de matriciamento.</li> <li>- Portas de entrada específicas para a saúde mental, numa clínica paralela.</li> </ul>

Fonte: Elaborado pelos autores.

Alguns autores têm apontado importantes construções de instrumentos para a realização do matriciamento (CHIAVERINI et al., 2011), como elaboração de PTS no apoio, contato à distância, visitas conjuntas, uso de genograma e ecomapa. Outros, trazem possibilidades de intervenção de Saúde Mental junto à Atenção Básica (ONOCKO CAMPOS; GAMA, 2008).

Onocko Campos et al. (2011), a partir de pesquisas realizadas, apontam que como desdobramentos dessa estratégia podem acontecer aumento da capacidade resolutiva da equipe, diminuição do risco de fragmentação das ações e melhoria da clínica. Ressaltam a potência de criação de estratégias de acordo com territórios e necessidades, porém, também, o risco de práticas que não se sustentam nos pressupostos do Apoio Matricial assim serem denominadas.

Atentos ao risco em nomear os profissionais de Saúde Mental como “especialistas” e pensando a partir das responsabilidades conjuntas que a noção de redes implica, entendemos que a potência do encontro entre profissional Apoiador e equipe que coordena o caso está justamente nos saberes e experiências acumulados por quem tem a tarefa de matriciar, isto é, espera-se que o Apoiador saiba mais (ou faça ofertas) sobre Saúde Mental do que a equipe matriciada. Entendemos ser importante salientar que os profissionais como maior formação e experiência na área de Saúde Mental acumularam (ou deveriam ter acumulado) um saber que não necessariamente é comum aos pares “não especialistas”. Cabe ressaltar que os problemas de Saúde Mental são muito diferentes das doenças com as quais os profissionais de saúde estão habituados a lidar no cotidiano. Apresentando etiologias complexas e terapêuticas não exclusivamente farmacológicas, demandam flexibilização da rotina habitual e construção de um conjunto de práticas muitas vezes estranhos ao dia a dia da Atenção Primária ou de outros pontos da rede.

Essa perspectiva, fundante no Apoio, coloca-se como um desafio para os profissionais de Saúde Mental, uma vez que nos cursos de graduação das áreas da saúde imperam estruturas de currículos que culminam na compartimentalização do ensino, por meio da transmis-

são vertical de conhecimento (ONOCKO CAMPOS et al., 2012). O trabalho interdisciplinar e a composição coletiva do saber e atuação prática pouco são investidos, sendo, posteriormente, condições básicas para o exercício da função de Apoiador. Em especializações como Programas de Aprimoramento Profissional e Residências Multiprofissionais esse viés tem sido mais investido, a partir do desenvolvimento prático de ações, acompanhadas de supervisões.

Chamamos a atenção para a necessidade do arranjo Apoio Matricial, com todas as questões que dele decorrem, ser um dos componentes das ofertas formativas de currículos de Graduação e Pós-Graduação, uma vez que se constitui como um norte das atuais políticas públicas de saúde. A posição de matriciador exige algum domínio sobre as diferentes concepções de clínica e de sujeito, demanda ainda compreensão das funções institucionais e do lugar que a loucura ocupa nas relações entre pessoas e serviços, requerendo, também, conhecimento e aposta na dimensão do coletivo através da construção de contratos e de modos de lidar com conflitos (EMERICH, 2017). Não saímos prontos de formações estruturadas para lidar com tudo, e nunca estaremos prontos (completamente!).

Consideramos que o processo de formação, ou sensibilização, como nos diria Oury (1991), é interminável. A aposta na coprodução de sujeitos e coletivos (CAMPOS, 2000) traz em seu bojo a trans(formação) dos trabalhadores, a partir das experiências compartilhadas, construções clínicas, emergência de impasses e de construção de saídas (ou de novos percursos) para lidar com eles.

Na sequência, apresentamos elementos fundamentais para a prática do Apoio Matricial, buscando articular de que modo as noções de clínica, território, trabalho em equipe e subjetividade podem contribuir para a formação e exercício da função Apoiador Matricial em Saúde Mental.

### *Interface entre clínica e gestão*

No campo da Saúde Mental, clínica e gestão são inseparáveis. A construção desta clínica se dá na interface com os modos de organi-

zação e gestão dos processos de trabalho e de serviços (YASUI, 2010; ONOCKO CAMPOS, 2012). Entendemos ser esse um aspecto central no exercício do Apoio Matricial, que convoca o Apoiador a conhecer e apostar em modos de gestão do trabalho, de casos e dos serviços que tragam possibilidade de emergência de relações compartilhadas e cogestivas entre trabalhadores, entre pontos da rede e junto aos usuários. Alguns arranjos de trabalho comuns ao campo da Saúde e da Saúde Mental favorecem estas relações, como a lógica de Equipes de Referência, a construção de Projetos Terapêuticos Singulares, a oferta de assembleias, dentre outras.

A emergência do novo se faz possível a partir dos encontros entre profissionais, serviços e usuários. Esses encontros não se dão sem tensões, repetições e atualizações. O lugar da loucura na sociedade foi historicamente o da segregação, do medo, do silenciamento e da exclusão. O trabalho em saúde pode atualizar a todo momento concepções cristalizadas sobre subjetividades que se organizam na vida de modos tão diferentes. Não nos atentarmos à advertência de Basaglia pode fazer com que repitamos os circuitos dos quais procuramos desviar:

Toda sociedade cujas estruturas se baseiem apenas em diferenciações culturais, de classe e em sistemas competitivos, cria dentro de si uma área de compensação às próprias contradições, áreas nas quais pode concretizar a necessidade de negar ou de fixar, numa objetualização, uma parte da própria subjetividade (BASAGLIA, 2010, p. 117).

Bem advertidos, podemos lançar mão de dispositivos potentes na construção do cuidado compartilhado em Saúde Mental. O caso clínico é um destes dispositivos. A organização do caso, seja por meio escrito ou oral, permite a retomada da história dos sujeitos, abertura para outras vozes que o conhecem, compartilhamento de fragmentos da história que até então não se articulavam, discussões entre profissionais e processos de mediação de diferentes visões. A construção do caso clínico no Saúde Mental convoca profissionais a uma pausa em

seu cotidiano, muitas vezes frenético, e à retomada de aportes clínicos. Nesse contexto, o caso clínico pode assumir uma função didática (NASIO, 2001), aproximando profissionais de conceitos importantes e discutindo conjuntamente caminhos que podem ser úteis para outras experiências de cuidado.

Investir no encontro entre trabalhadores e desses com usuários, sem negar os conflitos e interesses pertinentes à convivência entre humanos, nos remete ao que Rotelli (2001) denomina investir nas relações possibilidade/probabilidade, em detrimento das relações de causa-efeito; e ao que Venturini (2016) chama de vínculo-oportunidade. O vínculo entre os trabalhadores pode permitir oportunidades de transformações nas práticas e novas oportunidades de construção e coletivização de cuidado, em novas formas de subjetivação para os próprios trabalhadores, com reflexo na assistência. Possibilidades e probabilidades que ampliam concepções teóricas, acesso às técnicas e aos manejos, e que não se limitam a causalidades ou a posições subjetivas estabelecidas *a priori* e ao largo dos sujeitos. O mesmo convite que fazemos aos usuários, de implicação e transformação de seus cenários, mas em outra posição.

A relação entre clínica e gestão, especialmente no campo da Saúde Mental, fazem do Apoio Matricial uma estratégia especialmente profícua. O desconforto que o contato com a loucura traz pode se traduzir em potência nas relações entre trabalhadores, na articulação de rede e na invenção de novas práticas cujas aplicações não se limitam a um único caso. Esses encontros entre trabalhadores revelam que somos todos atravessados pela loucura e possibilita um tratamento coletivo de questões que são, a um só tempo, subjetivas, institucionais e de trabalho. A produção de deslocamentos é uma virtude da loucura, o espaço do Apoio Matricial pode se valer dela para a produção de modos de cuidar. Neste processo, de discussões de casos, atendimentos conjuntos, compartilhamento de saberes é necessário gerir os próprios processos de trabalho e pactuar responsabilidades no cuidado. Falaremos a seguir da importância do trabalho em equipe para o Apoio Matricial.

### *Trabalhar em equipe.*

Os diversos dispositivos e arranjos de trabalho nos serviços de Saúde e de Saúde Mental privilegiam o trabalho em equipe. A definição de equipes de referência para um território adscrito favorece a responsabilidade sanitária por um território e permite a formação de vínculos entre serviço de saúde e comunidade. As relações interinstitucionais e entre serviços, também, são facilitadas por este arranjo, visto que equipes que atendem uma mesma região podem se conhecer e formar parcerias de trabalho garantindo a integralidade do cuidado e o cuidado em rede. Nesse sentido, a organização do trabalho em equipes de referência cumpre uma função de gestão e compartilhamento de responsabilidades. Os espaços de discussões de caso em equipe fortalecem a transdisciplinaridade e permitem que diferentes concepções e compreensões possam se encontrar num comum.

A instituição, segundo Campos (2005), é compreendida como o que resulta da “Formação de Compromisso ou da Gestão de Contratos entre os membros de um Coletivo, e destes com seguimentos da sociedade” (CAMPOS, 2005, p. 73) e a organização das instituições depende da formação de compromissos e contratos mais ou menos autônomos. A instituição de Saúde Mental é o espaço que pretende produzir saúde como valor de uso e, para isso, deve se valer de estratégias de “Cogestão” (CAMPOS, 2005) criando meios para que os fins possam ser atingidos sem que haja muito descompasso entre os desejos e interesses particulares dos sujeitos envolvidos, e as necessidades sociais e externas a ele. É nesse espaço que se cria o Singular, chamando a atenção para o fato de que o compromisso particular do sujeito com o universal da instituição não anula o sujeito e nem o coloca numa relação de submissão às ordens e às normas institucionais sem possibilidade de implicação subjetiva no trabalho.

Para Campos (2005), os espaços coletivos como conselhos de cogestão, colegiados de gestão, dispositivos, diálogo e tomadas de decisão no cotidiano, são formas mais ou menos regulares de exercer a cogestão no cotidiano da instituição. A fluidez e a circulação dos discursos são essenciais para que este modo de gestão do trabalho possa se constituir, o que não quer dizer que aí se pode fazer tudo e

que qualquer discurso seja livremente aceito. O contexto institucional e o trabalho em si estão subordinados à produção de saúde segundo certo paradigma de assistência e a alguns tipos mais ou menos cristalizados de organização institucional.

O trabalho em equipe pressupõe, portanto, uma série de contratos e pactuações que envolvem diferentes interesses, distintas visões sobre um mesmo caso e a capacidade de construir um comum entre esta multiplicidade. As negociações em torno de quem fará o que em determinado caso, passam pela capacidade de uma grupalidade se organizar em torno de uma tarefa comum: a produção de saúde. Neste contexto, o Apoio Matricial implica que o profissional se desloque de sua própria equipe, buscando constituir contratos e parcerias com outras equipes, que enfrentam outros problemas, com dificuldades e visões diferentes. Desse modo, espera-se que o profissional matriciador tenha um saber cuja especificidade não seja tão somente técnica, mas também atenta às relações institucionais e suas incidências no trabalho.

Onocko Campos (2012) aponta para as dificuldades de se trabalhar em equipe pela possibilidade de ocorrência de “conteúdo ideologizado de modo fundamentalista, não dialetizado, maniqueísta” (p.25), constituindo defesas da equipe e obstaculização da realização da tarefa institucional. O sofrimento dos trabalhadores do campo da Saúde e, especialmente, na Saúde Mental está relacionado ao contato solitário com a dor, o sofrimento do outro e a demanda de tratamento. Ainda que as práticas em Saúde Mental tenham adotado diversas estratégias institucionais e de gestão do trabalho para se proteger do adoecimento, há situações em que isto pode ocorrer, já que o trabalho no coletivo não acontece naturalmente e depende da capacidade dos trabalhadores de ativamente se organizarem em torno de espaços em que haja circulação da palavra e tratamento conjunto para as dificuldades enfrentadas.

A produção de um comum, de uma coletividade que se organiza em torno de uma tarefa pressupõe o trabalho em equipe. O saber técnico conjugado a um conhecimento de gestão permite ao profissional matriciador posicionar-se e transitar em espaços em que a troca de saberes possa se dar e a tarefa de produzir cuidado em saúde possa se

concretizar. Os saberes do campo da Saúde Mental são especialmente úteis, visto que são sensíveis à subjetividade das pessoas cuidadas e dos pares no trabalho.

### *A dimensão da subjetividade/Saúde Mental para não especialistas*

Questões ligadas à Saúde Mental, ou à existência-sofrimento dos sujeitos, transversalizam todas as práticas dos profissionais de saúde, seja nos casos mais difíceis ou complexos, quando há o pedido para o Apoio, seja nos casos menos complexos ou mais corriqueiros. É importante que os Apoiadores não percam essa dimensão de vista, pois aproximar tais conversas e percepções das equipes pode ter como desdobramento a diminuição do estigma em relação aos usuários e à compreensão de que a loucura é um território relacional em algum grau habitado por todos nós.

Nos casos cotidianos, ampliar a compreensão acerca da posição subjetiva vivida pelo usuário pode ajudar na construção e manejo de Grupos HiperDia (para usuários que tenham Hipertensão e/ou Diabetes) que não sejam prescritivos ou informativos, e que contemplem o que significa para o sujeito esse diagnóstico e as mudanças que isso traz em suas vidas; a realização de visitas domiciliares que sejam sensíveis aos modos de organização dos sujeitos e às relações que ali se estabelecem, ao invés de assumirem posturas fiscalizadoras; na compreensão das repetições transgeracionais (gravidez precoce, ou uso de substância, por exemplo) a partir de um viés que não se assuma moral ou julgador.

Nos casos graves, ampliar o escopo teórico e problematizar por que tais casos “pegam” para as equipes, como as composições de ofertas podem considerar os núcleos de formação, mas, também, os estilos profissionais (ONOCKO CAMPOS et al., 2017).

Reconhecer que a loucura se dá entre os sujeitos e que, por isso, também nos cabe ajudar a diminuir a distância defensiva entre o trabalhador e o usuário portador de algum grau de sofrimento psíquico, sem negar a responsabilidade técnica e clínica inerente à posição profissional. Trazer a dimensão inconsciente que faz com que repitamos questões sem perceber, e construir linhas de compreensão do que nos

parece muito estranho ou distante pode ser uma potente estratégia para a formação profissional e qualificação de práticas.

Nesse sentido, balizar a diferença entre responsabilização/implicação e culpabilização do sujeito é fundamental. Desnaturalizar a relação entre loucura e periculosidade/tutela, atentos aos efeitos simbólicos e políticos deste estigma na vida do sujeito (EMERICH; YASUI, 2015), é uma via necessária. Trata-se de uma dimensão formativa que transcende o saber técnico e possibilita que profissionais entrem em contato com a própria subjetividade, visto que as experiências de sofrimento são comuns a todos. O papel do Apoiador é também introduzir a dimensão subjetiva dos processos de adoecimento, tratando-a como um aspecto indissociável do corpo e promovendo a ampliação da clínica, a integralidade do cuidado e oferecendo novos aportes teóricos que ajudem as equipes no acompanhamento de casos graves e complexos.

### *Território*

O território para a Saúde Coletiva e para a Saúde Mental é condição básica para a compreensão dos fenômenos humanos e produção de saúde e doença. O homem se constrói como sujeito social e cultural ao imprimir valores nos espaços geográficos (MONKEN et al., 2008), constituindo assim uma (re)produção de modos de subjetivação (FURTADO et al., 2016).

Temos o território como espaço e percurso que compõem as vidas cotidianas das pessoas e dos usuários de serviços de saúde, espaço relacional no qual a vida pulsa. Isto sem esquecer o território como espaço no qual se produzem modos de ser, de se relacionar, de amar, de consumir, alguns engajados na grande máquina capitalista, outros que resistem a sua captura. (LIMA; YASUI, 2014, p.599)

A imersão no território dos usuários, pelos profissionais, deve contemplar o reconhecimento das características do local (história, parcerias possíveis, riscos e vulnerabilidades etc.) na constituição e

ofertas, que futuramente podem ser estendidas a outros casos. Nesta noção ampliada de território como espaços de vida pulsante, a produção de saúde se insere como possibilidade de traçar novas rotas, introduzir caminhos e habitar junto.

Ainda, reconhecer a complexidade e a importância dessa concepção de território para a constituição de sujeitos que ali habitam ou circulam deve ser um norte para cerzimento de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). É formativo, também, para os trabalhadores, se abrir aos modos como cada usuário constrói possibilidades de vida, muitas vezes frente das violências e vulnerabilidades. Se no PTS o sujeito é o *expert* de seu próprio cuidado, no seu território ele é o narrador e o protagonista de seus percursos, com quem temos muito o que aprender. Sempre.

#### *Matriciamento em outros cenários.*

Conforme apontamos ao longo do texto, algumas produções nacionais têm discutido o Apoio Matricial como suporte à Atenção Básica. A ampliação deste recurso para outros pontos de atenção da rede traz outras especificidades e apresentam outros desafios tanto para o Apoiador quanto para as equipes apoiadas. Ressaltamos aqui a potência deste arranjo em outros pontos da RAPS e em outros equipamentos atravessados pela clínica da Saúde Mental.

Os Hospitais Gerais (HG) ocupam lugar estratégico no cuidado aos usuários de Saúde Mental. Cumprindo dupla função, os Hospitais são espaços de cuidado de maior complexidade, podendo atravessar a vida dos sujeitos tanto em momentos de intensificação do sofrimento Mental, quanto nos momentos de adoecimento mais grave do corpo. Trazem o suporte para questões clínicas quando necessário, além de ser mais uma possibilidade de cuidado intensivo em momento de crise.

Os usuários de serviços de Saúde Mental, podem, portanto, acessar o hospital por diferentes motivos e em distintos momentos do tratamento, seja no Pronto Socorro, seja em Enfermarias Clínicas ou até mesmo no acesso a leitos de Saúde Mental. A distribuição de leitos em enfermarias de Saúde Mental e de Psiquiatria em HG ainda é

desigual (BRASIL, 2015) e insuficiente, em que pese a gradual expansão que houve até essa data, o que faz com que os usuários tenham que acessar, também, os leitos não especializados em momentos de agravamento do quadro de Saúde Mental. O acesso a Pronto Atendimentos e Pronto Socorros no cuidado à urgência são fundamentais, como para qualquer pessoa, todavia exige ferramentas não habituais.

O hospital é um ponto da rede em que perduram os modos hierarquizados e fragmentados do trabalho e do cuidado. A lógica biomédica prevalece, os esquemas de plantão fragmentam o cuidado e o recurso a intervenções farmacológicas é mais comum. Ademais, são pontos da rede que não têm a responsabilidade do acompanhamento longitudinal do usuário, favorecendo modos de cuidar que não levam em conta a singularidade de cada caso e a continuidade do cuidado. Os profissionais destes equipamentos têm grande rotatividade e nem sempre possuem formação adequada ou experiência no manejo aos casos de Saúde Mental (SILVA, 2016; DIAS et al., 2010)

No contexto hospitalar, o trabalho de Apoio Matricial pode oferecer suporte às equipes no manejo de casos de Saúde Mental para os quais os profissionais não têm formação específica. Além de prover suporte técnico, o Apoiador pode contribuir para o acompanhamento territorial do caso, para a articulação de rede e para a escuta e cuidado com o usuário no momento do atendimento.

O mesmo vale para a relação com SAMU ou Corpos de Bombeiro, que muitas vezes são os primeiros a acessarem os usuários em momentos de crise. Construir trocas, ofertas teóricas, participar das intervenções *in loco*, são estratégias que fortalecem o caráter formativo para as equipes/serviços dos mais diversos pontos de atenção, ao mesmo tempo em que os Apoiadores se veem diante de novos cenários e necessidade de novas construções.

Mesmo que polêmica, é responsabilidade dupla dos profissionais de Saúde Mental a proximidade e suporte às equipes de Comunidades Terapêuticas e dos Hospitais Psiquiátricos ainda em funcionamento. Dupla porque está apontada na portaria da RAPS (BRASIL, 2011) e porque o modelo asilar dessas Instituições Totais é justamente o paradig-

ma que a Atenção Psicossocial buscou superar. Todavia, a existência destes serviços também convoca os trabalhadores da Saúde Mental ao compromisso ético e político de reduzir os danos produzidos por estas instituições e manter viva a luta pela extinção desta modalidade de tratamento marcadamente ineficaz.

Importa-nos ressaltar que a dimensão do Apoio Matricial também pode se expandir para outros equipamentos que não compõem a RAPS, mas que atravessam a vida de usuários. Pensar em suporte a instituições prisionais, considerando seu funcionamento e efeitos nos sujeitos (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2012), ou em abrigos infantis e de idosos, que muitas vezes funcionam nos moldes de Instituições Totais e efetivam transinstitucionalização, faz-se fundamental, assim como junto às políticas da Assistência Social.

Acreditamos que o investimento do Apoio nesses espaços pode trazer uma transformação das práticas, com construção de maior sentido para o trabalhador e qualificação da assistência aos usuários.

## **CONCLUSÃO**

Ao longo deste texto abordamos muitos (e não todos) aspectos desse processo complexo de mudança do modelo assistencial em Saúde e em Saúde Mental, que envolve diversas transformações: nos conceitos que embasam as práticas dos profissionais; nos modos de produzir o cuidado; nos modos de se fazer a gestão; na formação dos profissionais. Trata-se aqui do resultado de um longo caminho histórico que envolveu e envolve múltiplos e inúmeros atores sociais, que fizeram e fazem nas suas ações cotidianas, uma aposta no futuro: deixar uma Saúde Pública com acesso universal, equânime, com cuidado regido pela integralidade, com controle social como legado para as próximas gerações.

Contudo, vivemos um tempo difícil nessa segunda metade, da segunda década do terceiro milênio. Mudar significa mexer e desestabilizar interesses econômicos de grupos e segmentos da sociedade

que, de um modo ou outro, fazem da saúde um negócio privado. Assim, esse processo que apresentamos foi marcado, ao longo dos últimos anos, por territórios de tensões e disputas de forças sociais, que levaram à institucionalização do ideário da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica como políticas públicas. Na Saúde Mental, isso está expresso na lei 10.216 e em centenas de portarias e normatizações do Ministério da Saúde. Porém, o cenário das forças políticas mudou de forma dramática com o golpe que levou à deposição da presidenta Dilma Rousseff no ano de 2016, colocando no poder de decisão dos Ministérios, representantes de grupos econômicos e políticos contrários ao SUS e à Atenção Psicossocial.

O ano de 2017 foi marcado por muitas iniciativas federais que fragilizaram a potência dessas políticas, tais como a Emenda Constitucional 95/2016, que limita por 20 anos os gastos públicos; portarias que modificam os modos de funcionamento dos equipamentos da atenção básica; a Portaria 3.588/17 que alterou a portaria da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), reconhecendo dos Hospitais Psiquiátricos como *lócus* de cuidado (com indução financeira para tal) e o retorno de ofertas ambulatoriais, comprovadamente ineficazes; minutas que possibilitam a ampliação de recursos para Comunidades Terapêuticas; e, neste ano de 2018, o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) aprovou uma resolução que institui uma nova política centrada na abstinência, na incorporação das Comunidades Terapêuticas. Essas e muitas outras medidas representam um grande retrocesso no que vinha sendo construído.

Vivemos em um momento no qual direitos e conquistas históricas são postos à prova. Os valores implícitos na política do SUS e da Atenção Psicossocial como a solidariedade, compartilhamento, participação, são subsumidos pelos valores reinantes no mercado: o individualismo, a competição, a mesquinha. Os modos solidários e coletivos de organização são substituídos por uma suposta eficiência que reduz dramaticamente os recursos públicos da saúde. Isso tem impactos no cotidiano dos serviços, nos lugares onde a vida acontece. Lá, os sujeitos são culpabilizados ou psicologizados por questões sociais que os marcam (essas naturalizadas ou ignoradas).

Neste cenário e nesse tempo, torna-se fundamental investirmos em estratégias que ampliem o escopo de construção e corresponsabilização de cuidados, integralidade e garantia de acesso equânime dos sujeitos aos cuidados que lhe são necessários. Trata-se não apenas de um projeto da Saúde Coletiva, da atenção psicossocial ou da Saúde Mental. É uma aposta civilizatória.

## REFERÊNCIAS

BASAGLIA, F. **Escritos Selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**; v. 10, n. 3, p. 561-71, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. **Saúde Mental em Dados** – 12, Ano 10, n. 12, out. 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. Brasília, DF: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº. 1996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Publicada no DOU de 31/12/2010, seção I, página 89. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: 2011.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Sociedade e Cultura**, Goiânia, v. 3, n. 1/2, p. 51-74, jan/dez. 2000.

\_\_\_\_\_. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

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

CAMPOS, R. O. O Encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 10, n. 3, p. 573-58, 2005.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CERQUEIRA, L. (coletânea). **Psiquiatria social: Problemas brasileiros de saúde mental**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1984.

CHIAVERINI, D. H. (Org.) et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para atuação das(os) psicólogas(os) no sistema prisional**. Brasília, 2012.

DIAS, M. K.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Leitos de Atenção Integral a Saúde Mental no HG: Configurações atuais e Novos desafios da Saúde Mental. In: Vasconcelos, E. M. (Org.). **Desafios Políticos da Reforma psiquiátrica**. São Paulo: Hucitec, 2010.

EMERICH, B. F.; ONOCKO CAMPOS, R. T.; PASSOS, E. Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 51, p. 685-96, 2014.

EMERICH, B. F.; YASUI, S. O hospital psiquiátrico em diálogos atemporais. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. v. 20, p. 207-216, 2015.

EMERICH, B. F. **Desinstitucionalização em saúde mental: processo de formação profissional e de produção de conhecimento a partir da experiência**. Tese (Doutorado em Faculdade de Ciências Médicas) – UNICAMP, Campinas, SP, 2017.

FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO CAMPOS, R. T. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009.

FURTADO, J. P. et al. A concepção de território na saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 9, 2016.

LIMA, E. M. F. D. A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde em Debate**, p. 593-606, 2014.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

MONKEN, M. et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, A.C.; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J.C.; MONKEN, M. (Orgs). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

NASIO, J. D. Que é um caso? In: **Os grandes casos de psicose**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório mundial de saúde 2008**: cuidados primários em saúde: agora mais do que nunca. Genebra, 2008.

ONOCKO CAMPOS, R.; GAMA, C. Saúde mental na atenção básica. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Orgs.). **Manual de práticas em atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008.

ONOCKO CAMPOS, R. et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 2011.

ONOCKO CAMPOS, R. T. et al. **Diário de Bordo para trabalhadores e gestores em processo de Desinstitucionalização**. Campinas, SP: Unicamp-BFCM, 2017.

OURY, J. Itinerários de formação. **Rev. Pratique**; v. 1, p. 42-50, 1991.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 71-79, abr. 2000.

ROTELLI, F. Desinstitucionalização, uma outra via. A Reforma Psiquiátrica Italiana no contexto da europa ocidental e dos “países avançados”. In: ROTELLI, F. et al. (Orgs.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

SILVA, M. C. A articulação do cuidado na perspectiva dos trabalhadores de CAPS e de enfermagem de saúde mental no hospital geral. Dissertação (Mestrado em Faculdade de Ciências Médicas) – UNICAMP. Campinas, 2016.

VENTURINI, E. **A linha curva**: o espaço e o tempo da desinstitucionalização. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

## CAPÍTULO 4

# ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: UNA MIRADA ANTROPOLÓGICA Y SOCIAL

Isabel Morales Moreno  
Paloma Echevarría Pérez

### CONTEXTUALIZACIÓN

Para llevar a cabo una reflexión sobre lo que ha supuesto la Atención Primaria de Salud en el mundo y poder señalar algunos aspectos fundamentales para valorar tanto su estado actual como las perspectivas de futuro al respecto, es necesario remontarse a sus orígenes y describir algunas coordenadas sociohistóricas de ese momento.

Históricamente, la preocupación por la salud y la lucha contra la enfermedad siempre han sido un fenómeno presente en todas las sociedades; una constante caracterizada principalmente por un enfoque eminentemente curativo y bajo una gran diversidad de sistemas de atención a la salud, que operan estructuralmente para producir ese bien, reproduciendo a su vez, todo un conjunto de saberes y prácticas de demostrada eficacia tanto a nivel simbólico como de mejora de la salud, y en última instancia, de supervivencia.

El devenir histórico de cada país ha modelado la constitución de sus propios mecanismos de control de la salud y de la enfermedad en cada lugar del mundo, con la influencia de variables muy distintas de corte social, cultural, histórico, político, biológico, etc., y bajo esta premisa, las distintas formas de relación de los grupos humanos con la salud ofrece una panorámica ecléctica, con proyecciones hacia dimensiones absolutamente diferentes, pero con algunos puntos en común marcados por los avances científicos y los logros sociales. Poco a poco, se fue dibujando así un mapa marcado por coordenadas de salud distintas, y ante las cuales, la mayor parte de los países del mundo deci-

dieron aplicar una estrategia común que cada sociedad debía adaptar a su propia realidad.

Es en la década de los años 70 donde debemos fijar el punto de inflexión que marcó un antes y un después en el desarrollo de lo que hoy entendemos como sistemas sanitarios.

El desarrollo tecnológico creciente, la subespecialización y el hospitalocentrismo son tres de los elementos fundamentales que definen la atención a la salud de la segunda mitad del siglo XX, la cual, ha estado centrada eminentemente en los mecanismos por los que se producen las enfermedades, su diagnóstico y su tratamiento, alcanzando elevados grados de sofisticación científico-técnica. La rapidez en la introducción de nuevos conocimientos y tecnologías y la imposibilidad de dominarlos todos justifican el origen de la subespecialización creciente de las profesiones sanitarias, y el hospital representa la institución donde se aglutinan, desarrollan y aplican la mayoría de los últimos avances tecnológicos en salud (MARTÍN, CANO & GENÉ, 2014).

Todos estos elementos confluían en el tiempo con la aparición de otros dos fenómenos muy importantes: por un lado, la aparición de las enfermedades crónicas como nuevo problema de salud, aumentando el número de casos en la población rápidamente, sin identificarse procesos de atención a la salud que permitieran una adecuada evolución del problema evitando las complicaciones; y por otro lado, se manifestó un importante problema con respecto al control del gasto sanitario; las nuevas tecnologías resultaban ser muy costosas, precisando profesionales muy cualificados para su aplicación y manejo.

El incremento de la complejidad y de los costes de los sistemas sanitarios alcanza un nivel en el que deja de establecerse una relación directamente proporcional, aspecto que se ha reflejado en la falta de mejora o incluso empeoramiento de la salud de la población atendida. Es evidente que aparecen nuevas necesidades de salud en la población, ante las cuales, los sistemas sanitarios sólo podían responder con un enfoque eminentemente curativo y medicalizado, cuyo núcleo central se basaba en los beneficios que reportaba el manejo de la tecnología hospitalaria en la lucha contra la enfermedad, y que resultó no sólo ser claramente inadecuado e insuficiente sino también, insostenible.

Se asume que los sistemas sanitarios centrados esencialmente en las aplicaciones tecnológicas no son eficientes en términos de salud poblacional (MARTÍN & CANO, 2003). A partir de este momento que estamos describiendo, finales de la década de los 70, comenzaron a darse las condiciones necesarias para iniciar una nueva forma de atender y entender la salud, que apostara por el equilibrio entre la curación y la prevención, la salud frente a la enfermedad, la educación para la salud frente a la curación. En este momento fue cuando se llevó a cabo la reforma de Atención Primaria de Salud.

## **Atención Primaria de Salud: orígenes y conceptualización.**

En 1978, la Organización Mundial de la Salud (OMS) junto con Unicef, celebraron en Alma Ata una conferencia mundial bajo el lema "Salud para todos en el año 2000", aglutinando a más de 134 países que acordaron unánimemente desarrollar la estrategia de Atención Primaria de Salud (MARTÍN & CANO, 2003). Se trató de una propuesta estructural común que debía adaptarse a las circunstancias que operaban en cada contexto, y que se desarrollaría en adelante de manera progresiva y paulatina según lo fuesen permitiendo tanto el alcance técnico como el desarrollo social, pero persiguiendo un fin último común, un bien superior que se manifestase con la mejora de la salud humana.

Para entender esta verdadera revolución, es necesario rescatar la definición y los elementos que conceptualizaban esta nueva forma de entender y actuar ante la salud. La Atención Primaria de Salud es la *"asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria es parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la*

*comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria". (OMS, 1978).*

Al leer el concepto de Atención Primaria de Salud, se entiende que esta nueva perspectiva de acercamiento y atención a la salud de las poblaciones se centraba en dar un papel especialmente importante al autocuidado de los individuos y familias, apostando por los enfoques preventivos como punto esencial y básico en el sistema sanitario de muchos países del mundo con muy diversas características y circunstancias, cuya adhesión a esta estrategia se inició desde aquel momento.

Los aspectos esenciales de la declaración de Alma Ata son los siguientes (PONTE, 2008):

- El derecho a la salud requiere la acción colectiva y su garantía es responsabilidad de los gobiernos.
- La importancia de la participación popular en salud como derecho y como responsabilidad.
- La trascendencia de la Atención Primaria en la prevención, promoción, curación y rehabilitación.
- Lograr salud requiere el esfuerzo coordinado de todos los sectores implicados.
- Rechazo de las desigualdades en salud, especialmente entre países ricos y pobres.
- Importancia de la paz y el desarme como fuente de salud y desarrollo.

La declaración de Alma Ata expresaba así la convicción de que las soluciones técnicas son insuficientes y que el desarrollo económico y social está íntimamente asociado a la salud, defendiendo la participación colectiva en salud en oposición al individualismo y el consumismo. La consigna de *Salud para todos en el año 2000* había que entenderla como una meta social y política, pero también como un grito de guerra para convocar a sanitarios y ciudadanos a la acción (TEJARA DE RIVERO, 2003).

## **Atención Primaria de Salud en el seno del Modelo Médico Hegemónico: nuevo elemento estructural de los sistemas sanitarios**

Para analizar las concordancias y discordancias entre el preexistente sistema Biomédico dominante y la APS como nueva estructura central de los sistemas sanitarios, es necesario recordar algunos planteamientos sobre los sistemas de atención a la salud desde el punto de vista de la Antropología Médica.

El proceso salud/enfermedad/atención (s/e/a) constituye un fenómeno universal que opera estructuralmente, en toda sociedad y en todos los conjuntos sociales que la integran. Debe resaltarse que la enfermedad, los padecimientos y los daños a la salud constituyen algunos de los hechos más frecuentes, recurrentes, continuos e inevitables que afectan a la vida cotidiana de los sujetos y a los grupos sociales. Desde el nacimiento hasta la muerte, el individuo se constituye, al menos en parte, a través del proceso salud/enfermedad/atención (MENÉNDEZ, E. 2002).

Por lo tanto, en toda sociedad, sobre todo aún más donde han disminuido las tasas de mortalidad y más se ha incrementado la esperanza de vida, el proceso salud/enfermedad/atención sigue dominando la vida cotidiana en términos de enfermedades crónico-degenerativas, de padecimientos mentales, de secuelas de accidentes o de "*dolores de la vida*", así como en términos de ideologías y de estrategias desarrolladas para potenciar la salud y demorar el envejecimiento (MENÉNDEZ, E. 2002).

Las categorías de la enfermedad fueron acuñadas por primera vez de la mano de Fabrega en 1972, llamadas "*Illness*" y "*Disease*". En todo este proceso de desarrollo de la Antropología de la Medicina, Kleinman llevó a cabo diversas aportaciones; asumiendo la dualidad "*illness/disease*" que había desarrollado Fabrega, planteaba una aproximación a la biomedicina como a cualquier sistema médico, basándose en el concepto de *sistema cultural* que desarrolló Geertz (KLEINMAN, 1980).

Precisamente el término salud es el que mayor grado de subjetividad admite en su empleo, de manera que mayoritariamente, la con-

cepción cultural de la persona determina el momento y la forma en que se inicia el proceso salud/enfermedad/atención y la búsqueda o no de "otras" experiencias de salud. El énfasis antropológico en lo local está vinculado a ensalzar la experiencia del actor, de manera que Turner y Geertz entre otros, proponen que la experiencia respecto de cualquier proceso (como el padecimiento) no es nunca universal sino local, expresando siempre códigos de culturas específicas. Fabrega analiza los factores y procedimientos que determinan la manera en que los individuos y grupos están afectados y responden a una concepción orgánico corporal (*disease*, según la biomedicina) o a una concepción social y psicológica, sosteniendo que la concepción del padecimiento (*illness*) es una construcción social biomédica que deriva de la propuesta cartesiana sobre la dualidad cuerpo/mente (FABREGA, 1990).

Para conocer las características dominantes del Modelo Médico Hegemónico se tomarán los postulados de Eduardo L. Menéndez, según los cuales, sus funciones básicas son de tipo curativo-preventivo, normatizador, de control y legitimación (MENÉNDEZ, 1986). Sus rasgos estructurales son: biologicismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación pasiva y subordinada del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica e identificación con la racionalidad científica (MENÉNDEZ, 1988).

El modelo biomédico dominante, denominado también Modelo Médico Hegemónico, siempre ha planteado una escisión entre cuerpo y mente; un modelo mecanicista que la Antropología de la Medicina tiende a unificar simbólicamente a través de la cultura, y dentro del cual, puede plantearse el proceso salud/enfermedad/atención y no sólo la enfermedad en un sentido estrictamente biológico. La segmentación del proceso de enfermedad es determinante para configurar los diferentes espacios de cuidados en el proceso salud/enfermedad/atención; a este respecto, tiempos y espacios diferentes van a determinar el tipo de cuidados que las personas y las familias necesitan, sobre todo aludiendo a la vida cotidiana y los entornos domésticos. Sin embargo, Kleinman considera que es optimista acordarse de las difícil-

tades planteadas sobre el cuidado médico moderno en occidente en relación a la categorización tradicional médica cognitiva en la que se separaban los procesos fisiológicos y mentales, una separación pocas veces encontrada en los sistemas tradicionales y clásicos no occidentales del pensamiento médico (KLEINMAN, 1975)

Desde que Talcott Parsons se unió al movimiento de desarrollo de la sociología médica, identificando lo que denominó "*rol de enfermo*", cuando una persona es identificada por la institución sanitaria como enfermo, dentro del proceso de búsqueda de salud y del proceso salud/enfermedad/atención, se le excusa de toda sanción social respecto a sus obligaciones, se es indulgente con él, pero se le aparta y aísla del camino de los demás, que son los que definen precisamente el rol de enfermo. Según este modelo, los sistemas sociales se relacionan con sistemas de personalidad y cultura como fundamento del orden social, incluyéndose el rol de enfermo en función del sistema social donde vive una persona. Según este concepto, el rol de enfermo no es una elección consciente y deliberada, asumiendo el papel de individuo desviado (Cockerham, 2002). El rol de enfermo empezaba a otorgarse también desde los nuevos Centros de Atención Primaria, que también tomaron las riendas de la función legitimadora y normatizadora.

Es evidente que entre el modelo teórico propuesto por Alma Ata para la estrategia de Atención Primaria de Salud y lo que realmente se está llevando a cabo, existe una gran diferencia, sobre todo al analizar que debía materializarse desde el seno de un modelo Biomédico como el Modelo Médico Hegemónico, basado en premisas que en su mayoría contradecían los postulados de Atención Primaria. Mientras que las representaciones y el ideario son prevencionistas, las prácticas siguen siendo más curativas que preventivas, centradas en la enfermedad más que en la salud, estableciendo a su vez, como afirma Uribe, mecanismos de control social (URIBE, 1992). Así, podemos identificar cierta falacia prevencionista en el discurso hegemónico que sostiene el mundo biomédico. Al analizar la introducción de cambios y permanencias del concepto de salud en la nueva sociedad, así como al abordar las situaciones en relación con la misma, es decir, en las accio-

nes en materia de salud dirigidas a la comunidad podemos establecer cierta crítica sobre el aspecto de la prevención desde el ámbito de la Atención Primaria, señalando por un lado la intención manifiesta que tiene a nivel de programación sanitaria, y por otro, los significados diversos de control social y de acción personal que entraña.

En esta misma línea de análisis de los principios fundamentales en los que se basaba la Atención Primaria, si nos fijamos en el diálogo que se establece entre las instituciones sanitarias y la sociedad, así como entre el discurso médico y profano, podemos entender la importancia de la voz del individuo y la sociedad en la construcción y significación de la salud y la enfermedad, la dependencia o la ancianidad. Según Devillard, podemos reconocer las dimensiones socioculturales en la construcción de dichas dimensiones, destacando el control de la biomedicina en la vida cotidiana y su capacidad de potenciar la situación de marginación a pesar de contar con el cuidado informal como base de la atención sociosanitaria (DEVILLARD,1991).

## **Análisis crítico de la estrategia de Atención Primaria de Salud desde el punto de vista sanitario, social y antropológico**

A continuación vamos a descomponer o disgregar la definición de Atención Primaria para extraer las ideas principales que la conforman y poder realizar así un análisis crítico de las mismas desde el prisma de la Sociología y la Antropología.

### Asistencia esencial a la salud

El valor de lo tecnológicamente sencillo caracteriza la Atención Primaria y a su vez, potencia el valor humano de la atención a la salud. Sin embargo, mantiene su carácter legitimador sobre el rol de enfermo, estigmatizador acerca de la enfermedad, subalternizando las formas de autoatención sin llegar a legitimarlas y permitiendo su articulación con una mirada desde lo formal hacia lo informal y lego.

Durante siglos, la salud fue entendida como ausencia de enfermedad, hasta que en 1948, la OMS modificó el concepto y pasó a definirla como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad (OMS, 1948). La incorporación del factor social como determinante de la salud, además de los factores físico y mental, supuso un cambio sustancial, ya que la salud dejó de depender exclusivamente del sistema sanitario para integrarse también en el mundo social.

Este concepto de salud de la OMS supuso un importante paso adelante, aunque solo parcial porque todavía conservaba indudables limitaciones. En la década de los 70, Terris, salubrista norteamericano, propuso una nueva definición, entendiendo la salud como un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de malestar o enfermedad. Terris introducía así un aspecto subjetivo de sentirse bien y un aspecto objetivo de capacidad funcional. Elimina la palabra “completo” aduciendo que la salud no es un absoluto, sino que existen distintos grados de salud, y separa el término enfermedad (*disease*) y el de malestar (*illness*), ya que es posible que coexista la enfermedad con sentirse relativamente bien.

Desde que se desechó la idea de la salud como ausencia de enfermedad y silencio de los órganos, la salud se entiende como un *continuum* entre el estado óptimo de la misma y el extremo contrario, que lo identificamos en la muerte. El individuo mantiene un estado de mayor o menor equilibrio entre ambos extremos. Tomando como base esta idea del continuum, donde realmente nunca podemos identificar el punto en que comenzamos a estar enfermos y dejamos de estar sanos, se empezó a desarrollar el ideario de la Atención Primaria frente a la Atención Especializada. La atención a la salud desde la perspectiva prevencionista, promotora de conductas y estilos de vida saludables, atendiendo de forma longitudinal en el tiempo a la persona a través de todas las etapas de su ciclo vital en todas sus dimensiones (biológica, psicológica, social y espiritual) e incorporando la perspectiva paliativa, la asumió la Atención Primaria, centrándose en menor medida en los aspectos curativos, pues, los procesos atendidos bajo este

parámetro son aquellos que revisten menor gravedad. De la misma manera, la Atención Especializada quedó circunscrita a una atención puntual, de carácter eminentemente curativo ante procesos de gravedad y empeoramiento del estado de la salud de la población, amparada por la idea de un seguimiento posterior desde el ámbito de la Atención Primaria. En dicho continuum, Atención Primaria queda asociada al extremo de la salud, y Atención Especializada al extremo contrario. Así, se estableció un dualismo evidente en las prácticas sanitarias entre Atención Primaria y Atención Especializada o prevención/curación; sin embargo, ambos discursos quedan circunscritos bajo los parámetros marcados por el biologicismo y el Modelo Médico Hegemónico, llevando a cabo prácticas que implican cierta contradicción con el ideario y estructuración que se llevó a cabo en los sistemas sanitarios a raíz de la reforma de la Atención Primaria de Salud.

El avance conceptual que supone la propuesta de Terris, requiere la exclusión de la idea de "estado", puesto que se opone a la visión dinámica y cambiante que tiene el flujo de la vida, mientras que, por el contrario, es coincidente con la visión mecanicista y reduccionista tan característica con la concepción hegemónica de la atención a la salud (PONTE, 2008).

### Científicamente fundada

El peso de la ciencia y la medicalización cabe señalarse como uno de los causantes de que los pactos propuestos por Alma Ata no se materializaran.

El modelo biomédico confunde la objetividad científica con la neutralidad social; continúa entendiendo que la salud y la enfermedad son problemas más individuales que colectivos, con un enfoque bastante mecanicista que suele reparar (curación) de manera fragmentada (reduccionista frente a integral); sitúa en la subalternidad a la prevención, promoción y a la salud pública frente a la curación, pensando antes en la enfermedad que en el paciente, en los síntomas antes que en las causas, en las razones individuales antes que en las sociales y

en las enfermedades orgánicas antes que en las funcionales. Por otro lado, las propias políticas de promoción de la salud se dirigen hacia la transformación de las estructuras sociales, aspecto que no ha sido bien aceptado por algunos gobiernos por su contenido de renovación social (PONTE, 2008).

Tras una etapa de medicalización progresiva, en los países con mayor nivel de desarrollo, se está produciendo una *"inversión del flujo"* de la atención a la salud desde los servicios sanitarios hacia los propios individuos y sus familias (JONES, 1984 en García Calvente, 1999).

Este cambio puede deberse tanto a la mayor necesidad percibida por la población de participación en el cuidado de su propia salud, como a la necesidad de establecer los límites a las prestaciones sanitarias; parece ser que éste último es un factor que ejerce una gran influencia, que irá aumentando en un entorno marcado por la crisis económica como el que tenemos en la actualidad.

El énfasis en la Atención Primaria exclusivamente curativa, tiende más a la legitimación que la acción modificadora de las condiciones salud/enfermedad y halla en consecuencia un límite a sus acciones no sólo en dichas condiciones, sino en las propias posibilidades dada la reducción potencial de las inversiones en salud.

La metáfora de la *"bala mágica"* (referida a los medicamentos), la cual resulta ser tan exitosa en el manejo y tratamiento de las enfermedades microbianas, es claramente inapropiada para tratar las enfermedades crónicas degenerativas, las enfermedades psicosomáticas y las enfermedades mentales (KLEINMAN, 1975). Con ello se cuestiona el enfoque curativo al uso y se plantea la necesidad de desarrollar formas de atención a la salud centradas no sólo en el paradigma preventivo biomédico, sino también en otras formas de atender y entender la salud que no son desarrolladas bajo el Modelo Médico Hegemónico. Cuando las expectativas frente a la salud no se centran en la curación de una enfermedad, identificamos los límites del enfoque curativo y de la medicalización, siendo necesario encontrar, reconocer y aplicar otros procedimientos para alcanzar el mayor bienestar posible.

## Socialmente aceptable

Las propias sociedades siguen teniendo interiorizada la medicalización, y por ello demandan actividades de carácter marcadamente curativo, para incidir sobre las enfermedades y los padecimientos, y en menor medida, sobre la promoción de la salud. Según Menéndez, el discurso curativo ha tenido mucho más calado social que el preventivo, resultando difícil que la población demande salud (Menéndez, 2003). Los propios grupos sociales reproducen el esquema de pensamiento curativo dentro de un sistema que defiende y se basa teóricamente en la prevención, resultando en muchas ocasiones inconexo. La población continúa demandando más atención a la enfermedad que a la salud respondiendo a una cosmovisión que continúa estando muy medicalizada.

## Accesibilidad. Acercamientos, encuentros y desencuentros en Atención Primaria

Se ofrece una apertura de los servicios de salud que carece de barreras que dificulten la utilización de los recursos por los usuarios que lo necesiten o que los discriminen en función de su situación económica, creencias o grupo étnico (MARTÍN & CANO, 2003). Así se define teóricamente el elemento conceptual de la accesibilidad en Atención Primaria; sin embargo, la realidad de los centros de salud muestra la existencia de barreras reales marcadas precisamente por cuestiones económicas, culturales y sociales. Ya no se ofrece una Atención Primaria que llegue a todas las personas, como estrategia política de bienestar social, sino que se ofrece una atención sanitaria a aquellos que tienen la condición de usuarios, ligada también a aspectos como la ciudadanía o la situación laboral. Existen claras limitaciones en el acceso a la salud en un primer nivel, ya que actualmente no se puede ofrecer una asistencia universal; además, existen barreras de segundo nivel, que se delimitan ante los que cumplen la condición de usuarios, aludiendo a cuestiones sociales y culturales.

Los movimientos migratorios han supuesto una expansión de otros sistemas alternativos de atención a la salud, estableciendo un contrapunto al modelo biomédico y generando situaciones que a ve-

ces afectan a la atención de salud por falta de entendimiento o decodificación cultural del discurso del paciente.

La cultura está en todas partes; la tienen los inmigrantes, las empresas, los jóvenes, las mujeres, los hombres...con versiones personalizadas. Cuando esas versiones se encuentran, Hannerz habla de "*colisión cultural*" o "*choque cultural*" (HANNERZ, 1996).

Según este postulado, surge así la oportunidad de establecer un diálogo cultural donde se plantee una dialéctica que estreche los lazos entre diferentes sistemas médicos utilizando como base los sistemas cognitivos que ya había en un entorno sociocultural determinado, siendo una opción que puede suponer muchos beneficios para las personas objeto de cuidados y una inigualable oportunidad tanto de enriquecimiento cultural como de crecimiento personal. El diálogo cultural no sólo se establece entre diversos sistemas médicos, sino también entre diferentes concepciones culturales, distintos valores y creencias, es decir, entre distintos sistemas cognitivos. Pero a la vez que surge el diálogo cultural, también aparece la posibilidad de darse cierto nivel de conflicto cultural.

Hunter describe el conflicto cultural como el acontecimiento que ocurre cuando se da una polarización entre dos grupos y las diferencias se intensifican por la manera en que son percibidas. Las dificultades se basan en el control de los símbolos culturales (HUNTER, 1994).

En el área de los cuidados de salud, el conflicto se daría entre aquellos que participan activamente en prácticas de su herencia etnocultural, y aquellos que evolucionan y dan respuesta a los problemas de salud por medio de la ciencia y la tecnología actuales (SPECTOR, 2002).

El conflicto cultural forma parte de la explicación de la preferencia de un individuo por la medicina tradicional o la biomedicina. Cabe esperar que la gente que expresa una profunda preferencia por la medicina holística tenga una actitud negativa respecto de la cultura a la que corresponde el otro tipo de medicina. Si esas personas eligen una medicina más moderada y más espiritual, seguramente harán el mismo tipo de elecciones en otros contextos diferentes de la medicina, como el régimen alimenticio o la ecología.

No obstante, tras la justificación del diálogo/conflicto cultural subyace la evidencia de que determinados valores y prácticas son fácilmente transferidos de una cultura a otra, siendo los que tienen mayor consonancia con la ideología y los comportamientos estándar de la cultura de acogida (LANDY, 1977).

Los planteamientos de Menéndez no son optimistas frente a la interculturalidad, ya que parten de la base de que los sujetos pertenecientes a culturas diferentes desarrollan representaciones y prácticas distintas que reducen la posibilidad de una relación complementaria. Menéndez entiende así las relaciones interculturales, en términos de "*malas condiciones*" de comunicación cultural, las cuales hay que modificar para posibilitar una mejor interrelación (MENÉNDEZ, 2006).

Se asume que hay representaciones y prácticas diferentes, especialmente entre grupos étnicos distintos respecto a toda una variedad de procesos, y tales diferencias promueven la necesidad de cierta convergencia entre las representaciones y prácticas que utilizan, siendo origen tanto de diálogo como de conflicto cultural (el racismo sigue constituyendo un fuerte componente en las relaciones de hegemonía/subalternidad que operan a nivel de dimensiones tanto sociales como culturales).

A este respecto, Landy, aunque defendía la complementariedad, hablaba de coexistencia marginal de roles en la atención a la salud (LANDY, 1977) Si bien la cultura puede servir para modificar la estructura, también es cierto que la cultura puede ser un elemento que actúe para reproducir socialmente la subalternidad.

Sin embargo, Uribe considera que en realidad no se dan tantos choques porque no hay realmente tantas personas de otras culturas entre nosotros, ni su incorporación ha sido tan brusca y repentina como se hace ver (URIBE, 2006). En este sentido, se señala la falta de habilidad por parte de la sociedad receptora a la hora de articular o entender las relaciones entre diferentes modelos culturales, o entre diferentes formas de pensar o hacer las cosas como elemento generador de ciertos choques y desencuentros pero que realmente quizá no sean tales. Ante estos planteamientos, Uribe resalta el peligro de caer en el

extremo contrario, es decir, el culturalismo, sobredimensionando la cultura, hecho que no estaría exento de efectos perversos en la sociedad.

El diálogo intercultural es uno de los mayores retos del mundo contemporáneo: ya no se puede vivir en el aislamiento ni geográfico ni cultural, ni tampoco, por otro lado, se dispone todavía de suficiente práctica en el ejercicio del diálogo. Así, en un entorno caracterizado por las tendencias globalizadoras, la interculturalidad se vive a mitad de camino entre la oportunidad de cambio y el mantenimiento de formas culturales, oscilando entre estos dos extremos en mayor o menor medida.

Atención de salud individual, familiar y grupal. El enfoque familista de la atención a la salud.

Para Menéndez, la familia y el grupo doméstico son también considerados como un recurso frente al proceso salud/enfermedad/atención en tanto que constituyen el lugar preferente donde acontecen la mayor parte de los padecimientos y enfermedades, donde se inicia la carrera del enfermo y se provee la mayor parte de la atención y cuidado. Así, la familia es entendida como una unidad tanto descriptiva como de explicación y acción en relación al proceso salud/enfermedad/atención (Menéndez, 1992).

En este sentido, la familia constituye una microestructura de gran importancia en la configuración de representaciones y prácticas de los individuos respecto al citado proceso; su relación con la macroestructura social irá generando cambios a todos los niveles y permitiendo la adaptación a las nuevas situaciones.

Aunque no es del todo acertado hablar de sistema informal de cuidados por no ser una red bien diferenciada y estructurada que responda a una organización como sistema, sí que se pueden incluir en este constructo las actividades de cuidados que se llevan a cabo fuera del sistema formal y generalmente en el ámbito familiar, bien sea de manera directa o por terceras personas. La realidad es que cada vez se da más importancia a "*cuidar de la familia*" y se trata de destacar lo que de positivo tiene para las personas implicadas. También existe cierta hipocresía por parte del sistema sanitario y de servicios sociales a la

hora de valorar el sistema informal ya que, por un lado, parece ignorar su existencia, mientras que, por otro, se estructura cada vez más en función de éste (DEL REY, 2006).

En Europa, más de dos tercios del cuidado recae en la familia; en Estados Unidos las bases de datos proporcionan evidencia inequívoca de que la familia y los amigos son las únicas personas que proporcionan cuidados en aproximadamente en las tres cuartas partes de los hogares. La poca cobertura de los sistemas sanitarios y sociales en los países en vías de desarrollo como Colombia, hace pensar que en estos países la proporción puede ser mayor. A esto se debe sumar la cuestión cultural, por la que las personas entienden que cuidar a un familiar en la casa es algo que debe hacer la familia y no el Estado. Por otro lado, se ha señalado que para la gran mayoría de las familias europeas el cuidado residencial no es una opción, y que una cantidad cada vez mayor de ellas dependerán de sus propios mecanismos de apoyo, dándose la misma situación en América Latina (DE LA CUESTA, 2004).

La capacitación de los ciudadanos para controlar su propia salud, participando en la toma de decisiones es otro punto en que debían haberse reorientado los servicios de salud hacia la comunidad. Sin embargo, esto no ha sido tarea fácil, ya que a los profesionales sanitarios les sigue costando asumir estos cambios y mantienen su adhesión a lo curativo, vertical e individual, es decir, ideas contrarias a la promoción de la salud. Las prácticas deben orientarse hacia la mediación en salud de las actividades de individuos, familias y comunidades.

### Participación (participación social)

Una de las definiciones más conocidas en el mundo latinoamericano sobre la participación social es la de Muller en 1979, coetánea a Alma Ata. Consideró que se trata de un proceso que permite el desarrollo de la población incorporando su capacidad creadora, expresando sus necesidades y demandas, defendiendo sus intereses, luchando por objetivos definidos, involucrando a la comunidad en su propio desarrollo y participando en el control compartido de las decisiones (MULLER, 1979).

Puede entenderse como un mecanismo para el desarrollo y la supervivencia en sociedades con altos niveles de pobreza, o bien como un medio idóneo para orientar la transformación social a partir de la realidad local, con un alcance que, teóricamente va mucho más allá de las implicaciones en salud.

Estructuralmente la participación social respecto del proceso salud/enfermedad/atención se realiza a través de microgrupos para los cuales estas actividades son parte del conjunto de prácticas y representaciones basadas en la reciprocidad. Son parte estructural de su desempeño como grupos. Aquellos que tienen mayor eficacia y continuidad en el tiempo, que requieren menor organización y recursos son aquellos conformados en torno a padecimientos específicos por los propios enfermos o afectados y sus familiares, como por ejemplo el modelo de Alcohólicos anónimos (MENÉNDEZ, 1998). Dichos grupos se manifiestan en la realidad como parte de la autoatención, los grupos de autoayuda, pero no han eclosionado con la suficiente intensidad como para responder a las necesidades reales, reproduciendo la subalternidad de los grupos sociales donde se encuentran.

A partir de la década de los 70 y en especial desde la Conferencia de Alma Ata, la participación social referida al proceso salud/enfermedad/atención ha sido reconocida como una de las actividades básicas de las políticas de Atención Primaria de Salud (MENÉNDEZ, E. 1998). Sin embargo, nada más terminar la conferencia de Alma Ata, ya se empezaron a elaborar propuestas de signo contrario. La más importantes, en cierto modo negaba la visión integral de la Atención Primaria, proponiendo una alternativa selectiva que intentaba contrarrestar o casi anular el compromiso comunitario (empoderamiento) y social, para volver al marco biomédico (control profesional) y a las soluciones de carácter ciertamente tecnificado.

La participación social junto a la autoatención, el papel de la mujer, la medicina tradicional y el saber popular son reconocidas como parte sustantiva de las acciones que pueden mejorar los principales problemas de la salud colectiva, y en particular, de los grupos subalternos (COREIL & MULL, 1990; MENÉNDEZ, 1998).

Según Foucault, la participación social ayuda a reproducir el sistema dominante en su articulación con el proceso salud/enfermedad/atención estableciéndose una paradoja con respecto al objetivo inicial que persigue el fomento de la participación social. En última instancia, participa de un proceso donde el fin se desvirtúa y perpetúa justo aquellas circunstancias y dinámicas que actúan subalternizando y aislando más al individuo (FOUCAULT, 1977). Esta visión se explica desde la asociación de la participación social a corrientes políticas y sociales contrarias al capitalismo; si bien el desarrollo capitalista se ha visto vinculado al desarrollo de sociedades individualistas, competitivas, consumistas, pasivo/receptivas y apáticas, donde lo privado se opone a lo público y se desarrolla cierto escepticismo hacia las acciones colectivas. Lo que se cuestiona es el alcance real del fomento de la participación social desde un ideario que defiende lo contrario, por ello aduce que encierra un esquema que se reproduce y consigue lo contrario que perseguía en origen realmente.

**Autorresponsabilidad y autodeterminación: hacia la autogestión en salud.**

Las prácticas de autoatención y autocuidado representan una alternativa a la medicalización y abren otros caminos hacia un fenómeno de mayor autogestión de salud, caracterizada por cierta capacidad de decisión autónoma por parte de las unidades domésticas de cuidado y una relación más lejana a la dependencia respecto a la cobertura sociosanitaria que provee el Estado. Por ello, la potenciación de los procesos de autoatención y autocuidado, no sólo contribuyen a fomentar el control del individuo sobre su propia salud y la de su grupo doméstico, sino que, también participa de un proceso de desmedicalización de muchos procesos naturales, como por ejemplo, morir, que en las últimas décadas se medicalizó hasta un grado quizá extremo. Ahora intentamos desmedicalizar aquello que en sí mismo es un proceso natural, como nacer o morir, no implicando siempre un estatus de enfermedad, ni sentida ni reconocida.

Cuando se conceptualizó APS, existió una intención manifiesta de proyectar sobre las poblaciones una serie de prácticas, que fuese posi-

ble autorrealizarlas, pero procedentes de una institución, de un modelo biomédico que intentaba rescatar una corriente prevencionista, pero que puede contraponerse o no ser entendido por las prácticas que las personas han aprendido y reproducido en su entorno sociocultural.

Núcleo principal y función central del sistema nacional de salud.

Aunque la Atención Primaria de salud se definió como el núcleo principal y central de los sistemas sanitarios, sigue existiendo cierta estigmatización interna de los propios servicios sanitarios frente a la atención especializada, identificándose una producción social de la diferencia entre ambos escalones asistenciales.

Reflejo del desarrollo económico y social.

El capitalismo y su filosofía fomentan el individualismo, la pérdida de valores y se aleja de la importancia de las teorías del bienestar y la protección social, incluida la atención a la salud como estrategia de política social. Si bien el desarrollo de la Atención Primaria de Salud se caracterizó en un principio por ser el reflejo del nivel de desarrollo económico y social de cada país, encontramos muchos ejemplos de países altamente industrializados bajo las directrices capitalistas, donde se observa una clara escisión entre los grupos favorecidos y desfavorecidos, pero con una visión global de avance a nivel social, y sin embargo, la Atención Primaria de Salud apenas está desarrollada en estos contextos, reflejando evidentes incongruencias entre la realidad y los planteamientos teóricos, como es el caso de primeras potencias mundiales como Estados Unidos.

La consolidación de la perspectiva neoliberal de la globalización de la Salud ha sido negativa a efectos de las enfermedades que afectan a los grupos desfavorecidos. La mercantilización de la salud y de la enfermedad, con costes sanitarios cada día mayores por la expansión del mercado y las tecnologías, se ha traducido en cierto empeoramiento de la salud en el mundo pobre y en consumismo tecnológico y sanitario en el mundo rico (PONTE, 2008).

Primer nivel de contacto de la población con los servicios de salud formales.

La Atención Primaria de Salud es la puerta de entrada al sistema de salud de un país, pero no es el primer dispositivo que se activa ante una necesidad de salud. Es necesario abordar los fenómenos de autoatención, autocuidado y cuidado informal a este respecto puesto que se trata de dispositivos que existen y precisan ser reconocidos, sino que ejercen una clara función y además, son imprescindibles con una adecuada articulación para que se pueda llevar a cabo el ideario de Atención Primaria.

La dimensión no profesionalizada de los cuidados en salud ha sido un elemento estructural en toda sociedad. Toda iniciativa o práctica de atención de la salud fuera del ámbito de la institución biomédica en las sociedades con sistemas sanitarios convencionales, se ha caracterizado tanto por la exclusión como por la subestimación. Con estas prácticas relativas a la salud nos referimos al cuidado de nosotros mismos, hábitos cotidianos, ritmos de trabajo, descanso y sueño, relaciones sociales y conductas protectoras de salud, prevención de afecciones y autoatención.

La descripción minuciosa de diferentes procesos cotidianos refuerza la importancia dada a lo local, al poner en evidencia que la mayoría de los padecimientos y de las "*violencias*" se generan, transmiten y ejercen no sólo dentro de los ámbitos locales, sino a partir de las relaciones sociales establecidas con otros sujetos a nivel cotidiano, doméstico y microgrupal (MENÉNDEZ Y DI PARDO, 1998 en MENÉNDEZ, 2002).

Además, la puesta en marcha de dichas prácticas implica la activación de redes familiares, sociales y grupos de autoayuda que pueden desarrollar mecanismos de atención sanitaria y protección social al margen de los servicios sanitarios institucionalizados. Cabe señalar que actualmente no se consideran modelos autoexcluyentes debido a la complejidad que implica la salud en las sociedades contemporáneas, de forma que se admiten sistemas de atención en que confluyen varias opciones (atención alternativa, autocuidado-autoatención, atención sanitaria profesional y autoayuda).

Uno de los aspectos más importantes que vamos a analizar en relación a las prácticas de salud dentro del entorno doméstico es el proceso de autoatención, el cual es entendido también por Menéndez como *“un conjunto de actividades llevadas a cabo por los miembros de un microgrupo en particular de tipo doméstico y se desarrollan dentro de su red social para asegurar la reproducción biosocial del microgrupo [...] Cabe destacar la visión que socialmente tiene la autoatención: se encuentra totalmente estigmatizada debido a rasgos desacreditadores por parte del modelo biomédico”* (MENÉNDEZ, 1986).

Para Menéndez, la autoatención está constituida por *“todas las actividades llevadas a cabo por los miembros de un microgrupo, en particular del grupo doméstico, y desarrolladas y utilizadas al interior del mismo o dentro de su red social de referencia cotidiana para poder asegurar la producción y reproducción biosocial de dicho microgrupo. La autoatención implica un amplio espectro de actividades cuya unidad de acción no es el individuo sino el microgrupo dentro del cual se llevan a cabo la mayoría de dichas actividades. Las actividades de autoatención referidas al proceso salud/enfermedad/atención refieren a todos los pasos dados para hallar solución provisoria o definitiva a los padecimientos y problemas que afectan al estado de salud de los componentes del microgrupo y que son ejercidas sin la inclusión de un curador profesional externo al grupo”* (MENÉNDEZ, 1992).

La mujer constituye estructuralmente el principal recurso para la salud generado a nivel del grupo doméstico, y dicho recurso utiliza como principal estrategia de acción contra la enfermedad la denominada autoatención, la cual constituye a su vez un proceso estructural y conforma el real primer nivel de atención. Los servicios sanitarios y sociosanitarios proporcionan una continuidad de las estrategias de autoatención, dado que la mayoría de los episodios de enfermedad y padecimiento son atendidos por el propio grupo doméstico y su red de relaciones (MENÉNDEZ, 1992).

En muchas ocasiones, los términos *“autoatención”* y *“autocuidado”* tienden a confundirse por el hecho de estar íntimamente relacionados, pero no son sinónimos entre sí, en tanto que presentan algu-

nos rasgos diferenciadores que aluden específicamente a las prácticas en el proceso de búsqueda de salud. Definimos a continuación el autocuidado para poder relacionar ambos conceptos.

Para Dorotea Orem, impulsora de la Teoría del Déficit de Autocuidado, el autocuidado es una acción adquirida, es decir, aprendida por una persona en un contexto sociocultural. La persona inicia una acción de manera voluntaria, deliberadamente, con el objetivo de mantener su vida, su salud y su bienestar o el de las personas bajo su responsabilidad. Esta acción emana de una exigencia, ya sea sentida por la persona u observada por otra, siendo necesario su compromiso. La aptitud de la persona para comprometerse en el autocuidado depende de sus capacidades activas, su edad, su etapa de desarrollo, su estado de salud, su experiencia, sus recursos intelectuales, sus intereses y sus motivaciones. La imposibilidad de ejercer el autocuidado está unida a la incapacidad de decidir, emprender o efectuar una acción personal. En consecuencia, la incapacidad de la persona para satisfacer su necesidad de autocuidado puede engendrar un estado de dependencia social (OREM, 1991)

Según Fajardo y Germán, *“los cuidados son actividades que se llevan a cabo para cubrir las necesidades de la vida cotidiana de las personas, y cuando éstas las realiza la propia persona, se denominan autocuidados”* (FAJARDO TRASOBARES, 2004).

Esta visión sobre el autocuidado, aunque alude al cuidado no profesional, se circunscribe al ámbito de la atención profesional de la salud, donde no se aprecia el matiz que distingue Haro a continuación, haciendo únicamente referencia a la naturaleza de proyección propia de las prácticas de salud.

Para Haro Encinas, *“el concepto de autocuidado, bien pudiera considerarse casi un sinónimo del término de autoatención, ya que ambos expresan prácticas endógenas de salud que son ejercidas de manera informal generalmente en el mismo domicilio; sin embargo, la existencia de estos dos términos bien puede servirnos para diferenciar el ámbito difuso en que se concretan estas prácticas, que incluyen acciones centradas tanto en el individuo como en el grupo doméstico, pero que no son*

*aisladas ni autónomas puesto que están inscritas en un marco sociocultural. [...] Autocuidado denota las prácticas centradas en aspectos preventivos o de promoción de la salud, que son generalmente cotidianos, y que suelen estar centradas en los individuos o el grupo doméstico; mientras que lo que consideramos casi su sinónimo, la autoatención de salud, parece ser un término más propio para referirse a las prácticas relativas a los episodios de enfermedad o cualquier tipo de sufrimiento, que tienden a activar respuestas colectivas y servirá para ubicar las relaciones en que se inscriban estas prácticas, que abarcan tanto el grupo doméstico como las redes sociales". Este autor también alude al término "cuidado lego" como aquel que incluye todas las actividades relacionadas con la salud y su asistencia que no son efectuadas por profesionales y que por tanto, difieren tanto de la atención médica como de las formas alternativas. El "cuidado lego" comprende por tanto un nivel de autocuidado, es mediado por factores socioculturales, ocurre a nivel doméstico y activa las redes sociales informales como recurso (HARO ENCINAS, 2000).*

El autocuidado no sólo abarca las dimensiones de la propia autoatención sino que a su vez también comprende la denominada *"agencia de asistencia a dependientes"*, según la cual, el agente de autocuidado se ocupa de la asistencia a niños os adultos dependientes (MARRINERTOMEY, 1994).

Las categorías de la dependencia ya fueron tenidas en cuenta por Orem a la hora de establecer los principales conceptos de su teoría aludiendo al origen de la actividad de cuidar, enfocada en su origen hacia el *"otro"*, y añadiendo también la orientación al *"sí mismo"*, sustentando a su vez dicha teoría con planteamientos basados principalmente en un sistema de apoyo educativo y, secundariamente, en los aspectos curativos. Por este motivo, es el modelo conceptual idóneo para el entorno de las personas que viven en la comunidad, fuera de la institución sanitaria.

Los cuidados son acciones que cada persona, llegado el momento de su desarrollo, se proporciona a sí misma en forma de autocuidados o que ofrece a sus allegados en forma de cuidado dependiente, entendiendo como tal *"la práctica de actividades que personas*

*responsables maduras y en proceso de maduración inician y ejecutan en beneficio de personas socialmente dependientes durante cierto tiempo o, de manera continuada, para mantener su vida y contribuir a su salud y bienestar” (MARRINERTOMEY, 1994).*

En este sentido, podríamos entender la autoatención como un primer nivel de asistencia a los problemas y padecimientos de salud que abarca, desde su ámbito preventivo, al autocuidado, y desde un ámbito más terapéutico cuando se rompe el bienestar de la persona y del grupo, la autoatención en sí.

La autoatención entendida así, supone un proceso de síntesis continuo que opera en el interior del microgrupo, donde se potencia la inclusión de nuevas técnicas, productos y creencias que se integran al saber existente, y que componen un proceso en transformación constante, ya que el saber de los conjuntos sociales no es algo prefijado culturalmente.

Para Menéndez, la autoatención abarca al autocuidado y los grupos de autoayuda, conformándose como una especie de instrumento que opera dentro de las relaciones de hegemonía (Modelo Médico Hegemónico) / subalternidad (autoatención), aún existiendo eficacia demostrada sobre la capacidad que el proceso de autoatención tiene para intervenir respecto de los padecimientos dominantes y también sobre la prevención y control de las enfermedades crónicas.

Dentro de la vida cotidiana y diaria, cobran una importancia fundamental los autocuidados que llevan a cabo las personas a partir de que alcanzan un determinado nivel de desarrollo y que, sin embargo, durante los primeros años de vida, en la vejez y cuando se padece alguna discapacidad o enfermedad, especialmente si ésta es crónica, se necesita ayuda para la realización de los propios cuidados.

Parece bastante contradictorio el hecho de que la familia y, especialmente la mujer, por un lado sean considerados como un recurso en la atención a la salud, y que por otro se mantenga una continua crítica hacia el autocuidado, suscitada por la eterna confrontación hegemonía/subalternidad.

Menéndez considera que *“la actividad clínica del Modelo Médico Hegemónico se caracteriza por una continua crítica al autocuidado, por*

*una suerte de tensión entre la presencia inevitable de prácticas de autoatención y la necesidad de medicalizar el proceso salud/enfermedad/atención, lo cual en los hechos supone un rechazo o por lo menos estigmatización” (MENÉNDEZ, 1992).*

No obstante, Menéndez va más allá del planteamiento del fenómeno de la autoatención, llegando a presentarlo como un sistema autónomo, que se extralimita al microgrupo y que constituye una alternativa en la atención a la salud, existiendo implicaciones de orden sanitario, político, social, cultural, económico, etc. Dichos matices de la autoatención son realmente significativos si contextualizamos este discurso en América Latina, haciendo especial hincapié en los grupos de ayuda mutua y en la participación social en salud.

Para analizar la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia, definiremos también el cuidado informal, que responde a la *“prestación de cuidados a personas dependientes por parte de familiares, amigos y otras personas que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen [...] El cuidado informal se caracteriza porque generalmente es gratuito, se realiza en el ámbito privado y nuestra sociedad lo asume como una extensión de las tareas domésticas”* (GARCÍA CALVENTE, 2004). Son los miembros de la familia los que con mayor frecuencia prestan este tipo de cuidado.

El cuidado informal se esconde en el mundo de lo doméstico, lo que le hace compartir algunos rasgos importantes como parte del trabajo del hogar, resaltando casi siempre la característica de la ausencia de remuneración. Hasta ahora, las tareas de cuidado realizadas en el ámbito doméstico no eran intercambiables en el mercado por bienes y servicios, tal y como afirmaba Durán, de manera que siempre han constituido un trabajo no monetarizado (Durán,1993). El cuidado que proporciona la mujer ha sido definido como informal; éste ocurre en el entorno doméstico, privado de cualquier marco jurídico ni político, que promueve modelos de realidad que no se abandonan, tampoco son secretos ni opuestos a los modelos culturales dominantes articulados normalmente por el hombre en la escena pública (Shepherd McClain,1989)

No obstante, con la incorporación de la mujer al mercado laboral, se está empezando a monetizar dicha actividad, y a estimar costes y beneficios asociados al cuidado informal, de manera que se acaba incurriendo inconscientemente en acentuar desigualdades en los cuidados de salud.

Esta situación empieza a transformarse en la actualidad, dejando de suponer un obstáculo en relación a la valoración del sistema informal, e incluso, para su propia visualización como sistema de atención a la salud. A su vez, las circunstancias actuales del cuidado en los entornos domésticos genera cierta problemática a la hora de establecer las categorías “formal” e “informal”. El cuidado informal se corresponde normalmente con cuidado familiar, no familiar y no retribuido. El cuidado formal es el profesionalizado y dispensado institucionalmente. Así, con tal delimitación conceptual, resulta difícil etiquetar el cuidado que se provee en el hogar por parte de un cuidador no familiar, retribuido, pero no regulado institucionalmente. Este aspecto acentúa aún más la situación de liminaridad en que se encuentran.

Existen desigualdades en los cuidados de salud en tanto que existen costes y beneficios asociados; dependiendo de las circunstancias de quienes proveen y quienes son los receptores de cuidados, también determina quién queda sin asistencia (LA PARRA, 2002). De alguna manera, podemos decir que existen variables injustas que inciden en la provisión y en la recepción de cuidados de salud.

El carácter de cotidianeidad que rodea a lo informal y doméstico, convierten a los cuidados informales en algo relativamente normal en tanto que las actividades forman parte de la dinámica diaria familiar.

*“El espacio doméstico confiere otra importante característica a la prestación de atención informal: es el ámbito de lo privado, construido sobre la base de las relaciones afectivas y de parentesco entre los miembros de una red social primaria [...] El cuidado informal a la salud se desarrolla “de puertas adentro”, y este hecho lo torna más invisible aún a los ojos del cuerpo social y, en especial, para los profesionales de los servicios sociales que ejercen sus funciones en el espacio de lo público” (DURÁN, 1988).*

Durán incluye todas las acciones de cuidados que se llevan a cabo en el hogar por familiares y no familiares, ya sean retribuidos o no, en lo que denomina como sistema doméstico (DURÁN,1999).

La investigación en ciencias sociales suele olvidar las tareas domésticas y los cuidados informales, marcando aún más su carácter de invisibilidad y su ausencia en los modelos explicativos de la realidad (La Parra, 2002). Pertenecen a ese grupo de actos sociales que, por ser tan cotidianos, corrientes y asumidos, no suelen despertar gran interés en la comunidad científica ni tienen gran impacto en los medios de comunicación.

Esa invisibilidad del entorno doméstico ha hecho que todo el apoyo informal de cuidados se diluya bajo la rúbrica del "*cuidado comunitario*", aspecto que según Shiller, responde a un largo proceso de hegemonía-subalternidad donde sigue sin reconocerse el soporte del cuidado informal, manteniéndose, así, las estructuras dominantes (SCHILLER, 1993).

Las corrientes de estudio sobre los cuidados informales han estado influenciadas por ciertas características ideológicas de corte feminista, de forma que, según Williams y Camps, en los años 70 se comenzó a reivindicar el cuidado como trabajo oprimido, en los 80 se evolucionó hacia el significado del cuidado para la identidad de la mujer y en los 90, el concepto del cuidado informal apunta a dos direcciones distintas: *el paradigma de la diferencia* (según relaciones de poder) y *el paradigma universalista* (supone un intento de resolver las tensiones entre la ética del cuidado y la ética de la justicia, situando al cuidado como un concepto político y moral) (WILLIAMS, 2001; CAMPS, 1998)

Entre otras, la Antropología de la Medicina ha tomado diversas explicaciones de las corrientes del funcionalismo en Antropología Social para demostrar que las creencias y prácticas de los diferentes sistemas médicos cubren necesidades individuales, sociales y culturales, contribuyendo a la cohesión social.

Precisamente el aumento de la cohesión social es uno de los beneficios que argumenta Víctor Turner de algunas prácticas de atención a la salud, así como la consecución de una reintegración de los enfermos dentro de los grupos sociales de pertenencia (TURNER, 1995; 1969).

Kleinman destacó la existencia de un sector “popular” en los sistemas médicos plurales que contrasta con los sectores folk y profesional, el cual ha ido adquiriendo gran valor en la literatura de la Antropología de la Medicina (KLEINMAN,1980). Tanto en Taiwán como en EE.UU, Kleinman comprobó que aproximadamente entre un 70-90% de todos los episodios de enfermedad han sido gestionados dentro del sector “popular”, alcanzando el 100% de los casos cuando se trataba de la atención a una persona mayor. Así, Kleinman señala la autoatención como el recurso inicial más usado en la atención a la salud y en los procesos de búsqueda de salud (KLEINMAN, 1980).

A su vez, Charles y De Maio configuraron en 1993 un modelo de participación informal, el cual era representado como un cubo tridimensional cuyas variables son: contextos-dominios, funciones y niveles de participación. Este modelo destaca la contribución que tanto los individuos como los responsables de las políticas de salud pueden alcanzar en los distintos niveles de participación (consulta, asociación y control informal), así como en sus áreas de aplicación: tratamiento, organización de los servicios y niveles mayores (CHARLES, 1993).

Por otro lado, según los estudios de Finerman, los cuidados que se ofrecen a la persona enferma por parte de los profesionales sanitarios se dan en lugares públicos e impersonales, delegando la responsabilidad del tratamiento al resto de miembros del equipo, a la familia del enfermo o a los propios pacientes. Sin embargo, la mujer cuidadora personalmente prepara y administra sus remedios, provee un cuidado personal, en un entorno privado, brindando un soporte emocional al conjunto de la familia (FINERMAN, 1989).

Incluso Rosaldo analizó las asimetrías que acabamos de señalar, indicando que existe “una *contraposición universal y estructural entre la actividad pública y la doméstica*”, cuyas consecuencias se proyectan a nivel de estatus social de la mujer (ROSALDO, 1985).

Algunos autores como Cantor, distinguen un nivel de estructuras intermedias, situadas entre lo formal y lo informal, al que denominan nivel “quasi-formal”, donde están contempladas estas formas de organización de la sociedad civil para prestar atención a sus miembros (CANTOR,1991).

En dicha área intermedia se interrelaciona el sistema formal de cuidados con el sistema informal. Ambos sistemas no funcionan de manera independiente, sino que existen múltiples áreas de confluencia. Es precisamente en esta interrelación donde radica el principal interés del estudio de muchos investigadores sobre la atención de salud prestada por las redes informales desde la óptica de los profesionales que trabajan en los servicios sociales o sanitarios.

La red social de la que dispone una persona influye positivamente en su salud. Por una parte, proporciona comportamientos saludables y ofrece ayuda concreta cuando sus integrantes la necesitan y, por otra parte, el sentimiento de pertenencia a los grupos afianza la autoestima, la percepción de bienestar y la capacidad de respuesta a las adversidades. Desde esta realidad, el sistema informal de cuidados y las redes sociales deben ser reconocidos como un recurso importante por su contribución a la mejora de la salud de las personas y de los grupos a través del apoyo mutuo (DEL REY, 2006).

Dentro de esa red social deben cobrar especial relevancia los recursos comunitarios, los cuales han sido especialmente desarrollados en entornos donde se sigue un paradigma de descentralización real de servicios sociosanitarios, aspecto que debe ser potenciado en España siguiendo el ejemplo de otros países europeos.

Atención de salud donde la población vive, trabaja y se desarrolla.

Uno de los principales valores que presenta la Atención Primaria es ser capaz de llevar la atención a la salud donde la población lo necesita, y claro ejemplo de ello es la atención domiciliaria y la combinación de distintos dispositivos sociosanitarios para evitar la institucionalización siempre que sea posible. Es un claro alcance y un logro el haber establecido una red de atención donde las personas lo necesitan, aunque también podemos identificar limitaciones, no a nivel domiciliario de aquellas personas con un determinado nivel de dependencia, sino en la población joven, con otros factores de riesgo y necesidades de salud diferentes, tales como los entornos escolares o laborales. Si bien la enfermera escolar perteneciente al Equipo de

Atención Primaria es una figura desarrollada en muchos países del mundo, aún es una realidad por conquistar en muchos otros. De la misma forma, la prevención y control de los riesgos laborales justo en los entornos donde se manifiestan, han pasado a ser derivados desde la Atención Primaria de Salud hacia servicios privatizados, afectando en gran medida a los objetivos preventivos que realmente se necesitan alcanzar o a las estrategias que se llevan a cabo, mediatizadas por la mercantilización de la salud.

Establece las bases de un proceso permanente de asistencia sanitaria

La Atención Primaria de Salud se basa en la atención longitudinal a lo largo de toda la vida del individuo, a través de todas las etapas del ciclo vital, con un claro carácter de continuidad. Este elemento conceptual ha podido desarrollarse tal y como se estableció en un principio, aunque sólo hemos podido observarlo mayoritariamente en la atención a la ancianidad, dado lo reciente del recorrido de Atención Primaria. Al igual que hemos señalado en el caso anterior, el seguimiento de las poblaciones jóvenes, con menores niveles de patología crónica pero con presencia de muchos factores de riesgo de otro tipo, sobre todo asociados a estilos de vida y factores sociales, es el punto en el que podemos identificar un déficit respecto al seguimiento longitudinal. Mientras que en la infancia y la ancianidad, la población acude y demanda los servicios de Atención Primaria con carácter de integración (promoción, prevención, curación y rehabilitación), durante la juventud, los individuos responden mayoritariamente ante necesidades de tipo curativo y con carácter puntual. La lectura que extraemos de esta panorámica identifica claramente ciertas debilidades en el enfoque desarrollado hacia poblaciones jóvenes desde el sector de Atención Primaria de Salud.

Una vez más se establecen las dicotomías entre Atención Primaria y Atención Especializada en la línea de la continuidad/discontinuidad que claramente representan cada una de ellas.

## **Perspectivas de futuro de la Atención Primaria ¿caminamos hacia la salud perfecta?**

Hasta ahora hemos hablado de la influencia de las relaciones sociales, la mente y las cosmovisiones en el proceso salud-enfermedad, apreciando que el factor humano y los valores pueden ser un motor de búsqueda de nuevas formas de vida y experiencias que aspiren intensamente a la salud. La sociedad contemporánea podría reconvertir sus aspectos negativos a efectos de salud si se transformara en base a un proceso de avance hacia los valores humanos realmente saludables. Si se avanzara en humanización en vez de en tecnificación, se iría en consecuencia con la creciente necesidad y búsqueda de salud de las sociedades actuales.

Seguimos intentando navegar entre la salud para vivir, y vivir para estar sano, entre la biología como el origen de las enfermedades y los comportamientos que también lo son, bajo un paradigma en el que la idea de salud normaliza medicalizando la vida (SFEZ, 2008)

Con la medicalización, las nuevas tecnologías también se convierten en herramientas para ejercer cierta obsesión por lo saludable (SIBILIA, 2005); las TIC's colaboran en este sentido en la búsqueda de la salud por una necesidad de identificación y reconocimiento social que excede lo estrictamente sanitario, configurándose un verdadero mercado de lo saludable. Así, la salud pasa a ser un bien de consumo, una manera de establecer una imagen normalizada de los cánones de lo aceptable y una estrategia para luchar contra el paso del tiempo.

El tiempo, entendido como signo de envejecimiento, puede vivenciarse de distintas maneras y no solamente en sentido lineal, sino de otras formas que se orientan hacia la expansión, espaciación, reducción... Estas otras formas de considerar el tiempo afectan a la salud. La creencia en un tiempo lineal subyace a los presupuestos que tenemos sobre la salud y la enfermedad, sobre la vida y la muerte. Debemos revisar la idea que tenemos de salud y de enfermedad porque están ligadas a la idea que tenemos del tiempo. Claro ejemplo de ello es la concepción del continuo salud/enfermedad/atención.

Hay una lucha acelerada con el tiempo que aparentemente se pierde, que parece escaparse, pero realmente el tiempo nunca puede perderse ya que va íntimamente unido a los acontecimientos vividos, a las experiencias y vivencias, como la del sufrimiento en tanto que representa una experiencia vital en este proceso salud-enfermedad. No puede perderse el sufrimiento como no puede disiparse el tiempo.

La vejez conlleva esa lucha contra el ritmo orgánico del propio cuerpo, contra el ritmo de la propia naturaleza. Al vivenciar un tiempo que siempre vuelve, como en el *Mito del eterno retorno*, se concede una oportunidad a la expresión, a la creación, a la visión de un tiempo no lineal que se percibe como una oportunidad de crecimiento y autorrealización, no como un devenir abocado a la pérdida en su más amplio sentido (ELIADE, 1972). Es un tiempo que favorece la armonización con el ritmo propio y por ello favorece la salud. Esta regeneración proviene de una toma de conciencia de la relatividad del tiempo, liberándose éste de su linealidad exclusiva. Tal vez aquí radica el sentido del ocio en nuestra civilización, concepto surgido a raíz de la revolución industrial y ligado al tiempo libre al margen de la actividad laboral. La modernización, en este sentido, se extiende por todo el planeta conquistando otras culturas. A su vez, crece cualitativamente invadiendo todas las esferas de la vida cotidiana, como por ejemplo, la salud y la educación, que desde la antigüedad requerían una mayor implicación humana. Éstas dejan de ser terrenos específicamente humanos para reducirse a factores científico-técnicos, lo que significa reducirlos a sus aspectos formales y mensurables ignorando los aspectos inconscientes pero reales. Actualmente, la enfermedad está tomando un cariz de peligrosidad a nivel social, psíquico y convivencial que afecta en gran medida a la vida diaria.

Esta relación entre el tiempo, el envejecimiento y la concepción de la salud nos permite analizar cómo va disminuyendo progresivamente el grado de bienestar general de la sociedad, cómo la salud de las personas va "*enfermando*", y cómo la persona va quedando al margen de su propio proceso de enfermar, perdiéndose así la esencia de los cuidados, e incluso, la dignidad en el proceso de morir.

En este sentido, si analizamos cómo una determinada concepción de la realidad genera males que se manifiestan a nivel orgánico, los remedios adecuados no se sitúan en la mejora de técnicas aplicadas o en la elaboración de un nuevo medicamento, sino en el cambio de concepción de esta realidad.

Observar con precisión el campo de las emociones, las aspiraciones humanas, que contribuyen también a enfermar o a sanar es realmente difícil aunque igualmente necesario. Difícil también es precisar una observación del subconsciente colectivo o individual, generadores a su vez, de enfermedad o de salud. Así, la vulnerabilidad o el estado emocional pueden jugar en papel decisivo para el restablecimiento del bienestar, siendo muy característico que ambos aspectos se identifican muy negativamente en la ancianidad de hoy.

Es en la mente de la persona donde se originan la mayoría de las enfermedades, pero el modelo lineal biomédico fracasa ante esto, siendo cada vez más baja la calidad de la salud de la población anciana y muy elevado el coste del mantenimiento. Haber perdido de vista la problemática del enfermo, tanto física, como emocional o familiar, es perder el sentido fundamental de un conocimiento de carácter esencialmente humano y una consecuencia directa de la ciencia reduccionista aplicada a la Medicina. Según este modelo, el cuerpo con síntomas fisiológicos se separa de la mente, con síntomas psicológicos, siendo profesionales diferentes los indicados para atender según qué afecciones. Por otro lado, el organismo se disocia de su contexto social, familiar o medioambiental. A su vez, este modelo separa el dolor del estado emocional de la persona. Por último, también se disocia la enfermedad del sentido de la vida (VICENS, 1995).

En las patologías sociales se hace evidente el significado del papel humano y es en el terreno de la Salud Pública donde se observa mejor este factor, teniendo una estrecha relación con la concepción de la vida y la conciencia colectiva.

Según L.Dossey, la salud y la enfermedad humanas nacen emparejadas con la propia percepción del tiempo. (DOSSEY, 1982 en VICENS, 1995). Entonces, cabe cuestionarse si caemos enfermos sólo

por ajustarnos a una idea estrictamente lineal del tiempo y por tanto, se asocia la vejez a la enfermedad sólo por una concepción estructural de la vida. En la actualidad, las enfermedades se dan en el medio ambiente social, ecológico, psicológico y probablemente en la crisis antropológica del hombre moderno. Aunque se identifica la velocidad con progreso, este hecho conlleva un proceso de degradación, de alienación personal propia de la era industrial, que continúa creciendo con la tecnología.

Las enfermedades crónicas y degenerativas hacen palidecer los éxitos de la Medicina, así como las enfermedades sociales (violencia, terrorismo, drogadicción y marginación). Las inquietudes han pasado a ser básicas para mucha gente que tiene la intuición o el convencimiento de que gozar de buena salud depende de cómo se vive y del conocimiento del *sí mismo*.

Sobre esta realidad de la cronicidad y la dependencia, debemos pensar en la importancia que reside en las formas de autoatención y autocuidado. Las perspectivas de futuro de los cuidados informales y la autoatención deben aludir a diferentes aspectos: por un lado, la mejora de los vínculos entre el sector formal e informal de cuidados como base para el desarrollo de políticas públicas más eficientes (valorar la importancia y alcance real del cuidado informal en su dimensión económica); y, por otro lado, la normalización del sector de los cuidados informales y la formación necesaria, al igual que reformar y reorientar las políticas de autoatención hacia una verdadera y real coordinación sociosanitaria en la provisión de servicios.

Es necesario reconocer el valor y la necesidad de la existencia de las prácticas de autoatención, desterrando estigmatizaciones y reconociendo la aportación que ejercen al operar en todos los grupos sociales, siendo la primera respuesta de atención a la salud y formando parte de la estructura que necesita la Biomedicina para dar sus propias respuestas basadas en la promoción y prevención. No se puede negar aquello que resulta no sólo necesario, sino una de las principales bases del modelo de Atención Primaria de Salud.

Si bien la Atención Primaria de Salud ha constituido un reto por sí misma al ser un planteamiento que surge con elementos concep-

tuales que en muchas ocasiones, como hemos plasmado en el análisis crítico del apartado anterior, van en contra del propio modelo que lo amparaba, esto le otorga un valor intrínseco por sí misma, y se puede reconocer como un éxito sólo el hecho de haberse convertido en una realidad. Sin embargo, la Atención Primaria de Salud no ha llevado a cabo de forma completa y real la conquista social para la que fue creada, siendo necesario plantearse muchos aspectos que hasta ahora habían pasado inadvertidos para poder diseñar métodos de intervención realmente eficaces y valiosos para la población, así como también, modificar algunos de los que se han llevado a cabo.

Actuar sobre causas no sólo sanitarias, sino sociales, económicas y políticas, subyacentes a la mala salud es uno de los lemas rescatados 30 años después de la celebración de Alma Ata (CHAN, 2008). En esta línea, la OMS publicó en 2008 su Informe sobre la salud en el mundo, donde, tras hacer un balance sobre los logros alcanzados y las áreas de necesaria intervención para la mejora, identificó cuatro grandes líneas prioritarias para continuar con la reforma de Atención Primaria, tales como la cobertura asistencial, la prestación de servicios, las políticas públicas y el liderazgo. La OMS se centra en la defensa de la equidad de los grupos más desfavorecidos y vulnerables, teniendo por objetivo el poder dotar a las personas de capacidad para sobrevivir y especialmente, desplegar todo su potencial humano, manteniendo el ideario de Alma Ata sobre equidad, solidaridad y justicia social (OMS, 2008).

La recuperación del reto de "Salud para todos en el año 2000" es una tarea de gran envergadura, que precisa de un diagnóstico social. Es necesario entender la salud en su verdadera dimensión holística e integradora, en una nueva perspectiva epistemológica que la libere de las servidumbres del pensamiento neoliberal, como las iniciativas marcadas por el enfoque biopsicosocial, la perspectiva comunitaria e integral, la ecosalud o la antropología de la salud. Con ello, defendemos el pluralismo asistencial, radicalmente opuesto al Modelo Médico Hegemónico, según el cual, debe permitirse y legitimarse el desarrollo de otras formas paralelas, alternativas o complementarias de atención a la salud de demostrada eficacia, especialmente, simbólica. Es necesario dejar de identificar el avance en la salud desde los descubrimientos de

la investigación biomédica, sino plantearlo también desde la expansión de otras prácticas de salud surgidas desde el interior de determinados conjuntos sociales para asegurar la atención de sus padecimientos.

La reorientación biomédica es un factor decisivo para enfrentarse a las limitaciones de la biomedicina ante nuevas necesidades de salud que no se resuelven bajo el paradigma curativo, que aún sigue subyaciendo en las expectativas de la Atención Primaria. Para ello, hay que entender los padecimientos y resulta necesaria una reflexión más allá de lo biomédico y de la salud, que permita replantear nuestros idearios y nuestras prácticas de salud en un mundo cada vez más globalizado e interdependiente.

El nuevo contexto mundial hace que cambien las necesidades de salud de la población, por lo que resulta necesario adaptar los servicios y sistemas de salud para que puedan dar respuestas adecuadas a esas nuevas necesidades (MACINKO, MONTENEGRO, NEBOT, ETIENNE & Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de Salud, 2007).

Los problemas de salud están estrechamente ligados a los problemas sociales, sobrepasando sus componentes económicos y políticos, alcanzando ámbitos como la cultura, la filosofía, la ética y los valores. Reconocer la diversidad y la multicausalidad de los problemas de salud, así como las distintas formas de acercarnos a ellos superando la hegemonía/subalternidad que establece la Biomedicina, presente por supuesto en los servicios de Atención Primaria de Salud, son algunos puntos de necesaria interiorización y modificación si realmente queremos intentar mejorar la salud de las poblaciones. Se trata, en definitiva, de elegir una nueva orientación en el camino que comenzamos a recorrer en Alma Ata.

## REFERÊNCIAS

CHAN, M. **Regreso a Alma Ata**. Ginebra: OMS, 2008. Recuperado de: <<http://www.who.int/da/20080915/es>>. Acceso en: 10 jan. 2018.

- CAMPS, V. **El siglo de las mujeres**. Madrid: Ediciones Cátedra, 1998. p. 69-81.
- CANTOR, M. H. Family and community: changing roles in an aging society. **Gerontologist**, v. 31, n. 3, p. 337-46, 1991.
- CHARLES, C.; DE MAIO, S. Lay participation in health care decision making: a conceptual framework. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, n. 18, p. 881-994, 1993.
- COCKERHAM, W. C. **Sociología de la Medicina**, 8. ed. Madrid: Prentice Hall, 2002.
- COREIL, J.; MULL, D. **Anthropology and Primary health Care**. Colorado: Westview Press, 1990.
- DE LA CUESTA BENJUMEA, C. **Tomarse el amor en serio**. 1. ed. Bogotá: Universidad de Antioquia, 2002.
- DEL REY CALERO, F.; MAZARRASA ALVEAR, L. Cuidados informales y autocuidados. In: MARTÍNEZ RIERA, J. R.; DEL PINO CASADO, R. **Enfermería en Atención Primaria**. Madrid: DAE, 2006. p. 709-30.
- DEVILLARD, M. J. La construcción de la Salud y la Enfermedad. In: \_\_\_\_\_. **La voz callada: una aproximación antropológico-social de la realidad del enfermo con artritis reumatoide**. Madrid: Reis, 1991.
- DURÁN, M. A. **El cuidado de la salud. De puertas adentro**. 1. ed. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales - Instituto de la Mujer, 1988.
- \_\_\_\_\_. **La formación del pensamiento igualitario**. 1. ed. Madrid: Castalia, 1993.
- \_\_\_\_\_. **Los costes invisibles de la enfermedad**. 1. ed. Bilbao: Fundación BBVA, 1999.
- ELIADE, M. **El mito del eterno retorno**. Madrid: Alianza/Emecé, 1972.
- FABREGA, H. The concept of somatization as a cultural and historical product western medicine. **Psychosomatic Medicine**, v. 52, p. 653-672, 1990.
- FAJARDO TRASOBARES, M. E.; GERMÁN BES, C. Influencia de género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. **Index Enfermería**, v. 13, n. 46, 2004.
- FINERMAN, R. The forgotten healers: women as family healers in an Andean Indian community. In: MCCLAIN, C. Shepherd. **Women as healers: Cross-cultural perspectives**. New Brunswick: Rutgers University Press, 1989.

FOUCAULT, M. Historia de la medicalización. **Educación Médica y Salud**, v. 11, n. 1, p. 3-25, 1977.

GARCÍA CALVENTE, M.M. **Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud**. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999.

GARCÍA CALVENTE, M. M.; MATEO RODRÍGUEZ, I; EGUIGUREN, A. P. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. **Gaceta Sanitaria**, v. 18, p. 132-139, 2004.

GARCÍA CALVENTE, M. M.; MATEO RODRÍGUEZ, I.; MAROTO-NAVARRO, G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. **Gaceta Sanitaria**, v.18, p. 83-92, 2004.

HANNERZ, U. **Conexiones transnacionales: Cultura, gente, lugares**.1. ed. Madrid: Frónesis-Cátedra, 1996.

HARO ENCINAS, J. A. Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención a la salud. In:PERDIGUERO, E.; COMELLES, J. M. **Medicina y Cultura: Estudios entre la Antropología y la Medicina**. Barcelona: Bellaterra, 2000. p. 101-161.

HUNTER, J.D. **Before the shooting begins-Searching for Democracy in America's Culture Wars**.1. ed. New York: The Free Press, 1994.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**. Berkeley: California University Press, 1980.

\_\_\_\_\_. **Estructuras cognitivas de los sistemas médicos tradicionales: manejo, explicación e interpretación de la experiencia humana de enfermedad**. 1975.

LA PARRA, D. **La atención a la salud en el hogar: desigualdades y tendencias**. 1. ed. Alicante: Universidad de Alicante, 2002.

LANDY, D. **Culture, disease and healing: Studies in Medical Anthropology**. New York: Macmillan Publishing, 1977.

MACINKO, J.; MONTENEGRO, H.; NEBOT ADELL, C.; ETIENNE, C. Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 21, n. 2/3, p. 73-84, 2007.

MARRINER TOMEY, A. **Modelos y teorías en Enfermería**.3. ed. Madrid: Mosby/Doyma, 1994.

MARTÍN ZURRO, A.; CANO PÉREZ, J. F. **Atención Primaria de Salud: Conceptos, Organización y Práctica Clínica**. 5. ed. Madrid: Elsevier, 2003.

MARTÍN ZURRO, A.; CANO PÉREZ, J. F.; GENÉ BADÍA, J. **Atención Primaria de Salud: Principios, organización y Métodos en Medicina de Familia**. 7. ed. Madrid: Elsevier, 2014.

MENÉNDEZ, E. Modelo hegemónico, crisis socio-económica y estrategias de acción del sector salud. **Cuadernos Médico Sociales**, v. 33, p. 3-34, 1985.

\_\_\_\_\_. **Modelo médico, salud obrera y estrategias de acción del sector salud**. México, 1986.

\_\_\_\_\_. Modelo médico hegemónico y Atención Primaria. **Segundas jornadas de Atención Primaria de la salud**. 1988, p. 451-464.

\_\_\_\_\_. Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. **La antropología médica en México**. México: Instituto Mora/Universidad Autónoma Metropolitana, 1992. p. 97-114.

\_\_\_\_\_. Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado. **Cuadernos médico sociales**, 1998.

\_\_\_\_\_. **La parte negada de la cultura: Relativismo, diferencias y racismo**. 1. ed. Barcelona: Bellaterra, 2002.

\_\_\_\_\_. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 185-207, 2003.

\_\_\_\_\_. Interculturalidad; Diferencias y Antropología at home. In: FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. **Salud e Interculturalidad en América Latina: Antropología de la Salud y Crítica intercultural**. Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha, 2006.

MULLER, F. **Participación popular en programas de Atención Primaria Sanitaria en América Latina**. Antioquía: Universidad de Antioquía (Colombia), 1979.

OREM, D. E. **Nursing: Concepts of Practice**. 4. ed. St. Louis: The C.V. Mosby Company, 1991.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Official Records of the World Health Organization**, n. 2, p. 100. Ginebra: OMS, 1948. Recuperado de: <<http://www.who.int/suggestions/faq/es/>>.

\_\_\_\_\_. Atención Primaria de Salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata (URSS), 6-12 de Septiembre de 1978, patrocinada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. **Serie Salud para Todos**, n. 1. Ginebra: OMS, 1978.

\_\_\_\_\_. **Informe sobre la salud en el mundo 2008:** La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca. Ginebra: OMS, 2008. Recuperado de: <[http://www.who.int/whr/2008/08\\_overview\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08_overview_es.pdf)>.

PONTE MITTELBRUNN, C. **Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente.** Asociación para la defensa de la Sanidad Pública de Asturias, 2008.

ROSALDO, R. Chicano Studies, 1970-1984. **Annual Review of Anthropology**, p. 405-427, 1985.

SCHILLER, N. G. The invisible women: caregiving and the construction of AIDS health services. **Culture, medicine and psychiatry**, v. 17, n.4, p. 487-512, 1993.

SFEZ, L. **La salud perfecta.** Buenos Aires: Prometeo libros, 2007.

SHEPHERD MCCLAIN, C. **Women as healers:** Cross-cultural perspectives. New Brunswick: Rutgers University Press, 1989.

SIBILIA, P. **El hombre postorgánico:** Cuerpo, subjetividad y tecnologías digitales. Buenos Aires: FCE, 2005.

SPECTOR, R. **Las culturas de la Salud.** Madrid: Prentice Hall, 2002.

TEJARA DE RIVERO, D. Alma Ata: 25 años después. **Perspectivas de Salud**, v. 8, n. 2, p. 2-7, 2003.

TURNER, V. **El proceso ritual.** 1. ed. Madrid: Taurus, 1988.

\_\_\_\_\_. **The ritual process:** structure and anti-structure. 1. ed. Chicago: Aldine Transaction, 1995.

URIBE OYARBIDE, J. M. **Educación y curar:** El diálogo cultural en Atención Primaria. 1. ed. Madrid: Ministerio de Cultura, 1992.

VICENS, J. **El valor de la salud.** 1. ed. Madrid: Siglo Veintiuno, 1995.

WILLIAMS, F. In and beyond New Labour: towards a new political ethics of care. **Critical Social Policy**, v. 21, p. 467-493, 2001.

ZOYA, P. G. R. La medicalización como estrategia biopolítica. **A Parte Rei:** revista de filosofía, n. 70, 2010.

**PARTE 2**

**CUIDADO, DISPOSITIVOS E SUAS  
INTERRELAÇÕES**

## CAPÍTULO 5

# O CUIDADO AOS USUÁRIOS DE DROGAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O APOIO MATRICIAL

Milena Lima de Paula  
Maria Salete Bessa Jorge

### INTRODUÇÃO

Na busca da oferta de um cuidado integral ao usuário do sistema de saúde brasileiro, faz-se necessário discutir a necessidade de aproximação da saúde mental à atenção primária à saúde, desse modo, o abuso de *crack* se apresenta como uma problemática que também compete ao primeiro nível de atenção à saúde.

No âmbito político, a política do Ministério da Saúde para atenção integral aos usuários de drogas, bem como a Política de Atenção Básica, orienta que a Atenção Primária à Saúde (APS) faz parte da rede de atenção ao usuário de drogas, assim, pode ofertar serviços de prevenção, promoção e cuidados, numa perspectiva comunitária e articulada com outros setores existentes no território (BRASIL, 2003).

No atual desenho de políticas de atenção à saúde, a APS não deve funcionar apenas como porta de entrada, deve mediar o percurso do usuário pelos demais serviços. Diante das transformações da modelagem técnicoassistencial implementadas recentemente, a APS amplia sua relevância na gestão do cuidado de todos os usuários que ocupam os territórios de referência das equipes (SANTOS; FERLA, 2017)

Dessa maneira, a Atenção Primária à Saúde pode realizar ofertas de cuidados para usuários funcionais, identificar sujeitos que utilizam drogas de forma abusiva e articular-se às equipes do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), para proposta de abordagens relacionadas a ações de redução de danos ou ofertas de cuidados (BRASIL, 2010)

A Política Nacional de Atenção Básica incluiu, por meio da Portaria nº. 2.488, de 21 de outubro de 2011, práticas de redução de danos dentre o conjunto de ações que podem ser desenvolvidas pela APS. Embora a estratégia de Redução de Danos não se restrinja a questões relacionadas ao uso de drogas, sabe-se que é tradicionalmente utilizada nas práticas de cuidado relacionadas a usuários. Dessa forma, a redução de danos pode ser desenvolvida na Atenção Primária como estratégia para reduzir danos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV) e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em usuários de drogas, mas também devem abranger ações voltadas para a prevenção dos danos, antes que eles aconteçam (BRASIL, 2011).

A redução de danos pode ser entendida como uma forma de abordagem aos usuários de drogas, nessa perspectiva, o foco do problema passa a ser o direito à saúde de todos e à liberdade individual do usuário que não deseja ou não consegue interromper o uso, em vez da erradicação e da abstinência. Nesse contexto, o objetivo dessa estratégia não é a abstinência, embora não se oponha a ela, mas sim diminuir os riscos relacionados ao uso de drogas (MACHADO; BOARINI, 2013).

A Atenção Primária à Saúde, portanto, possui importante papel no que se refere ao cuidado direcionado ao usuário de drogas, haja vista que este nível de atenção deve garantir o acesso e o acolhimento de usuários e seus familiares aos serviços de saúde, pois se trata de um serviço que deve ser resolutivo. Atualmente, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o serviço que desenvolve práticas em Atenção Primária à Saúde (SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

A literatura, contudo, aponta a escassez ou ausência de práticas direcionadas aos usuários de drogas na APS. Desse modo, as intervenções limitam-se a encaminhamentos a serviços especializados como o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad) ou de internação (COELHO; SOARES, 2014).

Nesse cenário, o apoio matricial poderia ser um importante recurso para ampliar as práticas voltadas aos usuários de drogas na APS. Hirdes et al. (2015) ao analisarem diversos estudos sobre o assunto,

discutem que essa ferramenta poderia contribuir bastante para o cuidado ao usuário de drogas na APS, no entanto a maioria dos estudos publicados aborda o AM na perspectiva da saúde mental, assim os autores identificam uma lacuna no que tange a pesquisas específicas sobre o AM no que se refere ao usuário de drogas.

O apoio matricial consiste em um modo de organizar o trabalho interprofissional e um arranjo organizacional a partir do qual se trabalha a função apoio. Dentre as diretrizes que permeiam o AM estão: a lógica do apoio e da cogestão nas relações interprofissionais; a interdisciplinaridade e a cogestão no cuidado em saúde (HIRDES et al., 2015).

O AM não deve ser visto como um “encaminhamento ao especialista”, uma vez que por meio de tais recursos deve haver uma interlocução entre as equipes de APS e Saúde Mental no sentido de proporcionar um cuidado resolutivo em saúde mental na APS, desse modo muitos usuários sequer precisariam chegar aos espaços de serviços especializados, como os CAPS (MACHADO; CAMATTA, 2013).

O AM se apresenta, assim, como uma importante ferramenta de articulação entre saúde mental e APS, uma vez que possibilita um suporte especializado às equipes de ESF na APS no que se refere ao atendimento de pessoas em sofrimento psíquico ou abuso de drogas. Nesse processo, duas ou mais equipes compartilham experiências, saberes e práticas na elaboração compartilhada de intervenções terapêuticas (JORGE et al., 2014).

Diante das dificuldades relacionadas ao cuidado ao usuário de drogas na APS e da escassa literatura sobre o assunto, o presente trabalho objetivou analisar as atividades relacionadas ao apoio matricial na ESF. Este estudo busca fomentar a discussão sobre a resolutividade da atenção primária no que se refere ao usuário de drogas, dependendo da relação que o sujeito estabeleceu com a substância psicoativa, bem como trazer subsídios para que os profissionais possam planejar atividades relacionadas ao AM.

## MÉTODOS

A pesquisa é de natureza qualitativa, pois investiga questões relacionadas a significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, ou seja, busca aprofundar uma realidade que não pode ser quantificada, uma vez que são questões particulares que devem ser aprofundadas e compreendidas (MINAYO; SOUZA; CONSTANTINO, 2007).

O objeto da pesquisa qualitativa, dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos, pois envolve o universo da produção humana em suas relações, representações e intencionalidade (MINAYO; SOUZA; CONSTANTINO, 2007).

A pesquisa qualitativa, desse modo, busca investigar questões subjetivas, não tendo, portanto, a pretensão de chegar à verdade, pois, segundo Candiotti e Foucault (2006), não existem verdades no mundo, o que existem são interpretações que podem ser científicas, religiosas ou filosóficas, assim o mundo não é percebido, mas sim, interpretado.

Este estudo buscou uma aproximação com a hermenêutica dialética. A abordagem interpretativa pertence à tradição hermenêutica, na qual a experiência do indivíduo coloca-se no primeiro plano na produção dos discursos científicos, dentro de uma perspectiva que procura o significado das ações na relação entre interpretante e interpretado, numa tentativa de superar a distinção entre sujeito e objeto (CAPRARA, 2003).

Esta pesquisa foi realizada nos serviços de Atenção Primária à Saúde das Regionais IV e V, no Município de Fortaleza/CE. Por meio desta configuração administrativa descentralizada, a política municipal de saúde é gerenciada pelas sete SERs, pelos seus distritos de saúde, tendo como órgão gestor a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza - SMSF (FORTALEZA, 2014).

Foram realizadas entrevistas em profundidade com dez profissionais da Atenção Primária à Saúde, abrangendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Como critério de inclusão, estabeleceu-se que participariam aqueles que estivessem atuando na equipe de APS. Foram excluídos aqueles que estavam de férias ou de licença durante a coleta.

A investigação faz parte de uma pesquisa mais ampla, denominada “Avaliação das pesquisas em saúde e enfermagem: olhares plurais sobre a contribuição para as políticas, organização dos serviços e assistência na interface com a produção do cuidado na Atenção Primária”.

Antes da etapa de coleta de informações, o projeto de pesquisa foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), do qual recebeu parecer favorável mediante o Protocolo número 662.093. Em síntese, a coleta do material empírico respeitou os princípios éticos que norteiam o trabalho científico, guardando o anonimato e sigilo quanto à autoria das respostas dos participantes.

As entrevistas foram registradas em gravadores digitais, com a concordância prévia do entrevistado, a qual foi manifestada após a leitura e compreensão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em seguida, as entrevistas foram transcritas e submetidas às fases de análise de dados.

Para análise das informações, realizaram-se leituras flutuantes e exaustivas do conteúdo. Para conhecer o material, de forma aprofundada, foram seguidos os passos de Minayo retraduzidos por Assis e Jorge (2010): ordenação, classificação e análise final dos dados, que inclui classificação das falas dos entrevistados, componentes das categorias empíricas, sínteses horizontal e vertical, e confronto entre as informações, agrupando as ideias convergentes, divergentes e complementares.

## **RESULTADOS**

### **Apoio matricial ou encaminhamentos ao CAPS AD?**

De acordo com os profissionais da ESF, o apoio matricial ocorre no serviço, contudo na maioria das vezes não está voltado para o abuso de drogas, desse modo o AM está voltado para transtornos mentais e, geralmente, é realizado pelas equipes do CAPS geral, como se percebe no seguinte relato:

[...] quando o apoio matricial quando vem geralmente é mais direcionado, não é o pessoal do Caps AD, é mais do Caps Geral, mas as doenças vêm psicossomáticas e não voltadas ao paciente que é envolvido com álcool e drogas (Profissional 10).

Porém, quando o CAPS avalia o usuário e identifica um caso “leve” de abuso, o acompanhamento pode ser realizado na ESF. Nesses casos, o CAPS continua o acompanhamento, mas por meio do apoio matricial que esse serviço oferta às equipes de saúde da família, contudo os profissionais ressaltam que com a redução das equipes de NASF e diante das modificações que a nova gestão vem implementando, no sentido de atender, prioritariamente, às demandas de emergência, essa atividade tornou-se rara, como se observa no seguinte relato:

Ele (usuário) vai pro CAPS. Ele é avaliado pela Assistente Social, se for possível ficar acompanhando ele aqui fica pelo matriciamento, senão, se for algo mais profundo, ele é acompanhado no CAPS, mas como a gestão agora está voltada para demanda espontânea, esse matricialmente diminuiu (Profissional 8).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), foi criado recentemente com o intuito de ampliar as ações da APS, devendo servir de apoio às equipes da ESF com o objetivo de aumentar a resolutividade desse nível de atenção à saúde (BRASIL, 2009). O NASF deveria funcionar, portanto, como mais um apoio aos profissionais da ESF, contudo no contexto da pesquisa, esse serviço encontrava-se bastante precarizado com equipes bastante desfalcadas.

Desse modo, alguns casos de abuso de drogas eram acompanhados pelo apoio matricial, porém devido à baixa frequência com que ocorre esse tipo de suporte, o cuidado ofertado ao usuário limita-se ao encaminhamento ao serviço especializado. Nesse sentido, percebe-se que a proposta da ESF é oposta a um atendimento centrado na demanda espontânea, uma vez que tal estratégia foi criada justamente para reorientar o modelo assistencial no primeiro nível de atenção, por

isso busca promover uma mudança de um enfoque curativista para um modelo integral, com foco no usuário e família (GIOVANELLA, 2008).

Além disso, os profissionais possuem uma limitada compreensão do apoio matricial, pois percebem essa atividade no serviço quando os profissionais do CAPS AD se dirigem até a ESF para atender ao usuário de drogas. Participam do AM a assistente social e um psiquiatra, como se percebe no seguinte relato:

Nós temos só o matriciamento que é feito com a Assistente Social às vezes com um Médico e Psiquiatra temos esse matriciamento o paciente é avaliado e é tratado (Profissional 2).

O apoio matricial, no entanto, abrange a assistência, porém deve funcionar, também, como um suporte técnico pedagógico às equipes de ESF que realizam acompanhamento de usuários de drogas. A atividade pode ser considerada um caminho para a efetivação do trabalho na perspectiva da clínica ampliada, possibilitando uma integração dialógica entre distintas especialidades e profissões (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Percebe-se, pois que o AM realizado no presente estudo se limita à realização de atividades de atendimentos aos usuários de drogas em serviços da ESF sem ocorrer uma troca de saberes entre as equipes de CAPS e APS, nesse sentido, esse AM assemelha-se a um atendimento especializado realizado dentro da ESF.

Todavia, o AM deveria focar outras ações, uma vez que, de acordo com a Política de Atenção Integral ao Usuário de Drogas, as atividades oferecidas aos usuários de drogas na APS não devem se restringir à identificação e aos encaminhamentos para serviços especializados, portanto este nível de atenção deve, ainda, proporcionar cuidados, garantir o acesso a medicamentos, bem como atenção na comunidade, fornecer educação em saúde, envolver comunidades/famílias e usuários, formar recursos humanos, criar vínculos com outros setores e realizar ações relacionadas à prevenção (BRASIL, 2003).

Além dos encaminhamentos dos usuários aos CAPS AD, também é comum que alguns usuários, que são acompanhados pelo CAPS

AD compareçam a ESF para receberem atendimento odontológico ou para receber algum tipo de medicação. Porém, de acordo com os profissionais, não há uma articulação entre a ESF e os outros serviços para os quais os usuários são encaminhados, dessa maneira não se observam a longitudinalidade ou a continuidade do cuidado, como se percebe no seguinte relato:

Porque, às vezes, o usuário de *crack* ele não pode ficar só aqui, tem que ter outro acompanhamento, e eu não consigo dar essa continuidade, então, muitas vezes, a gente acaba perdendo esse paciente, o paciente que abandona e que não faz o tratamento correto, que acaba se envolvendo no mundo do crime e a maioria vai pro presídio ou nesse sentido e quando chega no presídio também não tem uma continuidade (Profissional 10).

Segundo Starfield (2002), há uma diferença conceitual entre continuidade e longitudinalidade do cuidado. Nesse sentido, a longitudinalidade está relacionada ao acompanhamento dos distintos problemas de saúde por um mesmo médico, já a continuidade consiste no acompanhamento por um mesmo médico, ou não, de um problema específico do paciente.

É importante ressaltar que os termos possuem diferenças no que se refere à relação médico paciente, uma vez que na continuidade não há a exigência de uma relação pessoal entre profissional e usuário, haja vista que bons registros podem suprir a necessidade de informações para o devido acompanhamento da patologia. Já na longitudinalidade deve estar implícita uma relação terapêutica caracterizada por responsabilidade por parte do profissional de saúde e confiança por parte do paciente (STARFIELD, 2002).

Ao tratar o problema do abuso de drogas como responsabilidade apenas dos serviços especializados, os profissionais desconsideram o princípio da integralidade e podem estar reforçando uma prática centrada no modelo biomédico.

Outro fato que reforça a ideia de que os cuidados ao usuário de drogas na ESF, por vezes, resumem-se a encaminhamentos, é a compreensão que os profissionais que foram contratados recentemente possuem sobre apoio matricial, para eles o termo consiste no mero encaminhamento dos usuários para o CAPS AD:

[...] a questão de apoio matricial do CAPS que eu sei é que ser encaminhado daqui para lá. Então, quer dizer, recebem os pacientes que saem daqui, então eles lá recebem. Então o apoio que eu sei que a gente tem aqui (Profissional 5).

Desse modo, as ações voltadas para os usuários de drogas no presente estudo limitam-se a encaminhamentos ao CAPS AD, uma vez que os profissionais entendem que a ESF não é um serviço específico para o usuário de drogas, nesse sentido o CAPS AD é o serviço responsável por demandas relacionadas ao uso de drogas. Desse modo, os profissionais identificam, por acaso, os usuários, pois investigar sobre o uso de substâncias psicoativas também não faz parte da rotina de trabalho dos profissionais, como se observa no seguinte relato:

É porque na verdade a gente não tem um serviço aqui de atendimento ao usuário de droga, a gente tem o Caps Ad aqui do lado que a demanda vai pra lá, o que a gente recebe o usuário quando eles são encaminhados por conta de receber medicamento, porque falta psiquiatra lá né, lá no Caps, não tem psiquiatra, aí a assistente social deles faz um bilhetezinho de lá né, encaminhando pro médico daqui prescrever a medicação que ele tá tomando, mas a gente não tem esse serviço aqui, até porque a gente tem um Caps Ad (Profissional 4).

Diante dessa compreensão de que a ESF não é um serviço específico para usuário de drogas, as intervenções realizadas a esse público limitam-se aos cuidados aos agravos orgânicos, como se observa no seguinte relato:

Não, normalmente por outras patologias nunca chegam pra tratamento diretamente do vício que tem alguma patologia acomete eles e eles nos procuram e como detectar que um dos fatores desse patologia seria o *crack* aí são encaminhados para o serviço especializado. Avaliação clínica do profissional Médico, do Enfermeiro e, muitas vezes, do Assistente Social (Profissional 2).

Costa et al. (2013) destacam que as dificuldades para a realização de intervenções preventivas estão relacionadas à hegemonia de um modelo biomédico pautado na perspectiva curativista e reducionista. Essas práticas são embasadas numa compreensão de abuso de drogas associado à doença e desvio moral, na qual os usuários e seus familiares são culpabilizados e considerados os únicos responsáveis pela realização ou fracasso de um tratamento, desconsiderando aspectos sociais e dos próprios serviços de saúde no surgimento e manutenção do abuso de drogas (COELHO; SOARES, 2014).

## **Possibilidades de intervenções em apoio matricial**

Ao considerar que o AM consiste em apoiar as equipes da ESF no que se refere à assistência, mas também do ponto de vista de oferecer um suporte técnico-pedagógico, essa ferramenta foi pensada, portanto, para oferecer subsídios às equipes de ESF que realizam acompanhamento de usuários de drogas.

Nesse sentido, ao ofertar apoio matricial, as equipes do CAPS AD devem compreender que os profissionais da ESF podem desenvolver diversas atividades de promoção e prevenção junto à sua comunidade.

Dentre os aspectos a serem considerados ao planejar um AM, a percepção dos profissionais da ESF sobre os usuários de drogas é uma questão bastante relevante, uma vez que o modo como o usuário é percebido nos serviços de saúde pode refletir no seu atendimento. Dessa maneira, os profissionais envolvidos no apoio matricial pode-

riam contribuir para mudanças nessa percepção e, conseqüentemente, na atenção a esse usuário.

No presente estudo, os profissionais da ESF compreendem o usuário de drogas como um sujeito bastante violento e que está envolvido em crimes ou outros comportamentos delinquentes, como se observa nos seguintes relatos:

[...] eles são muito nervosos agride a gente, eu já fui assaltada várias vezes e eu vejo ali que eles estão dispostos a qualquer coisa, devido o consumo da droga eles fazem qualquer coisa pra comprar e alimentar o vício profissional (Agente de saúde 1).

[...] essas substâncias, que ficam doido mesmo da cabeça. E eu não sei qual motivo leva uma pessoa a ficar assim, se destruir por si próprio, usando uma coisa que não faz bem (Agente de saúde 2).

O medo que muitos profissionais sentem ao atender os usuários pode prejudicar o atendimento a esse público, uma vez que o momento do atendimento poderia ser uma oportunidade para o estreitamento de vínculo entre profissional e usuário, bem como de acolhimento, ademais também poderia funcionar como um espaço de intervenções ancoradas na RD. Contudo, ao temerem os usuários, o atendimento torna-se rápido e pobre em intervenções, como se observa no seguinte relato:

Prefiro logo encaminhar ao CAPS, pois eu nunca sei como ele vai reagir caso eu pergunte assuntos mais pessoais como, por exemplo, porque ele começou a fazer uso de drogas, pode ser que ele se torne violento comigo e eu já passei por algumas situações que não desejo mais passar (Profissional 8).

Além de prejudicar o atendimento, o temor aos usuários também impede o desenvolvimento de uma importante atividade que deveria ser realizada pela APS, a identificação de usuários que já estão

em uma situação de abuso de drogas, como se percebe nos seguintes relatos: “eu não toco mais nesse assunto, porque eles não entendem que é um cuidado, eles acham assim que estou me metendo na vida deles” (Profissional 3).

Nesse sentido, os profissionais da ESF tomam conhecimento de usuários de drogas, apenas quando outras pessoas na comunidade comentam, uma vez que recebem perguntar diretamente aos usuários:

A gente percebe através da própria comunidade, o próprio colega chega pra gente e diz: “vixi, fulano tá doidão, fulano saiu ontem e usou”, bem explicitamente; às vezes: “tia eu tô muito doido!”; ou então: “tia, hoje eu não quero papo!” aí a gente já sabe. Mas, geralmente, é alguém na área que comenta sobre a situação do outro (Profissional 3).

Normalmente, eles escondem. Na maioria das vezes eles escondem mesmo. A gente percebe através da própria comunidade, o próprio colega chega pra gente, mas eu mesma tenho até medo de perguntar quando percebo alguém que acho que usa (Profissional 7).

Esse trabalho de identificação dos sujeitos que estão em situação de abuso de drogas é um trabalho importante que poderia ser realizado, principalmente pelos agentes comunitários de saúde, uma vez que ao residirem na própria comunidade possuem uma aproximação maior com a população atingida pela ESF. Desse modo, ao planejar um trabalho de AM, é bastante estratégico incluir o agente comunitário de saúde, dada a sua relevância na identificação dos usuários.

Diversos profissionais, contudo, confessam que não possuem formação na área e sentem a necessidade de receberem algum tipo de capacitação para atender melhor o usuário de drogas, como se percebe nos seguintes relatos: “Então, acho que é uma necessidade mesmo ter algum tipo de capacitação ou treinamento dos profissionais” (Profissional 2).

Diante da falta de formação dos profissionais sobre o assunto, as intervenções são realizadas sem embasamento científico, pautadas no senso comum como se observa no seguinte relato:

Então, a gente tenta sensibilizar eles que aquilo ali não é vida pra eles. Se ele estava numa boa e teve uma recaída, por que que ele teve uma recaída? Foi algum amigo? A gente num tem muito apoio não (Profissional 6).

Dentre as principais dificuldades para um atendimento integral ao usuário de drogas na APS, cita-se a falta de capacitação dos profissionais sobre o assunto somado ao receio que muitos profissionais sentem diante de um usuário de drogas. As capacitações devem ser realizadas na perspectiva da atenção integrada ao usuário, abrangendo as várias dimensões, sociais, orgânicas, subjetivas, dentre outras, além disso, devem ser pautadas na abordagem comunitária de Souza e Pinto (2012); Paula et al. (2014), Rosenstock e Neves (2010), Silva e Fraccolli (2014), Barros e Pillon (2006).

Nesse sentido, os agentes comunitários de saúde, por serem os profissionais que possuem certo vínculo com a comunidade, ficam responsáveis não apenas de identificar, mas também de intervir, por meio de conversas oportunizadas durante as visitas domiciliares.

Diante desse cenário, as equipes de CAPS AD poderiam pensar em momentos, principalmente com os agentes comunitários, de compartilhamento de saberes, como por exemplo as estratégias e orientações relacionadas à redução de danos, uma vez que essa abordagem vem demonstrando êxito em muitas situações (INGLEZ-DIAS et al., 2014), ao contrário de intervenções baseadas na abstinência que, por vezes, podem desmotivar os usuários, uma vez que exigem que estejam abstinentes para início de qualquer tratamento.

Contudo, ao considerar o agente comunitário o trabalhador que mais realiza atividades associadas aos cuidados aos usuários de drogas, deduz-se que a assistência a sujeitos que abusam de drogas na APS ainda possuem muitas fragilidades, haja vista que Cordeiro e

Soares (2015) afirmam que os agentes de saúde além de estarem em condições bastante precárias de trabalho, também são considerados os trabalhadores com menos saber dentro da hierarquia dos serviços de saúde, uma vez que estes não foram formados em universidades atravessadas pelo saber clínico, permanecendo distantes das discussões ancoradas na clínica, desse modo, até mesmo em virtude da territorialidade, os ACS acabam escutando mais as demandas sociais.

Dessa forma, sem supervisão adequada e sem receberem a devida atenção durante as reuniões com as equipes de saúde, os ACS não conseguem realizar um trabalho resolutivo no que se refere ao abuso de drogas (CORDEIRO; SOARES, 2015).

Além disso, as equipes de apoio matricial também devem proporcionar informações com base científica para os profissionais da ESF, pois, aparentemente, o conhecimento que estes profissionais possuem sobre o *crack* são adquiridos por meio de conversas informais ou por programas de televisão de caráter sensacionalista, como se observa no seguinte relato:

Eu assisto muitos programas de televisão que falam sobre isso [...]. Então, a partir do momento em que a pessoa prova o *crack* a primeira vez, ela já se tornou dependente de *crack*. Então ela não vai poder voltar atrás (Profissional 8).

Essas informações podem contribuir para a construção de estigmas relacionadas aos usuários, tal como podem dificultar a utilização de estratégias relacionadas à redução de danos, uma vez que as concepções sobre o uso e abuso de drogas pautadas no modelo jurídico-moral ou de doença são incompatíveis com as propostas de abordagem de redução de danos. A Redução de Danos implica na compreensão do usuário como um ser autônomo, inclusive com capacidade para decidir se deseja a abstinência ou não (QUEIROZ et al., 2014).

A estratégia de redução de danos, portanto, envolve a compreensão de que mesmo os sujeitos que não desejam parar o consumo ou que não conseguem devem receber cuidados dos profissionais, que

devem oferecer cuidados sem julgamentos de valores, uma vez que o foco é a qualidade de vida do usuário (QUEIROZ et al., 2014).

Nesse sentido, as práticas ainda estão pautadas na abstinência. De acordo com Coelho e Soares (2014), a maior parte das práticas voltadas aos usuários de drogas na APS tem como objeto de cuidado em saúde a unidade dependência-dependente de drogas. Tal realidade ocorre porque o consumo prejudicial foi historicamente considerado pela política de saúde brasileira como doença psiquiátrica, o autor ressalta que as mudanças mais recentes no cenário político não foram capazes de modificar essa realidade.

Por outro lado, os demais profissionais da ESF como médicos, enfermeiros e dentistas pouco ficam sabendo sobre os usuários existentes nas áreas, sabem que existe a problemática, porém, dificilmente, conseguem identificar aqueles que fazem uso, pois não costumam perguntar durante os atendimentos. Durante a realização da pesquisa foi bem comum esses profissionais afirmarem durante as entrevistas “acho que não sei responder, é melhor você procurar o CAPS AD que é o responsável por esse tipo de usuário, aqui atendemos outras demandas” (registrado no diário de campo).

Desse modo, também, é preciso envolver os demais profissionais no AM, uma vez que a ESF deve trabalhar numa perspectiva interdisciplinar, tendo em vista que esse recurso possui um caráter interprofissional, pois visa organizar o processo de trabalho tanto em equipes como em redes de atenção (CASTRO; CAMPOS, 2016).

Por fim, também é importante considerar a família dos usuários, dessa forma os profissionais do CAPS AD, em momentos de AM, podem orientar os profissionais da ESF no que se refere ao trabalho com as famílias, uma vez que nos serviços de atenção primária a família destaca-se bastante, haja vista que são eles quem, inicialmente, buscam ajuda, ademais os agentes comunitários de saúde sentem-se mais seguros ao realizar as intervenções com os familiares dos usuários, como se observa nesse relato: “eu oriento a família, não diretamente. Diretamente a ele não porque eu tenho medo” (Profissional 8).

Além disso, os profissionais acreditam que, com o apoio da família, os usuários sentem mais interesse por algum tipo de intervenção

relacionada ao abuso de drogas e, assim, a probabilidade de participar das ações desenvolvidas pela ESF é maior, como nessa descrição:

[...] muitas vezes esse paciente vem acompanhado com um familiar. Se a família der apoio, ele vai se sentir que realmente tem alguém olhando por ele. Porque o usuário de *crack*, ele por si se abandona" (Profissional 5).

Diversos estudos vêm apontando a importância da família na motivação do usuário para deixar o uso de drogas ou usar de forma menos prejudicial, ao considerar a perspectiva da redução de danos (VASTERS; PILLON, 2011; ARAUJO et al., 2012).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se a escassez de atividades voltadas aos usuários de drogas na ESF, desse modo o cuidado a esse público é pouco resolutivo nesse nível de atenção à saúde. Nesse contexto, o apoio matricial poderia funcionar como uma importante ferramenta para ampliar o cuidado aos usuários de drogas na APS.

As intervenções realizadas nesse nível de atenção, no presente estudo, resumem-se a aconselhamentos com base no senso comum e encaminhamentos realizados para o CAPS AD. Dentre as dificuldades que impedem a realização de outras atividades estão a precária formação dos profissionais sobre o assunto, o medo dos usuários de drogas e o desfalque de profissionais das equipes dos NASF.

Até mesmo o apoio matricial limita-se a atendimentos de alguns profissionais especializados na ESF, assim como avaliação e encaminhamentos de usuários para o CAPS AD. Desse modo, usuários que poderiam ser acompanhados pela ESF acabam sendo referenciados para o CAPS AD.

Ademais, o apoio matricial não ocorre frequentemente e quando acontece é, geralmente, voltado para os transtornos mentais graves, ou seja, o CAPS geral realiza com mais frequência esse trabalho.

Nesse sentido, ressalta-se a importância do apoio matricial na ESF no que se refere ao usuário de drogas, contudo evidencia-se que esse suporte não deve ser voltado apenas para o atendimento clínico dos usuários, pois deve abranger, também, outras atividades que podem ser desenvolvidas na ESF.

## REFERÊNCIAS

ARAUJO, N. B. et al. Perfil clínico e sociodemográfico de adolescentes que permaneceram e não permaneceram no tratamento em um CAPSad de Cuiabá/MT. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 4, p. 227-234, 2012.

ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. Métodos em análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. (Orgs.). **Pesquisa, métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: UEFS, 2010. p. 139-159.

BARROS, M. A.; PILLON, S. C. Programa saúde da família: desafios e potencialidades frente ao uso de drogas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 144-149, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em: 18 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A política do ministério da saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, n. 204, p. 55, Seção 1, pt1, 24 out. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

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

- CANDIOTTO, C.; FOUCAULT. Uma história crítica da verdade. **Trans/Form/Ação**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 65-78, 2006.
- CAPRARA, A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, ago. 2003.
- CASTRO, C. P.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 455-481, jun. 2016.
- COELHO, H. V.; SOARES, C. B. Práticas na atenção básica voltadas para o consumo prejudicial de drogas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 48, n. esp., p. 111-119, 2014.
- CORDEIRO, L.; SOARES, C. B. Processo de trabalho na atenção primária em saúde: pesquisa-ação com agentes comunitários de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3581-3588, nov. 2015.
- COSTA, P. H. A. et al. Metodologia de implementação de práticas preventivas ao uso de drogas na atenção primária latino-americana. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 33, n. 5, p. 325-331, 2013.
- GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde seletiva ou abrangente? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 21-23, 2008.
- HIRDES, A. et al. Prevenção ao uso de álcool e outras drogas e tratamento na Atenção Primária à Saúde em um município do Sul do Brasil. **Aletheia**, Canoas, n. 46, p. 74-89, abr. 2015.
- INGLEZ-DIAS, A. et al. Políticas de redução de danos no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 147-158, jan. 2014.
- JORGE, M. S. B. et al. Possibilidades e desafios do apoio matricial na atenção básica: percepções dos profissionais. **Psicol. teor. prat.** São Paulo, v. 16, n. 2, p. 63-74, ago. 2014.
- MACHADO, D. K. S.; CAMATTA, M. W. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Primária à Saúde. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 224-232, jun. 2013.
- MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013.
- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.; CONSTANTINO, P. Riscos percebidos e vitimização de policiais civis e militares na (in)segurança pública. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 11, p. 2767-2779, 2007.

PAULA, M. L. et al. Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. **Psicol. estudo.**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 223-233, jun. 2014 .

QUEIROZ, I. S. et al. Repertórios interpretativos de profissionais da rede de saúde mental e atenção primária de Belo Horizonte sobre uso de drogas. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 80-93, mar. 2014.

SANTOS, F. F.; FERLA, A. A. Saúde mental e atenção básica no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 63, p. 833-844, dez. 2017.

SANTOS, J. A. T. A.; OLIVEIRA; M. I. F. Implantação de ações para enfrentamento do consumo de drogas na atenção primária à saúde. **Cogitare Enferm.**, v. 18, n. 1, p. 21-28, jan./mar. 2013.

SILVA, S. A.; FRACOLLI, L. A. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 692-705, dez. 2014.

SOUZA, L. M.; PINTO, M. G. Atuação do enfermeiro a usuários de álcool e de outras drogas na Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 14, n. 2, p. 374-83, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v14i2.11245>>. Acesso em: 13 de jan. 2018.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

VASTERS, G. P.; PILLON, S. C. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 1-8, 2011.

## CAPÍTULO 6

# DISPOSITIVOS DE CUIDADO AO ADOLESCENTE COM TRANSTORNOS PSÍQUICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Jamine Borges de Moraes  
Emília Cristina Carvalho Rocha Caminha  
Maria Salete Bessa Jorge

### INTRODUÇÃO

Os princípios que norteiam a atenção psicossocial buscam a reconstrução do espaço social da loucura por meio do resgate da cidadania e atendimento das necessidades de saúde deste sujeito. Para tanto, baseia-se na superação do isolamento e na vida plena em sociedade. Nesta ótica, preconiza-se a concepção de transtorno, disfunção e/ou sofrimento psíquico como estado ou período de evidenciação de sinais e sintomas específicos da mente, passíveis de intervenção terapêutica e de cooperação mútua (AMARANTE, 2011).

Ancorada nos princípios da atenção psicossocial, a assistência à saúde mental no Brasil, construiu novas abordagens terapêuticas. Embasadas nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da atenção psicossocial, estas abordagens preveem acolhimento nos serviços de saúde, acessibilidade, vínculo, corresponsabilização entre os atores sociais envolvidos, autonomia, ações de cuidados no território, participação social e tratamento continuado das pessoas com transtorno mental (LANCETTI; AMARANTE, 2012).

Diante dessa nova perspectiva de produzir saúde mental, preconiza-se, mediante a construção e consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a descentralização das ações em saúde, ocorrendo a integração dos diversos serviços que compõem a rede, dentre eles as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) – com equipes de referên-

cia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) – e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), promovendo, com isso, a construção de arranjos organizacionais com vistas à resolutividade do cuidado em saúde mental.

Como dispositivos de cuidado em Saúde Mental, como cenários da gestão do cuidado em saúde mental, o Ministério da Saúde brasileiro elegeu os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) como serviços especializados para a atenção dos casos mais severos e persistentes em saúde mental, ficando a Atenção Primária à Saúde responsável por atender aos casos leves e moderados, bem como viabilizar ações de cuidados no território, favorecendo a desinstitucionalização e ordenação da demanda e os fluxos na rede assistencial (BRASIL, 2002).

Esses cenários articulados representam a construção de uma nova lógica de cuidados a pessoas em sofrimento psíquico, já que podem contemplar as necessidades de saúde de cada adolescente, provocando mudanças na assistência em saúde mental, deslocando o modelo de atenção centrado na hospitalização para modelos substitutivos e comunitários, que ressaltam a singularidade e a especificidade (CAVALCANTE et al., 2011; BEZERRA et al, 2014).

Contudo, em âmbito nacional, estudos demonstram que profissionais desses serviços nem sempre estão capacitados para o manejo de situações em saúde mental que se apresentam em seu cotidiano assistencial (ESLABAO et al, 2017; PAULA et al, 2011). Esse dado destaca a necessidade de se analisar a conformação do cuidado em saúde mental, principalmente no que se refere à resolutividade no manejo clínico das situações que envolvem sofrimento psíquico, tendo em vista que durante longos períodos da história o que prevaleceu foi a cultura da desassistência.

Como estratégia para superar os obstáculos e promover a integração entre os serviços de saúde mental e a APS recorreu-se a revisão da literatura realizada por Bower et al. (2001) após a revisão, os autores elencaram três estratégias mais frequentemente utilizadas: 1) qualificação da APS para as ações de Saúde Mental; 2) inclusão de profissionais da Saúde Mental na APS; e 3) realização de interconsultas (BOWER et al, 2001).

No Brasil, algumas estratégias foram implantadas com o objetivo de articular a APS e os serviços de saúde mental. Foram criados, em 2008, os NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família, que introduziu profissionais da Saúde Mental na APS. Como cuidado colaborativo foi implantado o Matriciamento em saúde em que uma das atividades consistia em realização de interconsultas.

Embora se confirme os avanços no terreno dos direitos sociais, garantindo a abertura de novos serviços e a mudança no arranjo organizacional da atenção à saúde mental, é imprescindível se pensar em modos de ação e de produção do cuidado que sejam resolutivos. Entende-se, assim, que esse modo de produzir cuidado pode fortalecer a relação profissional de saúde-usuário e potencializar os fluxos de atenção, minimizando erros de encaminhamento e perda de casos.

Ante os aspectos apontados o presente estudo tem como objetivo compreender a produção do cuidado ao adolescente em sofrimento psíquico com ênfase nas estratégias elencadas para promoção da articulação entre a Atenção Primária à Saúde e os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil.

## **MÉTODO**

Esta investigação é de natureza qualitativa, com eixo na Hermenêutica Fenomenológica de Paul Ricoeur (RICOEUR, 1989). Para tanto, centra-se na compreensão das narrativas, procurando entender a multiplicidade de significados presentes nos discursos dos entrevistados.

A pesquisa foi realizada em um CAPSi e uma unidade de saúde da família. Ambos fazem parte da rede de serviços de saúde em Fortaleza, Ceará. Esta rede de serviço está estruturada na rede de atenção básica, que dispõe de uma cobertura de 35% da ESF, sendo esta a terceira maior cobertura do país entre as cidades com mais de 1,5 milhão de habitantes. Integram ainda a rede de saúde 14 CAPS, sendo 6 CAPS gerais, 6 CAPS AD e dois CAPSi. Esses equipamentos estão localizados no município em sete territórios denominados SER.

Desse modo, o *locus* da pesquisa foi um CAPSi, voltado para crianças e adolescentes com transtornos mentais severos e um Centro de Saúde da Família (CSF) cujas ações são organizadas pelas equipes da ESF.

Participaram 22 sujeitos, distribuídos em cinco grupos: grupo I – dois dirigentes ou coordenadores (CAPS e ESF); grupo II – quatro profissionais do CSF integrantes da ESF (três enfermeiros, um médico e um ACS), grupo III – cinco profissionais do CAPS (um psicólogo, dois enfermeiros, um assistente social e um médico) que prestavam cuidados diretos aos adolescentes e atuavam há mais de um ano no serviço; grupo IV – sete adolescentes acompanhados pelos referidos serviços há mais de um ano (quatro do CAPSi e três do CSF) e grupo V – quatro familiares e/ou responsáveis diretos pelos adolescentes.

Vale salientar que a abordagem teórico-metodológica deste estudo permitiu o estabelecimento dos diálogos entre as narrativas, a interpretação, a teoria e as experiências individuais dos participantes. Sendo assim, a busca do entendimento das relações entre as partes do texto e o todo, num processo que perpassa do geral ao particular e vice-versa, dispensa a saturação teórica como balizadora final do número de participantes da pesquisa (CAPRARA; VERAS, 2005).

A produção dos dados ocorreu no período de junho a setembro de 2013, após o envio do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, que avaliou a pertinência deste, os objetivos da pesquisa e os riscos e benefícios a que estariam submetidos os participantes da investigação, de acordo com a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde e lhe forneceu parecer favorável, com número 17.963 (BRASIL, 2012).

Com o intuito de preservar o anonimato dos participantes, adotaram-se códigos de identificação das entrevistas: gestores (dirigente CAPSi e dirigente APS) profissionais de saúde do CAPS (médico CAPS, enfermeiro CAPS, psicólogo CAPS e assistente social CAPS), profissionais da APS (enfermeiro APS, médico APS e ACS), adolescentes (adolescente – numerados de 01 a 07) e familiares (familiar – numerados de 01 a 04).

Foram utilizadas como técnicas de coleta das informações a entrevista em profundidade e a observação sistemática, realizando-se visão

direta das peculiaridades da gestão do cuidado em saúde mental, mais especificamente na dimensão profissional (competência técnica, relações interpessoais e resolutividade às necessidades individuais e coletivas) e organizacional do cuidado em saúde mental (atendimento, agendas, protocolos, reuniões de equipe, planejamento, avaliação, trabalho em equipe, atividades de coordenação e comunicação e função gerencial). A entrevista privilegiou aspectos relacionados ao tratamento, manejo clínico e atividades desenvolvidas pelos profissionais nos serviços.

Para a análise das informações, optou-se pela análise de narrativas baseada na teoria de Ricouer, a qual prevê que o processo analítico diz respeito ao distanciamento, à apropriação, à explicação e à compreensão das experiências vividas em cinco etapas: transcrição das entrevistas em texto; distanciamento (distanciação), interpretação superficial; análise estrutural e compreensão abrangente do texto, denominada de interpretação profunda (RICOEUR, 1989; GEANELLOS, 2000).

Com base no material constituído com as entrevistas dos cinco grupos de participantes, procedeu-se a aproximação com o texto por meio de leituras entre as várias narrativas a fim de estabelecer unidades de sentidos e significados. Esse processo culminou na elaboração dos seguintes temas “Manejo clínico dos casos de transtornos mentais na adolescência e os obstáculos à gestão do cuidado em saúde mental” e “dispositivos de intervenção destinados aos adolescentes com transtornos psíquicos e sua implicação para a gestão do cuidado em saúde mental”, os quais foram interpretados e analisados em articulação com o referencial teórico.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A compreensão da produção do cuidado em saúde mental ao adolescente, no CAPS, CAPSi e na APS norteou os resultados da pesquisa, apontando os temas configurados a partir das unidades de significado, possibilitando, assim, a análise das estruturas relevantes que deram suporte ao aprofundamento dos questionamentos e objetivos da pesquisa.

Nas unidades temáticas que se seguiram de um lado, são revelados impasses e entraves relacionados ao espaço micropolítico e ao macropolítico. E de outro, são desenvolvidas estratégias de cuidado aos adolescentes. Entretanto, essas estratégias também são permeadas de desafios que reverberam na gestão do cuidado e, por conseguinte, na resolutividade e integralidade da assistência aos adolescentes.

## **Tema 1 – Manejo Clínico dos Casos de Transtornos Mentais na Adolescência e os Obstáculos à Produção do Cuidado em Saúde Mental**

Trabalhadores de saúde e familiares demonstram suas experiências de cuidado a partir dos recursos existentes na rede assistencial e apoio, as quais se manifestam tanto a partir da integralidade do cuidado quanto das dificuldades com o atendimento e manejo clínico dos casos.

Ao buscar uma atenção integral e para que o cuidado em saúde mental ao adolescente em sofrimento psíquico se dê no território de maneira satisfatória, há a necessidade de parcerias entre os serviços de saúde (CAVALCANTE et al., 2011). A articulação da atenção primária a uma rede substitutiva de cuidados à saúde mental tem se estabelecido como uma das diretrizes históricas para a consolidação da reforma psiquiátrica brasileira, que reitera a centralidade da constituição de dispositivos de base comunitária e territorial, enquanto equipamentos importantes para que se supere a iatrogenia da assistência à saúde mental hospitalocêntrica (VECCHIA; MARTINS, 2009).

Diante disso, o atendimento a adolescentes em sofrimento psíquico deve fazer parte do cotidiano da APS. Assim, poderá contemplar as necessidades de saúde de cada pessoa que procura o serviço, substituindo o modelo de atenção centrado na hospitalização por modelos substitutivos e comunitários, em que ressaltam a singularidade e a especificidade dos usuários (CAVALCANTE et al., 2011). Se as equipes da ESF se voltam para a promoção da saúde e atenção aos casos leves da comunidade e os CAPSi cuidam de adolescentes em intenso sofrimento psíquico, há uma interseção entre ambas em situações que en-

volvem saúde mental, pois tratam das mesmas pessoas e fazem parte do mesmo SUS (LANCETTI; AMARANTE, 2012).

No entanto, as falas indicam que há uma tendência das unidades de saúde de passar a demanda para o outro serviço, no caso a equipe da APS, costuma “devolver” essa demanda ao CAPSi, muitas vezes por não saber lidar com a situação ou por achar que esta é uma atribuição que não lhes cabe, o que acaba por gerar desassistência do usuário:

O CAPS já é cheio, eles já estão mandando pra gente porque não cabe mais lá e fica nisso, a gente manda pro CAPS e o CAPS manda de volta. Nós tivemos até um caso de um adolescente que matou o pai porque estava em surto, foi pro CAPS o CAPS fez o remédio e mandou de volta (ACS).

Este “estranhamento” entre as equipes pode ser decorrente das tensões produzidas a partir da inexistência de corresponsabilização entre ambas. De um lado, as equipes da APS querem delegar aos especialistas a incumbência pelo cuidado ao adolescente em sofrimento psíquico, de outro, os profissionais de saúde mental pressionam para que a APS assuma os casos de saúde mental (ao menos os casos leves). Esta divisão acaba por prejudicar o próprio usuário, que não vê na rede de cuidados o lugar promover a resolutividade de suas demandas.

Os trabalhadores revelam, ainda, que suas dificuldades em atender os adolescentes com sofrimento psíquico estão associadas à formação. Esta formação, conforme retratam as narrativas, sofreu influência de dois aspectos. O primeiro revela que os profissionais tiveram seu processo de formação ainda no modelo asilar, o que gerou sentimento de frustração, medo e insegurança quanto aos cuidados em saúde mental e o segundo volta-se à formação biomédica, a qual se centra apenas na determinação biológica do processo saúde-doença e desconsidera seus determinantes sociais. Isso conforme um cuidado fragmentado e centrado em procedimentos, sobrepujando à complexidade que envolve os problemas de saúde mental, seus determinantes e sua influência nos aspectos biopsíquicos e sociais.

Os profissionais destacam, em suas narrativas, uma formação deficiente, impossível de garantir cuidados resolutivos e atender às demandas de saúde mental, sobretudo no que se refere aos adolescentes com transtornos psíquicos:

Eu não tenho nenhuma relação com a saúde mental. Nós íamos para o hospital mental, na época não tinha essa história de CAPS (enfermeiro APS).

Na verdade, isso tudo é muito novo, porque assim quando eu me formei, na graduação e a gente quer é clinicar, é fazer procedimento. Nós não somos treinados, como em muitas outras profissões também, nós não somos treinados para a área da saúde mental, principalmente pra atender criança ou adolescente (médico CAPSi).

Nesse sentido, evidencia-se um problema comum aos princípios da atenção psicossocial e condizente com as propostas do SUS, a formação dos profissionais de saúde. Ela é, por vezes, produto da educação tradicional biológico-centrada, com base nos procedimentos técnicos, como acentuam Ceccim e Feuerwerker (2004). Esta formação que induz às práticas reducionistas e centradas em aspectos biológicos, medicalizantes e procedimento-centrada, conforme evidenciada nas narrativas, está em descompasso com os progressos obtidos a partir da Luta Antimanicomial e da Reforma Sanitária Brasileira.

Torna-se premente, portanto, a necessidade de rompimento dos projetos de formação das profissões de saúde e ações assistenciais com a abordagem médica hegemônica, pois conforme ressaltam Silva e Sena a formação profissional não pode ter como referência apenas a doença, o processo diagnóstico e o tratamento, mas deve possibilitar compreensão ampliada das necessidades de saúde (SILVA; SENA, 2008).

Desse modo, a produção do cuidado em saúde mental do adolescente envolve irremediavelmente o campo da complexidade das relações, entre os sujeitos trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde. Diante disto, construir um processo de formação para

trabalhadores de saúde implica atentar-se a esta complexidade e fazer escolhas teórico-metodológicas que expressem um campo de interlocução entre os saberes, não dissociado de um método, de um modo de fazer a formação em saúde (HECKERT; NEVES, 2007).

Ainda que o trabalho em equipe seja destacado como algo essencial para a resolubilidade das ações de saúde mental, os profissionais da APS enfatizam a necessidade de maior integração entre as equipes para que favoreça o planejamento e a oferta de uma assistência mais ampliada. Consideram que, na maioria das vezes, o trabalho dos profissionais é realizado de forma paralela, não interdisciplinar, tratando-se de uma grande falha dos serviços: “É importante a gente trabalhar de forma interdisciplinar, porque às vezes a gente fica muito solto, muito isolado, cada um dentro da sua sala (...)” (médico APS).

A comunicação entre os profissionais é o denominador comum do trabalho em equipe, e é resultado da relação recíproca entre trabalho e interação. No caso do CAPSi, apreende-se que a comunicação entre os trabalhadores está restrita aos momentos das reuniões, e isso pode resultar em tensão nos processos de trabalho. Já na APS não há comunicação entre os profissionais. Neste sentido, para o desenvolvimento do trabalho em equipe é necessário a elaboração conjunta de linguagens, objetivos e propostas, enfim, a elaboração de um projeto assistencial singular construído por meio da execução de intervenções técnicas e comunicação dos profissionais (PEDUZZI, 2008).

Tais considerações concordam com a percepção de que, o fato de uma equipe multiprofissional compartilhar uma situação comum, com a mesma clientela e no mesmo espaço físico, não garante o direcionamento do trabalho em equipe no sentido da integralidade. As atividades podem ser realizadas de forma isolada e justaposta, sem articulação e comunicação. Faz-se necessário conectar os processos de trabalho dos diferentes profissionais, de forma que essa interação permita a construção de um projeto singular, no que se refere às necessidades de saúde dos usuários (BORGES; SAMPAIO; GURGEL, 2012).

O projeto terapêutico, entendido aqui como um dispositivo passível de ser compartilhado por todos os profissionais de saúde e, portanto, importante para a avaliação do cuidado ao adolescente, é

desenvolvido no CAPSi de forma individual. Percebe-se o projeto terapêutico como instrumento potencializador de um cuidado compartilhado, favorecendo o trabalho em equipe integração. Contudo, na elaboração do projeto terapêutico, o CAPSi atua, de modo fragmentado, fragilizando o cuidado aos adolescentes:

Pra ser sincera, ele (o projeto terapêutico) acontece muito fragmentado (...) Por exemplo, se ele tem um atendimento de psicologia e eu sou a profissional de referência, então a gente fica muito nós dois nessa construção, dificilmente um projeto abre para toda a equipe só se for aquele projeto (...) A psicologia traça o dela, eu traço o meu e a psiquiatra traça o dela e a gente acaba conversando sobre isso num momento mais crítico (enfermeira CAPSi).

Percebe-se, assim, que não há compartilhamento do projeto terapêutico, mas “passagem” de casos que são avaliados e pensados por cada membro da equipe de forma isolada. Mesmo havendo um contato entre os profissionais, este ocorre para agendamento da triagem do adolescente, que é, posteriormente, submetido a uma avaliação que definirá seu local de atendimento, que tende a ocorrer dentro de um ou outro serviço. Esses intermináveis encaminhamentos evidenciam a desarticulação das ações, tal como uma relação fragmentada entre os equipamentos, o que inviabiliza um atendimento integral.

Considera-se que a tarefa de produção do plano terapêutico deve ser compartilhada com a equipe, e mais que isso, deve respeitar a participação do usuário de modo que ele seja corresponsável pela construção e andamento do seu projeto. Isso está diretamente implicado em ter consciência dos limites da capacidade de intervenção de cada profissional envolvido, tendo em vista que a complexidade do conhecimento impede que cada um desses sujeitos saiba de tudo, destacando, assim, a necessidade de um corpo coletivo de trabalho, de uma equipe multiprofissional que atue de forma integrada. Para tanto, é preciso que as equipes busquem aprofundar e aperfeiçoar dis-

positivos que permitam o ordenamento da demanda, a qualificação do processo de trabalho e, apesar das limitações estruturais, primar pela resolutividade dos serviços.

Percebe-se que o encaminhamento é a principal forma de contato entre as equipes da APS e do CAPSi. Podemos, ainda, identificar um encaminhamento feito de maneira indiscriminada, cujo objetivo é desresponsabilizar-se pelo adolescente e suas necessidades de cuidado: “Na verdade não existe essa articulação. Existe assim, a gente encaminha (...) É a nossa realidade, a gente não tem muito pra onde mandar” (médico APS).

A lógica do encaminhamento, na qual os usuários do sistema são direcionados a outros serviços, para procurar atendimento e os trabalhadores fazem uso de instâncias burocráticas e hierarquizadas, para se articularem uns com os outros, direciona o cuidado a uma diluição, e não a um compartilhamento sobre os casos (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Diante disso, salienta-se a necessidade do encaminhamento implicado no qual se pede ajuda/apoio para situações que exigem alguma especificidade, buscando o compartilhamento do cuidado. Este tem sido o tipo de encaminhamento preconizado pelo SUS, como um princípio para os cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes, que “exige que aquele que encaminha se inclua no encaminhamento, que se responsabilize pelo estabelecimento de um endereço para a demanda, acompanhe o caso até seu novo destino” relatam Delfini e Reis (2012).

## **Tema 2 – Dispositivos de Intervenção Destinados aos Adolescentes com Transtornos Psíquicos e sua Implicação para a Gestão do Cuidado em Saúde Mental**

Nesta unidade temática, as narrativas revelam os esforços por parte das equipes de articular ações de saúde mental entre os serviços de atenção primária e especializada, como buscar apoio em recursos do território, tais como igrejas e escolas, e o desenvolvimento do matriciamento no cuidado ao adolescente com transtorno psíquico.

A atenção primária tem sido considerada lugar privilegiado para a construção de uma nova lógica de cuidados em saúde mental, já que por sua proximidade com a comunidade, seus profissionais se deparam frequentemente com problema de saúde mental e podem ser um recurso estratégico para o enfrentamento dessas questões. Desta forma, é importante que o CAPSi e as equipes das APS trabalhem de maneira integrada para que ambas compartilhem a responsabilidade pelos casos e garantam melhor resolutividade no manejo das situações que envolvam adolescentes com sofrimento psíquico.

O termo matriciamento ou apoio matricial apareceu nas narrativas, embora não fosse objeto específico deste estudo. Na maioria dos casos, seu uso se refere à forma como as questões de saúde mental têm sido abordadas na APS: “A gente tem o matriciamento que a gente faz. São dois profissionais de referência que vão para o matriciamento (...) Quem faz matriciamento é a assistente social” (assistente social CAPS).

Assim, o matriciamento busca romper com a lógica hierarquizada dos encaminhamentos e assegurar a continuidade do cuidado à pessoa com transtorno mental na atenção primária. Utilizando, para isso, a lógica da horizontalização das ações, empregando recursos terapêuticos do território, favorecendo a vinculação com os usuários, com as famílias e com o próprio território no qual estão inseridos os profissionais, além de capacitação das equipes no cuidado em saúde mental.

Sobre este aspecto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) em seu relatório sobre a integração da saúde mental na atenção primária recomendou a formação de trabalhadores desse nível de atenção, com o intuito de melhorar a capacidade das equipes na identificação e no acompanhamento de pessoas com transtornos mentais. No entanto, enfatiza que esta formação deve incluir a supervisão de um especialista ao longo do tempo, e a criação de um sistema de apoio contínuo para os trabalhadores da atenção primária, para a integração ser bem-sucedida (OMS, 2008).

Chama a atenção os constantes impasses relatados pelos profissionais sobre o que é “caso de CAPS” e o que é “caso de APS” fato este que pode levar os usuários a peregrinarem à procura de atendimento e terminarem, muitas vezes, sem assistência. Pouco tem se questionado sobre a corresponsabilização pelos casos e o trabalho em rede, e quando é feita tal menção é para apontar a desestruturação desta rede, indicando um isolamento dos serviços em si mesmos e uma desarticulação de suas ações:

Na realidade, o cuidado está sendo realizado somente pela APS, na medida do possível, pois falta carro pra fazer visita, falta profissional capacitado, falta uma série de coisas (...) Então, a partir do momento que ele chega a gente identifica transtornos mentais leves que são os casos da APS e que as nossas terapias alternativas seriam prudentes, um grupo, uma terapia comunitária, uma acupuntura (dirigente APS).

O entendimento de que o CAPS tem o papel de atender o usuário apenas em uma situação de crise e depois “reconduzi-lo” para o território nos remete ao modelo manicomial que opera o atendimento dentro de um local específico, para depois devolvê-lo à sociedade. Sabemos que a intervenção terapêutica no contexto social das pessoas tem mais efetividade e, sendo assim, a articulação entre serviços se mostra necessária (PINTO; JORGE, 2012).

Levando em conta que o CAPS é um serviço de base territorial e comunitária, suas ações devem sair de dentro dos serviços e buscar vínculos que possam complementar seus recursos, evitando, assim, uma nova modalidade de cronificação, dentro dos CAPS (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006):

Não adianta dentro do nosso serviço a gente ter um menu de opções se a gente pode acabar vindo na lógica de institucionalização também, de dependência do serviço, de dependência do grupo, daquele profissional (psicólogo CAPS).

Entretanto, obter acesso ao serviço é, portanto, a primeira etapa a ser vencida pelo usuário quando esta parte em busca da solução para o seu problema de saúde. Neste sentido, o acesso pode ser entendido como a distância entre a unidade de saúde e o local de moradia do indivíduo, tempos e meios utilizados para o deslocamento (como filas, local e tempo de espera), tratamento recebido pelo usuário, priorização das situações de risco e possibilidade de agendamento prévio (RAMOS; LIMA, 2003; LIMA et al., 2007).

Nas narrativas, os adolescentes e seus familiares revelam necessidades relacionadas ao acesso, mediante as (in)satisfações apresentadas. Dentre estas, o acesso à marcação das consultas se constituiu como um elemento importante da organização do atendimento no serviço frequentado pelos adolescentes. Porém, eles enfatizam que o acesso à marcação das consultas não é mais difícil, o entrave é focalizado no tempo de espera que eles aguardam até chegar o dia de serem atendidos.

Além disso, eles percebem, na lógica da organização do serviço, outro entrave relacionado à dificuldade no acesso aos serviços. Por meio de seus relatos, percebe-se que a demora no atendimento gera insatisfação e, muitas vezes, desistência da assistência que seria oferecida:

Eu chego e fico esperando aí a mulher me chama, mesmo o horário sendo marcado às vezes demora um pouco. No geral, eu gosto daqui. O problema é o horá-

rio, porque às vezes demora muito (adolescente 05). Eu não tenho do que reclamar não. Toda vez que eu chego ele (o adolescente) (...) sempre consegue atendimento (familiar 02).

No que diz respeito ao projeto terapêutico, observa-se que o adolescente é um sujeito passivo perante sua construção terapêutica, assim como seu familiar:

A gente escolhe o grupo de acordo com o perfil. Os mais comprometidos vão pro grupo de intensivos comigo. Os adolescentes com melhor desenvolvimento motor, melhor desenvolvimento cognitivo aí eles vão para outro grupo. Os adolescentes que têm problemas com álcool e outras drogas aí já vão pra outro grupo. Então é perfil (assistente social CAPS).

Os grupos com adolescentes são ofertados a partir da demanda que há no serviço ou por temática, como por exemplo o “grupo resgate de autoestima”, com adolescentes que vivenciam sofrimento psíquico, envolvendo tristeza e ansiedade; “grupo redução de danos”, que envolve os adolescentes em uso problemático de substâncias psicoativas; “grupo estimulação cognitiva”, que utiliza dinâmicas e atividades lúdicas para estimular adolescentes com atraso cognitivo; e os “grupos de intensivos”, que é para os adolescentes que apresentam transtornos graves. Questiona-se, assim, se a organização dos grupos por diagnósticos não estaria apenas centrado na doença, no modelo biomédico e do olhar direcionado para patologias específicas, onde agrupa sujeitos por similaridade de sinais e sintomas.

Apreende-se na observação e nas narrativas dos trabalhadores que o trabalho terapêutico em grupos precisa ser concebido na dimensão das necessidades dos sujeitos participantes. Esse tipo de dispositivo exige uma objetivação clara em sua finalidade, evitando, assim, a banalização de sua ocorrência, no entanto alguns grupos terapêuticos promovidos pelos CAPSi evidenciam um foco na doença.

O significado do grupo para os sujeitos envolvidos precisa ser exposto e expresso de forma particular a cada um dos participantes, e não somente acontecer devido à obrigatoriedade de uma rotinização do serviço. No âmbito dos serviços que dão suporte ao modo psicossocial de atenção à saúde mental como os CAPS, o dispositivo grupal apresenta-se como um importante meio de intervenção, atuando como fator de desnaturalização do sofrimento e de potencialização da construção de modos coletivos de existência que driblem a exclusão e a negação do potencial de vida (SOUSA; PINTO; JORGE, 2010).

Portanto, a participação, a corresponsabilização do adolescente é fundamental no seu processo terapêutico, pois sem ela não se efetivam ações emancipatórias, que melhorem a qualidade de vida do sujeito. Para o adolescente ser um sujeito ativo, participante em alguma atividade terapêutica, ele precisa se identificar com a atividade sugerida, como a música deve ser escolhida por eles; a imagem deve trazer situações do cotidiano dos adolescentes. É preciso respeitar a singularidade de cada um.

Percebe-se, portanto, que o planejamento da trajetória dos usuários no CAPSi não ocorre por meio da elaboração do projeto terapêutico, segundo sua conceituação, pois este deve estar relacionado à gestão do cuidado, onde trabalhadores e usuários devem estar implicados em articular, ao mesmo tempo, a operação e a gestão do cuidado. A ampliação das percepções das necessidades de saúde e a centralidade nos usuários podem transformá-lo em dispositivo para gerar reflexão nas práticas em saúde. Entende-se que este dispositivo é artifício o qual dispara movimento, ação/reação, reflexão e mobilização no outro (OLIVERIA, 2008).

## **Conclusões...**

O estudo aponta que a assistência ao adolescente com sofrimento psíquico nos serviços substitutivos reflete avanços na construção do modelo de atenção psicossocial, porém apresenta-se marcada pela

emergência de contradições e ampla problemática, trazendo repercussão na gestão do cuidado.

Entre as estratégias a serem desenvolvidas, a implementação de processos de educação permanente com vista ao empoderamento frente a resolução dos problemas de saúde mental e seus determinantes, estímulo ao trabalho interdisciplinar, flexibilização do cronograma de atendimento dos serviços para que seja dada oportunidade de acolhimento e condução dos casos de saúde mental, constituem possibilidades de organização e fortalecimento das práticas inovadoras no campo da saúde mental.

O estudo desenha a conjuntura da assistência, problematizando e propondo a todo instante um novo pensamento e um novo agir com/no/para este adolescente. Elencam-se, assim, problemáticas que urgem de transformação para que se consolidem e se fortaleçam os princípios do Sistema Único de Saúde, reaquietando não somente o movimento pela Reforma Sanitária, mas também promovendo o debate em torno da Reforma Psiquiátrica.

Ainda que se tenha como “justificativa” dos entraves a precária formação dos atores sociais em saúde, torna-se imperativo (re)construir um modelo de saúde que preconiza uma prática pautada nos princípios de universalidade, equidade e integralidade e por outro lado forneça as ferramentas necessárias para a consolidação desta prática.

## REFERÊNCIAS

ALVERGA, A.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização da loucura. **Interface Comum Saúde Educ.**, v. 10, n. 20, p. 299-316, 2006.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 3. ed. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz, 2011.

BEZERRA, I. C. et al. “Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”: processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface (Botucatu)**, v. 18, n. 48, p. 61-74, 2014.

BORGES, M. J. L.; SAMPAIO, A. S.; GURGEL, I. G. D. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n.1, p. 198-207, 2012.

BOWER, P. et al. The treatment of child and adolescent mental health problems in primary care: a systematic review. **Family Practice**, v. 18, n. 4, p. 373-382, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONESP. Normas para pesquisas envolvendo seres humanos. **Resolução CNS 466**. Série Cadernos Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília, 2002.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 16, p. 2033-42, 2007.

CAPRARA, A.; VERAS, M. S. C. **Hermenêutica e narrativa**: a experiência de mães de crianças com epidermólise bolhosa congênita. **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 131-46, 2004-2005.

CAVALCANTE, C. M. et al. Desafios do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. **Rev. Bras. Promo. Saúde**, v. 24, n. 2, p. 102-8, 2011.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 32-49, 2004.

DELFINI, P. S. S.; REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 357-66, 2012.

ESLABAO, A. D. et al. Rede de cuidado em saúde mental: visão dos coordenadores da estratégia saúde da família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, 2017.

GEANELLOS, R. Exploring Ricoeur's hermeneutic theory of interpretation as a method of analysing research texts. **Nursing Inquiry**, v. 7, n. 2, p. 112-9, 2000.

HECKERT, A. L. C.; NEVES, C. A. B. N. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; BARROS, M. E. B. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 145-160.

LANCETTI, A; AMARANTE P. D. C. Saúde mental e saúde coletiva. In: AKERMAN M., DRUMOND JR. M.; CAMPOS, G. W. S., CARVALHO, Y. M.; MINAYO M. C. S. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo (SP): Hucitec Editora, 2012. p. 615-67.

OLIVEIRA, G. N. **O projeto terapêutico nos modos de produzir saúde**. São Paulo (SP): Aderaldo & Rothscild, 2008. 202 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). World Health Organization and World Organization of Family Doctors (Wonca). **Integrating mental health in-toprimary care: a global perspective**. 2008.

PAULA, C. S. de et al. Atuação de psicólogos e estruturação de serviços públicos na assistência à saúde mental de crianças e adolescentes. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 81-95, dez. 2011 .

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe. In: PEREIRA, I. B. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro (RJ): EPSJV, 2008. 198 p.

PINTO, A. G. A. et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 653-60, 2012.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, v. 19, n.1, p. 27-34, 2003.

RICOEUR, P. **Do texto à ação**: ensaios de hermenêutica II. Porto: Rés-Editora, 1989.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. Integralidade do Cuidado na Saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 42, n. 1, p. 48-56, 2008.

SOUSA, D. L. M.; PINTO, A. G. A.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações e o cuidado do outro nas abordagens terapêuticas grupais do centro de atenção psicossocial de Fortaleza-Ceará. **Texto Contexto Enferm.**, v. 19, n. 1, p. 147-54, 2010.

VECCHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para implementação das ações. **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, v. 13, n. 28, p. 151-64, 2009.

## CAPÍTULO 7

# **“Não temos nenhuma equipe matricial funcionando [...]”: MATRICIAMENTO COMO DISPOSITIVO DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**

Indara Cavalcante Bezerra  
Maria Salete Bessa Jorge

### **INTRODUÇÃO**

A reforma psiquiátrica surgiu no Brasil em meados da década de 70, desenvolvendo um censo crítico do modelo assistencialista dos hospitais psiquiátricos. Maus-tratos, péssimas condições de trabalho, ausência de perspectivas de melhoria, entre outros, motivaram trabalhadores e usuários a se mobilizarem quanto às práticas desenvolvidas dentro dos manicômios (AMARANTE, 1995; ABREU JÚNIOR e CARVALHO, 2012).

A partir desse cenário, surgiram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), cujo objetivo central era substituir os manicômios, possibilitando ao indivíduo com transtorno mental a assistência no âmbito da sua própria comunidade (QUINDERÉ et al., 2013). Desse modo, os CAPS assumiram um importante papel no âmbito das novas práticas de saúde mental, configurando-se como dispositivos estratégicos para a transformação do modelo hospitalocêntrico.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi criada na década de 90, como estratégia de potencialização dos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de reestruturar o antigo modelo de assistência à saúde, focado apenas na doença. Sua estrutura é composta por uma equipe multidisciplinar em saúde, cujos integrantes, além de realizar ações curativas, agregam ações de promoção e prevenção da saúde, na perspectiva de construir o cuidado mais próximo do ambiente em que o sujeito está inserido (MONTEIRO, FIGUEIREDO e MACHADO, 2009).

A ESF é uma importante aliada nos cuidados às pessoas com transtornos mentais, pois se observa que grande parte dos usuários encaminhados aos serviços especializados não possui, *a priori*, uma demanda específica que justifique a necessidade de uma atenção especializada.

Conceitualmente, o apoio matricial refere-se a um apoio teórico-pedagógico que objetiva promover a capacitação de uma equipe profissional, a partir do trabalho e orientação em conjunto com uma equipe de referência, podendo ser, por exemplo, a equipe interdisciplinar do CAPS, servindo de referência para a equipe multiprofissional da ESF. Assim, este contato oportunizado por meio do matriciamento permite que os profissionais da rede básica de saúde tenham um maior entendimento sobre a saúde mental e suas questões, podendo, dessa maneira, atuar como catalisadores no processo terapêutico e na reinserção social dos indivíduos (JORGE, SOUSA e FRANCO, 2013).

Gastão Wagner de Campos foi um dos percussores a operar a estratégia do apoio matricial, quando, em 1999, propôs a superação da lógica vertical de conhecimento, a partir das relações de poder centradas nas concepções biomédicas, buscando a interação entre equipes. Nesse caminho, busca-se subverter a lógica de encaminhamentos, referências e contrarreferências, nas quais não necessariamente articulam as ações em rede e que transferem a responsabilidade do cuidado com essas condutas (CAMPOS e DOMITTI, 2007; CHIAVERINI et al., 2011).

O apoio Matricial adota, como princípio, a transversalização das equipes, na qual a ESF tem a ordenação do cuidado longitudinal e a equipe de apoio matricial como um suporte oferecido de modo a poder “ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações” (FIGUEIREDO e CAMPOS, 2009), principalmente às equipes matriciadoras do CAPS, em relação à atenção primária à saúde (APS).

Trata-se, portanto, de uma estratégia teórico-metodológica potente em processos de cogestão de coletivos, centrada nas ferramentas do apoio institucional, apoio matricial e clínica ampliada e compartilhada. São três dimensões que se capilarizam na rede de atenção, por meio da relação do apoiador com a gestão, trabalhadores e serviços;

na perspectiva da interdisciplinaridade e com foco na ampliação da concepção de saúde, a partir de ferramentas, como o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que oportunizam a corresponsabilização do cuidado, do atendimento e da assistência (SILVA, 2015).

Assim, o matriciamento objetiva desenvolver as habilidades dos profissionais da ESF, a fim de construir os planos terapêuticos dos pacientes com transtornos mentais, de modo ampliado e consoante com as realidades vividas. A realização do apoio matricial gera, ainda, subsídios para que os profissionais da APS tornem-se capazes de intervir e conduzir os casos mais simples de saúde mental de sua área adscrita, possibilitando o acesso aos serviços de saúde e a um plano terapêutico individualizado e resolutivo (QUINDERÉ et al, 2013).

Em termos práticos, a equipe matriciadora torna-se responsável por conduzir as ações e acompanhamento de determinados casos de saúde mental, ao longo de um período, observando a subjetividade peculiar de cada indivíduo, a fim de promover a inserção social, o resgate do convívio familiar (TÓFOLI, 2007).

No bojo dessas considerações, surgem questionamentos sobre quais avanços e desafios são pertinentes ao Apoio Matricial. Como se pode aproximar o cuidado em Saúde Mental da realidade da Atenção Primária em Saúde?

Portanto, o presente capítulo objetivou analisar, com base nas concepções, saberes e práticas de gestores, trabalhadores de saúde e usuários, o apoio matricial nos serviços, identificando os avanços e desafios encontrados neste processo.

## **METODOLOGIA**

Este estudo representa um extrato de um projeto maior denominado “Organização da rede regional de saúde e sua interface com a saúde mental no Estado do Ceará: dimensões política, econômica, social, organizacional, tecnológica e simbólica”, financiado pelo CNPq, FUNCAP e PPSUS e executado pelo Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE).

A pesquisa foi realizada na macrorregião de Fortaleza, contemplando a 1ª Região de Saúde (municípios de Fortaleza, Aquiraz, Euzébio e Itaitinga) e a 22ª Região de Saúde (composta pelos municípios de Cas-cavel, Beberibe, Chorozinho, Horizonte, Ocara, Pacajus e Pindoretama).

A 1ª região de saúde foi escolhida por apresentar entre seus municípios a capital do Estado, Fortaleza, que representa a atual referência de atendimentos de média e alta complexidades de algumas regiões de saúde, entre elas a 22ª que, atualmente, encontra-se com a sede da sua Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) juntamente com a da 1ª CRES.

O recorte realizado para a confecção do presente capítulo engloba a dimensão qualitativa da pesquisa, especificamente aos trechos em que foram abordados o tema do ‘apoio matricial’. As informações sobre matriciamento foram extraídas da fala dos participantes que eram: dirigentes e gestores locais, regionais e estaduais do SUS, trabalhadores de saúde dos serviços assistenciais envolvidos no processo de regionalização – Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospitais e Unidades de Atenção Primária à Saúde – e usuários atendidos nas duas regiões de saúde comentadas anteriormente (quadro 1).

**Quadro 1 - Participantes do estudo e critérios de seleção**

<b>Grupo</b>	<b>Representação</b>	<b>Crítérios de seleção (exclusão e inclusão)</b>	<b>Identificação</b>	<b>Sujeitos (N)</b>
I – Gestores e Dirigentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secretário Estadual de Saúde;</li> <li>• Secretários Municipais de Saúde;</li> <li>• Coordenadores Regionais de Saúde;</li> <li>• Dirigentes de hospitais;</li> <li>• Dirigentes de CAPS;</li> <li>• Dirigentes de ESF.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsável pela coordenação indicada há no mínimo um ano.</li> </ul>	<b>Grupo1</b>	<b>56</b>
II – Trabalhadores de saúde da ESF	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabalhadores de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, técnicos e auxiliares de enfermagem, agentes de saúde, entre outros) das unidades e serviços de saúde do SUS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vinculação à função há um período mínimo de seis meses.</li> </ul>	<b>Grupo2</b>	<b>176</b>
III – Usuários dos serviços da rede de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuários dos serviços da rede de saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cadastrados e atendidos na rede de saúde do SUS</li> </ul>	<b>Grupo3</b>	<b>132</b>

Fonte: Elaborado pelos autores.

Para a coleta das informações foram utilizadas as técnicas de entrevista semiestruturada, grupo focal e observação sistemática do campo. Para análise do material, utilizou-se o método hermenêutico de análise fundamentado em Minayo (2008).

O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e a pesquisa de campo só foi iniciada após sua aprovação, sob parecer de número 229.745

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Cuidado integral em saúde mental perpassa pela compreensão da amplitude do sofrimento psíquico para além das questões orgânicas e a realização de procedimentos técnicos, considerando, assim, o meio biopsicossocial que cerca o indivíduo e a saúde como um direito inerente ao ser humano (PINTO e CAVALCANTE et al., 2011).

É necessário que a APS, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), e atenção secundária, aqui representada pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), fortaleçam suas estratégias de articulação, proporcionando um estreitamento de seus laços dialógicos, de modo a ofertar um cuidado integral a seus usuários.

O matriciamento configura-se como um suporte técnico especializado e uma alternativa de reordenamento dos fluxos na rede (DIMENSTEIN et al., 2009). Visa desconstruir a lógica hierarquizada dos procedimentos burocráticos de referência e contrarreferência que engessam o fluxo dos usuários na rede assistencial e acarretam em desassistência, descontinuidade e (des)responsabilização do cuidado e acompanhamento dos casos.

Na 22ª Região de Saúde do Estado do Ceará, observa-se que as ações de apoio matricial em saúde mental no território permanecem como um desafio, visto que nunca houve uma implantação efetiva dessa estratégia.

Matriciamento, que é um ponto fundamental, matriciamento em saúde mental, particularmente aqui, e que é um ponto que aqui ainda está em aberto, não está estruturado [...] e isso gera uma série de problemas na rede de atenção (Grupo 1- gestores).

Nós sabemos da existência do matriciamento, mas aqui no município não temos ainda essa articulação com o pessoal do CAPS, o que ocorre é mesmo o encaminhamento para lá, o profissional avalia e encaminha o paciente (Grupo 2- trabalhadores da ESF).

Em Fortaleza, na primeira Região de Saúde, os trabalhadores afirmam que já houve o apoio matricial organizado, mas que foi desconstruído após a mudança da gestão municipal.

Aqui em Fortaleza, especificamente na SER IV, tínhamos o matriciamento funcionando com cobertura em todos os postos da atenção primária, exceto um. Mas, atualmente, não temos nenhuma equipe funcionando (Grupo 2 – trabalhadores do CAPS).

Para Nunes, Jucá e Valentim (2007), a inexistência de práticas de saúde mental na atenção básica está associada ao fato dos profissionais não terem conhecimento acerca do processo de reforma psiquiátrica, não serem capacitados para atuarem junto aos casos de transtornos mentais, às péssimas condições de atendimento dos casos nas unidades básicas de saúde, pela inexistência de medicações psiquiátricas para fornecer aos pacientes, a inexistência de uma Rede de Atenção Psicossocial de suporte, e mesmo na existência desta uma carência de entrosamento com os serviços especializados da área que funcionem com retaguarda e permitam a referência rápida em caso de necessidade.

Os trabalhos de Quinderé et al. (2013) e Silva (2015) evidenciam o despreparo técnico das equipes da APS para lidar com questões relacionadas à saúde mental, o que acaba dificultando a corresponsabilização e a produção do cuidado pelos casos de saúde mental que chegam ao serviço.

A falta de articulação entre os serviços de saúde mental do nível especializado e os serviços de atenção básica pode gerar uma descon-tinuidade da assistência. Na composição hierárquica do sistema de saúde há uma predominância dos fluxos do menor nível hierárquico para o maior, não havendo caminhos alternativos para esse fluxo. O caminho vertical e burocratizado promove estrangulamentos nos pontos de articulação que impedem uma mobilidade da população aos níveis superiores da hierarquia. Como um dos pontos de estrangulamento, vale citar as dificuldades de acesso da população às unidades básicas de saúde, para solicitação das guias de referência para centros de referências secundária e terciária, nessa lógica o que ocorre é a busca direta pelos centros de maior hierarquia, ocasionando grandes filas e, muitas vezes, na falta de atendimento e, conseqüentemente, baixa resolubilidade da assistência (OLIVEIRA; CARVALHO; TRAVASSOS, 2004).

Dentre os diversos limites encontrados acerca da articulação entre APS e CAPS, viabilizada pela equipe matriciadora, um dos principais é o não reconhecimento, por parte dos profissionais da APS, da demanda de saúde mental como sendo legítima de sua alçada. Assim, os profissionais da ESF não atribuem para si a responsabilidade de acolher e cuidar desses sujeitos, pois, segundo suas concepções, essa demanda não os pertence, mas para eles cabe, exclusivamente, aos serviços substitutivos, como os CAPS. Essa questão acaba refletindo diretamente na estruturação dos processos de trabalho dos atores que atuam nesse território, aqui se configurando através de um processo contínuo de desresponsabilização pelos casos de saúde mental que surgem (MACHADO e CAMATTA, 2013; QUINDERÉ et al., 2013).

Doravante o desafio enunciado, por outro lado, dada a investigação no território, percebeu-se uma possibilidade mais concreta da articulação entre ESF e CAPS na RAPS de Cascavel, embora seja uma experiência municipal, essa é aqui destacada não como uma avaliação comparativa, mas como um apontamento do caminho de possibilidade de implantação do matriciamento em saúde, dado o avanço percebido dessa e de outras ações de saúde mental na atenção primária desenvolvidas no município de Ocara (22ª Região). Como se constata nos discursos a seguir:

A gente está implantando aqui o apoio matricial, que a gente deu início desde abril. Começou primeiro com o encontro com os médicos e enfermeiros, onde foi discutido, sensibilizado, e os trabalhadores ficaram muito animados, dizendo ser o que estava faltando [...]. O matriciamento é uma forma da gente estar saindo dessa centralização no CAPS, há outro ponto que também que tem sido forte, o CAPS nas comunidades, a nossa terapeuta ocupacional, por exemplo, hoje pela manhã ela tá fazendo encontro para o público de esquizofrenia, bipolares, retardo mental nas comunidades, então, saem daqui, são seis grupos nas localidades e um que se desenvolve aqui em vários pavimentos da sede (Grupo 2 - trabalhador do CAPS),

Nós começamos agora o matriciamento no município, já teve o primeiro encontro e foi bastante animador, agora nós estamos utilizando não só a ficha de encaminhamento, tem esse (outro) formulário, pois a intenção com o matriciamento é que fique tudo aqui registrado. Fora que tem também ações aqui e em outras localidades que o pessoal do CAPS está fazendo, são grupos aqui na atenção básica, aqui nós conseguimos fazer e tem aumentado o número de usuários (Grupo 2- trabalhador da ESF).

Para Campos e Domitti (2007) o apoio matricial torna-se relevante para racionalizar o acesso e o uso de recursos especializados, alterando-se ainda a ordenação predominantemente multidisciplinar do sistema para outra mais consoante com a interdisciplinaridade. A aproximação entre as equipes ESF e CAPS, assim como a atuação interdisciplinar, apontam para uma acessibilidade nos seus múltiplos aspectos, não se restringindo apenas pelo uso do serviço em si, mas pela continuidade do cuidado, pela resposta dada à demanda dos usuários e pela resolubilidade da assistência prestada de forma integral.

Destarte, entende-se que, quando há um maior comprometimento na implantação e aplicação do matriciamento, surgem novas

possibilidades de articulação entre os níveis de assistência. Como bem destaca Dimenstein et al. (2009), o matriciamento objetiva a superação da lógica dos encaminhamentos, possibilitando uma corresponsabilização entre as equipes de saúde envolvidas, tanto da atenção básica, quanto especificamente da saúde mental. Com isso, tanto a equipe de saúde básica passa a ser mais resolutiva na assistência aos casos de transtorno mental, que emergem no território, quanto melhora qualitativamente o fluxo de acompanhamento do usuário na rede de cuidados, no que diz respeito aos serviços especializados em saúde mental.

Com efeito, a reforma psiquiátrica não pode avançar se o cuidado em saúde mental não for expandido e incorporado à atenção primária. Direcionar fluxos, gerenciar demandas e articular serviços, para que se produza um cuidado em rede, é a premissa básica do apoio matricial, tornando-se imprescindível no atual cenário da saúde coletiva (DIMENSTEIN et al., 2009).

A terapêutica não pode se restringir à medicação como *locus* privilegiado do cuidado e fica claro a necessidade de outras modalidades terapêuticas, que incluem a humanização do cuidado, acolhimento, equipes interdisciplinares, entre outras (FIORATI e SAEKI, 2013). O apoio matricial se mostra potente nesse sentido, entretanto, os desafios apresentados precisam ser vencidos para a efetivação e a garantia de uma atenção de qualidade aos usuários da APS, que necessitam de cuidados de saúde mental.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O apoio matricial necessita da implementação de medidas que solidifiquem esta prática, tal como uma política de assistência em saúde mental, que priorize tal ferramenta, a qual contribui para a resolutividade dos problemas de saúde, superando a lógica da especialização e da fragmentação do trabalho na própria área de saúde mental.

Este estudo evidencia o matriciamento como dispositivo efetivo no desenvolvimento das habilidades profissionais, ampliando o olhar

sobre o território, usuários e familiares, ao mesmo tempo em que amplia o espectro de suas ações.

Para garantir um espaço de cuidado integral, humanizado e formador de vínculos, onde são estabelecidas trocas de saberes, por meio das relações intersubjetivas entre os profissionais de diferentes serviços de atenção envolvidos no cuidado dos usuários, o Apoio Matricial deve ser visto como uma estratégia que deve permear o cotidiano dos serviços, para que sejam repensados saberes e práticas, e, só assim, desenvolver uma *práxis* consoante com os preceitos da reforma psiquiátrica.

Dentre os desafios encontrados na implementação do apoio matricial, a falta de sensibilização e de conhecimento técnico e teórico por parte dos gestores e de profissionais para lidar com os usuários dos serviços de saúde mental, por parte das equipes da APS, traduz-se na resistência dos profissionais em participar do matriciamento e, ainda, evidencia uma postura de ‘desresponsabilização’ adotada por alguns profissionais, que proporcionam o encaminhamento de muitos casos à Atenção secundária, mas que poderiam ser acompanhados na APS.

Muito ainda precisa ser conquistado para que o matriciamento atinja o seu objetivo de tornar-se um catalizador na efetivação da reforma psiquiátrica brasileira. Assim, é sabido que não será a institucionalização de mais um programa por linha de cuidado na atenção básica (ESF) ou mesmo o cumprimento de uma meta avaliativa que trará uma adequada ação da ESF em relação à demanda de saúde mental. Reconhece-se que é preciso que cada serviço incorpore a saúde mental e sua transversalidade em todas as linhas de cuidado, não podendo ser pensada isoladamente como responsabilidades eminentemente específicas de cada um dos pontos de atenção.

## REFERÊNCIAS

ABREU-JUNIOR, M. L. de; CARVALHO, E. V. D. O discurso médico-higienista no Brasil do início do século XX. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 10, n. 3, p. 427-451, 2012.

- AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 11, n. 3, p. 491-494, 1995.
- CAMPOS, G. W. D. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.
- CHIAVERINI, D. H.; GONÇALVES, D. A.; BALLESTER, D.; TÓFOLI, L. F.; CHAZAN, L. F.; ALMEIDA, N.; FORTES, S. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.
- DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A. K.; BRITO, M.; PIMENTA, A. L.; MEDEIROS, V.; BEZERRA, E. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e sociedade**, v. 18, n. 1, p. 63-74, 2009.
- FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009.
- FIORATI, Regina Célia; SAEKI, Toyoko. As dificuldades na construção do modo de atenção psicossocial em serviços extra-hospitalares de saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 97, p. 305-312, 2013.
- JORGE, M. S. B.; SOUSA, F. S. P.; FRANCO, T. B. Apoio matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde/Matrix support: device for resolution of mental health clinical cases at the Primary Health Care/Apoyo matricial: dispositivo para resolución de casos clínicos de salud mental en la Atención Primaria de Salud. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 5, 2013.
- MACHADO, D. K. S.; CAMATTA, M. W. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a saúde mental e a atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 224-32, 2013.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. D. F. A. S. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 2, p. 358-364, 2009.
- NUNES, M. J.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, 2007.

OLIVEIRA, E. X. G. de; Carvalho, M. S.; TRAVASSOS, C. Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 386-402, 2004.

PINTO, D. M., PINTO, A. G. A.; Cavalcante, C. M. A. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 3, 293, 2011.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; NOGUEIRA, M. S. L.; COSTA, L. F. A. D.; VASCONCELOS, M. G. F. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2157-2166, 2013.

SILVA, M. L. B. **A atenção à crise e o apoio matricial**: analisadores da estratégia atenção psicossocial. 2015.

TÓFOLI, L. F.; PINHEIRO, R. Desinstitucionalização e integralidade no sertão cearense. In: PINHEIRO et. al. **Desinstitucionalização da Saúde Mental**: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro, CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007.

**PARTE III**

**EXPERIÊNCIAS E RESOLUBILIDADE DA**  
**ATENÇÃO**

## CAPÍTULO 8

# RESOLUBILIDADE EM SAÚDE MENTAL E O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO MATRICIAMENTO: O CASO DE UM MUNICÍPIO CEARENSE

Maria Salete Bessa Jorge  
Roberta Sampaio de Brito Mamede  
João Henrique Cordeiro  
Jamine Borges de Moraes  
Adriano Rodrigues de Souza

### INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica, fruto de grandes esforços para alcançar uma maturidade teórica e política, tem como objetivo estabelecer uma rede de atenção psicossocial – percebendo o ser humano como ser dotado de necessidades diversas e coexistentes, para além de partes isoladas e fragmentadas do cuidado.

No contexto da reforma psiquiátrica, o paradigma da atenção psicossocial busca a reconstrução do espaço social da loucura, baseando-se na superação do isolamento e enfatizando a vida plena em sociedade (AMARANTE, 2009). Diante dessa perspectiva de se produzir saúde mental, preconiza-se, mediante a construção de Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) a descentralização dos serviços e ações em saúde e sua integração por meio de sistemas de apoio que possibilitem a integralidade do cuidado em Saúde Mental.

Assim, a RAPS tem se proposto a ser mais do que uma estrutura assistencial e tem se tornado um organismo, ou melhor, uma comunidade, pois a rede é viva, possuindo caminhos que se abrem e que se fecham à medida que se expandem (AMARANTE, 2007). Por conta disso, compreende-se o funcionamento desta rede, repleta de territórios e agenciada pelas relações com os usuários e os equipamentos

de saúde, buscando identificar os caminhos que ela faz no interior do Sistema Único de Saúde (SUS).

Contudo, pensar os cuidados em saúde mental no território ainda se constitui um desafio. Com a ampliação dos quadros psíquicos, consequência de novas patologias, aumento e envelhecimento populacional e os agravos cotidianos da atualidade, os equipamentos integrantes da RAPS encontram-se em um processo de estrangulamento assistencial. Além disso, para se garantir a integralidade da atenção é necessário ir além da mudança estrutural e organizacional dos serviços de saúde, é imprescindível uma transformação nas práticas.

Nesse contexto, evidencia-se a necessidade de diversas formas de cuidado, pois o processo de sofrimento psíquico de um indivíduo influencia em seu meio familiar e na comunidade da qual pertence (QUINDERÉ et al., 2013). Fato que afeta bastante a tentativa de consolidação da Reforma Psiquiátrica, pois os discursos dos contrarreformistas, apoiados pelo mercado, levam no seu contexto a “desassistência” provocada com a desinstitucionalização do sujeito com doença mental.

De acordo com o Ministério da Saúde, a resolubilidade é papel do SUS, e visa que as equipes da rede tenham a capacidade de atender à demanda solicitada pelos usuários, seja qual for o nível de complexidade que apresentem (BRASIL, 2010). Fundamental para a descentralização da assistência em saúde mental, a resolubilidade implica que há muito a ser feito, isso porque a proposta do SUS é de instituir um sistema que se reinventa constantemente, de acordo com a realidade dos usuários. Assim, torna-se fundamental a importância do preparo da equipe para receber a multiplicidade de demandas que os usuários trazem junto à sua queixa principal, pois o ser humano é sempre contextual, fazendo estes problemas ainda mais complexos do que aparentam.

O entendimento do sujeito como ser complexo, que demanda práticas articuladas, ultrapassando a lógica medicamentosa, privilegiando a interdisciplinaridade dentro dos serviços e a intersetorialidade da RAPS, deve ser o mote para uma assistência que se pretende integral, igualitária, universal e resolutiva (NASI et al., 2009).

Portanto, o cuidado em saúde mental no território passa a ser evidenciado com a mudança do paradigma hospitalocêntrico para a perspectiva da atenção psicossocial e, nesse contexto, são instituídos os serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que oportunizam o tratamento e a reabilitação das pessoas com transtorno mental em meio à comunidade.

Todavia, percebe-se que um único serviço não é capaz de dar conta de todas as necessidades de saúde dos indivíduos e que, portanto, a proposta de operacionalizar um sistema de saúde em rede exige uma integração entre serviços e, desse modo, é preciso que o cuidado em saúde mental seja estendido a todos os níveis de atenção, em especial à Atenção Primária à Saúde (APS).

Pensar a produção do cuidado em saúde mental pelas equipes da APS também nos coloca a refletir sobre quais estratégias de gestão e atenção vêm sendo tomadas frente a descentralização dos serviços prestados nessa área. É sabido que APS agrega responsabilidades diversas que vão desde o atendimento à criança até o cuidado à pessoa idosa, atuando na assistência à saúde e à doença. Esse complexo sistema que forma a APS exige profissionais com capacidades múltiplas que sejam qualificados a resolver os problemas de saúde da população, ao mesmo tempo em que promovem saúde e previnem doenças. Entretanto, a formação dos profissionais de saúde foi historicamente de cunho positivista, centrado em um modelo biomédico, pautado em práticas curativas e medicamentosas o que dificulta, sobremaneira, a realização de uma assistência que privilegie a subjetividade do sujeito.

Emerge como estratégia de integração entre os serviços, o matriciamento ou apoio matricial que se trata de “um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógica-terapêutica” (CHIAVERINI, 2011, p. 13). Por um lado, tem-se a equipe de referência constituída pelos profissionais da Unidade de Atenção Primária à Saúde e a equipe de apoio matricial constituída por profissionais atuantes em saúde mental, comumente dos CAPS.

Considerando o matriciamento em saúde mental uma estratégia de assistência à saúde e, ainda, uma intervenção pedagógica capaz de transformar não somente o sujeito com transtorno mental, mas também o profissional de saúde, infere-se que compartilhar experiências acerca da implantação e condução do apoio matricial irá favorecer a replicação das práticas exitosas, dirimir os obstáculos e consolidar o cuidado em saúde mental nos diversos serviços da RASP (CAMPOS E DOMITTI, 2007).

Pelo exposto, o objetivo deste capítulo foi relatar a experiência vivenciada quanto às estratégias de implantação do processo de matriciamento na atenção primária à saúde visando à resolubilidade em saúde mental.

## MÉTODO

Este estudo é alimentado por um relato de experiência vivenciado no período de maio de 2017 a janeiro de 2018, no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS 1 do município de Pentecoste, no Estado do Ceará.

Sobre o cenário do estudo, destaca-se, inicialmente, que o referido município tem uma população estimada em 36.773 habitantes, conforme indicadores demográficos de 2015, compondo a 2ª Região de Saúde - Caucaia (CEARÁ, CADERNO DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE, 2016).

Pentecoste localiza-se a 89km da Capital do Estado, Fortaleza, tendo como municípios limítrofes Umirim, São Luís do Curu, São Gonçalo do Amarante, Caucaia, Maranguape, Caridade, Paramoti, Apuiarés, Tejuçuoca e Itapajé. Ocupa a 51ª posição no *ranking* do Estado em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano - IDH (2010), sendo 26,4% da sua população considerada extremamente pobre, ou seja, com renda domiciliar *per capita* mensal até R\$70,00 (setenta reais), conforme dados de 2010 (CEARÁ, IPECE, 2016).

No tocante à atividade econômica, esta está diretamente vinculada à indústria de transformação. A chamada fábrica de calçados, juntamente com os empregos provenientes da administração pública

são os principais geradores de renda da cidade (CEARÁ, IPECE, 2016).

Quanto à rede de serviços e aos pontos de atenção à saúde, tem-se 1 CAPS 1, 15 equipes da Estratégia de Saúde da Família - ESF, 13 equipes de Saúde Bucal, 91 Agentes Comunitários de Saúde - ACS, 2 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, 1 Unidade de Pronto Atendimento - UPA e 1 Hospital Maternidade.

Destaca-se que o CAPS surge como serviço substitutivo ao modelo hospitalocêntrico, oportunizando o cuidado em saúde mental no território juntamente com os demais dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Desse modo, a articulação entre os pontos de atenção visando à promoção do cuidado integral e à qualificação dos profissionais envolvidos é fator indispensável para a vivência de experiências exitosas.

Isso posto, buscou-se, a princípio, o fortalecimento da RAPS e a implantação do matriciamento como meio de promover a resolubilidade em saúde mental no campo da Atenção Primária em Saúde. Para tanto, foram articulados seis momentos, sendo esses compostos por três rodas de conversa, as quais contaram com a participação de usuários, familiares, trabalhadores, gestores e controle social, além de três encontros direcionados especificamente às equipes da Atenção Primária.

Diante da vivência experienciada, ordenou-se as informações levantadas para a realização de uma análise crítica dos dados.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), entendida como porta de entrada da saúde no território, os olhares estão direcionados para as equipes da Estratégia de Saúde da Família - ESF e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF, os quais devem atuar como corresponsáveis pelo cuidado em saúde mental em sua área de abrangência. Mudanças no modo de ofertar os serviços de saúde provocam a necessidade de ajustamentos nos processos de trabalho e constantes aprimoramentos no campo teórico e prático.

Porém, estudos apontam que a fragilidade do conhecimento de parte dos trabalhadores da APS quanto às práticas em saúde mental tem se constituído como um dos grandes desafios para uma atenção qualificada (LIMA; DIMENSTEIN, 2016; SALVADOR; PIO, 2016; GAZIGNATO; SILVA, 2014).

Logo, apresenta-se a necessidade de tecer uma rede de cuidados em saúde mental em nível primário de saúde, com foco na integralidade da atenção e na resolutividade dos casos. Para tanto, emerge o matriciamento enquanto estratégia de qualificação na medida em que oferece o suporte técnico necessário às equipes da ESF, bem como estabelece a corresponsabilização (DIMENSTEIN, 2009).

No município que serviu de cenário para este estudo, a equipe técnica do CAPS 1 é formada por uma médica psiquiatra, uma enfermeira, uma assistente social, uma terapeuta ocupacional, duas psicólogas, um técnico de enfermagem e dois agentes administrativos. A referida equipe desenvolveu estratégias de criação de espaços de diálogos, a partir de rodas de conversa e encontros com temáticas direcionadas para a instituição de uma rede de cuidados em saúde mental e a operacionalização do matriciamento.

Em outras pesquisas (GARCIA JÚNIOR; ÁVILA-NASCIMENTO, 2012; PRESTES, 2011), concluiu-se que as equipes não possuíam uma definição clara sobre o matriciamento, apresentando dúvidas referentes ao conceito e dificuldades para empregar a metodologia. Dessa forma, para a implantação do matriciamento foram pensados, a princípio, seis momentos (três rodas de conversa envolvendo usuários, familiares profissionais e gestores; três encontros direcionados às equipes da Atenção Primária) com o intuito de favorecer o diálogo entre as equipes e os serviços de saúde e dirimir as dúvidas acerca do método.

Partindo do entendimento das rodas de conversa como modelo de integração entre o serviço do CAPS e a rede intersetorial, buscou-se parceiros e instituições que contribuíssem, de alguma forma, para o desenvolvimento desta atividade.

A Câmara Municipal de Vereadores abraçou o processo e cedeu o espaço e a estrutura necessária para a realização das vivências. Utilizou-se a plenária da Câmara com capacidade de, aproximadamente,

100 pessoas por reunião. A Secretaria Municipal de Saúde contribuiu com a mobilização dos profissionais e a ação, também, foi amplamente divulgada por diferentes canais de comunicação.

O matriciamento trata-se de uma metodologia de trabalho que necessita da participação de todos os atores envolvidos na produção de saúde, como gestores, profissionais de saúde, usuários, familiares e comunidade, que pactuam as ações a partir de um planejamento, de forma a compartilhar as responsabilidades no processo de reabilitação psicossocial e nos espaços sociais (MIELKE; OLCHOWSKY, 2010).

Dessa forma, as Rodas de Conversa contaram com a figura de um mediador, sendo promovidas em três momentos, com os seguintes públicos participantes: 1º) Usuários, familiares e comunidade; 2º) Rede de atenção à saúde e à rede intersetorial e 3º) Gestão em saúde; representações do Controle Social foram identificadas em todas as vivências.

A primeira roda de conversa contou com 20 participantes, entre usuários, familiares, comunidade, controle social e profissionais. Na oportunidade, houve inicialmente uma rodada de apresentações, seguida da apresentação do serviço prestado pelo CAPS. A atividade foi direcionada na sequência para a fala dos participantes sobre os cuidados com a saúde mental no município, respeitando a condução metodológica da natureza da atividade, finalizando com alguns informes e orientações.

Já na segunda roda de conversa, contou-se com a participação de 42 pessoas, podendo ser destacado, dentre elas, as equipes da atenção primária em saúde, representações da rede intersetorial, dentre outros. A condução seguiu a exemplo da primeira, porém, com o aprofundamento de discussões sobre casos de saúde mental recorrentes no município.

Referente aos discursos dos trabalhadores da saúde e da rede intersetorial, foram abordadas as dificuldades ainda existentes no campo da comunicação e do grande volume de atribuições dentro dos espaços institucionais, fazendo parecer que abordar o cuidado em saúde mental viria como mais uma sobrecarga de trabalho e não como parte do processo das atividades.

Preconiza-se que os cuidados em saúde mental devem ser compartilhados entre os serviços de saúde, conforme aponta a Portaria nº 3.088/2011, que instituiu a RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

Na terceira roda de conversa estiveram presentes representantes da gestão da saúde do município. Com um discurso mais diretivo e ancorado nas discussões dos encontros anteriores, as falas apontavam para os desafios e as possibilidades de qualificar o cuidado em saúde mental.

No campo da gestão em saúde estão postas as demandas voltadas para a qualificação do corpo profissional, a organização dos serviços e as necessárias respostas aos problemas de saúde das mais diferentes ordens. Observa-se um esforço em programar a lógica da integralidade, com vistas a qualificar o cuidado em saúde mental, porém, ainda resta muito a ser conquistado e garantido.

Por se tratar de uma iniciativa nova no município, a implantação do matriciamento em saúde mental gerou dúvidas, inclusive no que diz respeito ao significado do termo, o que, por sua vez, não se tratou de um problema e sim de uma oportunidade para que fossem construídos os conceitos de acordo com a realidade vivenciada.

Como propõe Merhy (2013), é necessário engravidar as palavras, de forma que os conceitos preestabelecidos ganhem significados particulares que contendam, na sua definição, as palavras dos profissionais, adquiridas a partir das experiências em saúde, que teve o mundo do trabalho como escola, compartilhando conhecimentos e experimentações criativas para superar os desafios e atender, integralmente, às necessidades de saúde, produzindo um cuidado em saúde singular.

Oportunizar espaços de diálogos sobre os cuidados em saúde mental no município, com foco na integralidade da atenção e na resolubilidade, urge enquanto prioridade para a busca pela materialização dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

Pensar a integralidade, segundo Mattos (2001), configura-se como alternativa às práticas clínicas-interventivas centradas na modificação de comportamentos individuais, possibilitando pensar o

indivíduo como participante de uma rede social ampla e portador de necessidades que vão além do biológico. Nesse sentido, a integralidade envolve práticas de intersectorialidade que, por sua vez, pressupõe o trabalho integrado dos profissionais de saúde para o levantamento tanto de necessidades como de possibilidades de atendimento a essas necessidades dentro e fora da comunidade (PUPIN, 2008).

O matriciamento em saúde mental tem suas bases teóricas nessa noção de integralidade. O Apoio Matricial é um arranjo institucional elaborado para promover a interlocução entre os equipamentos de saúde mental, como, por exemplo, os CAPS e as UAPSF, com a intenção de organizar o serviço e o processo de trabalho, de modo a tornar horizontais as especialidades para que estas permeiem todo o campo das equipes de saúde (FURTADO et al, 2006).

Passando a refletir acerca das experiências vivenciadas, observa-se que trabalhar a integralidade da atenção requer levantar bandeiras de luta e resgatar as propostas já pensadas pelos movimentos da Reforma Sanitária e Psiquiátrica (MATTOS, 2009).

Segundo Mattos (2009), indicar um único sentido para a integralidade seria um equívoco, uma vez que ela se insere em diferentes dimensões no campo do SUS. Ainda conforme o autor, os sentidos do princípio de integralidade podem ser ordenados em três grandes conjuntos: aos atributos das práticas dos profissionais de saúde, sendo valores ligados ao que se pode considerar uma boa prática; aos atributos da organização dos serviços e às respostas governamentais aos problemas de saúde (MATTOS, 2009).

Passado o primeiro ciclo, seguiu-se com mais três encontros junto às equipes da APS, como forma de debater sobre a linha de cuidado em saúde mental a ser trabalhada e implantar o matriciamento em saúde mental.

Priorizou-se a discussão de casos clínicos com os profissionais médicos, ainda no espaço da Câmara de Vereadores, esclarecendo sobre o uso de psicofármacos na clínica da atenção primária. Tal iniciativa foi motivada diante do crescente número de encaminhamentos ao serviço especializado por dificuldades dos profissionais em lidar com os casos de saúde mental.

A fragmentação do cuidado entre os serviços de saúde causou a retirada da responsabilização em detrimento da corresponsabilização entre profissionais e serviços, de modo que o usuário vive um verdadeiro “toma lá, dá cá” sendo encaminhado indiscriminadamente entre os serviços e, dessa forma, não vê onde pode resolver seus problemas de saúde. A estratégia do matriciamento em saúde mental visa superar exatamente essa tendência. Experimentar novas estratégias e reforçar a rede de cuidados entre saúde mental e APS parece ser uma via privilegiada de mudança daquilo que, hoje, mostra-se pouco resolutivo e estagnado.

Após o diálogo, houve uma maior aproximação das equipes da ESF com a equipe de saúde mental. O contato a distância, através de telefone e outras tecnologias, foi o primeiro instrumento do processo de matriciamento que ganhou corpo entre as práticas. Tais mecanismos de comunicação foram potencializados diante da dificuldade de locomoção e a pouca oportunidade de encontros regulares entre as equipes.

Ligações telefônicas e o uso do aplicativo Whatsapp serviram de ponte para auxiliar no processo de trabalho, destacando-se como um canal para viabilizar a resolutividade dos casos.

Seguindo com as atividades, houve a elaboração de uma cartilha com orientações para as equipes da atenção primária, destacando-se como um instrumento em potencial para o fortalecimento do apoio matricial no território, juntamente como as demais articulações. O referido material foi produzido pela médica psiquiatra, a partir de suas vivências, com participação da equipe de saúde mental.

O documento foi apresentado pela equipe de saúde mental em encontro na Câmara de Vereadores, para as equipes da ESF e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, o qual também vem vivenciando mudanças em seu processo de trabalho, objetivando o matriciamento. Na oportunidade, foi proposta a realização de capacitações com foco na educação permanente, sendo essa uma intervenção em saúde mental de grande relevância.

Por fim, mas não esgotando as possibilidades de articulações, reuniu-se com os Agentes Comunitários de Saúde - ACS, profissionais igualmente importantes para a institucionalização do matriciamento

na atenção primária, com o objetivo de tratar acerca das orientações necessárias aos cuidados com a saúde mental no território.

Destacamos, ainda, que alguns desafios dificultam a implantação do matriciamento, como a alta rotatividade de profissionais dentro dos espaços de saúde, que também impacta na oferta dos serviços, uma vez que o planejamento feito acaba por não ser realizado, pois um novo profissional necessita de um momento de adaptação até que conheça toda a rotina e processos de trabalhos. Ao longo do período estudado houve alteração no corpo profissional da equipe de saúde mental, diante da mudança de médico psiquiatra e da contratação de uma psicóloga com experiência em matriciamento.

Além disso, a formação profissional pautada em práticas curativas e biologicista dificulta a compreensão acerca do cuidado em saúde mental e da proposta de matriciamento com utilização de interconsultas, consulta conjunta, visita domiciliar conjunta que são imprescindíveis para a resolubilidade em saúde mental.

Para tornar real a proposta do matriciamento em saúde mental, o município segue com a qualificação dos profissionais e a realização de encontros de modo a planejar coletivamente as ações.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Existem obstáculos concretos para a construção de um Sistema Único de Saúde em sua essência (PINHEIRO, 2009). Contudo, vale apontar que a adoção de metodologias voltadas para a promoção do diálogo, dos espaços de socialização de ideias, das trocas de saberes, a exemplo das Rodas de Conversa, ganha destaque no campo da integralidade da atenção em saúde mental, uma vez que favorece seu fortalecimento e oportuniza a criação de novos e diferentes canais de comunicação e aprimoramento dos atores sociais participantes.

Partindo dessa perspectiva, a resolubilidade em saúde mental passa a ser uma consequência da adoção de condutas que abordam o indivíduo como um todo.

É nesse cenário que se insere o processo do matriciamento na atenção primária. A utilização de instrumentos e a realização de intervenções direcionadas corroboram para a melhoria na qualidade do atendimento da população assistida.

A construção do Projeto Terapêutico Singular - PTS, a realização de interconsultas, consulta conjunta, visita domiciliar conjunta, a elaboração do genograma e do ecomapa, além dos contatos via telefone, por exemplo, viabilizam a prática matricial. Intervenções em saúde mental na atenção primária como a realização de grupos, a educação permanente, intervenções terapêuticas e a abordagem familiar são exemplos de iniciativas que direcionam o cuidado em saúde mental de forma qualificada.

Explorar a potencialidade do território e nortear as práticas em saúde mental é uma realidade possível, mesmo diante de um contexto social, político e econômico extremamente conflituoso como o que se é vivenciado no Brasil.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

\_\_\_\_\_. (Coord.). **Saúde mental e atenção psicossocial** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2003. ISBN 85-89545-01-6.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2003. ISBN 85-89545-01-6.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O HumanizaSUS na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 40 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). ISBN 978-85-334-1581-2.

CAMPOS, G. W. D. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de saúde pública**, v. 23, p. 399-407, 2007. ISSN 0102-311X.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Caderno de Informação em Saúde**. Região de Saúde Caucaia, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/ROBERTA%20BRITO/Downloads/caderno\_saude\_caucaia\_dez2016%20(2).pdf >. Acesso em: 18 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. Governo de Estado. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará - IECE. **Perfil Básico Municipal 2016 - Pentecoste**. Disponível em: <[http://www.ipece.ce.gov.br/perfil\\_basico\\_municipal/2016/Pentecoste.pdf](http://www.ipece.ce.gov.br/perfil_basico_municipal/2016/Pentecoste.pdf)> Acesso em: 21 jan. 2017.

CHIAVERINI, Dulce Helena et al (Orgs.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da saúde, Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 63-74, 2009.

FURTADO, J.; CAMPOS, O.; GOMES, V. **Apoio matricial**: estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP. Campinas, 2006.

GARCIA JÚNIOR, C. A. S.; ÁVILA-NASCIMENTO, P. T. O dispositivo apoio matricial na atenção primária em saúde: um relato de experiência no município de João Pessoa/PB. **Rev. Saúde Públ.**, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 93-104, maio/ago. 2012.

GAZIGNATO, E. C. da S.; SILVA, C. R. de C. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 296-304, jun. 2014.

LIMA, M.; DIMENSTEIN, M. O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 625-635, set. 2016.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, Ruben Araújo de. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2009. 184p. Disponível em: <<https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: ROSENI, P.; MATTOS, R. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, 2001. p. 39-64.

MERHY, E. E. **Engravidando palavras**: o caso da integralidade. In: FRANCO, T. B.; \_\_\_\_\_. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 252-265.

MIELKE, Fernanda Barreto; OLSCHOWSKY, Agnes. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: avaliação de apoio matricial. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 900-907, nov./dez. 2010.

NASI, Cíntia et al. Conceito de integralidade na atenção em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 147-152, 2009.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2009. 184p. Disponível em: <<https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2017.

PRESTES, L. I. N. **Apoio matricial**: um caminho de fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde em Palmas (TO). **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 15, n. 2, p. 215-218, 2011.

PUPIN, V. M.; CARDOSO, C. L. Agentes comunitários de saúde e os sentidos de "ser agente". **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 13, p. 157-163, 2008.

QUINDERE, P. H. D. et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2157-2166, jul. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232013000700031&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000700031&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09 nov. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700031>.

SALVADOR, D. B.; PIO, D. A. M. Apoio atricial e Capsi: desafios do cenário na implantação do matriciamento em saúde mental. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 246-256, dez. 2016.

## CAPÍTULO 9

# MATRICIAMENTO COMO ARRANJO POTENCIALIZADOR DA REDE: RESOLUBILIDADE DE CASOS TRAÇADORES DE SAÚDE MENTAL

Fernando Sérgio Pereira de Sousa  
Aline Mesquita Lemos  
Afonso Ricardo de Lima Cavalcante  
Emanuela Linhares Viana Oliveira  
Maria Salete Bessa Jorge

### CONTEXTUALIZAÇÃO

O Apoio Matricial (AM) ou Matriciamento potencializa o encontro com o outro e com o campo saúde mental rico em possibilidades, porquanto situações psicossociais anteriormente não discutidas e que até o momento não haviam sido colocadas como demandas de destaque pelos profissionais da rede de saúde, tornam-se mais uma necessidade de saúde, que merece ser encarada com um olhar ampliado pelas equipes nos diversos pontos de atenção.

Nesse sentido, é preciso detalhar a concepção de matriciamento formulado por Campos (1999) como um arranjo que busca aumentar o grau de resolubilidade das ações de saúde, ao propor uma reformulação no modo de organização dos serviços e relações horizontais entre as especialidades que passam a oferecer apoio técnico horizontal às equipes interdisciplinares de atenção básica, favorecendo assim a conexão em rede.

É sabido que as ações de saúde mental devem obedecer ao modelo de redes de cuidado de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas voltadas ao estabelecimento de vínculos e acolhimento. Dessa maneira, as intervenções de saúde mental frente aos casos clínicos que emergem na rede de saúde, especificamente, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) exercem papel

fundamental ao contribuir com seus saberes para a ampliação do potencial resolutivo das equipes, mediante a realização do matriciamento de saúde mental que tem por objetivo superar a lógica da especialização e da fragmentação do trabalho da própria área de saúde mental.

Assim, segundo Assis et al. (2010, p.31), a resolubilidade é definida como “resposta às demandas de acordo com as necessidades individuais e coletivas, seja na “porta de entrada”, seja nos outros níveis de complexidade do sistema”. A resolubilidade de casos abrange questões relativas à clínica, subjetivas, organizacionais dos serviços como o acesso e aos aspectos culturais e socioeconômicos da clientela, entre outros.

Dando seguimento, pode-se afirmar que um dos nós críticos que a equipe especializada (matricial) enfrenta é o processo de trazer uma reflexão à equipe da APS (referência), que na maioria desconhecem como assistir à pessoa em sofrimento psíquico e, assim, permanece “vivo” no imaginário terapêutico o estigma da medicamentação, onde se o acompanhamento não for arraigado de medicamentos, o paciente não terá outra alternativa (JORGE; SOUSA; FRANCO, 2013).

Nesse prisma, o objetivo deste estudo é compreender o apoio matricial como um arranjo potencializador da resolução de casos clínicos de saúde mental no âmbito da APS por meio de um caso traçador.

## **PERCURSO DO ESTUDO**

Trata-se um estudo de caso traçador, uma forma de investigação empregada em pesquisas qualitativas, sejam estes estudos na área de saúde e educação, como nas ciências sociais e políticas. A apreciação de casos traçadores, revela o processo de como acontece a vertente dos trabalhos multifacetados, no qual os da saúde e educação, tem maior visibilidade de conexão com a questão da autonomia dos profissionais. Conforme seja o marcador, podem-se desvelar as diversas formas de assistência da equipe, assim como o modo de entre os profissionais e destes com o usuário e a interlocução entre a tecnologia e a organização (FEUERWERKER; MERHY, 2011).

A pesquisa foi realizada em um cenário no Nordeste do Brasil correspondente ao município de Fortaleza-CE que possui 2.505.552 habitantes, o qual possui 88 centros de saúde da família, distribuídos nas seis Secretarias Regionais, com cobertura da ESF de 42% da população.

O caso traçador selecionado foi acolhido pela equipe da Estratégia Saúde da Família da Regional IV, considerada de referência para os usuários adstritos do território em discussão e composta por um médico, enfermeiro e um psicólogo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), bem como pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II (equipe matriciadora), formada por um psiquiatra e um assistente social, a partir da observação em atividade de apoio matricial de saúde mental na APS.

Para a produção de dados adotou-se a observação sistemática das práticas no matriciamento que ocorreu, inicialmente, com a aproximação dos campos empíricos, em que se procedeu à observação da atividade de matriciamento. Estes primeiros dados foram discutidos em devolutiva aos trabalhadores, então, sujeitos da pesquisa, para aprofundamento da compreensão em relação aos mesmos. Posteriormente, novos dados foram produzidos, por continuidade da observação direta da atividade da equipe. Foi tomado um caso traçador para estudo. Este se desenvolveu tendo os próprios trabalhadores como fonte de dados, em discussões conjuntas sobre o caso. Utilizou-se um caderno de campo para registro do cotidiano da atividade matricial.

Na análise do material empírico, optou-se pela análise de conteúdo, numa perspectiva crítica e reflexiva, com ênfase em eixos temáticos, por possibilitar a descrição e a explicação de um pensamento, o qual pode ser compreendido por meio da linguagem e da observação, como núcleos e instrumentos de comunicação entre os homens (MINAYO, 2013). Essa análise se fez com a leitura do material horizontal, transversal e criação de núcleos de sentido que foram agrupados em categorias e, na sequência, procedeu-se à organização das informações contempladas nas observações, com vistas a ampliar a compreensão do fenômeno.

Cabe ressaltar que o estudo foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), com o parecer favorável do CEP/UECE, sob protocolo nº 08622882-0.

## O Caso Traçador

FASS, 23 anos, do sexo masculino, solteiro e desempregado (recebe benefício) comparece com sua genitora para o atendimento em matriciamento de saúde mental na ESF. No início do matriciamento do usuário, a equipe busca estimular FASS para verbalizar sobre seus sentimentos e pensamentos, no entanto, permanece sem falar e com olhar de alerta. Assim, a mãe do usuário começa a relatar para a equipe que no último mês vem identificando no filho um comportamento “estranho”, “diferente”, caracterizado por alucinações auditivas e visuais: “faz um mês que ele fica ouvindo vozes, diz que vê coisas, que ninguém enxerga”. Continua: “observo ele conversando e falando sozinho, como se tivesse uma pessoa do lado dele. De repente começa um achamento de graça sem sentido”. A genitora acrescenta que o comportamento do filho tem “piorado” cada vez mais. Recentemente, ele manifestou episódios de heteroagressividade e autoextermínio (suicídio).

Durante o atendimento compartilhado, FASS permaneceu em mutismo, por vezes, esboçou risos imotivados e, de vez em quando, apresentou comportamento de autoagressão, pois com as próprias unhas “arrancava” a pele do corpo. A mãe ainda adverte que a referida “mania” do filho vem “piorando cada vez mais”. E, diante da gravidade do caso, membros da família estão se revezando para evitar que FASS faça o pior com ele mesmo ou com os outros.

A genitora ainda mencionou que FASS estava fazendo uso do medicamento [automedicação] que foi prescrito para o filho da vizinha que apresenta comportamentos similares ao do usuário, no entanto, não constatou melhoria no quadro apresentado pelo filho. “O FASS estava tomando um remédio que o filho da minha vizinha estava tomando e que fazia efeito bom para o filho dela, mas para meu filho não funcionou”. Logo, considera que o problema do filho possa estar associado a problemas da ordem de espíritos ruins. Assim, começou a levá-lo para cultos religiosos cristão, sessões de libertação e cura, três vezes por semana. Em seguida, convencida por uma amiga da família de que a umbanda poderia resolver o problema dele, passou a levar o filho para sessões de umbanda uma vez por semana. No entanto, não percebeu mudança no comportamento do filho.

Nesse ínterim, o agente comunitário de saúde (ACS) realizou visita domiciliar e orientou a mãe a procurar atendimento no posto de saúde do bairro, e esclareceu que a enfermeira do posto poderia marcar uma avaliação psiquiátrica conjuntamente com os profissionais do CAPS e a equipe da saúde da família. A princípio, ela disse que teve resistência, pois acreditava que o problema do filho era da ordem espiritual e que ele ficou daquele jeito por causa de decepções que sofreu com as namoradas. Então, resolveu aceitar a recomendação do ACS e, por isso, foi pedir ajuda, já que o tratamento espiritual não estava resolvendo o problema do filho.

### **Atendimento “Junto e Misturado”: equipe da ESF e CAPS**

No momento do atendimento conjunto, a equipe matriciadora (CAPS) oportunizou que a equipe da ESF conduzisse a consulta com o usuário e fizesse as propostas de intervenções terapêuticas que considerassem necessárias para o acompanhamento do caso. O psicólogo do NASF buscou realizar um resgate concernente ao período de gestação, à infância de FASS. A genitora esclareceu que teve uma gestação tranquila, argumentou que o filho não apresentou problemas físicos, nem mentais, que o desenvolvimento dele foi normal. E acrescentou: “O único problema que a gente tinha era a falta de dinheiro, a pobreza, mas no mais a gente era feliz”.

A equipe do posto de saúde considerou o caso grave e, assim, sugeriu que o usuário fosse internado no hospital psiquiátrico para iniciar uma terapêutica medicamentosa com antipsicótico, pois ele estava em uma situação real de risco de vida e os familiares também.

Na maioria dos casos de matriciamento de saúde mental na atenção primária, percebe-se o direcionamento do cuidado da equipe saúde da família centrado no modelo biomédico, interligada no tratamento medicamentoso. Para Merhy (2007), o modelo biomédico é incorporado em todas as profissões de saúde, que se pauta na clínica do corpo com órgãos e sem órgãos, ou seja, o primeiro termo no processo

da doença e segundo na estereotipagem da anormalidade do modo de viver, seja individual ou coletivamente.

Fomentando a discussão, na continuidade da terapêutica, a equipe da ESF considera que após a alta psiquiátrica do usuário, o tratamento deva ser estabelecido no âmbito do CAPS. Em princípio, consulta semanal com psiquiatra, atendimento individual e semanal com a terapeuta ocupacional, inserção gradativa de FASS no grupo de convivência do CAPS (duas vezes por semana), inserção da família em um projeto de cuidados (participação dos familiares no grupo de famílias) e visita domiciliar quinzenal do assistente social do CAPS.

Percebe-se que no plano de cuidados do usuário não emerge a figura da equipe da ESF no cuidado territorial, o que fortalece o olhar de uma clínica tradicional, fragmentada e centralizada nos serviços de saúde e na formação específica das especialidades, que não conseguem dar conta das necessidades múltiplas de um sujeito adoecido psicologicamente.

### **Cuidado Integral:** olhares plurais sobre o caso traçador

Frente a condução dada ao usuário pela equipe da ESF, se fez necessário a intervenção da equipe matricial na busca de ampliar o olhar para o cuidado, onde as questões subjetivas fossem valorizadas com levantamentos e intervenções dialógicas no intuito de promover a sua autonomia.

A clínica compartilhada favorecida pelo AM se configura uma estratégia relevante com vistas a potencializar a interdisciplinaridade, a troca de saberes e as práticas de cada área de conhecimento, criando-se, dessa maneira, um campo fértil para a construção da integralidade do cuidado. Quando da possibilidade do matriciamento, a equipe matricial elenca olhares interligados à subjetividade do usuário de forma a dialogar, sugerir e intervir através de um projeto terapêutico singular (PTS) elaborado pelas duas equipes.

Desse modo, a interlocução entre o AM e o PTS favorece a construção de novos arranjos de atenção em resposta às diferentes neces-

sidades dos usuários ao articular ações intersetoriais que buscam a perspectiva integral nos diversos pontos da atenção com a atuação do trabalhador de saúde nos espaços extramuros do seu local de atendimento, indo além do consultório, da sala de espera ou mesmo da atividade em grupo no espaço do posto de saúde ou do CAPS. Essa atuação externa ao ambiente de trabalho formal contribui para a articulação dos trabalhadores entre si, ou seja, favorece a comunicação pessoal e relacional dos indivíduos, fortalece vínculos entre os trabalhadores e a formação de redes informais de apoio (SOUSA, 2011).

No caso relatado, evidencia-se algumas fragilidades que dificultaram a terapêutica do usuário, bem como a procura tardia pelo serviço de saúde, em que se constata um agravamento do quadro clínico manifestado por FASS. Conforme narrativa da genitora:

Faz um mês que ele fica ouvindo vozes, diz que vê coisas que ninguém enxerga. Ele fica conversando e falando sozinho, como se tivesse uma pessoa do lado dele. De repente começa um achamento de graça sem sentido.

O referido fato chama a atenção e propicia a seguinte indagação: onde se encontravam os diferentes atores de saúde que compõem a rede de cuidados? Pois, a não identificação do caso durante esse tempo considerável, constitui-se um fator agravante na evolução do quadro clínico apresentado pelo usuário, conforme pode ser constatado a seguir:

Ele tem “piorado” cada vez mais. Outro dia, ele pegou uma faca e partiu para cima do pai dele, se a gente não ficar atento, ele se arma de faca, seja o que tiver na mão e parte para cima mesmo. Outro dia, o pai dele conseguiu impedir uma tragédia, pois o FASS já estava com uma corda no pescoço. Ele ficou dizendo que as vozes estavam mandando ele se matar. Ele fica dizendo que precisa morrer para salvar a humanidade, é assim, ele vive falando essas besteiras.

Enfatiza-se que as equipes são corresponsáveis juntamente com o usuário, a família e a sociedade sobre o processo de cuidados que delibera a sensibilização no acompanhamento dos casos. Logo, a palavra corresponsabilidade gera significado claro quanto aos profissionais de saúde no cuidado e na assistência aos seus usuários, no entanto o papel da família, assim como de seus componentes, muitas vezes, não há perceptibilidade como o olhar dos profissionais. Diante disso, permeiam levantamentos como: a família é consciente deste papel, dos seus direitos e obrigações, assim como recebem estas informações e possuem proventos biopsicossociais para tomarem posição do seu papel? (GENLISKI, 2011).

Outro aspecto importante identificado diz respeito ao fato de que um caso de transtorno mental na família afeta inevitavelmente toda a dinâmica desta:

“Esse comportamento de FASS fez com que tudo mudasse dentro de casa. Cada um de nós fica se revezando para vigiar ele, com medo de acontecer o pior. A gente deixa de fazer as coisas que temos que fazer, é uma confusão só”. (GENITORA)

De fato, não se constitui uma tarefa fácil para uma família aceitar que tem um membro com transtorno mental, assim como também significa um grande desafio para os familiares lidarem com a complexidade desse fenômeno. Preconceito, estigma, medo, descrença, irritabilidade, fadiga, dificuldades no manejo são alguns dos aspectos que os cuidadores indubitavelmente precisarão enfrentar.

Portanto, a pessoa com transtorno mental no âmbito e seio familiar difere de várias formas essa assistência contemplada. É na relação diária que permeiam os sentidos e significados onde o respeito pode perdurar, assim como a questão da sobrecarga, por isso essa família deve fazer parte do tratamento na tentativa de trabalhar a diminuição dos desafios (BRISCHILIARI; WAIDMAN, 2012).

Nesse aspecto, observa-se que a família movida pela ansia e angústia vivenciadas para resolução do problema em questão, utilizou-

-se de uma prática comumente detectada no contexto sociocultural, ou seja, a prática da consulta entre amigos, vizinhos e outros, seguida da automedicamentação e da busca por orientação espiritual com vistas à compreensão do transtorno mental e à cura deste.

O FASS estava tomando um remédio que o filho da minha vizinha estava tomando e que fazia efeito bom para o filho dela, mas para meu filho não funcionou. Olhe, nós já fizemos de tudo, já levei ele para cultos, sessões de cura e libertação, até para umbanda, o problema dele tem a ver com espíritos ruins. Mas nada disso adiantou. O comportamento de FASS não mudou.

Percebe-se que, depois da longa trajetória percorrida pelos familiares no intuito de resolução do caso, finalmente entra em cena a figura da agente comunitária de saúde do território, a qual orientou a **mãe de que o caso em questão não estava relacionado ao contexto espiritual, mas sim era algo inerente ao universo da saúde.** A orientação dada pela agente comunitária de saúde, em princípio, foi encarada com uma determinada resistência, no entanto, posteriormente foi acolhida pela família. E, finalmente, o caso foi encaminhado para os cuidados da equipe de saúde.

Um aspecto relevante para se favorecer de maneira efetiva um cuidado integral foi o fato da equipe matricial do CAPS não conduzir o atendimento sozinho, ou seja, a conduta adotada por ele de estimular a equipe da ESF a fazer perguntas, discutir/refletir acerca do caso, bem como assumir o protagonismo no atendimento compartilhado. Esses são fatores essenciais na prática do matriciamento, pois de fato apresenta o potencial de possibilitar aos trabalhadores da saúde a instrumentalização teórica-prática, a construção de competências no universo da saúde mental.

Uma observação que precisa ser feita diz respeito à importância de outras categorias profissionais do CAPS estarem incluídas junto com o psiquiatra na atividade de matriciamento. É sempre oportuno

frisar que o matriciamento não deve se configurar uma prática essencialmente médica e que as questões relacionadas à saúde mental são complexas, de cunho fundamentalmente psicossocial, às quais demandam de olhares, saberes e práticas de outras categorias profissionais.

Entende-se que a equipe da ESF não teve um olhar múltiplo do caso do FASS, assim, ficou evidente o quanto foi importante a intervenção da equipe matriciadora para ampliar a discussão do caso e fazer emergir a complexidade envolvida no caso com a abertura de um leque de possibilidades que fossem capazes minimamente de dar conta das reais necessidades de cuidado. Trançando o seguinte PTS: acompanhamento intensivo no CAPS, início de terapêutica medicamentosa com antipsicóticos, a inserção do terapeuta ocupacional para gradativamente inclusão do usuário no grupo de convivência do CAPS (duas vezes por semana), inserção da família em um projeto de cuidados e visita domiciliar semanal da equipe da ESF, no intuito de buscar na vivência do usuário algo no território que ele pudesse participar.

Dessa maneira, busca-se fortalecer a corresponsabilização por parte da equipe de referência em que os profissionais em nenhum momento no plano de cuidados tomaram para si atividades no projeto terapêutico do usuário, pois a ESF por estar situada no território deve ter maior facilidade de construção de redes de cuidados resolutivas, deve-se implicar nos casos de saúde mental de maneira mais dialógica e intersetorial.

## **APONTAMENTOS FINAIS**

A partir do caso estudado, observa-se que as ações matriciais no cenário estudado convergem para um cuidado em saúde mental interdisciplinar, em que o atendimento conjunto entre equipe de referência e equipe matricial favorece uma troca de saberes e práticas entre esses trabalhadores, possibilitando uma ampliação de olhares e uma horizontalização do saber profissional. Também, identifica-se que o matriciamento possibilita uma construção coletiva do projeto

terapêutico oferecido aos usuários do serviço, sendo essa construção pautada na participação trabalhador de saúde/usuário/família/redes sociais, uma ampliação de olhares pela equipe de referência devido à interação ESF e CAPS, aos aspectos biopsicossociais do ser humano e a utilização das tecnologias leves em saúde, como ferramentas inovadoras da clínica ampliada.

Todavia, percebe-se desafios a serem superados pelo apoio matricial, como: a busca tardia pelos usuários/familiares pelo serviço de saúde, o estigma/preconceito/medo que ainda está muito enraizado na sociedade sobre o adoecimento mental, a priorização pela equipe de referência em identificar sinais/sintomas para a elaboração de um diagnóstico, revelando uma manutenção do modelo positivista da saúde (visão reducionista) e a medicamentação por parte dos usuários e, por fim, a falta de corresponsabilização por parte da equipe de referência, na qual delega para o CAPS todas as atividades de acompanhamento desse usuário.

## REFERÊNCIAS

ASSIS, M. M. A. et al (Orgs.). **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família**: olhares analisadores em diferentes cenários [online]. Salvador: EDUFBA, 2010. 180 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 20 jan. 2018.

BRISCHILIARI, A.; WAIDMAN, M. A. P. O portador de transtorno mental e a vida em família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 147-156, mar. 2012.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde? In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. 2011. p. 290-305. Disponível em: <[www.ims.uerj.br/ccaps](http://www.ims.uerj.br/ccaps)>. Acesso em: 20 jan. 2018.

GENLISKI, C. R. O. G. A questão da co-responsabilidade prevista na Estratégia Saúde da Família. **Política & sociedade**, Florianópolis, v. 10, n. 19, p. 97-114, out. 2011.

JORGE, M. S. B.; SOUSA, F. S. P.; FRANCO, T. B. Apoio matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. 5, p. 738-744, out. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672013000500015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672013000500015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 jan. 2018.

MERHY, E. E. **Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos:** novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde. Desafios para os modos de produzir o cuidado centrados nas atuais profissões. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Saúde da Comunidade Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecologica/professores/merhy/artigos-25.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

SOUSA, F. S. P.; JORGE, M. S. B.; VASCONCELOS, M. G. F.; BARROS, M. M. M.; QUINDERÉ, P. H. D.; GONDIM, L. G. F. Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. **Physis**, v. 21, n. 4, p.1579-99, 2011.

## CAPÍTULO 10

# EXPERIÊNCIAS DE EQUIPES DE SAÚDE COM MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL COM ÊNFASE NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Márcia Maria Mont'Alverne de Barros  
Ivanice Jacinto da Silva

### INTRODUÇÃO

O debate em torno da relação entre homem, drogas e sociedade tem se intensificado ao longo dos anos e os impactos gerados na sociedade em decorrência do uso excessivo e prejudicial dessas substâncias, bem como o tráfico de drogas, geram consequências que afetam de forma direta ou indireta várias dimensões do tecido social.

O conceito de droga e seu uso sofreram alterações ao longo do tempo, sendo que, atualmente, esse conceito varia de acordo com a ciência que utiliza esse termo. Tomando como base os conceitos determinados pela área da saúde, as drogas são entendidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), como qualquer substância lícita ou não que introduzida no organismo interfere no seu funcionamento.

Araújo e Moraes (2005) salientam que as substâncias psicoativas estão presentes na sociedade desde o princípio da humanidade, porém, sua função social foi se transformando ao longo do tempo. Para ilustrar esse fato, destaca-se que os primeiros ancestrais utilizavam plantas com função psicoativa para se alimentarem. Nas civilizações amazônicas, por exemplo, as drogas faziam parte dos rituais e das cerimônias religiosas. Na Idade Média, elas passaram a ser utilizadas com finalidades médicas, ritualísticas e profanas. E, assim, em diferentes momentos históricos, são atribuídos às drogas e aos seus respectivos usos sentidos e significados diversificados.

Goldeman et al. (2010) afirmam que o primeiro movimento concreto para a criação de uma política sobre drogas no Brasil aconteceu em 1998, na sessão especial da Assembleia Geral das Nações Unidas, onde se discutiu o dever do Estado na responsabilidade compartilhada em relação às drogas. Nessa sessão, o Brasil aderiu aos princípios diretivos da redução de danos.

De acordo com Santos e Oliveira (2012), a atenção ao usuário de drogas, no Brasil, assumiu durante muito tempo um caráter excludente e punitivo, com a construção de um estereótipo marginalizado para o usuário de drogas, desconsiderando as crenças, os valores e os significados que os usuários atribuíam ao uso dessas substâncias. Com a Constituição de 1988 e a implementação do Sistema Único de Saúde - SUS e da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o indivíduo que faz uso abusivo de drogas passou a ser considerado um cidadão com direito à saúde, sendo dever do Estado contribuir para a garantia desse direito e satisfação das necessidades do usuário.

As políticas direcionadas ao consumo e à comercialização da droga começaram a ser construídas a partir de experiências vivenciadas em países norte-americanos. As primeiras políticas que acompanhavam os movimentos internacionais enfatizavam a proibição da venda e do consumo, assumindo um caráter médico-policial, o que não correspondia às necessidades dos usuários que, historicamente, vivenciaram esse consumo por meio de práticas recreativas, medicinais, religiosas, entre outras atividades pertencentes à cultura brasileira (SANTOS; OLIVEIRA, 2012).

Em 2003, o Ministério da Saúde reconhece o uso abusivo de drogas como uma questão de saúde pública e cria a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Esta destaca a estratégia de redução de danos e a rede de atenção à saúde como um local de conexão (BRASIL, 2003).

Um fato importante que merece ser destacado é de que, no Brasil, no ano de 2012 foi discutido com bastante ênfase o uso de drogas ilícitas. Surgiram muitos debates na mídia, sendo que esta construiu e propagou uma imagem predominantemente negativa do usuário

de drogas. Ela enfatizava uma espécie de demonização do uso, colocando esse usuário como um responsável por todas as mazelas e problemas da sociedade, motivando e promovendo assim o aumento das internações compulsórias. Também circulava no meio midiático a invasão às comunidades nos grandes centros urbanos deste país para a implantação de Unidades de Polícia Pacificadora. Nesse cenário, discutia-se intensamente a questão do tráfico de drogas nas periferias.

A realidade mencionada se agravou em 2017, motivando alterações na Política Nacional de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas, a qual propõe o aumento do incentivo financeiro a hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, evidenciando, indubitavelmente, um grave problema de saúde pública que precisa ser reconhecido e refletido com responsabilidade. As intervenções do Estado para os problemas gerados por essa conflituosa relação tendem a ter características emergenciais que priorizam estratégias imediatas voltadas para o paradigma da doença, do arsenal ancorado em critérios diagnósticos e o afastamento do sujeito do seu convívio familiar e social, desconsiderando sua singularidade e subjetividade.

Na contemporaneidade há apoio e incentivo para o crescimento expressivo de formas de tratamento não compromissadas com o cuidado humanizado, como é o caso das internações compulsórias, às quais são realizadas de forma arbitrária mediante a captura autoritária e higienista da população de rua. Tais estratégias, por vezes, negligenciam ações de menor custo e maior fator de impacto a longo prazo, como as que são propostas pelo matriciamento ou apoio matricial em saúde mental.

Rosa et al. (2013) relatam que no Brasil o consumo de álcool e de outras drogas tem sido colocado como um dos grandes problemas de saúde pública, tal como para a maioria da população que, frequentemente, avalia o descuido do Estado em relação a essa temática. A resposta esperada pela sociedade é que haja tratamento para essas pessoas, sendo que este para o senso comum deve ser a abstinência, mediante o internamento em instituições especializadas ou caritativas.

Considerando-se o conteúdo explicitado por Rosa et al. (2013), compreende-se que é necessário refletir sobre as práticas de atenção à pessoa que faz uso abusivo de drogas, principalmente no tocante às abordagens no território e serviços substitutivos, pois os recentes casos de internação compulsória de usuários de drogas nos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo trouxeram mais uma preocupação para aqueles que, como as pesquisadoras deste estudo, defendem os ideais do movimento de reforma psiquiátrica e os princípios do SUS.

No concernente ao matriciamento em saúde mental, este se configura uma das estratégias importantes no processo de articulação necessário entre saúde mental e Atenção Primária à Saúde (APS). Preconiza-se a descentralização do modelo de assistência ao usuário, ancorando-se nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O matriciamento consiste em um modo diferenciado de produzir saúde, em que equipes constroem uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica de forma compartilhada (BRASIL, 2011).

Segundo Domitti (2006), o matriciamento se propõe, principalmente, a oferecer às equipes e aos trabalhadores de saúde retaguarda especializada, para que estes possam oferecer uma melhor atenção aos problemas de saúde. A partir de um suporte assistencial e técnico-pedagógico, essa metodologia de trabalho tende a complementar o sistema hierarquizado da assistência, o qual enaltece por mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação.

Ao oferecer suporte para o ponto com maior potencial de resolutividade da rede de atenção à saúde e por provocar ações coletivas de caráter técnico-pedagógico, o matriciamento poderá configurar-se uma estratégia potente na atenção aos usuários e familiares que enfrentam a problemática do uso prejudicial de drogas.

Dessa maneira, compreende-se a necessidade de realização de estudos que contemplem as experiências de equipes de saúde com matriciamento em saúde mental com ênfase na dependência química, pois se acredita que eles apresentam o potencial de contribuir para o desenvolvimento, fortalecimento e consolidação dessa estratégia de cuidado em saúde mental de maneira mais efetiva. Acrescenta-se que

o matriciamento pode se constituir um dos caminhos férteis para que os gestores, trabalhadores e comunidade encontrem respostas para dar resolutividade a um problema que cresce diante de intervenções debilmente ineficazes.

Considerando-se a incipiência de estudos no Estado da Paraíba no tocante ao matriciamento como ferramenta de cuidado em saúde mental de pessoas com problemáticas decorrentes do uso prejudicial de drogas, decidiu-se realizar esse estudo em um município do Nordeste brasileiro com o objetivo de conhecer as experiências de equipes de saúde (de um CAPS AD, de uma Unidade Básica de Saúde - UBS e de uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF referenciados para a citada unidade de saúde), com matriciamento em saúde mental com ênfase na dependência química.

## **CAMINHO METODOLÓGICO**

Trata-se de um estudo do tipo exploratório-descritivo, com abordagem de natureza qualitativa, realizado com 13 trabalhadores da saúde, assim distribuídos: CAPS AD (oito trabalhadores: um psicólogo, um nutricionista, uma terapeuta ocupacional, um educador físico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, um psiquiatra), UBS (três trabalhadores: um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e um agente comunitário de saúde), NASF (dois trabalhadores: um educador físico e um psicólogo).

Para incluir os participantes no estudo, foram adotados os seguintes critérios: desempenhar o papel de matriciador de saúde mental por um período mínimo de seis meses, aceitar participar da pesquisa e autorizar a gravação das entrevistas em áudio.

A pesquisa foi realizada em um município do Nordeste brasileiro, especificamente no Estado da Paraíba. O citado município dispõe de serviços de saúde nos três níveis de atenção estabelecidos pelo SUS. O sistema local de saúde tem o objetivo de desenvolver ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde. Integram a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS do município: as Unidades Básicas de

Saúde da Família, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família, o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS tipo II, um Centro de Atenção Psicossocial Para Álcool e Outras Drogas - CAPS Ad, Policlínica e Hospital Geral.

Para coletar o material empírico, utilizou-se uma entrevista semiestruturada. Trata-se de uma combinação de perguntas abertas e fechadas, em que o entrevistado tem a oportunidade de discorrer sobre o tema pesquisado sem que esteja preso a indagações predefinidas. (MINAYO, 2010).

A entrevista semiestruturada contemplou aspectos relacionados às concepções, às experiências de equipes de saúde com matriciamento em saúde mental, com ênfase na dependência química, bem como as fragilidades apontadas pelos trabalhadores da saúde nessa ferramenta de cuidado.

Inicialmente, as pesquisadoras explicaram o projeto e sua importância, o método utilizado e os objetivos a serem alcançados com a investigação. Foram agendados encontros presenciais, visando convidá-los a participar do estudo. Depois de explicar os objetivos da pesquisa e de os participantes assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), realizou-se a coleta das informações.

Com vistas a preservar a identidade dos participantes da pesquisa, eles serão mencionados na pesquisa como trabalhadores da saúde (TS1, TS2, TS3, TS4, TS5, TS6, TS7, TS8, TS9, TS10, TS11, TS12, TS13).

As entrevistas foram gravadas na íntegra em aparelho digital e, posteriormente, transcritas e analisadas, seguindo os passos metodológicos da análise temática de conteúdo segundo Minayo (2008), desdobrando-se nas etapas preanálise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/interpretação. As categorias de análise foram elaboradas depois de coletadas as informações.

Esta pesquisa obedeceu à Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2013), responsável por estabelecer regras para pesquisas que envolvem seres humanos, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), por meio do Protocolo 650.269. As informações foram coletadas no período de maio a junho de 2014.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS ACHADOS**

A análise do material empírico ocorreu mediante ação dialógica entre os conteúdos que surgiram das categorias e a literatura pertinente ao tema, com vistas a oferecer resultados que contribuam para a qualificação da prática do matriciamento em saúde mental ofertado às pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas.

Os achados do estudo evidenciaram o surgimento de três categorias: Matriciamento como Ferramenta Facilitadora de Encontros Necessários para o Cuidado em Saúde Mental; Matriciamento em Saúde Mental com Ênfase na Dependência Química: uma Rede de Cuidado em Construção; Fragilidades para a Realização do Matriciamento em Saúde Mental com Ênfase na Dependência Química.

### **CATEGORIA 1: MATRICIAMENTO COMO FERRAMENTA FACILITADORA DE ENCONTROS NECESSÁRIOS PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**

O matriciamento em saúde mental é um conceito ainda recente no campo da saúde que vem sendo discutido com mais intensidade nos últimos anos. No município cenário da pesquisa, essa estratégia de cuidado teve início em 2008, com a implantação do NASF. Mediante os investimentos do Ministério da Saúde para a qualificação das unidades básicas de saúde, essa metodologia de cuidado passou a ser ainda mais valorizada pelos trabalhadores de saúde do município.

Identificou-se nas falas dos participantes do estudo que a concepção de matriciamento encontra-se em processo de apropriação pela maioria dos trabalhadores da saúde. Eles destacaram intervenções constitutivas do matriciamento em saúde mental, entretanto, estas se encontravam mescladas com ações divergentes à citada ferramenta de cuidado.

Observa-se nas falas que as concepções dos trabalhadores da saúde sobre o matriciamento apresentam convergências, no sentido de que essa metodologia consiste em um fazer coletivo, em que o cuidado para se tornar efetivo precisa ser compartilhado.

Matriciamento em saúde mental na dependência química, pela minha experiência, era o que a gente fazia no início no CAPS. A gente via as fragilidades que tinha nas UBS, e, a partir daí, o CAPS AD traçava metas, alguns objetivos para auxiliar as unidades de saúde. Exemplo, a gente deu um minicurso para as ACS para abordar essa temática, ver as fragilidades e como chegar. Eu acho que isso foi o ponto principal do curso, a gente dava esse suporte para as ACS, para a médica e as enfermeiras. (TS1 CAPS Ad).

O matriciamento é tipo assim uma ligação da unidade com as unidades de referência, com as equipes de referência, os grupos de referência. Matriciamento é essa ligação da unidade de saúde da família com o CAPS Ad, com os pontos de referência. (TS2 UBS).

Em relação ao matriciamento, o que a gente faz aqui é consultas, a questão do compartilhamento dos saberes em saúde mental, bem especificamente das drogas. A gente trabalha muito nas articulações com a rede de saúde mental, corresponsabilização de cada caso e dentro desses casos identificar o que a gente pode fazer em termos de cuidado. (TS3 NASF).

As concepções acerca do matriciamento como uma estratégia de trabalho coletivo é extremamente importante para que se possa construir um olhar integral a respeito do usuário. Acrescenta-se a importância para a forma como esse cuidado será conduzido, dessa maneira, o ideal é que o primeiro acesso do usuário de álcool e outras drogas seja a UBS, conforme preconiza o Ministério da Saúde. Discutir os casos de saúde mental nas UBS, junto à equipe de matriciamento pode influenciar de forma positiva nas ações voltadas a esse público, proporcionando um cuidado horizontalizado e integral ao usuário (BRASIL, 2013).

O matriciamento é definido por Campos (1999) como um modo de intervenção compartilhada entre a equipe de referência e a equipe de apoio matricial, com o objetivo de produção de uma prática pedagógico-terapêutica.

Esse método preconiza a lógica do cuidado horizontalizado, em que diversos saberes atuam de forma congruente, na base da dialógica e considerando o saber de cada profissional envolvido no processo. Já o termo “matriciamento” consiste em um princípio matemático, derivado do latim, o qual se define pelo espaço onde se constrói e gera coisas. (CAMPOS; DOMITTE, 2007).

Um estudo descrito por Assis et al. (2012), realizado com trabalhadores da saúde e usuários apontou que a aproximação entre saúde mental e APS proporciona uma relação intrínseca entre os serviços oferecidos e o impacto na capacidade do usuário utilizá-la. Dessa forma, essa aproximação entre os serviços e saberes proporciona o acompanhamento do usuário na rede, o que admite enxergar como as demandas estão sendo conduzidas, permitindo, assim, a produção do cuidado de forma mais eficiente.

Em outro estudo, também envolvendo trabalhadores de saúde, realizado por Ballarin et al. (2012), identifica-se a valorização da potencialidade do encontro entre diversos espaços e atores na prática do cuidado. Os estudiosos afirmam ainda que o apoio matricial envolve processos complexos e distintos que demandam empenho contínuo por parte dos atores envolvidos nesse processo, configurando-se como um trabalho coletivo, diferenciado e amplo.

Bezerra e Dimenstein (2008) defendem que o apoio matricial proporciona espaços de trocas de saberes entre os trabalhadores da saúde, configurando-se em ações coletivas que favorecem a corresponsabilidade e a avaliação do cuidado oferecido aos usuários da rede. No entanto, existem alguns fatores que dificultam essa troca, como a inexistência de uma rede de **atenção primária eficiente, a deficiência da rede de apoio e o número reduzido de profissionais.**

Interessa não tão somente possuir ciência e apropriação sobre o termo matriciamento, faz-se necessário que os trabalhadores da saúde saibam pôr em prática o que preconiza esses conceitos, para que seja ofertado ao usuário um cuidado de qualidade, consentâneo às suas necessidades de saúde. Em relação a esse aspecto, uma das participantes da pesquisa destacou:

A palavra em si já é um pouco complicada. (...). A gente fez o curso caminhos do cuidado, bateu muito em cima desse tema, mas o que os professores falaram lá é que a gente não se ligasse muito no conceito, o importante é conhecer os cuidados, entender como funciona a rede, aí fazer o nosso trabalho. (TS5 UBS).

O matriciamento em saúde mental, com ênfase na dependência química, exige do trabalhador da saúde o uso de tecnologias leves, assim, é preciso que o trabalhador da atenção primária busque se articular com outros trabalhadores da saúde que lidam com a temática da dependência química. É primordial que os trabalhadores da atenção primária participem de processos permanentes de qualificação e se sintam preparados para atender às demandas de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, tornando-se receptivos, também, para trabalhar na perspectiva de superação de prováveis estigmas imputados a estes usuários, os quais sofrem processos danosos de exclusão social.

As tecnologias leves são recursos fundamentais para a atenção em saúde, elas ocorrem como relações intercessoras estabelecidas no trabalho realizado na atenção à saúde; têm caráter relacional, que a coloca como forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, implicados com a produção do cuidado, dizem respeito ao modo singular como cada profissional aplica seu conhecimento na produção do cuidado (MERHY; FRANCO, 2003).

As tecnologias leves devem fazer parte do matriciamento em saúde mental, por incentivar o uso de recursos, tais como: o diálogo entre os trabalhadores de diferentes serviços, a construção de projetos terapêuticos individualizados, dentre outros.

Por ser um problema grave de saúde pública que envolve a dimensão social, cultural e subjetiva dos sujeitos, a abordagem à problemática da dependência química pressupõe o uso de tecnologias leves, pois elas estão relacionadas com habilidades indispensáveis para a aproximação entre usuário-equipe e entre a equipe da atenção primária e a equipe da atenção especializada.

As tecnologias leves facilitam a construção de reflexões coletivas que permitem a identificação de fragilidades, o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, a construção e a manutenção de uma rede colaborativa e corresponsável no cuidado de pessoas que fazem uso abusivo de drogas e seus familiares.

Embora as equipes consigam identificar o matriciamento como uma ferramenta dialógica e horizontal, em que é possível a produção do cuidado compartilhado, os trabalhadores da saúde apontaram também para a necessidade de receber suporte pedagógico de outros serviços para atender às demandas de saúde mental, com ênfase na dependência química. Acrescentaram, também, a necessidade de realização de capacitações para auxiliar a equipe a compreender melhor esse novo conceito de produção do cuidado, consoante destacado a seguir na fala de um trabalhador da unidade básica de saúde:

A gente tem um pouco de dificuldade, é que a gente aqui já pediu várias capacitações, teve uma, mas foi de meio período, não tem muito aprofundamento. (TS2 UBS).

As falas dos participantes da pesquisa evidenciam a existência de uma falta de sintonia entre as concepções de matriciamento dos trabalhadores da saúde dos três dispositivos da rede de atenção à saúde mental (CAPS; UBS e NASF). Assim, percebe-se que a construção do conceito do matriciamento ainda está em processo de apropriação pelas equipes, como pode ser observado:

Matriciamento significa dividir conhecimento, formar um grupo de trabalho e fazer com que esse grupo de trabalho esteja ciente da realidade e das informações técnicas mais precisas, mas também as mais atualizadas em relação à temática. (TS4 CAPS ad).

É dar um certo apoio ao usuário de saúde mental. (TS6 UBS).

Eu acho que a gente faz o matriciamento e nem sabe que está fazendo, mas, a partir do momento em que se traz um caso, faz uma busca, realiza estudo de caso, faz clínica ampliada, estamos fazendo matriciamento. (TS7 NASF).

Eu acho que seria a junção de serviços, a união dos serviços, até porque a gente não pode trabalhar só. (TS8 CAPS ad).

Considerando-se as falas explicitadas e a necessidade de realização de avanços para que o apoio matricial com ênfase da dependência química efetivamente seja incorporado às práticas dos trabalhadores de saúde, acredita-se que uma das estratégias que podem ser adotadas para aproximar essas concepções, confrontá-las e refleti-las seria a prática da educação permanente em saúde mental, envolvendo as equipes de trabalhadores da saúde.

Para Ceccim (2005) a educação permanente em saúde se configura uma importante estratégia para provocar mudanças no trabalho para que este venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Porém, existe a necessidade de descentralizar e disseminar a capacidade pedagógica por dentro do setor, dessa forma será possível constituir o SUS verdadeiramente como uma rede-escola.

Refletindo sobre o que Ceccim (2005) salienta a respeito da educação permanente, acredita-se que a adoção da educação permanente pelas equipes de trabalhadores de saúde apresenta de fato a potência de provocar momentos de reflexões acerca dos processos de trabalho desenvolvidos pelas equipes de saúde (CAPS; UBS e NASF). Nesse sentido, poderá se configurar uma das formas de impulsionar uma rede de ensino-aprendizagem constante da prática desenvolvida pelos trabalhadores da saúde, incluída entre as metas formuladas pela saúde coletiva no Brasil.

Estudo realizado por Freitas et al. (2012) sobre a formação e educação permanente e a produção de tecnologias em saúde e inovação

do cuidado, realizado com trabalhadores de saúde, considera que o apoio matricial vem trazendo novas perspectivas para o cuidado em saúde mental. No entanto, esses avanços ainda são incipientes para qualificar os profissionais, de forma que eles incorporem, em seus processos de trabalho, a integração de saberes e práticas integrais. Para facilitar essas ações, é necessário o investimento em uma formação para superação do modelo flexneriano e da incipiente organização de uma política de educação permanente.

Em consonância com o conteúdo supracitado, pode-se dizer que a prática do matriciamento assemelha-se com a dinâmica de formação de uma ciranda. Esta não se faz somente com uma pessoa, não se faz apenas com um grupo de pessoas com mãos dadas. Se as pessoas começarem a se movimentar desordenadamente, também não existirá ciranda. Para que a ciranda aconteça, faz-se necessário que um grupo de pessoas diferentes deem as mãos umas às outras em forma de círculo compondo uma corrente, em que cada um seja capaz de se ver e ouvir a voz do outro, embalado ao som da zabumba. É essencial que todos que compõem a ciranda se movimentem no mesmo sentido, guiando-se pelo ritmo da música.

Defende-se que o mencionado movimento é necessário para que o matriciamento aconteça de maneira a ofertar frutos satisfatórios para a qualificação do cuidado em saúde mental, com ênfase na dependência química. É essencial que os trabalhadores da saúde se unam e se movimentem no mesmo sentido, realizando o compartilhar de conhecimentos, saberes e práticas, da mesma forma em que os olhares e vozes se cruzam na ciranda. Nada disso teria sentido sem um guia, na ciranda esse guia é a zabumba, no matriciamento é o usuário. O matriciamento propõe esse encontro necessário para que a ciranda do cuidado em saúde mental desenvolva-se de maneira a acolher e a dar resolutividade às demandas da pessoa que faz uso abusivo de drogas e de suas famílias.

## **CATEGORIA 2: MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL, COM ÊNFASE NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA: UMA REDE DE CUIDADO EM CONSTRUÇÃO**

Segundo os participantes da pesquisa, o usuário que apresenta uso abusivo de álcool e outras drogas é inserido na rede de atenção em saúde mental do município por três caminhos primários: pela UBS, por medida judicial ou acessando diretamente o serviço especializado:

Antes de alguém procurar um CAPS, provavelmente é para ele ter passado por uma unidade básica de saúde, e minimamente ele poderia já vir referenciado, com a história da unidade de saúde, para o serviço poder conhecer e compartilhar o que realmente não acontece, porque a maioria daqui é ou demanda espontânea, ou demanda da justiça (TS9 CAPS Ad).

Quando o usuário não procura cuidado primeiramente no CAPS o primeiro lugar em que o usuário chega é a unidade básica de saúde da família, porque ele sente mais confiança (TS2 UBS).

Pesquisa realizada por Marinho e Barros (2018) apontou para a necessidade de as equipes visualizarem o usuário que enfrenta problemáticas decorrentes da dependência química no seu contexto de vida familiar, comunitário e social, além do desenvolvimento de ações na atenção primária voltadas para a promoção da saúde mental. Elas chamam a atenção para o fato de que aspectos, tais como: dificuldades de manejo da equipe para atender aos usuários com demandas relacionadas ao problema da dependência química, podem inviabilizar essa aproximação nesse âmbito de atenção.

As equipes participantes do estudo reconheceram que a atenção básica deve ser a porta de entrada para os usuários que sofrem problemáticas decorrentes da dependência química. Este fato é importante, pois a atenção básica deve ser a porta de entrada para o atendimento de saúde, por ser um dispositivo próximo do território do sujeito, configurando-se, dessa maneira, um espaço fértil para o cuidado. (MARINHO; BARROS, 2018).

As estudiosas supracitadas acrescentam ainda que é dever do Estado garantir aos usuários de álcool e de outras drogas e seus respectivos grupos familiares, conforme as suas necessidades e desejos, a assistência de qualidade no âmbito da atenção primária, afirmando a sua identidade cidadã, atendendo às suas especificidades, acolhendoo-as e garantindo a atenção multiprofissional comprometida e capaz de ofertar a atenção em saúde mental de modo integral.

Evidenciou-se ainda, nesta pesquisa, o processo de formação de um conjunto de ações, com vistas a atender à pessoa que faz uso abusivo de drogas, no campo da atenção primária, como evidenciadas nas falas destacadas:

Existe psicólogo do NASF que está à frente dos atendimentos de saúde mental. É feito um cartão da saúde mental, em que são realizados os encaminhamentos das necessidades maiores como psicotrópico, passa pelo médico, e, se for necessário, é encaminhado para outros serviços (TS7 NASF).

A gente tem um grupo de saúde mental, é mais para quem tem algum problema ou são dependentes de medicamentos. No grupo um profissional do NASF fica à frente, mas esse sempre convida outros profissionais da equipe para estar junto. Aquele usuário que o colega de trabalho vê que tem necessidade, convida para participar do grupo. A gente pede para os usuários comparecerem na quinta-feira, na unidade (TS6 UBS).

Pelo NASF a gente tem algumas intervenções, eles trazem alguns problemas da área, quando têm um assunto muito complicado na área deles, fazem uma reunião na unidade e trazem a demanda para o CAPS Ad. A gente senta com ele e vê a melhor forma para atender essa pessoa (TS1 CAPS ad).

Dessa forma, é possível identificar como se dá o fluxo do usuário que faz uso abusivo de drogas na rede de saúde mental do município e como as equipes da UBS, do NASF e do CAPS Ad tecem o cuidado.

Os trabalhadores da UBS salientaram que, quando uma pessoa faz uso abusivo de drogas e busca atendimento no serviço, ela passa pelo acolhimento, momento em que tem a oportunidade de relatar as suas demandas de saúde. A primeira conduta da equipe é buscar conhecer a história de vida do usuário, a partir do contato com usuário e/ou sua família.

Quando chega algum paciente para mim, ele geralmente já é paciente do CAPS, mas quando não é a gente vai buscar toda a história. Dependendo desse histórico, a gente passa para o profissional do NASF, ele encaminha para o médico e, se necessário, ele encaminha para o CAPS (TS2 UBS).

Na questão de usuários de psicotrópicos, a gente tem um grupo de saúde mental. A gente trabalha muito na questão da prevenção, existe um grupo de adolescentes (...). Quando o usuário chega, ele passa pelo acolhimento e escuta e quando é a questão de psicotrópicos, ele vai para o médico. Em relação à questão do usuário de drogas ilícitas, as pessoas têm mais essa consciência (TS3 NASF).

As histórias de vida são compartilhadas com a equipe de maneira informal, a equipe oferece atendimento médico e grupos de saúde mental para a comunidade, desenvolvidos com a equipe do NASF. Nas situações em que a equipe não consegue atender às demandas, articula-se com os trabalhadores do NASF que, por sua vez, procuram acompanhar os casos conjuntamente.

Numa determinada situação em que as equipes da UBS e do NASF lidam com dificuldades, aciona-se o CAPS Ad ou a Policlínica. Entretanto, um dos participantes do estudo referiu não se sentir confortável para fazer encaminhamento do usuário para outras equipes,

pelo fato de não conhecer os trabalhadores da saúde que compõem a rede de atenção à saúde mental, assim como não ser favorável a dar continuidade à produção de encaminhamentos descompromissados com o cuidado.

O trabalhador do NASF afirma que somente em última instância quando não consegue dar resolutividade junto à equipe da UBS, propõe a busca pelo serviço especializado. Argumenta ainda que sente a necessidade de realizar o contato direto com o serviço para o qual decide encaminhar o usuário:

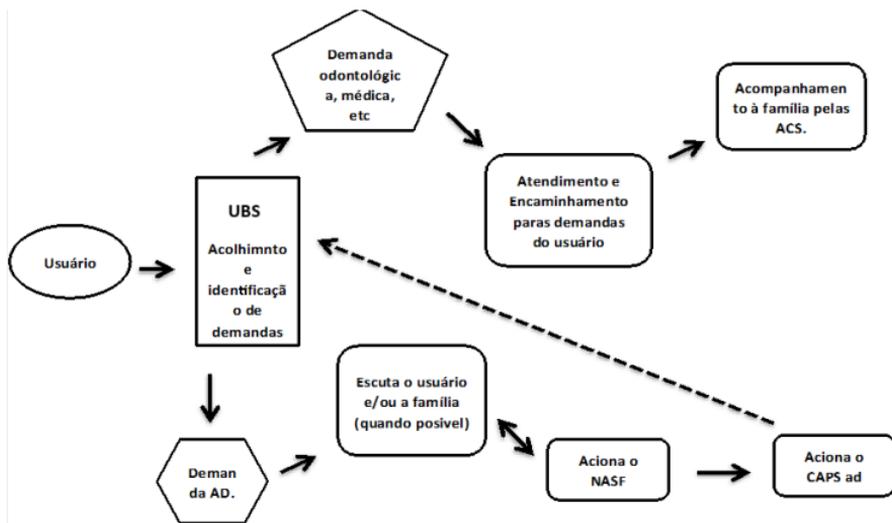
Quem são na rede de saúde mental os psicólogos, os assistentes sociais que estão atuando? Quem são essas pessoas? Como é que a gente faz? Continua na lógica do encaminhamento? Eu me recuso a fazer um encaminhamento, acho que os casos precisam ser discutidos. Eu tive um caso semana passada, eu fui ao CAPS para a gente discutir (TS3 NASF).

Um Trabalhador do CAPS Ad também enfatizou sobre a relação estabelecida entre o CAPS Ad e o NASF:

Tem pessoas do NASF que acompanham o usuário na UBS e percebem alguém com uma dependência, aí chega para gente também acompanhar. Então, vamos tentar fazer essa localização e conversar, alguém da UBS também vai com a gente, a psicóloga, geralmente, para tentar trazer essa pessoa para o CAPS. Se for uma questão de dependência química, porque, às vezes, a pessoa usa a maconha, mas não é só por usar a maconha que é um público para o CAPS Ad. É necessário avaliar se aquele uso da substância está com prejuízos na vida social, vida afetiva, família, trabalho (TS10 CAPS Ad).

Com o intuito de compreender as falas dos trabalhadores da saúde da UBS, NASF e CAPS Ad, foi possível construir um fluxograma que representa o caminho do usuário que sofre problemáticas decorrentes da dependência química e que tem a UBS como porta de entrada.

**Figura 1 - Quadro referente ao fluxo do usuário que faz uso abusivo de álcool e outras drogas e que tem a UBS como porta de entrada**



Fonte: Elaborado pelos autores.

Quando o usuário que faz uso abusivo de drogas chega à UBS é realizado o seu acolhimento, a fim de identificar quais as suas necessidades de saúde. Quando se trata de uma demanda que não diz respeito à questão da dependência química, especificamente, como a consulta odontológica ou a consulta médica para exames de rotina, dentre outros procedimentos, o usuário é atendido e continua a ser acompanhado junto à sua família pelo agente comunitário de saúde.

Nos casos em que a demanda apresentada pelo usuário diz respeito diretamente à questão da dependência química é realizada a história de vida do usuário e da família, a equipe da UBS aciona o trabalhador do NASF. Entre estes dois serviços há uma relação de vínculo fortalecido e as ações são construídas de forma mais dialogada.

Há casos mais complexos que demandam a assistência do CAPS Ad, dessa maneira, realiza-se o encaminhamento do usuário para acompanhamento no CAPS Ad. No entanto, percebe-se como demonstrado na Figura 1 que a relação do CAPS Ad com a UBS e o NASF apresenta-se mais fragilizada.

Há tentativas voltadas para o fortalecimento da rede, mas elas ainda se revelam frágeis, principalmente no que concerne à articulação entre o serviço de atenção especializada estratégica e os dispositivos da APS, como pode ser observado a seguir:

Tem essa dificuldade de integrar o serviço especializado com a atenção primária. A gente tenta articular para poder fazer esse matriciamento, tem pelo menos tentado se inserir, mas de uma forma muito tímida e pequena (TS10 CAPS Ad).

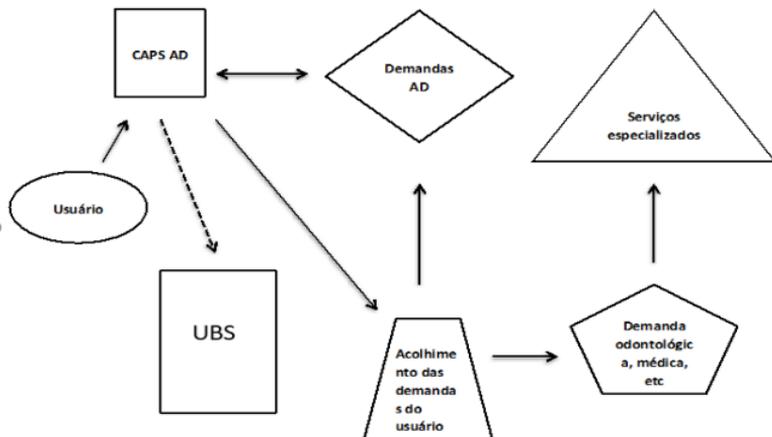
A partir dos relatos dos trabalhadores do CAPS Ad, também foi possível desvelar o caminho que o usuário percorre até chegar neste serviço, sendo predominantemente por meio de demanda judicial ou espontânea e encaminhada por outros dispositivos da rede de atenção à pessoa que faz uso abusivo de drogas, como destacado a seguir:

A maioria daqui do CAPS Ad é demanda espontânea ou demanda da justiça (TS9 CAPS Ad).

Aqui a gente é mais procurada do que procura, é mais a atenção básica que encaminha para o CRAS, e o CRAS vem e entra em contato com o CAPS (...). O CREAS está entrando em contato com a gente porque receberam o ofício para tirar os moradores de rua do mercado público. Por essas pessoas serem usuárias de álcool, eles acham que a gente tem a obrigação de tirar essas pessoas da rua e trazer para o CAPS Ad (TS11 CAPS Ad).

Independente da forma de entrada, todos os usuários que chegam ao CAPS Ad também são acolhidos pela equipe. A partir da identificação de uma demanda para o CAPS Ad, o usuário passa a frequentar o serviço de acordo com o pactuado entre o usuário e o técnico de referência. Durante o acompanhamento, a equipe do CAPS também busca oferecer um suporte clínico aos usuários assistidos, procurando estabelecer relações de apoio e suporte com outros dispositivos da média e alta complexidade, como observado na figura 2.

**Figura 2 - Quadro referente ao fluxo do usuário que faz uso abusivo de álcool e outras drogas e que tem o CAPS Ad como porta de entrada**



Fonte: Elaborado pelos autores.

A equipe do CAPS Ad se compromete pelo cuidado do usuário, procurando dar resolutividade a todas as suas demandas de saúde, como cuidados clínicos gerais, consulta odontológica, internações em hospitais gerais, dentre outras. Desse modo, ela assume responsabilidades da equipe da atenção primária à saúde e não se investe na formação de vínculo do usuário com a UBS:

Quando eu cheguei no CAPS Ad, os usuários não tinham facilidade de ter acesso à policlínica, aos atendimentos médicos, como oftalmologista e neurologista. Eu fui direto na Policlínica falar com a direção das necessidades que os usuários tinham, as dificuldades ao chegar nesses serviços. Elas deixaram duas vagas certas para os usuários do CAPS, agora o CAPS Ad consegue fazer a marcação dos exames nesses serviços. Eu também fiz aqui uma ação de vacinação, os usuários não tinham a vacinação de tétano, hepatite e influenza e tinham medo de tomar (TS11 CAPS Ad).

Em relação à própria dinâmica do matriciamento com ênfase na dependência química, mesmo que o tema faça parte das reuniões do CAPS Ad e que esse dispositivo conte com a ajuda de uma apoiadora

clínico-institucional, o que pode ser observado é o desenvolvimento de ações pontuais que partem, na maioria das vezes, de iniciativas isoladas de trabalhadores da saúde dos serviços, como destacado nas falas:

Existe muito é uma demanda espontânea entre os serviços, não é nada estruturado, não é nada que diga assim: a estratégia vai ser essa para essa unidade de saúde e ser levada adiante. Existem os profissionais que se comunicam entre os serviços, para resolver alguma questão de alguém da rede (TS9 CAPS ad).

Hoje, está um pouco mais distante, a gente está fazendo matriciamento apenas com algumas unidades de saúde. Realizamos o apoio matricial com mais frequência junto a Policlínicas e com o Centro de Especialidades Odontológicas, porque a demanda pela dependência química está causando problemas de saúde. E a gente acaba intervindo com outros profissionais de outras áreas (TS1 CAPS ad).

Já foi discutido em reuniões como objetivo de se colocar na pauta do CAPS Ad de se trabalhar o matriciamento. Mas, ainda, não foi colocado em prática, se acontece, acontece de uma forma muito informal, só no contato entre os profissionais mesmos (TS12 CAPS ad).

O matriciamento em saúde mental, com ênfase na dependência química no município cenário da pesquisa, vem se construindo ao longo dos anos, passando por momentos de oscilação, ou seja, logo no início da implantação do CAPS AD no município, os trabalhadores da saúde mais antigos relatavam que buscaram as unidades de saúde, a fim de avaliar as suas demandas e providenciar possíveis intervenções articuladas a este serviço.

Matriciamento em saúde mental na dependência química era o que a gente fazia no início no CAPS Ad, víamos as fragilidades que tinham nas unidades de

saúde e a partir daí traçávamos metas e alguns objetivos para auxiliar as unidades de saúde. Hoje, está um pouco mais distante (TS1 CAPS Ad).

O matriciamento em saúde mental é, também, um exercício de rede, uma vez que sugere o diálogo e o encontro entre unidade de referência, centros de referência em atenção psicossocial e o NASF. A concepção de rede refere-se a uma ação que proporciona elos, que dá liga, são pontos que se entrelaçam, com o objetivo de formar um todo, por isso se acredita que, quando bem estruturada, é possível ter uma visão mais ampliada do indivíduo ou grupo de indivíduos assistidos. (BRASIL, 2011).

Franco e Magalhães Júnior (2003) salientam que, para garantir aos usuários o direito da integralidade na assistência e a organização do acesso e fluxo do usuário na rede, é necessário proporcionar mudanças na produção do cuidado, desde a atenção básica até os dispositivos de alta complexidade.

Concorda-se com o Ministério da Saúde (2012) quando afirma que o trabalho em rede tem a capacidade de fortalecer a atenção básica, transformando essa na principal coordenadora do cuidado, superando, assim, a fragmentação do sistema de saúde que tende a resistir até hoje.

As iniciativas de cuidado em saúde mental devem seguir o modelo de redes de cuidado, com base territorial de atuações transversais a outras políticas que são direcionadas para a construção de vínculos e acolhimento (SOUSA et al., 2011).

Ainda segundo o estudo realizado por Sousa et al. (2011) acerca das concepções dos trabalhadores de saúde de um CAPS e de uma unidade básica de saúde em relação ao apoio matricial, evidenciou-se que esta consiste em uma estratégia de cuidado enérgica, por favorecer a construção de um sistema articulado em rede no SUS, não se limitando às fronteiras de determinados serviços.

Dessa forma, o matriciamento proporciona a construção de elos entre a equipe de referência que movimenta a equipe na busca de

resolução de casos da comunidade. O apoio matricial, assim, permite visualizar os caminhos que fazem fluir as conexões de rede de cuidado em saúde mental (SOUSA et al., 2011).

Entende-se que para o alcance das dimensões biopsicossociais do sujeito é preciso um esforço coletivo que interligue vários saberes, incluindo o saber da pessoa que faz uso abusivo de álcool e outras drogas, pois este possui mais saber sobre o seu corpo, a sua mente, as suas relações sociais do que qualquer trabalhador da saúde ou ciência. O matriciamento em saúde mental, com ênfase na dependência química, facilita esse processo de ligação que movimenta e constitui a rede, tornando o processo de busca por um cuidado mais efetivo e rápido, contemplando meios que diminuam a circulação do sujeito na rede, de forma a suprir as suas necessidades.

No que tange à dinâmica de matriciamento dos serviços estudados, percebe-se que a rede de atenção à pessoa que faz uso abusivo de drogas transcende as estruturas concretas como hospitais, CAPS, UBS, dentre outras. De fato, a rede é erigida por usuários e trabalhadores da saúde, a existência desses dispositivos por si só não garante o desenvolvimento de práticas de saúde de qualidade.

Constatou-se, nesta pesquisa, a inexistência da prática do matriciamento no cenário estudado e a emergência em instituí-la como uma atividade permanente. Defende-se que o matriciamento colabora com a construção do movimento necessário para a integração da rede de cuidado para as pessoas com problemas decorrentes da dependência química, na medida em que esse modo de produzir cuidado convoca os trabalhadores para o diálogo e a construção coletiva, compromissada com os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica.

As autoras deste estudo acreditam que o matriciamento constitui-se uma ferramenta de cuidado potente, com capacidade de ofertar frutos de qualidade para a atenção em saúde mental, no entanto, elas consideram pertinente à realização da seguinte indagação: Se houver esforço genuíno dos trabalhadores da saúde, dos usuários e de seus familiares, será possível alcançar, de fato, o ideal da integralidade da assistência à saúde? Entende-se que a estrutura política, ideológica e

organizacional do país, infelizmente, não colabora para que se alcance esse objetivo, principalmente, no que se refere ao cuidado da pessoa que faz uso abusivo de drogas. De qualquer forma, elas defendem que ferramentas de cuidado como o matriciamento possibilitam arranjos e estratégias que aproximam e tornam mais exequível o princípio da integralidade da assistência.

As dificuldades dos participantes em expressar concepções claras sobre a rede de suporte assistencial e técnico pedagógico é reflexo das fragilidades enfrentadas por esses trabalhadores, que inviabilizam a prática do matriciamento no cenário estudado.

Realizar o exercício de suscitar reflexões sobre de que maneira acontecem as tentativas de desenvolvimento do matriciamento em saúde mental no município, constitui-se uma tarefa importante para provocar mudanças na realidade aqui apresentada. Os desencontros das respostas apresentadas pelos participantes desse estudo demonstram a necessidade das equipes realizarem debates permanentes sobre a prática do matriciamento, com vistas a avançar no desenvolvimento dessa metodologia de cuidado.

### **CATEGORIA 3: Fragilidades para a realização do matriciamento em saúde mental, com ênfase na dependência química**

De acordo com os trabalhadores do CAPS Ad, da UBS e do NASF, são muitas as fragilidades apontadas para a realização do matriciamento em saúde mental, destacando-se: o excesso de demanda, a falha na comunicação, planejamento e articulação entre as equipes da rede de atenção à saúde mental, com ênfase na dependência química.

Fragilidade é essa questão de muita demanda em cada serviço, aqui mesmo, hoje é um dia que não para. Saio aqui de 4 horas hoje, é direto mesmo. Eu acredito que lá na atenção primária a equipe sinta isso também. Outra fragilidade é a falta de tempo para o planejamento. (TS10 CAPS Ad).

Acho que a grande fragilidade é essa forma de comunicação, falta uma articulação mais efetiva, não existe uma preparação antes de desenvolver uma atenção preventiva ou outras estratégias que possam mediar o matriciamento na dependência química. (TS9 CAPS Ad).

As fragilidades relativas às dificuldades de comunicação e articulação entre as equipes, bem como a falta de planejamento expressadas pelos trabalhadores da saúde, poderiam ser superadas mediante a valorização do uso de tecnologias de baixo custo, como as tecnologias leves e leve-duras. Estas demandam, principalmente o envolvimento dos trabalhadores que deveriam priorizar a realização de reuniões de equipes para discussão conjunta dos casos mais complexos e de difícil manejo.

Dessa maneira, as fragilidades e as dificuldades para o cuidado em saúde mental, assim como as possibilidades de enfrentamento destas seriam possivelmente e mais facilmente identificadas pelas equipes. Assim, elas teriam mais condições de organizar e sugerir uma agenda de trabalho conjunta, de modo a priorizar os horários para a prática de matriciamento.

Merhy e Feuerwerker (2009) afirmam que todos trabalhadores da saúde possuem três caixas de ferramentas, uma está vinculada à propedêutica e aos procedimentos, a segunda caixa se relaciona aos saberes e a última diz respeito às relações, cada uma expressa processos produtivos e singulares.

As caixas de ferramentas representam três tipos de tecnologias em saúde: caixa 1 – representa as tecnologias duras de cuidado, nela encontra-se ferramentas que permitem o manuseio como os equipamentos que permitem perscrutar, acessar dados físicos que alimentam o raciocínio clínico, todos os outros equipamentos e medicamentos que são utilizados nas intervenções terapêuticas, os quais demandam “trabalho morto”(das máquinas) e trabalho vivo (operadores das máquinas); Caixa 2 – possui as tecnologias leve-duras do cuidado que processam o olhar do trabalhador sobre o usuário, isso acontece quando o profissional utiliza-se de saberes prévios (trabalho morto, pois foi

produzido, anteriormente, como a ciência ocupacional, a epidemiologia, anatomia etc.) para realizar a sua intervenção, mas nessa intervenção também existe um agir do trabalho vivo que é provocado pelas características singulares e imprevistos existentes na relação entre o trabalhador e o usuário. (MERHY; FEUERWERKER, 2009). A caixa 3, por sua vez, conforme explicam os estudiosos citados, traz as tecnologias leves do cuidado que permite a produção das relações envolvidas no encontro, como a escuta, o interesse, o vínculo, a confiança. Ela é capaz de captar a singularidade, o contexto, a cultura, ela enriquece e amplia o raciocínio clínico.

O modo de fazer saúde, voltando-se para uma prática compartilhada e de apoio matricial para as equipes de referência envolve o uso prioritário de tecnologias de cuidado a serem utilizadas na produção da saúde. Para a produção do cuidado horizontalizado, com vistas a atender às demandas dos usuários ou grupos de usuários, é preciso construir o processo de trabalho centrado nas tecnologias leves e leve-duras. (MERHY, 1997).

O matriciamento em saúde mental é uma ferramenta transversal e híbrida que combina o uso de tecnologias leves e leve-duras, podendo contribuir para a autonomia dos sujeitos com a problemática da dependência química (MERHY, et al., 2007).

Assim, a prática do matriciamento demanda habilidades pessoais e interpessoais dos trabalhadores da saúde, sendo possível reverter a realidade apontada pelos participantes do estudo. Mediante a reflexão dos processos de trabalho e receptividade das equipes para imprimir mudanças em suas práticas, bem como com o apoio dos gestores locais, o matriciamento poderá se tornar uma prioridade na agenda das equipes dos serviços de saúde, produzindo o cuidado em saúde mental de qualidade, com ênfase na dependência química.

A falta de capacitação profissional de forma continuada da equipe para o cuidado de pessoas com dependência química é uma fragilidade elencada pelos participantes deste estudo.

A primeira fragilidade é a não continuidade da formação, normalmente são apenas períodos que você

discute determinados temas e depois esse tema é esquecido. Então, o ideal é que tenha um programa de educação continuada em relação à questão do matriciamento (TS4 CAPS Ad).

A gente deveria ter mais capacitação de álcool e drogas (TS2 UBS).

Além da educação técnica assistencial e assimilação de conteúdos referentes ao matriciamento em saúde mental, com enfoque na dependência química, é essencial que o trabalhador da saúde possua identificação com o cuidado prestado à população assistida e ao compromisso com as demandas que esta traz.

As autoras deste estudo não identificaram documentos do município acerca de incentivos por parte da gestão, no sentido de ofertar aos trabalhadores da saúde formas de capacitação permanente. O que existe são somente algumas iniciativas pontuais do município voltadas para capacitação das equipes, conforme explicitado pelos trabalhadores da saúde.

Eu fiz um treinamento sobre saúde mental e dependência química para os médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem das UBS do município, no ano passado. Em relação à equipe daqui, de forma quinzenal a gente discute assuntos teóricos relacionados à questão de substâncias psicoativas e da clínica relacionada com nossa supervisora e ocasionalmente participamos de cursos (TS2 CAPS ad).

Teve agora um curso caminhos do cuidado (para técnicos de enfermagem e ACS) que envolvia muito isso, questões relacionadas à dependência química e o matricialmente em saúde mental (TS2 UBS).

A formação em saúde envolve aspectos da produção subjetiva, do desenvolvimento de habilidades técnicas e de pensamento, além do conhecimento adequado do SUS, sendo a atualização técnico-cien-

tífica apenas um dos aspectos da qualificação do trabalhador da saúde. O objetivo fulcro da formação deve ser a transformação de práticas e da própria organização do trabalho, ela deve ser estruturada por meio da problematização do processo de trabalho e da capacidade de acolher e cuidar das diversas dimensões e necessidades de saúde das pessoas e coletivos (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Nesse sentido, não é necessário esperar por um curso de capacitação, a própria equipe pode se organizar para produzir conhecimento, visando à mudança de práticas e à resolução de problemas de ampla complexidade como é o caso da dependência química.

Percebe-se que os trabalhadores de saúde da UBS, do CAPS Ad e do NASF elegeram fragilidades que detectaram no cotidiano dos serviços, e não propriamente na prática do matriciamento. Tais fragilidades podem estar associadas justamente a não realização efetiva do matriciamento e devem ser objeto de reflexão das equipes, pois quando estas passarem a refletir sobre as próprias fragilidades, tornar-se-à possível a construção de cenários de potencialidades no cuidado em saúde mental.

Não é tarefa fácil pontuar fragilidades acerca do matriciamento, quando este não está sendo desenvolvido adequadamente e efetivamente no âmbito dos serviços. Dessa forma, provavelmente seja mais coerente identificar as fragilidades, no sentido de investigar por que essa metodologia ainda não está integrando a dinâmica dos serviços. Assim, possivelmente propiciará um caminho fértil para a criação de estratégias que contribuam para que o matriciamento em saúde mental, com ênfase na dependência química aconteça de forma mais concreta.

Acredita-se que, para a organização do apoio matricial, as primeiras intervenções em um território desconhecido devem ter o propósito de criação de vínculos e de conhecimento dos atores e cenários que compõem o contexto em que as equipes estão inseridas. Dentre as atividades, podem-se priorizar as reuniões semanais da equipe, a realização de grupos na comunidade, trabalho articulado com os agentes comunitários de saúde, busca ativa de usuários no território, pesquisas em base de dados por trabalhos que referenciam o território, assim como outras possibilidades.

O cuidado exige o conhecimento não apenas técnico-assistencial, mas também preconiza a valorização dos saberes e das crenças da população assistida. Acredita-se que, nesse processo de produção de cuidado sob a égide do matriciamento em saúde mental, devem ser consideradas pelas equipes o compartilhar, o construir coletivo, a partir de olhares diversos, com vistas à produção de um cuidado mais consciente, articulado e ético.

Não adianta apenas ao trabalhador da saúde absorver informações acerca do território, é preciso problematizá-las, refleti-las, e essa reflexão precisa ser coletiva para que se aproxime o máximo possível da população e dos ideais da saúde coletiva, da saúde pública e da saúde mental.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO**

Mediante a realização deste estudo, percebeu-se que existem fragilidades para a prática do matriciamento em saúde mental, com ênfase na dependência química no município cenário do estudo. Há iniciativas pontuais de alguns trabalhadores, visando superar limites para que aconteça o cuidado em saúde mental de pessoas que fazem uso abusivo de drogas.

Há fragilidades de articulação entre a atenção primária e a atenção especializada em saúde mental voltada para as pessoas com dependência química. Propõe-se o investimento em estratégias como a educação permanente em saúde, pois esta possibilita a reflexão da prática e estimula o processo de aprendizado e ensino, além de promover a conscientização sobre o manejo e a utilização das tecnologias de saúde.

A adoção da educação permanente nos diferentes serviços de saúde poderá contribuir de maneira valiosa para o fortalecimento das equipes, e desenvolvimento de práticas de saúde mais eficientes e comprometidas com as demandas e necessidades das pessoas que fazem uso abusivo de drogas e seus respectivos grupos familiares.

As concepções dos trabalhadores acerca do matriciamento não apresentam convergências com o que de fato é o matriciamento. Quanto à dinâmica do que a equipe denomina de matriciamento em saúde mental, com ênfase na dependência química, ela ocorre eventualmente e de modo informal. Destaca-se que no município, cenário do estudo, há uma rede de atenção à saúde da pessoa que faz uso abusivo de álcool e outras drogas. Vislumbra-se que quando o matriciamento for instituído de fato no cotidiano das equipes, poderá se constituir como um importante propulsor da prática compartilhada entre saúde mental e atenção primária.

O matriciamento oportuniza ao trabalhador da saúde o desenvolvimento de práticas de maneira conjunta. Essa ferramenta de cuidado em saúde mental contribui para a formação de uma atmosfera de igualdade entre as equipes, na medida em que há a reflexão coletiva das demandas da dependência química presentes no território.

Para que sejam realizados avanços significativos, é necessário que o trabalhador da saúde tenha desejo. Seria possível, então, despertar esse sentimento no outro? Como identificar a intensidade do desejo do outro? Como agir para despertar nele o desejo? A metodologia de apoio matricial apresenta-se como umas das formas de despertar nos trabalhadores esse sentimento, a partir do compartilhamento de experiências, saberes e práticas. Todavia, é importante destacar que por mais que existam incentivos para essa modalidade de oferta de cuidado, nem todos os trabalhadores serão contagiados por esse desejo, ou serão contagiados de formas diferentes.

É salutar e edificante que os trabalhadores da saúde apresentem visões diferenciadas, pois cada um pode trazer contribuições relevantes para que o cuidado integral se torne uma realidade. Mas em momento algum o profissional pode esquecer que como trabalhador do SUS deve contribuir para a garantia do direito à saúde. Dessa forma, deve desenvolver suas práticas acolhendo as demandas de saúde da pessoa, considerando sua singularidade e subjetividade, bem como incentivando a exercitar o seu protagonismo na gestão do cuidado em saúde mental.

Neste estudo, ficou evidente que há ausência do matriciamento como uma estratégia de gestão que impulsiona o movimento articulado e efetivo da rede. Dessa maneira, os trabalhadores e os usuários assistidos sofrem consequências contraproducentes ao proposto pelo sistema único de saúde brasileiro.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. R.; MOREIRA, F. G. Histórias das drogas. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 313-18.

ASSIS, M. M. A. et al. Produção do cuidado em saúde mental: acesso, acolhimento vínculo e resolubilidade no apoio matricial. In: JORGE, M. S. B. et al (Col.). **Matriciamento em saúde mental: múltiplos olhares na diversidade da integralidade do cuidado**. UEFS Editora, 2012. cap. 4.

BALLARIN, M. L. G. S. et al. **Apoio matricial**: um estudo sobre a perspectiva de profissionais da saúde mental. **Interface Comunic., Saude, Educ.**, v. 16, n. 42, p. 767-78, jul./set. 2012.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 28, n. 3, set. 2008.

BRASIL. BrasilSUS. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://www.brasilssus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>. Acesso em: 13 ago. 2014.

\_\_\_\_\_. Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/DAPES/SAS/MS. **Rede de atenção psicossocial**. Disponível em: <<http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/RAPS.pdf>>. Acesso em: 17 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

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

CECCIN, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, 2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.

CHIAVERINI, D. H. et al (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução 466/12**. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2013/06\\_jun\\_14\\_publicada\\_resolucao.html](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html) >. Acesso em: 09 de jul. 2013.

DOMITTI, A. C. P. **Um possível diálogo com a teoria a partir das práticas de apoio especializado matricial na atenção básica de saúde**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2006.

FRANCO, T. B.; JUNIOR, H. M. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. et al. **O trabalho em saúde: olhando experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

FREITAS et al. **Formação e educação permanente e a produção de tecnologias em saúde e inovação do cuidado**. In: JORGE, M. S. B. et al (Col.). **Matriciamento em Saúde Mental: múltiplos olhares na diversidade da integralidade do cuidado**. UEFS Editora, 2012. cap 6.

GOLDEMAN et al (Org.). **Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras**. Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2010.

MARINHO, M. T.; BARROS, M. M. M. A. Concepções da Equipe de Saúde da Família no concernente à atenção prestada aos usuários de álcool e outras drogas. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 32-49, 2018.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerenciando trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 113-150.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E., ONOCKO, R. **Práxis em salud: un desafio para el público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set/dez. 2003.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p. 29-74.

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

\_\_\_\_\_. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S.; GOMES, R.; DESLANDES, S. F. (Orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 9-29.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília-DF, 2012. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/geral/documento\\_norteador.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/documento_norteador.pdf)>. Acesso em: 07 jul. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001**. Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança. Genebra: OMS, 2001.

ROSA, S. D. et al. Uma reflexão da Terapia Ocupacional sobre o cenário atual dos dependentes químicos. **Jornal Cruzeiro do Sul**, Sorocaba, 27 ago. 2013, Caderno A, p. 2.

SANTOS, J. A. T.; OLIVEIRA, M. L. F. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. **J. Nurs. Health**, Pelotas (RS), v. 1, n. 2, p. 82-93, jan./jun. 2012.

SOUSA, F. S. P. et al. Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. **Physis, Rio de Janeiro**, v. 21, n. 4, out./dez. 2011.

## **PARTE IV**

**POLÍTICA E GESTÃO COMO DISPOSITIVO  
PEDAGÓGICO, E TECNOLÓGICOS PARA  
SUBSIDIAR A PRÁTICA**

# CAPÍTULO 11

## MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL COMO DISPOSITIVO DE GESTÃO E PEDAGÓGICO

Maria Salete Bessa Jorge  
Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos  
Milena Lima de Paula

O campo da saúde mental inscreve-se no plano da saúde coletiva caracterizado por uma realidade social complexa, por isso deve ser pensada como um campo interdisciplinar, articulado a uma totalidade social. Para tanto, é necessário a construção de marcos que referenciem a mudança das práticas de saúde, de forma a contemplar sua historicidade mediante espaços dialógicos de interlocução entre saberes e práticas, ampliando as perspectivas de atuação e reflexão sobre a realidade na concepção da integralidade (DANTAS et al. 2012).

Nesse sentido, lança-se neste ensaio uma proposta de marco capaz de produzir esta mudança nas práticas de saúde neste campo. O matriciamento em saúde mental, portanto, é aqui discutido como a possibilidade de direcionamentos para a gestão do cuidado e a educação permanente junto às equipes de saúde mental e atenção básica à saúde, por suas características assistencial e pedagógica.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) reformulada pela Portaria nº 1.996/2007, mas anteriormente instituída como Política Nacional por meio da Portaria nº 198/2004 foi proposta pelo Ministério da Saúde como uma estratégia para valorização do trabalho e dos trabalhadores e a qualidade das ações de saúde prestadas à população, fortalecendo, desse modo, a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), valorizando a articulação ensino e serviço (SENA et al. 2017).

Esta política reconhece que muitos são os fatores que dificultam a produção de perfis profissionais na educação superior competentes com as diretrizes do SUS. Esta crítica deve-se ao reconhecimento que

o preparo e a ação pedagógica, por meio da vivência de experiências de aprendizado significativas e transformadoras, são essenciais para formação do trabalhador para atuar no SUS, e que por vezes não são contempladas na formação regular (DAMIANCE et al. 2016).

O apoio matricial se constitui uma estratégia de articulação da Rede de Saúde Mental com a estratégia saúde da família (ESF), ou seja, equipe especializada e equipe de referência, permitindo e/ou facilitando o direcionamento dos fluxos da rede, visando à implementação de uma clínica ampliada, favorecendo a corresponsabilização, promovendo a saúde e a diversidade de ofertas terapêuticas, mediante a atuação de um profissional de saúde mental que acompanhe sistematicamente as equipes da ESF.

O Ministério da Saúde (2007) destaca entre as funções da ação matricial estão: ampliar o campo de atuação da equipe generalista; desmistificar o papel do especialista; apoio institucional; suporte técnico; educação permanente; corresponsabilização dos casos; desenvolver ações conjuntas; impedir medicalização de problemas sociais; socializar e produzir conhecimentos; priorizar abordagens coletivas; adotar estratégias de redução de danos; dentre outras.

Assim, reafirma-se a concepção de matriciamento em saúde mental como marco que insere esta possibilidade de aprendizado significativo e capaz de transformar práticas de gestão do cuidado de profissionais já inseridos no mundo do trabalho. Uma vez que busca a problematização de casos reais para significar o ideal de integralidade do cuidado, bem como promover o desenvolvimento da autonomia, protagonismo e corresponsabilização do trabalhador-usuário-familiar.

De acordo com Dantas et al. (2012) as políticas de saúde, no Brasil, especialmente as políticas que ancoram a assistência à saúde mental, têm passado por mudanças significativas nos últimos quase trinta anos, que refletem as conquistas populares no sentido da democratização humanização dos serviços e do acesso da população aos processos decisórios. O SUS é a concretização dessas mudanças, no entanto, é preciso percebê-lo como um projeto social em construção. Com isso, este ensaio busca discutir o matriciamento como dispositivo de gestão e pedagógico para o cuidado em saúde mental.

## **Aspecto pedagógico/andragógico do matriciamento para a gestão do cuidado em saúde mental**

O mundo do trabalho em que estão inseridas as equipes de matriciamento em saúde mental, seja a equipe especializada ou a equipe matricial, necessitam de um acompanhamento para reflexão sobre suas práticas. No SUS, a política de Educação Permanente traz esta possibilidade da ação e reflexão nos cenários reais em que circulam trabalhadores, usuários e seus familiares e também gestores.

Além desta necessidade, problematiza-se o cenário de formação destes profissionais que assumem processos de trabalho no SUS. Por vezes, uma formação centrada em metodologias de modelos tradicionais, fundamentados em paradigmas biologicistas e fragmentados, contrastando com as diretrizes do SUS.

Sobre este aspecto, o estudo de Damiance et al. (2016) descreve que a prática pedagógica dos docentes dos cursos superiores da área da saúde no país sofre influência da cultura institucional da educação superior brasileira, voltada para as profissões. As atividades estão alicerçadas em: conteúdos das ciências biológicas e da saúde organizados sob a égide da assistência, em detrimento dos fundamentos, da pesquisa e da administração; desarticulação entre teoria e prática; e distanciamento do trabalho docente, sem articulação com os serviços de saúde no desenvolvimento das atividades educativas. Os procedimentos técnicos são supervalorizados e desenvolvidos dentro dos serviços de saúde, sem participação ativa da comunidade, sem ações de cunho coletivo – enfim, distante de uma formação generalista e humanística que atenda às necessidades da população.

Com isso, verifica-se no cotidiano dos serviços de saúde, especialmente no cuidado de saúde mental na atenção básica, que as equipes multiprofissionais estão inseridas em processos de trabalhos fragmentados pela especialização e sem vinculação com o território e suas demandas. Levando a encaminhamentos desnecessários e subutilização das possibilidades da equipe, usuário e sua rede social.

Neste cenário, o direcionamento e ampliação do potencial de cuidado das equipes faz-se essencial. A educação permanente apresenta-se como um caminho que poderá ser implementado a partir da prática de apoio matricial. No entanto, sabe-se que os profissionais da área da saúde encontram-se numa faixa etária considerada adulta, e as práticas de ensino tem como foco a Pedagogia, e para alguns estudiosos tal fato pode “engessar” o aprendizado e levar a um único direcionamento.

Esse pensamento é afirmado por Deaquino (2007) quando relata que a Pedagogia é compreendida como a educação centrada no professor, com aspectos práticos para o desenvolvimento educacional da criança, necessitando, assim, um olhar mais crítico e reflexivo para o desenvolvimento dessa ação, pois pode ser uma escolha nada produtiva no que se espera da aprendizagem do adulto.

É nesse contexto que a Andragogia se torna fundamental, pois é entendida como estratégias da educação direcionada para adultos (DABLE et al, 2012). Esta teoria é estruturada a partir das características dos adultos que favorecem a aprendizagem. A aplicação desse modelo na aprendizagem conduz a um processo que se caracteriza por uma relação compartilhada, em que os atores desse processo se tornam autores do conhecimento.

O modelo andragógico busca desenvolver uma aprendizagem significativa, possibilitando a aplicação dos conhecimentos diante das problemáticas encontradas em suas atividades pessoais, profissionais e sociais. O estudo de Draganov et al. (2012) investiga o emprego do termo andragogia na formação em enfermagem e o aponta como prática antiga de formação integral, sob aspecto individual e social, fundamentada no autoconhecimento.

Na referida investigação a autodireção esteve relacionada à responsabilidade do adulto pelo seu desenvolvimento, autoconceito e autonomia e refletiu o amadurecimento e a independência que o adulto adquiriu e que o tornou capaz de aprender mais e melhor. A motivação também foi um pressuposto de grande ocorrência nas publicações e esteve relacionada à autoestima e ao autoconceito que o adulto passou a ter com a ampliação de seu aprendizado e do domínio de novas tarefas (DRAGANOV et al. 2012).

Neste aspecto, pode-se articular a utilização do dispositivo matriciamento em saúde mental com a prática de trabalhadores da saúde e novas tarefas em seu processo de trabalho, ou seja, uma implementação da “caixa de ferramentas” que possibilitem e ampliem a resolutividade do cuidado, mas também a motivação e autonomia para condução de casos de saúde mental na ABS.

Deaquino (2007) afirma que esse processo de aprendizagem por ele ser centrado no aprendiz, contemplando suas experiências, motivadas por um ambiente de equidade, respeito mútuo e cooperação, favorece a aquisição de independência e autodirecionamento do saber. Essa autonomia que conduz o aprendiz a buscar seu conhecimento sem a presença do professor/facilitador, ou seja, capaz de refletir sobre seu processo de aprendizagem, é conhecido como heutagogia.

Das estratégias, métodos ou programas, demonstraram evidência de sucesso as oficinas, os fóruns, os simulados e os módulos de preparo para a autodireção. Também se destacaram o programa de preceptoria, o uso de PBL e o ensino à distância (EAD). Com relação ao EAD, muito comum na Educação Permanente, o compartilhamento de experiências possibilitou a aprendizagem de conceitos e estímulo à reflexão. O uso de formato bimodal (EAD e ensino presencial) para o desenvolvimento de docentes nas áreas de estratégias e métodos efetivos de ensino-aprendizagem e autoavaliação demonstrou ser efetivo e, conseqüentemente, melhorar a prática. Para o desenvolvimento do tutor, foram empregados estágios práticos, conhecimentos e habilidades com os pressupostos de aprendizagem dos adultos. O programa de aperfeiçoamento de tutores estimulou atualizações e desenvolvimentos de competências para incentivar o processo de reflexões sobre a prática competente e segura.

Os desafios são grandes quando se trata do ensino e aprendizagem na fase adulta, se vai ser utilizado a Pedagogia ou a Andragogia nesse processo do conhecimento, quem irá determinar será as condições do aluno, o importante que com o tempo o aprendiz seja estimulado a ser o principal autor do seu conhecimento para que, posteriormente, exerça o modelo heutagógico consciente, reflexivo e com significância.

## **METODOLOGIA**

Pesquisa de natureza qualitativa, escolhida para compreender o fenômeno social e suas relações no campo da saúde mental e da atenção básica. Ademais, por meio desta opção, é possível dimensionar a compreensão dos significados, dos sentidos, das intencionalidades e das questões subjetivas inerentes aos atos, às atitudes, às relações e às estruturas sociais.

Apresenta-se um recorte da pesquisa “A rede de Atenção Primária como elo de integração da saúde mental, com ênfase no matriciamento”, financiada pelo CNPq e Ministério da Saúde. Desenvolvida pelo Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem - GRUPSFE, da Universidade Estadual do Ceará. Foram respeitados os critérios da Resolução 466/2012 referente a pesquisas envolvendo seres humanos, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Protocolo nº 08622882-0.

A pesquisa foi realizada no estado do Ceará nos municípios de Fortaleza e Sobral. No cenário 1 (Fortaleza), o estudo deu-se nas Estratégias de Saúde da Família e nos Centros de Atenção Psicossocial das Secretarias Executivas Regionais (SER) IV e V. E no Cenário 2 (Sobral) ocorreu na Rede de Atenção Integral em Saúde Mental (RAISM). Contou-se com 52 sujeitos, distribuídos por grupos de representação, para melhor visualização dos resultados no tocante às ideias convergentes, divergentes, complementares.

Os participantes da pesquisa foram assim distribuídos: Grupo 1 (CAPS) - 4 psicólogos, 5 psiquiatras, 3 terapeutas ocupacionais, 1 farmacêutico, 5 enfermeiros, 4 assistentes sociais; Grupo 2 (ESF) - 19 enfermeiros, 8 médicos, 2 ACS, 1 assistente social. Foram critérios de elegibilidade dos participantes: ser trabalhador da rede assistencial de saúde em um dos cenários, com no mínimo um ano de vínculo com o serviço e participar das atividades de apoio matricial nos serviços onde atuam.

Para obtenção dos discursos, utilizou-se entrevistas semiestruturadas, as quais foram gravadas, transcritas e analisadas. O roteiro da entrevista e da observação partiu dos seguintes questionamentos: Os

profissionais aprendem com o processo do AM? Estão mais seguros na abordagem de pacientes que demandam a saúde mental? Quais as contribuições do AM no processo de formação em saúde?

Na análise do material empírico, para melhor entendimento das questões deste estudo, tomou-se como base a Análise de Conteúdo. O eixo teórico de sustentação do estudo respalda-se na educação permanente, na produção do cuidado com eixo na integralidade e nas concepções e práticas de Apoio Matricial articulados ao campo da saúde mental na perspectiva dos trabalhadores de saúde mental e atenção primária.

No primeiro contato com os dados brutos, fez a transcrição do material gravado em áudio digital. Houve leitura do material e criação de núcleos de sentido. Em seguida, esses núcleos de sentido foram agrupados em categorias e procedeu-se à organização dos dados, no intuito de buscar convergências e divergências extraídas das falas dos participantes, ampliando assim a compreensão do fenômeno.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A formação em saúde tem se mostrado insuficiente para as demandas e necessidades da saúde mental na ESF, segundo as falas dos participantes deste estudo. Mencionam, ainda, uma insegurança para lidar com as singularidades do sofrimento psíquico em relação a outros processos de adoecimento/sofrimento, o que pode levar, frequentemente, aos encaminhamentos para serviços especializados ou a uma medicalização excessiva deste sofrimento.

*É [...] a nossa formação acadêmica, infelizmente, ela deixa uma lacuna muito grande. Seja na medicina, seja na enfermagem. A gente sai da formação acadêmica ainda se sentindo assim [...] muito inseguro pra muita coisa, e a saúde mental, eu acho que a gente tem mais dificuldade em manejar. Então, eu acredito que [...] essa estratégia [apoio matricial], ela realmente vá contribuir pra preencher essa lacuna (G12).*

Na minha graduação eu não fui tão bem preparada, não sei como anda atualmente [...] mas imagino que nós nos apoderamos muito mais do assunto quando nos formamos, e o matriciamento vem ser esse suporte muito necessário pra nossa vida de trabalho (G11).

Que “lacuna” seria esta na formação? Quais são os desafios colocados às instituições formadoras diante da necessidade de efetivação dos princípios do SUS pelos seus trabalhadores? Entende-se que, para atuar em saúde no contexto do cuidado no território, seria importante haver na graduação reflexões mais amplas, mais problematizadoras, sobre a complexidade da experiência humana e sua subjetividade, para resultar em transformações nas práticas de saúde.

Conforme identificado, a estratégia do AM é reconhecida pelos trabalhadores como fundamental para construção e fortalecimento da rede de atenção em saúde mental. Segundo relatado, é necessário um trabalho permanente de qualificação dos profissionais da AB para o desenvolvimento de competências em saúde mental.

Trabalhar mais com profissionais na equipe dos postos de saúde, ou seja, para capacitar mais eles, educação permanente nos postos de saúde” (G11).

“Tem equipes que estão totalmente preparadas, nós temos isto bem claro, mas tem equipes que a gente sente que ainda estão muito inseguras, a insegurança de lidar com a saúde mental (G11).

Em resposta à insuficiência da formação na graduação para atuar na saúde mental, os profissionais da equipe de AM e da equipe de referência, do cenário 1, consideram que, efetivamente, vem ocorrendo a implantação da metodologia do AM, com aspectos importantes para o desenvolvimento da gestão do cuidado em saúde mental na atenção básica. No entanto, como enfatizado por alguns o processo é vagaroso e insuficiente para a demanda.

Estão sendo disponíveis alguns representantes de cada posto para fazer uma abordagem em saúde mental só que, infelizmente, é um número muito insignificante. É assim, número muito reduzido para fazer uma ação, eu acho assim essa questão da saúde mental já melhorou muito, já abriu outros CAPS para atingir essa nova estratégia do matriciamento [...] assim, para a demanda [...] ainda é muito pouco, mas a gente vê que tá avançando, mas devagar ainda (G11).

Conforme expresso nos discursos, a estratégia de AM vem desenvolvendo novos olhares para a gestão do cuidado em saúde mental, embora ela seja insuficiente enquanto estratégia para alcançar as singularidades do sofrimento psíquico, além do número reduzido de profissionais que estão recebendo este apoio/capacitação, percebe-se que esse dispositivo vem imprimindo no cotidiano do trabalho uma possibilidade de compartilhamento de saberes e práticas que podem fortalecer a capacidade resolutiva das equipes.

## **Apoio Matricial como dispositivo para a educação permanente em saúde**

Conforme se percebe, os discursos dos profissionais da equipe de apoio matricial e da equipe de referência são convergentes quando afirmam que o AM possibilita a participação e a troca de experiências de casos clínicos, momento de aprendizado e de questionamentos.

Tanto de um lado como do outro, nós estamos sempre estudando, estamos sempre aprendendo, quando a gente vai para a atenção básica, a gente tem esta troca do saber, nesta questão da horizontalidade, a questão de você aprender um pouco do PSF, da atenção básica, dos cuidados clínicos, e poder trocar um pouco da saúde mental também, a gente está sempre aprendendo, a gente está sempre perguntando, a gente estuda texto, a gente está sempre nesta troca, e é uma troca constante (G11).

Tirar nossas dúvidas nestes encontros, e é muito interessante, a gente já faz um estudo do caso, estuda a rede como um todo, e é fundamental que a gente conheça o nosso local para poder encaminhar melhor (GII1).

Dessa maneira, ao qualificar os profissionais para atuar com as demandas de saúde mental na atenção básica, promove também a segurança na condução dos casos, à medida que fornece ferramentas como o conhecimento de diversas áreas, uma visão ampliada sobre a subjetividade e a própria prática em saúde, como se observa a seguir:

A gente fica conhecendo como pode melhorar o nosso acompanhamento, onde a gente pode estar ajudando, melhora muito, porque são vários profissionais mostrando sua visão em prol do mesmo paciente, acho que ajuda bastante, a gente só tem a crescer com isso.” (GII2)

“Então, assim, a gente acaba ficando mais segura, pois estamos vendo que a comunidade está aqui e que você tá dando uma assistência não só para hipertensão e diabetes, mas para o sofrimento, para o que a pessoa precise. Então, é nesse sentido que a gente começa a ficar mais segura.” (GII1)

“Depois do matriciamento eu acho que assim abri minha visão pra esse cuidado, porque assim realmente todo caso que chegava antes, [...] quando começa a falar no assunto [...] ah eu vou lhe encaminhar pro CAPS pra você ser ouvida lá, enquanto aqui eu mesmo poderia estar fazendo aquela escuta qualificada (GII1).

Consoante se nota a partir da convergência dos discursos descritos, tal ferramenta sensibilizou os profissionais a refletirem as suas práticas e, com base nessa reflexão, imprimir novos olhares e abordagens em seu cotidiano. Neste âmbito, entende-se que a função pedagógica

do atendimento conjunto do AM leva as equipes a aprenderem no cotidiano a intervir no campo da saúde mental e a se autorizar nas ações que nem sempre cabem nos protocolos. O profissional do cenário 1 revela em sua fala a experiência de participar do AM e a influência deste na sua prática:

A gente cada dia é um novo conhecimento, cada profissional traz uma experiência profissional de lá, traz o que ele tem, porque cada dia ele tem uma experiência diferente de nós, e acaba sendo um estudo, porque quando a gente começa a falar de um tema, uma psicopatologia, e ele vem coloca outras coisas, então a troca existe sim (G11).

Diante desse cenário, o foco das reflexões para mudança deve partir da formação em saúde, que deve ter o usuário e seu processo de cuidado como finalidade nos serviços de saúde. Tal transformação é um desafio e implicam mudanças de paradigmas já estruturados nos trabalhadores, serviços, instituições de ensino e nas relações existentes entre eles.

A partir das informações analisadas nesta categoria se constitui um importante desafio incorporar equipes de apoio matricial a equipes de saúde da família. A falta desse mecanismo, ou de ações de capacitação efetiva, interfere na qualidade da assistência prestada. Porém, isso não impede que sejam desenvolvidas ações em saúde mental na atenção básica, ao se considerar a lógica do modelo de atenção adotado pela ESF. Assim, independentemente do percurso que o usuário percorra, ele deve ser acompanhado pela equipe de atenção básica quanto a seus vínculos, sua cultura, sua inserção no território, entre outros componentes que forem pertinentes à situação.

Pelos relatos dos trabalhadores participantes da pesquisa, ficou evidente a necessidade da equipe dos CAPS realizar capacitações em saúde mental para as equipes do NASF, pois o CAPS funciona como um dispositivo de atenção psicossocial que possui uma função andragógica, uma vez que abre caminhos para reflexões sobre a inserção de pessoas com transtorno mental na comunidade. A partir daí, surge a

demanda de se repensar a postura do trabalhador da ESF e da comunidade no tocante a essas pessoas. Isto se justifica, pois ainda sobressaem nos discursos sentimentos como medo, estigma e preconceito enraizados no imaginário da sociedade em relação às pessoas com transtornos mentais. Referidos sentimentos reproduzem a ideia de isolamento e de que somente podem ser acompanhadas nos serviços especializados, mesmo em cuidados que demandam assistência no âmbito da atenção básica. Este aspecto pode estar relacionado à falta de conhecimento e manejo com os usuários, consoante se depreende dos discursos a seguir:

(...) não é que a gente não tenha interesse ou desejo de atender os pacientes de saúde mental, nós não temos tempo e acho que até falta mais formação, mais qualificação para que possamos nos sentir mais preparados e daí diminuir essa sensação de medo, de ansiedade dos profissionais em tá lidando com essa situação (...); (...) eu acho que falta mais capacitação dos profissionais em saúde mental, tem que ter essa capacitação, precisa de profissional capacitado... Como lidar com esse paciente? Ah... transtorno leve, mas até quando é transtorno leve? Será que eles vão entender?... eu não me sinto preparada para atender paciente assim (...)

Todos os elementos dos processos de trabalho precisam estar coerentemente articulados para dar o sentido de atender às necessidades sociais identificadas. Isso significa, portanto, a necessidade de capacitar as equipes da ESF para atuar no sentido da municipalização das ações de saúde mental, conforme as orientações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, o que exige a produção de competências na área da saúde mental no projeto das Ações Básicas de Saúde, para a compreensão do trabalho em saúde (SILVA et al, 2004).

Para Fait (1997) a capacitação em saúde está relacionada à possibilidade de apropriação de saberes e práticas que completem a perspectiva biopsicossocial. Esta questão está sendo pensada na rees-

truturação da assistência psiquiátrica, que preconiza a existência de equipes matriciais de apoio à saúde da família. Apoio matricial é um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Assim, a equipe compartilha alguns casos com a equipe de saúde local. Esse compartilhamento produz-se na forma de corresponsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas, de intervenções integradas junto às famílias e comunidades ou em atendimento em equipes (BRASIL, 2004).

Reforçando o achado referente à necessidade de capacitação em saúde mental, tem-se o relato de uma parcela dos trabalhadores da saúde que não se considera instrumentalizada nas dimensões teóricas e, principalmente, prática para atender aos casos de saúde mental.

(...) Desafios, eu acho que o maior de todos são os poucos profissionais capacitados para a área (...) a demanda é muito grande para poucos profissionais, acho que é o maior desafio (...); (...) Com certeza, há a necessidade de capacitação. Os profissionais da atenção básica precisam de capacitações continuadas para cuidar de forma melhor das pessoas com transtornos mentais (...).

Nessa perspectiva, a discussão sobre a educação permanente dos profissionais passa a ser fundamental e estratégica para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). O plano de reordenação política de recursos humanos no SUS preconiza a educação permanente no trabalho visando alcançar perfis profissionais orientados pelas necessidades da população, em cada realidade regional e em cada nível de complexidade. Aponta que esta qualificação se dá frente a ações concretas do mundo do trabalho (TAVARES, 2006).

Apesar de ainda insuficientes, as instituições formadoras estão buscando acompanhar os processos de mudança na área da saúde no país. Algumas transformações vêm sendo operadas no campo da saúde mental desde a Reforma Sanitária e Psiquiátrica. Vem ocorrendo

um processo de mudança do modelo hegemônico de atenção centrado no hospital para um modelo de atenção psicossocial. Entretanto, é preciso uma proposta de mudança nas ações pedagógicas que envolvam as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental.

Não obstante tais esforços para mudança, a formação dos profissionais de saúde continua distante das propostas das Reformas. Esses profissionais vivenciam currículos que marginalizam a saúde mental e a submetem à psicopatologia tradicional. São privilegiados os procedimentos clínicos aplicáveis a consultórios e ambulatorios tradicionais, com conseqüente medicalização da vida cotidiana, passando para toda uma postura cultural que transforma condições sociais e culturais em problemas apenas de ordem médica.

No momento atual, tão rico em propostas de transformação, é preciso saber questionar, criar e agregar conhecimentos e experiências para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção. É fundamental ser capaz de dialogar com as práticas e concepções hegemônicas, problematizando-as no cotidiano do trabalho de cada equipe. E de reconstruir modos de convivência e práticas que aproximem os serviços de saúde dos princípios e diretrizes do SUS. É nesse contexto que o AM se insere, assim, ao discutir as experiências cotidianas das equipes de saúde. Torna-se uma ferramenta para a educação permanente, sobretudo por usar mecanismos pedagógicos para a transformação no dia a dia dos serviços.

Em um estudo realizado na atenção primária, o aspecto insegurança dos profissionais para lidar com a saúde mental surge como categoria de análise e aponta-se que a formação profissional na graduação e a falta de educação permanente no exercício da profissão emergem como desafios para a não realização de um processo de trabalho usuário-centrado.

O AM pode ser um exemplo de produção pedagógica inovadora, pois utiliza um método participativo, de compartilhamento de saberes e práticas, como identificado nos resultados. Em saúde mental, o trabalhador deve estar preparado para lidar com grupos heterogêneos, incentivar a intersetorialidade e, portanto, ser capaz de dividir saberes e poderes, e considerar a complexidade do sofrimento psíquico.

O encontro entre os trabalhadores no AM representa o território ideal para uma “escuta pedagógica em saúde”, a qual busca captar e potencializar os movimentos de interação e construção coletiva. Introduce dispositivos de troca para agenciar as forças que povoam os mundos interpessoais, tendo em vista a invenção de novos territórios ao ser profissional na saúde e mobilizando um ensino-aprendizagem da realidade, produtor de sentidos e de capacidades críticas.

Ao pensar nos processos de formação em saúde, apesar das mudanças operadas, percebe-se que elas vêm imprimindo poucas transformações no cotidiano dos serviços. Dessa forma, a educação permanente pode se constituir numa estratégia capaz de questionar os processos de trabalho e ampliar o olhar sobre o território do trabalho em saúde, além do desenvolvimento de uma pedagogia problematizadora que busque uma qualificação profissional cognitiva, mas também subjetiva.

O AM é fundamentado na interdisciplinaridade como facilitador da construção de um conhecimento ampliado de saúde, que qualifica os profissionais para o desafio de trabalhar na coletividade, visualizando as dimensões objetivas e subjetivas dos sujeitos. Ao promover as discussões de casos e a construção de projeto terapêutico com a equipe de referência, a prática do AM articula os referenciais teóricos necessários àquela situação de saúde ao cotidiano e às práticas de saúde de determinada equipe.

Assim, encontra-se uma indicação para a mudança na gestão do cuidado que perpassaria pelo diálogo, a reflexão da prática cotidiana e o olhar sobre a subjetividade. Essas ações, presentes no AM, levariam a uma aproximação de práticas mais ligadas à noção de cuidado e minimizaria, desse modo, o descompasso entre a formação e a realidade concreta dos serviços.

Conforme se compreende, a educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa. Os processos de capacitação do pessoal da saúde devem ser estruturados a partir da problematização do processo de trabalho, visando à transformação das práticas profissionais e à organização do trabalho, tomando como referência

as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e o controle social em saúde (BRASIL, 2003).

Sobre essa temática, como infere Tavares (2006), a educação é o processo pelo qual a sociedade atua constantemente sobre o desenvolvimento do indivíduo, no intuito de integrá-lo ao modo de ser vivente. É um processo político situado no tempo e no espaço. Um verdadeiro processo de educação não pode ser estabelecido senão através de uma análise das necessidades reais de determinada população.

Contudo, no campo da saúde mental, a estratégia de educação permanente tem como desafio consolidar a Reforma Psiquiátrica. Para o alcance deste desafio, os tradicionais programas de educação continuada, destinados apenas a informar os indivíduos sobre recentes avanços em seu campo de conhecimento, devem ser substituídos por programas mais amplos de educação permanente que visem articulação de conhecimentos profissionais específicos com o de toda a rede de saberes envolvidos no sistema de saúde. Dessa maneira, a formação da enfermeira passa a exigir programas interdisciplinares de ensino que possibilitem análises mais integradas dos problemas de saúde (TAVARES, 2004).

Ao se fomentar a discussão, pode-se afirmar que a educação permanente é compreendida como sendo um processo educativo contínuo, de revitalização e superação pessoal e profissional, de modo individual e coletivo, com objetivo de qualificação, reafirmação ou reformulação de valores, construindo relações integradoras entre os sujeitos envolvidos para uma praxe crítica e criadora (FEUERWERKER, 2001).

Observaram-se, também, nos discursos analisados que, geralmente, os usuários com TMS procuram os CSF para aquisição de receitas e medicamentos, bem como para tratamento clínico (hipertensão, diabetes), sendo que as questões relacionadas aos aspectos de tratamento dos TMS e fatores psicossociais ficam sob a responsabilidade dos CAPS.

Apesar do esforço contínuo em integrar socialmente a pessoa com sofrimento psíquico, existe uma tendência terapêutica nas instituições psiquiátricas que privilegia a medicação do doente e da doença, procurando aliviar os sintomas. É sabido, também, que a as-

sistência à saúde mental deve estar associada a outras modalidades terapêuticas que incluem a humanização do cuidado, o acolhimento, as equipes multiprofissionais, entre tantas. Sem os psicofármacos a desinstitucionalização estaria fadada ao fracasso, entretanto, a terapêutica não pode limitar-se a este procedimento (BRODBECK, 2001).

Portanto, a prática terapêutica no território modula-se de maneira diferente da do consultório, construindo um trabalho junto à população local e aos serviços comunitários. A interconexão entre os serviços de saúde mental e a ESF evita a fragmentação dos atendimentos e facilita o planejamento das ações no território, uma vez que, no campo da saúde mental ocorre uma complexidade invertida, pois enquanto no hospital o procedimento é mais simplificado, no território exige maior complexidade das ações de saúde. Tais experiências abrem espaços para uma clínica comprometida com a vida e a subjetividade (VIEIRA FILHO; NÓBREGA, 2004).

Compondo esse trabalho comunitário, para além da clínica tradicional, o atendimento dos usuários em grupo é uma alternativa para a implementação da mudança do modelo de atenção, porquanto o espaço grupal deverá gerar um ambiente propício para a escuta, para o acolhimento e compartilhamento de sentimentos. Dessa forma, os trabalhadores do CAPS sugerem novas práticas, funcionando como uma retaguarda assistencial para as equipes da ESF. Entretanto, esse processo deve ser flexível e obedecer à realidade de cada espaço, de cada grupo.

No que diz respeito à autonomia às equipes de referência ou especializadas, bem como usuários e seus familiares se reconhecem como responsáveis pela condução de seu projeto terapêutico e gozam de autonomia na (re)construção do plano de cuidados compartilhados. Observa-se, neste contexto, que as equipes de atenção básica tornam-se aptas a interligarem saberes e experiências prévias àqueles disponibilizados no meio científico, que respaldam a condução de casos possíveis para serem para ABS.

Desenvolvem ainda a habilidade para religar saberes, antes fragmentados e desconexos, e para autonomia na busca pelo conheci-

mento pertinente. O exercício da teorização estimula o consumo de resultados de pesquisa e incita a atualização contínua, pois o conhecimento transcende a história com movimento em espiral, sempre renovando e reconstruindo concepções. Além disso, ocorre o despertar do senso crítico do aluno sobre os materiais científicos com os quais passa a ter um contato constante. Essa aprendizagem reflexiva é cada vez mais valorizada durante a prática educativa, e faz com que os alunos se tornem sujeitos éticos-políticos, com postura emancipada frente as forças opressoras.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os trabalhadores que atuam na ESF revelam que há insuficiência na formação voltada para o campo da saúde mental, relacionadas às novas práticas, saberes e, também, no que diz respeito ao tratamento dos transtornos mentais mais comuns, tanto pelo clínico geral como pela equipe de atenção básica. A atenção à saúde mental perpassa pelas demandas e necessidades da população que cresce cada dia e por serviços que não dispõem de oferta que contemple um atendimento integral e resolutivo. Nesse contexto, é preciso repensar a formação e as práticas em saúde.

Nesse prisma, defende-se que a formulação do processo educativo dos trabalhadores da área de saúde mental deve ir para além de programas educacionais baseados em definições de competências específicas, e sim para processos educativos mais amplos e problematizadores que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, de caráter interdisciplinar. Logo, é preciso assegurar a construção de sistemas integrais de educação permanente no âmbito do próprio serviço. Estes devem auxiliar no conhecimento de estratégias inovadoras de cuidar, favorecer a interlocução e o intercâmbio de experiências entre os serviços de saúde e as instituições acadêmicas.

A educação permanente deve estar ancorada em um aprendizado significativo, contextualizado com a realidade do território de

abrangência, de atuação sanitária das equipes de saúde da família. Torna-se imperativo que as equipes adotem metodologias ativas de ensino e de aprendizado em serviços. Percebe-se aqui que o Apoio Matricial é reconhecido pelos trabalhadores como um importante dispositivo para o desenvolvimento de competências e habilidades em saúde mental no cotidiano dos serviços.

## REFERÊNCIAS

DABLE, R. A.; PAWAR, B. R.; GADE, J. G.; ANANDAN, P. M.; NAZIRKAR, G. S.; KARAN, J. T. Student apathy for classroom learning and need of repositioning in present andragogy in Indian dental schools. **BMC Med Educ.**, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3536713/>>. Acesso em: 13 jan. 2018.

DANTAS, Vera Lúcia de Azevedo et al. Cirandas da Vida: dialogismo e arte na gestão em saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 46-58, 2012.

DAMIANCE, Patrícia Ribeiro Mattar et al. Formação para o SUS: uma análise sobre as concepções e práticas pedagógicas em saúde coletiva. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n.3, p.699-721, set./dez. 2016.

DEAQUINO, Carlos Tasso Eira. **Como aprender**: andragogia e as habilidades de aprendizagem. 1. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

SENA, R. R.; GRILLO, M. J. C.; PEREIRA, L. A.; BELGA, S. M. M. F.; FRANÇA, B. D.; FREITAS, C. P. Educação permanente nos serviços de saúde: atividades educativas desenvolvidas no estado de Minas Gerais, Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 38, n. 2, 2017. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1590/19831447.2017.02.64031>>.

## CAPÍTULO 12

# **POLÍTICA E PLANEJAMENTO EM SAÚDE MENTAL: REFLEXÕES SOBRE O MATRICIAMENTO E NOVAS RELAÇÕES DE PODER**

Carlos Garcia Filho  
José Jackson Coelho Sampaio

A atenção psicossocial territorial propôs uma inversão do modelo de atenção à saúde mental brasileira por meio da substituição da centralidade do hospital pela capilaridade de serviços com base territorial. A consolidação dessa nova lógica de atenção demanda novas formas de organizar o processo de trabalho em saúde mental, apontando para o desenvolvimento de sua perspectiva interdisciplinar, horizontal, democrática e resolutiva (SAMPAIO et al., 2011).

Uma possibilidade de arranjo para o processo de trabalho, coerente com esses objetivos, utiliza os conceitos de equipe de referência e de apoio especializado matricial (CAMPOS, 1999). Essa maneira de organizar o cuidado e a gestão em saúde mental de modo colaborativo é realizada, nesse caso específico, integrando as equipes da Estratégia da Saúde da Família e da Saúde Mental (CHIAVERINI et al., 2011).

O apoio matricial é um dispositivo de gestão de saúde mental recentemente disseminado pelo Ministério da Saúde e adotado pelas equipes para organização de seu processo de trabalho (BRASIL, 2004). Embora de implantação recente, já é reconhecido como dispositivo valioso para instituição de novos modos de cuidado em saúde e com forte potencial de resolutividade (JORGE; SOUZA; FRANCO, 2013).

O apoio matricial em saúde é uma metodologia de trabalho complementar aos mecanismos tradicionais de referência e contrarreferência, diretrizes, protocolos centros de regulação. Seu objetivo, também, é fornecer retaguarda especializada às equipes, contudo

a lógica vertical e hierarquizada do encaminhamento é substituída pela horizontal e colaborativa do apoio, tanto de natureza assistencial quanto pedagógica (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Exige-se, portanto, não apenas modificação na organização do processo de trabalho, mas na relação entre os trabalhadores e entre eles e o trabalho. Esse não é um processo isento de desafios e contradições, reflexos da complexidade do papel desempenhado pelo trabalho na formação da subjetividade. Para Campos e Domitti (2007), os obstáculos enfrentados seriam: 1- estrutural, relacionado à fragmentação do processo de trabalho; 2- de demanda, frente ao excesso relativo à carência de recursos disponíveis; 3- político e comunicativo, determinados pela assimetria na distribuição do poder; 4- subjetivo e cultural, caracterizados pela necessidade de abertura para lidar com a incerteza e tomar decisões de modo compartilhado; 5- ético, relacionado à definição da responsabilidade sanitária; e 6- epistemológico, referente à filiação do saber das profissões da saúde à racionalidade biomédica.

Em estudo de caso sobre matriciamento em saúde mental, Garcia-Filho et al. (2015) apontam que a compreensão das equipes de referência e de apoio sobre esse processo era bastante distinta. Para as equipes de referência, o apoio matricial seria o atendimento ambulatorial do psiquiatra na atenção básica, sua perspectiva seria a de receber esse profissional na unidade para melhorar o acesso dos usuários, que não teriam de se deslocar ao CAPS. Para as equipes de apoio, o matriciamento era concebido como um dispositivo para efetivação da atenção psicossocial no território, portanto seria uma proposta de mobilização crítica de trabalhadores e usuários do SUS para a produção de saúde, porém sem uma clareza sobre como desdobrar esse desejo em ações concretas.

Este capítulo tem como objetivo realizar uma reflexão sobre o papel do matriciamento como catalizador de transformações nas relações de poder no planejamento e nas políticas de saúde mental. O material apresentado é recorte da Tese de Garcia-Filho (2017), que estudou as articulações entre planejamento e epidemiologia, em nível municipal, por meio de pesquisa-ação.

## **Democracia e Poder no Planejamento em Saúde: uma perspectiva alternativa**

O debate sobre o poder no Planejamento em Saúde pode ser contextualizado sob a perspectiva de debates mais amplos, como as relações entre Estado e Sociedade e as várias possibilidades de democracia possíveis. Por outro lado, em sua concepção tradicional, o debate sobre o poder no Planejamento concentra-se em como utilizá-lo para transpor uma situação ideal para o mundo real – abordagem normativa – ou em como modificar sua distribuição entre os atores envolvidos para transformar a realidade – abordagem estratégica. O planejamento normativo não se preocupa com a análise do poder, pois o considera uma condição prévia e inerente ao planejador, que o utilizará para moldar a realidade e alcançar seus objetivos. Por outro lado, a abordagem estratégica dedica extensa reflexão ao poder, pois as ações para modificar sua distribuição são essenciais para a efetivação de seus objetivos. A concepção de poder nessa corrente do planejamento aproxima muitos elementos teóricos do marxismo com alguns do pensamento weberiano.

A análise do pensamento estratégico de Mario Testa pode esclarecer as justificativas da aproximação das matrizes marxista e weberiana, consideradas, geralmente, divergentes. Testa (2007) caracteriza o pensamento estratégico como um pensamento sobre o poder e segue a premissa marxista de que o conflito entre as classes sociais é chave para a compreensão do mundo social. O Estado é concebido como uma instituição exterior à sociedade, subordinado às classes dominantes e orientado para garantia das desigualdades econômicas. Para manter a ordem, o Estado utiliza mecanismos de coerção e consenso. A emancipação da classe oprimida e a transformação da realidade são imperativas. A compreensão do mundo e da necessidade de transformá-lo, ou melhor, de compreendê-lo enquanto efetiva essa transformação é, por isso, fortemente influenciada pelo pensamento marxista. Porém, Testa (2007) também analisa o poder no nível das organizações utilizando elementos do pensamento weberiano, classificando-o de acordo com os elementos que maneja.

Michel Foucault, embora não tenha se dedicado ao estudo do Planejamento, é outro autor essencial para a compreensão do conceito de poder no campo da Saúde Coletiva e, consequentemente, no planejamento em saúde. Durante a década de 1980, sua influência sobre os pesquisadores que iniciaram o debate sobre a constituição do campo da Saúde Coletiva é tão relevante quanto a do pensamento marxista.

Em *O Dilema Preventivista*, Arouca (2003) coloca em xeque a Saúde Pública e desenvolve uma análise desse campo do conhecimento e da ação por meio de interfaces entre o pensamento marxista e foucaultiano. Em *Natural, Racional e Social*, Luz (1988) discute os fundamentos da racionalidade médica na história científica moderna também por meio de contribuições de Michel Foucault. A concepção de poder do autor francês – que considera as imbricações entre saber, verdade e poder na constituição de micropoderes e suas pedagogias disciplinares para controlar e domesticar os indivíduos – persiste até a atualidade como um dos principais, se não o principal, eixo de interpretação das relações de poder no campo da Saúde Coletiva.

É também por meio de Mario Testa ou Michel Foucault que os pesquisadores do Campo da Saúde Coletiva fazem as mediações necessárias para incorporar ao debate sobre o poder o pensamento de outros autores. Por exemplo, a análise institucional, que introduz a esquizoanálise de Gilles Deleuze e Félix Guattari no campo da Saúde Coletiva, não descarta as contribuições de Michel Foucault. Para Barremlitt (2012), o termo poder aplica-se a um leque de recursos violentos utilizados para impor a vontade de um segmento social sobre outros ou sobre a sociedade como um todo. Ele cita Michel Foucault para frisar que o poder não é uma substância que se possui, mas uma relação exercida e que o poder não é apenas restritivo, mas propositivo. Destaca-se que a análise institucional é um dos fundamentos das propostas de Onocko-Campos (2003), Campos (2003) e Merhy (2002) para práticas alternativas de gestão e planejamento em saúde.

O recurso a uma síntese entre Karl Marx e Max Weber não é exclusividade de Mario Testa. Jürgen Habermas utiliza também uma síntese

do pensamento de seus compatriotas, mas em outro contexto. Seu estudo sobre a ação social, principalmente, a *Teoria do Agir Comunicativo* é o trabalho de base para uma discussão alternativa do poder e do planejamento no campo da Saúde Coletiva desenvolvida por Rivera (1995). Sua crítica concentra-se no enfoque objetivador e quantitativo do poder no Planejamento Estratégico Situacional - PES. A complexidade e a imprecisão da mensuração do poder distribuído entre os atores combinam-se com a incapacidade da perspectiva quantitativa para perceber as nuances de sua intencionalidade e resulta em um enfoque que se torna incapaz de compreender a construção da legitimidade de um projeto, componente básico do poder, segundo o pensamento habermasiano, e essencial para que o projeto não sofra com os desgastes decorrentes de sua imposição aos atores.

Michel Foucault é quase uma unanimidade nos enfoques teóricos e práticos do poder no campo da Saúde Coletiva, bem como a síntese de Karl Marx e Max Weber desenvolvida por Mario Testa. As relações de poder parecem parte da natureza do homem que enfrenta o desafio de conviver com outros homens. Os micropoderes, o panóptico, a classe dominante e a burocracia estão espalhadas por todo campo da Saúde Coletiva, vigiando, normatizando, explorando e punindo.

Por outro lado, análises diferentes do poder nas relações sociais e, assim sendo, na Saúde Coletiva e no planejamento em saúde são possíveis. Clastres (2013) estuda as sociedades primitivas, as sociedades sem leis, sem reis, sem história, sem mercado. Ele aponta que essa caracterização por meio de ausências seria um resquício de etnocentrismo, que acredita na evolução das sociedades sem Estado para sociedades com Estado, compreendendo que o destino de todas as sociedades é serem subjugadas pelo Estado. As sociedades primitivas seriam sociedades anacrônicas devido à sua incapacidade de produzir excedentes, portanto mantendo-se em situação de subsistência e estagnadas. Ocorre que, se técnica for entendida como um conjunto de processos que o homem utiliza para dominar o meio natural de modo adaptado e relativo às suas necessidades, é possível considerar as sociedades primitivas como tão capazes de satisfazer suas necessidades quanto a sociedade contemporânea.

Segundo Clastres (2013, p. 218), a tribo possui “um chefe que não é chefe de Estado”, pois “o chefe não dispõe de nenhuma autoridade, de nenhum poder de coerção, de nenhum meio de dar uma ordem”. A chefia não se baseia no poder, sua essência é a mediação de conflitos, não como juiz, pois o chefe selvagem não possui autoridade, mas por meio da palavra e do prestígio, que é diferente de poder. Os caracteres que distinguem o chefe são sua eloquência e prestígio, sua palavra é persuasiva, mas “não tem força de lei”. A superioridade do chefe em relação aos demais se fundamenta em competências “técnicas”, que Pierre Clastres registra também entre aspas, como a oratória, a caça e a coordenação da guerra. Mas essa superioridade “técnica” não se transforma em superioridade política, pois a tribo segue os desígnios do chefe apenas quando vão ao encontro dos desejos da tribo. São incomuns, de acordo com o autor, os relatos de chefes que tentaram transgredir esse controle de sua conduta exercido pela tribo. Seu resultado é o abandono pelo grupo.

Clastres (2013) segue uma genealogia do Estado que difere da marxista. O Estado não surge para conduzir e legitimar a apropriação dos excedentes por uma classe dominante, pois se essa classe já se apropriou dos excedentes, não precisaria de um Estado. Para ele, é a transição das sociedades sem Estado para sociedades com Estado que institui a dominação de classe. O autor não avança com firmeza na discussão sobre como as sociedades fariam essa transição e se resigna a sugerir que o crescimento demográfico pressionaria o aumento de sua complexidade, mas enfatiza que não deseja que isso seja confundido com a substituição de um determinismo econômico por um demográfico.

As relações entre o chefe selvagem e a tribo ampliam as perspectivas da compreensão do poder no planejamento em saúde. A redistribuição igualitária ou equitativa – e aqui já se iniciam os conflitos – do poder e sua utilização para transformação social seria substituída pela abolição do poder e seus desdobramentos na constituição de formas alternativas de relações sociais para efetivação de transformações. A troca de utopias que seria justificada pelo desejo – tentação, *hybris*, pulsão, tara, vício – que os atores sentem por ampliar seu poder quando começam a exercê-lo. É ingenuidade acreditar na abolição do po-

der nas relações sociais, mas também é ingenuidade acreditar que as revoluções não se arriscam a trocar apenas os atores que exercem o poder, sem alterar sua essência.

Em síntese, Clastres (2013, p. 228) postula que: “Chefia e linguagem estão, na sociedade primitiva, intrinsecamente ligadas; a palavra é o único poder concedido ao chefe; mais do que isso, a palavra para ele é um dever.” Mas, a palavra como poder retoma relações entre linguagem e poder – pode-se usar como exemplos desde o jardim botânico da classificação das doenças e dos doentes pelos médicos do século XVIII analisado por Foucault (2008) até o Jardim do Éden, onde Adão tomou posse dos animais, atribuindo nomes a cada um deles. Clastres (2013, p. 255) esclarece que essa contradição é aparente, pois o discurso do chefe é um “discurso vazio”, um “discurso edificante”, restringe-se a exortações e apelos amparados por uma bela retórica e não exige obediência, nem mesmo exige que seja ouvido pelos demais. O discurso do chefe busca resgatar a memória das tradições e o entendimento mútuo entre os membros da tribo. As normas existentes na tribo – interdição ao incesto, obediência aos pais, tabus alimentares – não foram impostas por um grupo distinto da sociedade, mas são normas da própria sociedade.

## **Democracia e Gestão em Saúde: da Chefia Guarani ao apoio matricial**

A chefia nas sociedades Guaranis e Guayakis discutidas por Pierre Clastres parece distante da contemporaneidade. As questões levantadas pela maneira como essas sociedades se organizam são, evidentemente, relevantes em si mesmas e possuem *status* autônomo quanto às suas implicações na conformação contemporânea da sociedade. Por outro lado, essas mesmas questões podem ser aproximadas de algumas perguntas antigas que persistem sem respostas satisfatórias.

O cânone marxista relata que a divisão de classes precederia a criação do Estado, que seria um instrumento da classe dominante para explorar os dominados. Clastres (2013) discorda dessa proposição e desenvolve sua argumentação sobre como o Estado engendra

as classes – o inverso da concepção cronológica marxista – utilizando como exemplos sociedades primitivas e suas lutas contra o Estado. O autor não nega que o Estado tenha em sua lógica a exploração dos pobres pelos ricos, mas não aceita a cronologia marxista. Embora tenha se concentrado no estudo das sociedades primitivas, se arrisca também a tomar exemplos de sociedades ocidentais e contemporâneas para fortalecer sua argumentação:

[...] o que fez a revolução de 1917? Ela suprimiu as relações de classe, suprimindo simplesmente uma classe, os exploradores, os burgueses, os grandes proprietários, a aristocracia e o aparelho de Estado que funcionava com tudo o que era a monarquia, e restou apenas uma sociedade da qual se poderia dizer que não era mais dividida, pois um dos termos da divisão fora eliminado; restou uma sociedade não dividida e acima dela uma máquina estatal (com o apoio do Partido) que detinha o poder em benefício do povo trabalhador, dos operários e dos camponeses. Muito bem. O que é a URSS atual? Com exceção dos militantes do partido comunista, que dirão que a 'URSS é o socialismo, o Estado dos trabalhadores etc.', para quem não segue a teologia e o catecismo, para quem não é cego, o que é a URSS? É uma sociedade de classes, não vejo por que hesitar em usar esse vocabulário. É uma sociedade de classes e uma sociedade de classes que se constitui puramente a partir do aparelho de Estado. Parece-me que se vê claramente aí a genealogia das classes, dos ricos e dos pobres, dos exploradores e dos explorados, isto é, a divisão econômica da sociedade a partir da existência do aparelho de Estado (CLASTRES, 2013, p. 236).

A divisão política, portando precederia a divisão econômica. Mas a questão sobre a origem do Estado ou a origem da obediência não é respondida de modo definitivo por Clastres (2013).

Mais importante do que a discussão teórica sobre se as classes precedem o Estado ou se o Estado precede as classes é desenvolver uma análise do poder em saúde que não ignore: 1- o conflito entre classes dominantes e classes dominadas; 2- o conflito entre Estado e sociedade; 3- a instrumentalização do Estado para manter e legitimar as desigualdades de classe; 4- o uso estatal de mecanismos de consenso e coerção, com apelos à brutalidade, para manutenção da ordem; 5- o papel desempenhado pelos quadros administrativos nas diferentes formas de dominação; 6- a dimensão relacional do poder; 7- a capacidade do poder de não ser apenas restritivo, mas normalizador; 8- o avanço de mecanismos sutis de poder e sua capilarização na sociedade; 9- a necessidade ética e política de modificar as relações de poder em perspectiva emancipatória; e 10- a contribuição para a construção da subjetividade gerada pela disputa pelo poder. Recitada a profissão de fé, persiste um demônio a exorcizar: como não reproduzir nas novas conformações de poder as mesmas lógicas do exercício do poder?

As provocações deste artigo concordam com as de La Boétie (1999), ao retomar o *Discurso da Servidão Voluntária* para ilustrar como a aporia do poder foi colocada de modo claro no século XVI e mantém seu mistério até a atualidade, rastreando a armadilha da servidão voluntária na vontade de ser servido, em aceitar o arbítrio para ser arbitrário:

Assim o tirano subjuga os súditos uns através dos outros e é guardado por aqueles de quem deveria se guardar, se valessem alguma coisa; mas, como se diz, para rachar a lenha é preciso cunhas da própria lenha. Eis aí seus arqueiros, seus guardas, seus alabardeiros; não que eles mesmos, às vezes, não sofram por causa dele; mas esses perdidos e abandonados por deus e pelos homens ficam contentes de suportar o mal para fazê-lo, não àquele que lhes malfez, mas àqueles que suportam como eles e que nada podem fazer (LA BOÉTIE; 1999, p. 32-33).

Os europeus do século XVI ficaram perplexos ao se depararem com os povos sem fé, sem lei e sem rei do Novo Mundo e empreenderam seu

extermínio em nome da fé, da lei e do rei de seu Velho Mundo. Duas Guerras Mundiais, a ameaça nuclear, os campos de concentração e os *gulags* garantiram e garantem a relevância de se investigar a aporia de La Boétie.

A manutenção da crise no SUS está conduzindo o Estado e a sociedade a um sentimento de impotência e conformismo, acarretando banalização da própria crise. Retomando os conceitos do Planejamento, é urgente a adoção de medidas táticas e estratégicas associadas a uma abordagem dialética e crítica dessa crise. As contribuições teóricas mais recentes no campo do Planejamento, como a perspectiva comunicativa e a valorização da subjetividade de gestores, trabalhadores e usuários, podem ser articuladas ao pensamento estratégico para produção de novos arranjos, mais flexíveis e mais eficientes, que subsidiem práticas que materializem o direito à saúde. O desafio não é apenas apontar caminhos para atingir um objetivo antigo, a universalização do direito à saúde, mas atuar de modo efetivo para a construção dessa utopia.

Nesse momento de crise crônica é necessário buscar novas relações de poder em saúde. Pois a substituição da dominação carismática e tradicional pela dominação exclusivamente burocrática, portanto pelo desenvolvimento de uma racionalidade predominantemente estratégica, não seria coerente com a proposta ética e política do movimento da Saúde Coletiva.

Uma alternativa possível é a dissolução do poder, a chefia Guarani. A provocação sobre a possibilidade de buscar nas análises de Clastres (2013) sobre as sociedades sem estado uma inspiração para uma maneira diferente da instituída de se fazer gestão pública foi encontrada em entrevista concedida por Marilena Chauí em 1999. O entrevistador questiona a filósofa sobre seu desejo de instituir a chefia Guarani durante o breve período em que assumiu a Secretaria de Cultura de São Paulo. Em sua resposta, ela traça o perfil desse tipo de chefe após fazer uma breve contextualização sobre o pensamento de Pierre Clastres:

[...] Bom, e tem a figura do chefe Guarani. Para garantir que o Estado não nasça, para garantir, portanto que não surja um poder separado da sociedade e

que de cima e de fora governe a sociedade, o que os índios Guaranis instituíram? Eles instituíram um tipo de chefia que opera da seguinte maneira: o chefe tem uma obrigação, todos os dias ao cair da tarde, ele vai no alto do topo, no ponto mais alto da aldeia e, de lá, ele faz um discurso. Na primeira pessoa do singular. Eu sou formidável, eu sou maravilhoso, eu sei tudo, eu ganho todas as guerras, sou grande caçador. A condição é que ninguém escute. Então, a tribo continua nos seus afazeres, cada um fazendo o que tem que fazer. E o chefe está lá e fala, fala, fala, se autoelogia, ele é o máximo. Ninguém escuta, ninguém presta atenção. Ou seja, a sociedade admite que há um chefe, ele é aquele que fala. Mas o chefe tem mais uma função. O chefe tem que trabalhar bastante, caçar muito, pescar muito, ter muitas mulheres para fazer muito artesanato, porque ele tem que dar presentes para a tribo. Então ele presenteia a tribo, sem cessar, porque ele tem que retribuir para a tribo o fato dele ser chefe. Então, ele deve à tribo a condição de chefia. A chefia é não ser ouvido. Então, quando eu dizia que eu queria ser chefe Guarani, era nesse sentido [...] (CHAUI, 1999, p. 11)

Nessa perspectiva, o gestor responsável pela condução do SUS poderia conceber-se como um chefe Guarani. Por isso, sua prática deveria ser pautada pelo diálogo e pelo consenso, sem uso de mecanismos de poder para coerção, buscando materializar os desejos de gestores, trabalhadores e representantes. Mais do que uma tática para efetivar uma estratégia, a chefia Guarani representa uma nova opção ética e política, considerada potente para criar e disseminar novos arranjos de gestão do processo de trabalho e de cuidado em saúde.

Essa proposta não se constitui como uma inovação, dialogando com o estilo político Gandhi analisado por Matus (1996) e com as possibilidades de arranjos alternativos na gestão em saúde discutidos por Merhy (2002), Campos (2003) e Onocko-Campos (2003). Nem busca ser uma panaceia para a gestão em saúde, caso não se contenha frente a

essa tentação, espera-se que o autor faça um bom discurso sobre suas virtudes fantásticas no topo de uma colina vazia, desse modo, espera-se que a chefia Guarani volte a ser considerada apenas uma das possibilidades para se pensar as relações de poder na gestão em saúde.

Em síntese, ao chefe Guarani cabe o convencimento pela exortação e pelo exemplo pessoal. Se os interesses do grupo não correspondem aos interesses do chefe, ele pode apenas aguardar as contingências demonstrarem que ele estava certo ou não. Parece um comportamento excessivamente passivo – até relapso – quando transposto para a gestão pública atual, mas é necessário enfatizar que não se pode obrigar pessoas ou grupos a serem autônomos ou críticos. No caso específico da saúde, dispositivos de cuidados emancipatórios não podem ser impostos de modo vertical, sob pena de ter seu conteúdo e potencial críticos esvaziados e banalizados por um consumo forçado e apressado. O termo humanização em saúde exemplifica como uma ideia potente e embasada em um conjunto de dispositivos coerentes foi esvaziada e banalizada pela imposição como panaceia para o SUS. Resultando, inclusive, na naturalização da humanização, expressa na retórica de muitos trabalhadores, gestores e acadêmicos como consequência lógica de pertencer à espécie biológica humana, ignorando que a humanidade, para além da dimensão biológica, possui dimensão histórica, social e afetiva.

Os obstáculos ao desenvolvimento do apoio matricial são bem delimitados por Campos e Domitti (2007), o desenvolvimento de novas relações de poder em saúde parece ser uma proposta potente para superar esses obstáculos. As provocações da Chefia Guarani aos gestores e profissionais do SUS referem-se a pensar e agir em saúde de modo alternativo – ou complementar – ao paradigma estratégico. Essa outra racionalidade permitiria uma maior abertura à instituição de relações de poder menos tensas. Ainda que tenha muito de utopia, a Chefia Guarani poderia desarmar, por exemplo as relações hierárquicas entre saberes profissionais – que são mais projeções das disputas corporativas por mercado, *status* e remuneração financeira do que consistentes diferenças epistemológicas – e permitir as aberturas subjetiva, ética e política necessárias para efetivação do apoio matricial.

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo **Os sentidos do trabalho**: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2009. 287 p. (Mundo do Trabalho).

AROUCA, Sérgio. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 268 p.

BAREMBLITT, Gregório F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teoria e prática. 6. ed. Belo Horizonte: FGB/IFG, 2012. 260 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-8123199900200013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123199900200013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 jun. 2015.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde Paideia**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2003. 185 p.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2007000200016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007000200016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 mar. 2018.

CHAUÍ, Marilena. **Entrevista Memória Roda Viva**: Chauí discute, nesta entrevista, o papel do intelectual, da filosofia e da religião na sociedade moderna. 1999. Elaborada por FAPESP de acordo com entrevista concedida ao Programa Roda Viva em 3/5/1999. Disponível em: <[http://www.rodaviva.fapesp.br/materia/61/entrevistados/marilena\\_chau\\_1999.htm](http://www.rodaviva.fapesp.br/materia/61/entrevistados/marilena_chau_1999.htm)>. Acesso em: 16 jul. 2016.

CHIAVERINI, Dulce Helena (Org.) et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 236 p.

CLASTRES, Pierre. **Sociedade contra o Estado**: Pesquisas de Antropologia Política. Tradução de Theo Santiago. São Paulo: Cosac Naify, 2013. (Portátil 3).

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008. 231 p.

GARCIA FILHO, Carlos et al. Apoio Matricial em Saúde Mental: pesquisa-ação sobre processo de trabalho e tecnologia em saúde. In: LEITÃO, Ilse Maria Tigre de Arruda et al. **Inovações transdisciplinares na Saúde Coletiva**: estratégias para o alcance de resultados positivos na saúde. Fortaleza: Eduece, 2015. p. 85-106.

GARCIA FILHO, Carlos. **Articulação entre Políticas de Saúde e Epidemiologia**: pesquisa-ação participante sobre planejamento municipal em saúde. 2017. 286 f. Tese (Doutorado) – Curso de Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2017. Disponível em: <[http://www.uece.br/ppsac/index.php/arquivos/doc\\_details/449-carlos-garcia-filhotese](http://www.uece.br/ppsac/index.php/arquivos/doc_details/449-carlos-garcia-filhotese)>. Acesso em: 10 mar. 2018.

JORGE, M. S. B.; SOUSA, F. S. P.; FRANCO, T. B. Apoio matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. 5, p. 738-744, out. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672013000500015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672013000500015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 jun. 2015.

LA BOÉTIE, Etienne de. **Discurso da servidão voluntária**. Tradução de Laymert Garcia dos Santos. 4. ed. São Paulo: Brasiliense, 1999. 239 p. (Coleção Elogio da Filosofia).

LUZ, Madel T. **Natural, racional, social**: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988. 152 p.

MATUS, Carlos. **Estratégias políticas**: Chimpanzé, Maquiavel e Gandhi. Tradução de Giselda Barroso Sauveur. São Paulo: Fundap, 1996. 294 p.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002. 189 p.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana. **O planejamento no labirinto**: uma viagem hermenêutica. São Paulo: Hucitec, 2003. 166 p.

RIVERA, Francisco Javier Uribe. **Agir Comunicativo e Planejamento Social**: uma crítica ao enfoque estratégico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 213 p.

SAMPAIO, José Jackson Coelho et al. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4685-4694, dez. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232011001300017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011001300017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 jun. 2015.

TESTA, Mario. **Pensamiento Estratégico y Lógica de Programación**: el caso salud. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2007. 295 p.

## CAPÍTULO 13

# MATRICIAMENTO COMO PROMOÇÃO DA SAÚDE: PASSOS PARA CONSTRUÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA ATENÇÃO BÁSICA E PSICOSSOCIAL

Marta Emília de Oliveira Nobre  
Maria Raquel Rodrigues Carvalho  
Maria Salete Bessa Jorge

### **Atenção básica e Atenção psicossocial**

A Saúde Pública é regulamentada, gerido e efetivado pelo Ministério da Saúde, segundo o Sistema Único de Saúde (SUS), dentre os três poderes, o Ministério da Saúde pertence ao Executivo, e possui a incumbência de criar e gerir planos e políticas de prevenção, promoção e assistência, reduzindo as enfermidades, e, assim, melhorando a qualidade de vida da população. Por essa razão, a partir da integralização do atendimento feito por meio de parcerias e da municipalização dos serviços, tendo como foco o pleno exercício de cidadania dos brasileiros (BRASIL, 2009).

Os serviços de saúde devem atuar de forma integrada e municipalizada, com a composição de uma rede de serviços que seja eficaz, eficiente e efetiva, cujo cerne seja o trabalho em equipe e a gestão participativa, tendo como base o controle social (CAMPOS & GUERREIRO, 2010). A corresponsabilidade deve estar sempre presente na construção e implementação da estratégia interventiva, que deve, por sua vez, ser biopsicossocial. A relação deixa de ser vertical (sujeito do saber, sujeito da doença) e passa a ser horizontal entre o trabalhador e o usuário do serviço de saúde, ambas as partes tendo seus conhecimentos validados.

Embora contemporânea ao processo de Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica segue uma história própria, conservando alguns

dos princípios e diretrizes que orientam a Reforma Sanitária, em especial a universalidade, a integralidade, a descentralização dos serviços e a participação comunitária. Ao longo de sua progressão, observa-se a intensificação intercalada com períodos de lentificação dos esforços na perspectiva de resgatar o sentido original, sobretudo no que tange à implementação de uma rede integrada de assistência ao portador de sofrimento psíquico (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada de vários atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo (BRASIL, 2017).

Com o desenvolvimento das políticas e do SUS, a rede de saúde começa a incluir em seu sistema, ainda nos anos 1990, equipamentos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994. O primeiro citado representa o tratamento não hospitalocêntrico para pacientes psiquiátricos e o segundo inspirado na discussão da Reforma Sanitária Brasileira para a saúde geral da população. Nos primeiros anos do século XXI, as políticas públicas desses equipamentos foram aprovadas sob a forma da Lei n. 10.216, de 2001 (CAPS), e da Portaria n. 648, de 2006 (PSF) (BRASIL, 2009).

No Brasil, a reorientação do modelo assistencial em saúde mental foi fortemente influenciada e se fundamenta na experiência italiana, impulsionado por movimentos que emergem ao final da década de 70, no contexto da democratização do País. A Reforma Psiquiátrica brasileira é considerada “um processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria” relata Amarante (2008).

Buscando estreitar esses laços, o Ministério da Saúde, de acordo com a atual política de saúde mental, define e estabelece o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), considerados dispositivos estratégicos territorializados. Devem estar inscritos no espaço de convívio social daqueles usuários que os frequentam. Os

CAPS assumem o papel de organizadores dentro da rede de atenção à saúde mental e devem integrar-se às equipes de Atenção Primária, oferecendo suporte e capacitação que visem à adequação da assistência ao sujeito portador de transtorno psíquico (BRASIL, 2002).

No Brasil, a atenção básica (AB) é desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (JORGE, 2012).

O cenário brasileiro, a atenção primária à saúde, em atuação articulada com a saúde mental, tem representado uma experiência inovadora por desempenhar um papel fundamental de contribuição, com seus saberes, à expansão da capacidade resolutiva das equipes (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008). Tal experiência vem utilizando como ferramenta para essa atuação do matriciamento em saúde mental.

Dessa forma, o matriciamento é um método de trabalho cujo objetivo é viabilizar a interconexão entre os serviços primário, secundário e terciário em saúde, além de, também, poder ter alcance nos diversos setores e secretarias do município, visando um acolhimento integral ao cidadão, que envolve não só sua saúde física, mas também a psíquica e social (DIMENSTEIN et al, 2009).

No Brasil, a definição de matriciamento em saúde mental tem origem em discussões sobre a organização do trabalho em saúde nos anos 1990, quando a construção da sua rede de serviços se inicia, depois da aprovação do SUS em 1988. Naquele momento, as referências que se opunham ao funcionamento da saúde centrado no hospital eram as Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 2004)

A noção de matriciamento em saúde mental e da articulação entre serviços, necessária para o funcionamento da rede é formalizada com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), pela Portaria n. 154/2008, que recomenda a presença de profissional de saúde mental

para o trabalho em colaboração, redimensionando o trabalho de referência e contrarreferência e incluindo nas ações a necessidade de pensar essa nova forma de articulação 20 anos após a criação do SUS e quase 10 anos após a promulgação da Lei n. 10.216/2001 (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, o apoio matricial em saúde mental se estrutura com o objetivo de promover a interlocução entre os serviços especializados de saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a atenção primária, numa atuação conjunta com a Estratégia Saúde da Família (ESF). Destina-se, principalmente, à ampliação do olhar sobre a clínica de forma articulada e singular, e à promoção da saúde e da diversidade de ofertas terapêuticas, favorecendo a responsabilização entre as equipes de apoio (especializadas e representadas por profissionais do CAPS) e matriciais (equipes da Estratégia de Saúde da Família - ESF), com vistas à maior eficiência e eficácia das ações para a construção de um modelo tecnoassistencial centrado no usuário (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Evidentemente, isso não acontece de maneira automática, tornando-se fundamental que os profissionais assumam suas responsabilidades nesse processo e os gestores estimulem a participação das equipes na rede de saúde em constante construção.

Investimentos em saúde mental na Atenção Primária são importantes, mas não são susceptíveis de serem mantidos, a menos que sejam precedidos ou acompanhados pelo desenvolvimento dos serviços comunitários de saúde mental, para permitir a formação, a supervisão e o apoio contínuo para profissionais dos cuidados primários (SARACENO et al., 2007). No Brasil, ainda existe grande lacuna entre as diretrizes propostas pela política de saúde mental e a realidade concreta, sobretudo no que diz respeito à clínica de saúde mental. A falta de familiarização com o universo de sofrimento psíquico constitui-se como um dos principais limitantes das ações de saúde mental no nível primário (NUNES et al., 2007).

Mediante as necessidades de efetivação do matriciamento na atenção primária e psicossocial, será idealizado a construção de um jogo relacionado ao matriciamento nas dimensões da autonomia, do acolhimento, do vínculo, da responsabilização e da produção do cuidado.

## O cuidado e as dimensões tecnológicas

A tecnologia, como expressão do avanço da ciência, acompanha a evolução histórica da humanidade, mostrando-se sempre mais extraordinária e abrangente em diversas áreas do conhecimento. Apesar de sua inserção, cada vez maior, nas diversas formas de relações entre os seres e, destes, com o ambiente, este é um tema que ainda suscita muita reflexão (CARVALHO, 2007).

Assim, propusemos questionar, refletir e aproximar os fenômenos “tecnologia e cuidado”, não como crítica às tecnologias disponíveis, mas como reflexão sobre tecnologias de cuidado e suas perspectivas filosóficas. Nesse exercício reflexivo, destacamos a responsabilidade ética como um imperativo moral a ser seguido pelos profissionais da saúde enquanto membros da civilização do desenvolvimento tecnológico (KOERICH et al, 2007).

A responsabilidade não pressupõe a bondade e a perfeição do homem que, sendo responsável, procurará agir para o bem, mas indica a capacidade individual de assumir antecipadamente o que vai fazer, tendo consciência de todas as consequências das suas próprias ações e omissões.

Todos nós construímos representações daquilo que conhecemos e/ou vivenciamos, mesmo que essa experiência não aconteça na sua totalidade, mas parcialmente. Portanto, quando pensamos em tecnologia certamente nos vem uma imagem e um conceito acerca dessa terminologia (KOERICH et al., 2007).

Esse processo também acontece quando pensamos em cuidado. Ao iniciarmos a discussão acerca da temática “Tecnologias de cuidado” é preciso rever e questionar a utilização do termo “tecnologia” que, na contemporaneidade, parece conduzir a reflexão para uma conotação contraditória e dicotômica, quando associada ao termo “cuidado” (KOERICH et al, 2007).

A prática do cuidar desvela a importância da cordialidade entre as ações e relações humanas, as quais se difundem simultaneamente, e revela de forma harmoniosa as divergências e as convergências de

cada ser, a unidualidade. Por sua vez, na teia de relações torna-se vital o contexto ser permeado por ações cuidativas, preocupação e respeito. Conseqüentemente, a preocupação e a responsabilidade com e pelo cuidado do outro advém da subjetividade do envolvimento e ligação afetiva estabelecida entre os seres (BOFF, 2003).

O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) emergiu no movimento da Reforma Sanitária que tinha como bandeira de luta a criação de um novo modelo de saúde, pautado principalmente nos referenciais da vigilância à saúde. No que diz respeito às práticas clínicas, o movimento da reforma sanitária, ao criticar o modelo biologista hegemônico vigente até então, apontava como alternativa, sobretudo, as diretrizes de prevenção e promoção à saúde, orientadas pelos determinantes do processo saúde-doença. O maior desafio era promover as mudanças estruturais, romper com a prática procedimento-centrada e apontar para a produção do cuidado, direcionado a um fazer integral, corresponsável e resolutivo (BOFF, 2003).

Podemos definir a gestão do cuidado em saúde como o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz. A gestão do cuidado em saúde se realiza em múltiplas dimensões que, imanentes entre si, apresentam, todas e cada uma delas, uma especificidade que pode ser conhecida para fins de reflexão, pesquisa e intervenção. Podemos pensar a gestão do cuidado em saúde sendo realizada em cinco dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária (CARVALHO, 2007).

A dimensão individual da gestão do cuidado em saúde, O “cuidar de si”, no sentido de que cada um de nós pode ou tem a potência de produzir um modo singular de “andar a vida”, fazendo escolhas, “fazendo da vida uma obra de arte” (CARVALHO, 2007, p. 491).

Estudos produzidos no campo da Saúde Coletiva, em particular no debate e formulação de modelos tecnoassistenciais (SILVA JR., 1998), adotaram o conceito de “estar sadio” como sinônimo de autono-

mia, no sentido apontado originalmente por Canguilhem (1982): estar sadio é a capacidade de, diante das adversidades da vida, produzir novas normatividades, novos modos de viver, utilizando-se da ideia de que a vida é permanentemente (re)instauradora de normas.

Enquanto estivermos vivos, estaremos em produção, fazendo escolhas, produzindo nosso modo de viver. Por outro lado, ao se falar da dimensão individual do cuidado não se poderia ignorar o debate contemporâneo a respeito dos conceitos de “indivíduo” e de “autonomia”, de modo a contemplar pelo menos três pontos: a negação da subjetividade como algo coerente, durável e individualizado, ou seja, somos mais plurais do que pensamos (ROSE, 2001).

A compreensão da autonomia não como algo que o “indivíduo” elabore no seu interior, mas, ao contrário, sua abertura, sempre ao que é outro e não ele mesmo. Assim, a autonomia resulta de uma longa história segundo a qual o organismo humano se distancia do que o rodeia; ela não é nada menos do que a ligação cada vez mais aberta, cada vez menos determinada, entre o organismo e seu meio (BEARD-SWORTH, 2003). Os modos de subjetivação contemporâneos não podem ser desvinculados de um biopoder produtor de regras regulatórias que, afinal, definem nossos “eus” (RABINOW, ROSE, 2006).

A dimensão familiar da gestão do cuidado é aquela que assume importâncias diferentes em momentos diferentes da vida das pessoas. Trata-se de uma dimensão da gestão do cuidado localizada no mundo da vida, isto é, tem, como seus atores privilegiados: pessoas da família, os amigos e os vizinhos. Dizer isso não é imaginar um mundo sem dificuldades e contradições. Bastam lembrar as relações conflituosas que se apresentam nesse campo, em particular aquelas entre cuidadores e cuidados, como consequência da complexidade dos laços familiares, da sobrecarga de trabalho para os cuidadores, das exigências permanentes para a realização do cuidado etc. Além disso, essa dimensão tem sido crescentemente colonizada por certas lógicas institucionais, em particular na operacionalização de programas de desospitalização e de atendimento domiciliar (CARVALHO et al., 2007). Como consequência do envelhecimento acelerado da população brasileira, essa dimensão assumirá crescente importância para os serviços e pesquisas em saúde.

A dimensão profissional do cuidado é aquela que se dá no encontro entre profissionais e usuários e nucleia o território da micropolítica em saúde. É um encontro “privado”, que, na sua forma mais típica, ocorre em espaços protegidos, de modo geral, fora de qualquer olhar externo de controle. Essa dimensão é regida por três elementos principais, que lhe conferem sua maior ou menor capacidade de produzir o bom cuidado: a) a competência técnica do profissional no seu núcleo profissional específico, ou seja, a capacidade que tem, por sua experiência e formação, de dar respostas para o(s) problema(s) vivido(s) pelo usuário; b) a postura ética do profissional, em particular, o modo com que se dispõe a mobilizar tudo o que sabe e tudo o que pode fazer, em suas condições reais de trabalho, para atender, da melhor forma possível, tais necessidades; c) não menos importante, a sua capacidade de construir vínculo com quem precisa de seus cuidados. (CARVALHO, 2007).

A dimensão organizacional do cuidado é aquela que se realiza nos serviços de saúde, marcada pela divisão técnica e social do trabalho e evidencia novos elementos, como: o trabalho em equipe, as atividades de coordenação e comunicação, além da função gerencial propriamente dita. Nela, assume centralidade a organização do processo de trabalho, em particular, a definição de fluxos e regras de atendimento e a adoção de dispositivos compartilhados por todos os profissionais, tais como: as agendas, protocolos únicos, reuniões de equipe, planejamento, avaliação etc. Aqui, a gestão do cuidado depende da ação cooperativa de vários atores, a ser alcançada em territórios marcados, frequentemente, pelo dissenso, pela diferença, pelas disputas e pelas assimetrias de poder (CARVALHO, 2007).

A dimensão sistêmica da gestão do cuidado é aquela que trata de construir conexões formais, regulares e regulamentadas entre os serviços de saúde, compondo “redes” ou “linhas” de cuidado, na perspectiva da construção da integralidade do cuidado. Historicamente, foi trabalhada como a imagem de uma “pirâmide” constituída por serviços de complexidade crescente, interligados entre si através de processos formais de referência/contrarreferência, que deveriam resultar em fluxos ascendentes/ descendentes ordenados e racionalizados de usuários (MERHY, 1997).

O movimento real dos usuários no “sistema de saúde”, em particular, o modo como constroem itinerários terapêuticos que escapam à racionalidade pretendida pelos gestores; a transversalidade que o trabalho médico produz ainda hoje no “sistema” de saúde, a despeito das estratégias crescentemente disciplinadoras a que vem sendo submetido; a multiplicidade de “portas de entrada” para o “sistema”, em particular, nos serviços do tipo pronto atendimento, que desafiam o ideal da rede básica como “porta de entrada” da pirâmide de serviços, tudo isso tem obrigado gestores e pesquisadores da área a trabalharem com conceitos mais flexíveis de redes de cuidado construídas a partir da ação de usuários, trabalhadores e gestores (MERHY, 2002).

As equipes gestoras ocupam parte importante de suas agendas fazendo a gestão do cuidado nessa dimensão. Por fim, a dimensão societária da gestão do cuidado em saúde. Aqui estamos tratando de como, em cada sociedade, se produzem as políticas públicas em geral, e a de saúde em particular, e como é pensado o papel do Estado, especialmente como formula e implementa suas estratégias para a garantia dos trabalhadores que implementarão as políticas sociais. É a dimensão mais ampla da gestão do cuidado, ou seja, é nela que se aprecia como cada sociedade produz cidadania, direito à vida e acesso à toda forma de consumo que contribua para uma vida melhor. É a dimensão do encontro da sociedade civil, em sua heterogeneidade, com o Estado, e a disputa de diferentes projetos societários que resultarão em melhores ou piores condições de vida para amplos extratos da população (CARVALHO, 2007).

A incorporação de novas tecnologias acarreta novas demandas, muitas vezes aumentando a intensidade do trabalho, requisitando a multidisciplinaridade do conhecimento e trabalhadores com especialidades diversas e complementares. O processo de inovação é complexo, não linear, incerto e requer interação entre os profissionais, instituições e gestores. A inovação tecnológica, quando usada em favor da saúde contribui, diretamente com a qualidade, eficácia, efetividade e segurança do cuidado, ou seja, quando utilizada de maneira adequada cria condições que contribuem para um viver saudável entre os indivíduos que na sociedade são produtos e produtores. Assim, acredita-se que há espaço para a tecnologia e o cuidado ético/humanizado. (NOVAES; 2006).

O conceito de tecnologia em saúde abrange qualquer intervenção que pode ser utilizada para promover a saúde. Esse conceito não inclui somente as tecnologias que interagem diretamente com os pacientes, tais como medicamentos e equipamentos (tecnologias biomédicas) e procedimentos médicos como anamnese, técnicas cirúrgicas e normas técnicas de uso de equipamentos (que em conjunto com as tecnologias biomédicas são chamadas de tecnologias médicas), mas também os sistemas organizacionais e de suporte dentro dos quais os cuidados com saúde são oferecidos (BRASIL, 2009). No contexto da Portaria nº 2.510/GM de 19 de dezembro de 2005, considera-se tecnologias em saúde: medicamentos, materiais, equipamentos e procedimentos, sistemas organizacionais, educacionais, de informações e de suporte, e programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população (BRASIL, 2010).

Em sua totalidade, a tecnologia abrange não somente os produtos artificiais fabricados pela humanidade, como também os processos de produção, envolvendo máquinas e recursos necessários em um sistema sociotécnico. Além disso, engloba as metodologias, as competências, as capacidades e os conhecimentos necessários para realizar tarefas produtivas e os produtos colocados dentro do contexto socio-cultural (ACEVEDO DÍAZ; 1996).

As tecnologias em saúde são diferenciadas das outras, pois após a invenção, para que esta se torne uma inovação e tenha potencial para entrar no mercado, é necessário maior aproximação entre pesquisadores, profissionais de saúde e empresas para conseguir produzir a tecnologia em questão (NOVAES; 2006).

Merhy (2002) classifica as tecnologias envolvidas em saúde, como: leves (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho), leve-duras (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e duras (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais).

Embora tenha, dentre as diversas teorias, muitas classificações de tecnologias envolvendo o processo do cuidar, observa-se ainda uma falta de sensibilização por parte dos profissionais que compõem a rede de saúde, uma vez que, percebe-se que esta rede muitas vezes está danificada, por falta de comunicação e por falta de diálogo entre os atores que compõem essa rede, deixando muitas vezes o processo do cuidar interrompido (MERHY, 2002).

A ideia de tecnologia não está ligada somente a equipamentos tecnológicos, mas também ao ‘saber fazer’ e a um ‘ir fazendo’. No campo da saúde, embora as categorias tecnológicas se inter-relacionem, não deve prevalecer a lógica do ‘trabalho morto’, aquela expressa nos equipamentos e saberes estruturados. (MERHY, 2002).

O ser humano necessita das tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos, de autonomização, denominadas ‘tecnologias leves’. Dentre essas, muitas vezes encontram-se as barreiras da falta de entrosamento dos componentes das equipes que fazem cada um separadamente e de forma desarticulada suas funções (MERHY, 2002).

As tecnologias têm sempre como referência o trabalho que se revela como ação intencional sobre a realidade na busca de produção de bens/produtos que, necessariamente, não são materiais, duros, palpáveis, mas podem ser simbólicos. Ao produzir essas relações, o cliente pode resgatar a sua singularidade, autonomia e cidadania (MERHY, 1997).

O cuidado “compõe-se de tentativas intersubjetivas e transpessoais para proteger, melhorar e preservar a humanidade, ajudando a pessoa a encontrar sentido na doença, sofrimento, na dor e na existência, e para ajudar o outro a obter autoconhecimento, autocontrole e autocura” (MERHY, 2002).

O cuidado integral à saúde se constitui de dimensão complexa na composição do ato do cuidar, cuja direção de saberes e práticas interdisciplinares perpassam pela saúde coletiva, considerando a singularidade do indivíduo que compõe este coletivo. Este em saúde pode ser desenhado em qualquer instância, se inspirado pela articulação de três elementos em seu procedimento: acesso, responsabilização e autonomia (MERHY, 2002).

O acesso é a condição do cuidado integral: fruto do ganho social da reorganização da saúde no país, cujo princípio de universalidade procura garantir a entrada no sistema como direito de todo o cidadão e dever do Estado. A responsabilização é desmembrada em vínculo e resolutividade: compreende elementos éticos, técnicos e políticos do ato de cuidar da saúde por parte das equipes. Por fim, a autonomia do usuário é o produto do cuidado integral: todo ato em saúde procurará respeitar a singularidade e a cidadania daquele que é cuidado, evitando tutela ou reificação do sujeito que busca atenção à sua saúde (MERHY, 2002).

É no registro da responsabilização que parece situar-se uma das mais importantes problemáticas acerca da reorganização do trabalho em saúde, com o surgimento da lógica de equipes de apoio às unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) no contexto da Atenção Primária em Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS). É da responsabilidade das equipes de ESF serem o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde por meio de seus serviços. Costuma-se reconhecer que esse nível de atenção pode ser resolutivo em mais de 80% das necessidades em saúde de uma população (OPAS, 2007). Além disso, é também responsável pela coordenação do cuidado aos seus usuários (indivíduos, famílias, coletividades), de modo a realizá-lo ao longo do tempo mediante projetos de vida singulares. O vínculo e a resolutividade, portanto, são os parâmetros que norteariam as equipes de saúde segundo o elemento de responsabilização do cuidado integral.

A mudança na forma de trabalhar em saúde incide diretamente em valores, cultura, comportamento e micropoderes existentes nos espaços de trabalho de cada um, gerando resistências e possíveis conflitos na produção de saúde. Assim, pensar e agir em saúde numa perspectiva de mudança do modelo requer um novo modo de estabelecer relações e troca de saberes e experiências práticas, envolvendo campos de conhecimento e intervenção interdisciplinares.

A integralidade e o cuidado apontam para as dimensões do viver humano que integram espaços, condições e expressões singulares que permitem reafirmar a complexa unidade humana. Nesse sentido, as atitudes, as ações e os fazeres dos profissionais de saúde devem valorizar

os aspectos objetivos e subjetivos desse viver humano, respeitando o livre-arbítrio dos sujeitos na coprodução da saúde individual e coletiva.

Entende-se por integralidade da atenção à saúde a abordagem dos casos de uma maneira ampla, na qual o indivíduo é abordado e compreendido em todas as suas dimensões, e não apenas no aspecto biológico. Integralidade tem um significado polissêmico, e traz três sentidos: o da junção entre prevenção e cura; boas práticas de cuidado; e uma política inserida no sistema de saúde (MATTOS, 2001).

Outro aspecto da integralidade se refere à articulação entre os níveis de complexidade do sistema de saúde.

Os trabalhadores de saúde e os usuários produzem, mutuamente, subjetividades – modos de sentir, de representar, de vivenciar necessidades. Nas instituições de saúde, todos dominam certo espaço e exercem certo “autogoverno” para além de tudo que esteja normatizado, protocolado. O encontro entre o cliente e o trabalhador de saúde envolve um arsenal de saberes e práticas específicas, além de um encontro de situações nem sempre equivalentes. Ou seja, aquilo que um deseja ou procura não necessariamente se relaciona ou corresponde ao que o outro espera. Não existe um código fixo de ação entre humanos. As pessoas não agem sempre da mesma forma, como também não agem de maneira igual à outra. O homem é um produto histórico e não natural, é trabalho vivo em potência. Seguindo esse raciocínio, o ser humano vai construindo uma ação tecnológica. Como ele expressa seus interesses e satisfaz suas necessidades é fruto desta condição. Assim, tem-se que o ser humano é o trabalho vivo em ato, trabalho criador – o instituinte. Já o trabalho morto (ferramentas, matérias-primas utilizadas) é instituído. (FERNANDES, 2005)

Pensar sobre a dimensão do acesso aos serviços de saúde levamos a refletir sobre o processo de construção do SUS. Em linhas gerais, a definição de acesso está relacionada com o ato de chegar, ingressar, entrar, aproximar e alcançar (FERNANDES, 2005). Assim, tudo o que se interpolar, poderá ser considerado como dificuldade para garantir o acesso aos serviços de saúde.

A universalidade da atenção implica na formulação de um modelo social ético e equânime norteados pela inclusão social e solidarieda-

de humana. Assim, estratégias precisam ser colocadas em prática, para nortear a reformulação e o fortalecimento do sistema para garantir a saúde como um direito de todos, no plano individual e coletivo. Faz-se necessária também a incorporação de novas práticas em saúde, priorizando a promoção da saúde sem descuidar da produção do cuidado àqueles nos quais já se instalou um processo mórbido. Isto requer reorientação das políticas de saúde e organização dos serviços públicos e privados para a integralidade do cuidado. (NASCIMENTO, 2003).

## **Construção e validação da tecnologia educativa**

O desenvolvimento para a construção dessa ferramenta tecnológica será realizado a partir de uma pesquisa de abordagem qualitativa, buscando compreensão do matriciamento, cuidado e suas conexões entre a Estratégia Saúde da Família e Atenção Psicossocial, que tem como perspectiva produzir conhecimentos científicos para aplicação prática voltada para solução de problemas concretos aspectos da vida moderna, buscando a qualidade de vida para os usuários do serviço.

Dessa forma, esse processo de construção e validação será conduzido a partir de uma pesquisa metodológica, segundo Polit e Beck (2011), trata-se do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa. Assim, é aquele que investiga, organiza e analisa informações para construção, validação de instrumentos e técnicas de pesquisa para o desenvolvimento específico de coleta de dados com vistas a melhorar a confiabilidade e a validade desses instrumentos.

Para iniciar o processo de construção da ferramenta tecnológica é necessário estabelecer o local do estudo, assim a ferramenta será desenvolvida para o cuidado referente ao matriciamento entre atenção básica e atenção psicossocial os dispositivos de cuidado selecionado para realização do estudo serão Centro de Atenção Psicossocial, Núcleo de Apoio a Saúde da Família e as Unidades de Atenção Primária à Saúde.

Como estratégias para o desenvolvimento da pesquisa foi estabelecido técnicas para coleta de dados, sendo estas intituladas e

definidas, respectivamente, roda de conversa – é uma possibilidade metodológica dentre tantas outras que utilizamos para comunicação dinâmica e produtiva entre diversos grupos. É uma técnica muito rica utilizada na prática de aproximação entre os sujeitos no cotidiano (AFONSO E ABADE, 2008); entrevista em profundidade; e observação livre, com registros em diário de campo e fotografias.

### *Etapas na construção da ferramenta*

Como ferramenta educativa para Atenção Básica e Psicossocial foi estabelecida a construção de um jogo. Para Martins, Alvin (2011), as tecnologias educativas têm sido consideradas ferramentas que facilitam o diálogo, a relação profissional-paciente, bem como a formação de consciência crítica para uma vida saudável.

A aplicação do jogo mostra-se como uma maneira inovadora de desenvolver atividade educativa, visto que acarretar impacto entre os participantes que se manifestaram referindo serem acostumados ao repasse de informações, estimulando o sujeito a refletir sobre seus atos sobre suas incertezas e sobre maneiras como eles podem promover a saúde. Desse modo, o jogo leva todos a participarem na construção do conhecimento, mostrando um modelo de atuação efetivo e de baixo custo que pode ser utilizado posteriormente (JOVENTINO et al, 2009).

Dessa forma, o jogo será construído seguindo as seguintes etapas:

#### 1ª Etapa: Revisão integrativa e *Benchmarking*.

Será realizada uma revisão sobre o objeto de estudo que apoiará a fundamentação teórica do jogo a ser confeccionado, através de uma pesquisa nas bases de dados nacionais acerca dos conteúdos que englobam as temáticas: matriciamento em saúde mental, promoção da saúde mental, cuidado. O aprofundamento teórico sobre tais temáticas se fará necessário para o estabelecimento dos dados e informações relevantes que comporão o conteúdo do jogo a ser desenvolvido. Buscando, também, a existência de algum jogo referente ao tema estudado.

2ª Etapa - Elaboração dos componentes do jogo para encaminhamento à fase de validação.

Deverá ser construída no jogo a trajetória do usuário com redes de compromisso, fluxogramas e mapa conceitual para visibilidade do conteúdo do matriciamento, dando condições de outros serviços fazerem sua aplicabilidade.

3ª Etapa - Análise da roda de conversa com os profissionais de nível superior para aprofundar o conteúdo do jogo.

A seguir faz-se análise das entrevistas dos profissionais a fim de complementação do jogo sobre matriciamento; para complementar os dados utilizaremos fotografias, e os documentos de ata do matriciamento.

4ª Etapa - Categorização e organização e análise dos dados com a ferramenta webQDA®.

5ª Etapa 5 - Elaboração dos componentes do jogo para encaminhamento à fase de validação.

Deverá ser construída no jogo a trajetória do usuário com redes de compromisso, fluxogramas e mapa conceitual para visibilidade do conteúdo do matriciamento, dando condições de outros serviços fazerem sua aplicabilidade.

**Figura 1 - Etapas de Construção**



Fonte: Elaborada pelas autoras.

## Validação do jogo

O processo de validação consiste no grau em que uma escala tem uma amostra apropriada de itens para representar o construto de interesse e os domínios do construto devem ser todos adequadamente representados nos itens de validação. Desse modo, a validação de conteúdo seguirá:

### Do Jogo de Profissionais de Nível Superior:

- Na validação de conteúdo dos profissionais, utilizaremos a validação de conteúdo e a de Aparência. A validação de conteúdo será realizada a partir da escala Likert encaminhada aos juízes, no caso dos profissionais de nível superior. Além dessa validação, realizaremos uma roda de conversa com os profissionais de saúde com a finalidade de validar, também, o conteúdo e a aparência, além dos juízes.
- O julgamento do conteúdo, opiniões, pontos de consenso e de divergências entre os juízes (enfermeiros, médicos, psicólogos acerca do jogo serão enviados e coletados totalmente *on-line*). As fases de validação do conteúdo do jogo serão: a) Estruturação do jogo e primeira avaliação interna; b) Validação de conteúdo e c) utilização do jogo pelos enfermeiros, médicos e Psicólogos da ESF, CAPS geral e NASF.
- A partir da validação de conteúdo, a partir dos resultados dos juízes e dos profissionais de saúde, os dados serão analisados estatisticamente adotando-se O Content Validity Index (CVI - Índice de Validade de Conteúdo). CVI será calculado a partir de três equações matemáticas 1)  $S_{CVI}$  (média dos índices de validação de conteúdo para todos os índices obtidos; 2)  $S-CVI/UA$  (proporção de itens que atingem escores 3 realmente/relevante e 4 muito relevante, por todos os juízes); e o  $I-V_{CI}$  (validade de conteúdo de itens individuais). O resultado do CVI varia de 0 e 1, sendo que o resultado igual ou maior do 0,90 e considerado padrão para estabelecer excelência na validade de conteúdo entre juízes para ambas medições.

**Quadro 1- Painel para validação de aparência do jogo**

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo e nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Características das figuras				
As figuras estão apropriadas para o público-alvo				
O texto está claro				
O estilo da redação corresponde ao nível de conhecimento dos participantes				
Aparência				
As figuras estão em quantidade e tamanhos adequados no álbum				
As figuras utilizadas estão relacionadas com o texto do vídeo e elucidam o conteúdo				
As cores e formas das figuras estão adequadas para o tipo de material				
As figuras retratam o cotidiano das pessoas.				
A disposição das figuras estão em harmonia com o texto				
As figuras ajudam na mudança de comportamento e atitudes do público-alvo				
As figuras são relevantes para compreensão do conteúdo pelo público-alvo				
As páginas ou sessões parecem organizadas				

Fonte: Elaborado pelos autores.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. 2. ed. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz, 2008.

ARONA, E. C. Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. **Saúde Soc.**, 2009; v. 18, supl. 1, p. 26-36.

BEZERRA, E.; & DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 28, n. 3, p. 632-45, 2008.

BOFF, L. **Ethos mundial**: um consenso mínimo entre os humanos. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002**. Define e estabelece Diretrizes para o Funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: Equipe de Referência e Apoio Matricial. Brasília (DF), 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Clínica Ampliada. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.

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

CARVALHO, L. C.; FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Disputas em torno a los planes de cuidados en la internación domiciliaria: una reflexión necesaria. **Salud Colectiva**, v. 3, n. 3, p. 489-506, 2007.

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

JORGE, M. S. B. **Matriciamento em Saúde Mental**: múltiplos olhares na diversidade da integralidade do cuidado. Feira de Santana: UEFS, 2012.

JOVENTINO, E. S.; FREITAS L. V.; ROGERIO, R. F.; LIMA, T. M.; BENEVIDES, L. M. D.; XIMENES, L. B. Jogo da memória como estratégia educativa para prevenção de enteroparasitoses: relato de experiência. **Rev. Rene**, v. 10, n. 2, p. 141-8, 2009.

KOERICH, M. S.; BACKES, D. S.; SCORTEGAGNA, H. M.; LOEWEN, M. W.; VERONESE, A. M.; ZEFERINO, M.T.; RADÚNZ, V.; KOTZIAS, E. S. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Texto Contexto Enfermagem**, Departamento de Patologia da Universidade Federal, Florianópolis, p. 178-85, 2006.

MARTINS, P. A. F.; ALVIM, N. A. T. Perspectiva educativa do cuidado de enfermagem sobre a manutenção da estomia de eliminação. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 322-7, mar-abr. 2011.

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

\_\_\_\_\_. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. T. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

NUNES, M. O.; JUCÁ, V. J. S.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no programa saúde da família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 375-84.

RABINOW, P.; ROSE, N. O conceito de biopoder hoje. **Rev. Cienc. Soc.**, v. 1, n. 2, p. 27-57, 2006.

ROSE, N. Inventando nossos eus. In: SILVA, T.T. (Org.). **Nunca fomos humanos**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. p.139-204.

SARACENO, B.; OMMEREN, V. M.; BATNIJI, R.; COHEN, A.; GUREJE, O.; MAHONEY, J.; UNDERHILL, C. Barriers to Improvement of Mental Health Services in Low-Income and Middle-Income Countries. **The Lancet**, p. 1164-1174, 2007.

## CAPÍTULO 14

# PLANEJAMENTO EM SAÚDE MENTAL: DESAFIOS E PERSPECTIVAS DA ARTICULAÇÃO EM REDE A PARTIR DA ATENÇÃO BÁSICA

Rândson Soares de Souza  
Ana Carolina Andrade  
Maria Salete Bessa Jorge

### INTRODUÇÃO

O planejamento em saúde se torna instrumento para a gestão participativa na conformação estratégica de diretrizes, metas e operacionalidade executiva das demandas e necessidades da população em seu território.

Entre as vertentes destaca-se o Planejamento Estratégico Situacional (PES) que surge no final dos anos 70 com o economista chileno Carlos Matus. O ponto de partida de sua proposta é a “noção situacional” que é compreendida como um conjunto de problemas identificados, descritos e analisados sob a ótica de diferentes atores, entendido a partir do Projeto de Governo, da Capacidade de Governo e da Governabilidade (MATUS,1997b). O PES é um método constituído por quatro momentos não sequenciais, simultâneos e em constante processo. Um momento explicativo equivalente ao diagnóstico em que são selecionados problemas e discutidas suas causas e suas estruturas sociais básicas. Um momento normativo: o desenho do “deve-ser”. Um momento estratégico de análise e construção da viabilidade política: a discussão do poder. Um momento tático-operacional de tomadas de decisão e de realização da ação concreta (TEIXEIRA,2010; SOUZA,2016).

A partir da análise estratégico-situacional, o planejamento em saúde direciona seu olhar investigativo para as articulações político-institucionais, os processos de determinação e produção social da

saúde, a disponibilidade tecnológica do cuidado, a configuração simbólica da assistência em saúde e fortemente a organização e funcionamento da Rede de Atenção em Saúde

A Rede de Atenção em Saúde pode ser definida como uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de um determinado território, organizando-os sistematicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas de atenção estejam articuladas e adequadas para o atendimento do usuário. Os desafios para a integração em rede convergem na superação de entraves: pequena diversidade dos pontos de atenção à saúde; precariedade resolutiva da Atenção Primária à Saúde e/ou Atenção Básica (AB); carência de sistemas logísticos para intercomunicação dos pontos assistenciais; e a fragilidade dos mecanismos de governança de redes de atenção à saúde (MENDES, 2011; MENDES, 2015).

A exemplo dessas redes assistenciais tem-se instituída pela Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RASP), que em seus componentes tem a responsabilidade de prestar atenção às demandas especializadas da saúde mental, possibilitando a reorientação da assistência conforme os ideários da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A RASP tem em seu componente de atenção especializada estratégica o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), como dispositivo ímpar no processo de reorientação, que possui entre outras funções, a de regular a porta de entrada da RAPS e dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede de atenção, de modo especial na Estratégia de Saúde da Família (ESF) que compõe a AB (BRASIL, 2011; BRASIL, 2011b).

Nesse sentido, o planejamento para construção de redes de serviços é um desafio complexo, que envolve desejos e intencionalidades coletivas, e outras questões relacionadas ao financiamento, à avaliação, ao conhecimento integrado dos dispositivos terapêuticos e à articulação da gestão. Assim, é nesse contexto, que se apresenta a relevância deste estudo à medida que se objetiva analisar as perspectivas e desafios das ações de planejamento em saúde mental, com vista à articulação em rede a partir da Atenção Básica.

## **METODOLOGIA**

Sob o olhar dos pressupostos da abordagem qualitativa e com base na hermenêutica, o arcabouço teórico-metodológico é utilizado numa perspectiva crítica e reflexiva, numa concepção que a concretude da prática investigada não se dá em si, mas por um conjunto de interações, tensões e conflitos vivenciados pelos atos efetivos ou por vezes falhos de comunicação dos diferentes atores sociais frente a proposição do pensar/saber/fazer e conviver para a transformação de seus contextos (MINAYO, 2014). Explanando-se, neste caso, um recorte empírico da pesquisa “Organização da rede regional de saúde e sua interface com a saúde mental no Estado do Ceará: dimensão política, econômica, social, organizacional, tecnológica e simbólica”, o qual, em vista da importância ética de pesquisas envolvendo seres humanos, foi submetido e aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, com parecer nº 229.745.

Esta pesquisa foi realizada na 22ª Região de Saúde do Estado do Ceará. O processo de regionalização neste Estado idealizou-se a partir da realização de Seminários Microrregionais para gestores municipais e da capacitação dos gerentes e equipe técnica de suas microrregionais. A regionalização da Saúde do Ceará, distribui seus 184 municípios em 22 Regiões de Saúde e 04 macrorregiões de saúde (Fortaleza, Sobral, Cariri, e Sertão-Central). A 22ª Região de Saúde é a Região de Cascavel, constituída pelos municípios: Beberibe, Cascavel, Chorozinho, Horizonte, Ocara, Pacajus, Pindoretama. Possui uma população de 294.083 habitantes (IBGE, 2012). Sua Rede de Atenção em Saúde encontra-se em expansão, e o que tange a RAPS é detalhada no decorrer deste estudo.

Os participantes da pesquisa foram 33 sujeitos compreendidos entre gestores (Grupo I), trabalhadores (Grupo II) e usuários (Grupo III) que se articulam para efetivar o cuidado na 22ª região de saúde do Estado do Ceará, selecionados no desenvolvimento da pesquisa pela disponibilidade em compartilhar as ações de planejamento realizadas junto ao pesquisador. A composição da amostra final se respalda na saturação teórica (FLICK, 2009).

No decurso da coleta dos dados, utilizou-se a técnica da entrevista semiestruturada e a observação sistemática à medida que foram acompanhadas, no período de coleta de dados e da vigência do projeto nos de 2013 e 2014, as diversas reuniões da Comissão Intergestora Regional (CIR). A CIR é um espaço de pactuações entre os gestores dos sete municípios que se articulam para realizar a conformação da Rede de Atenção em Saúde, atendendo aos pressupostos do Decreto nº 7.508/2011 (BRASIL,2011).

A questão condutora das técnicas pautou nas ações institucionais que abordaram o processo de planejamento em saúde mental com vista à articulação da RAPS a partir da Atenção Básica, com suas possíveis funções coordenadora e articuladora da Rede. De modo transversal, incidiu o enfoque sobre as ações de planejamento em saúde mental na AB especificamente na ESF.

Os dados foram analisados sob os pressupostos da hermenêutica crítica (MINAYO, 2014). Após a organização e classificação dos discursos obtidos das transcrições, ocorreu a categorização temática, que foi sistematizada pela análise das convergências, divergências, diferenças e complementaridades das sínteses significantes do material analisado. Os trechos são ilustrados com relevância para o sentido crítico e reflexivo e discutidos à luz da literatura.

A intenção compreensiva da análise se pautou no reconhecimento dos sujeitos em suas relações, contextos, significados e sentidos quanto ao objeto de estudo. Desvelaram-se nas categorias temáticas o cotidiano das práticas de planejamento da APS no que tange as ações de saúde mental, os entendimentos acerca da importância do planejamento e os desafios e perspectivas da articulação em rede a partir da Atenção Básica, destacando-se o pensar/saber/fazer/acontecer das mudanças produtivas potencializadas pelo dispositivo do planejamento enquanto ação comunicativa dos atores sociais.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Desafios e perspectivas para consolidação do Planejamento em Saúde: os entendimentos dos atores sociais

Entende-se a importância que o processo de planejamento tem em sua instrumentalidade e de fato esse pode ser considerado um avanço se assumido em acordos que vislumbram possibilidades de mudanças. No entanto, coloca-se que somente a instrumentalidade político-institucional do processo de planejamento de saúde não é suficiente para conformação da Rede de Atenção Psicossocial mediante o princípio da regionalização em si.

Logo, é necessário, pois, que as intencionalidades dos atores sociais se entrelacem e permitam a tecelagem efetiva da rede consubstanciada por entendimentos comuns pactuados. Destaca-se, a seguir, as possibilidades de concretizações dadas, que as intencionalidades dos atores gestores ou gerentes e trabalhadores de saúde convergem quanto ao reconhecimento da necessidade de se consolidar, cada vez mais, o processo de regionalização na Região de Saúde de Cascavel, encontrando nesse o caminho de conformação de uma rede atuante e resolutiva quanto aos problemas de atenção em saúde do território.

Nós, como um município pequeno, não temos tudo a oferecer para nossa população, então precisamos da rede para poder oferecer pelo menos o básico; que o que nós temos é um hospital de pequeno porte e nós fazemos a atenção básica e nós precisamos dessa regionalização, dessa rede, para oferecer a população dentro dos outros municípios que estão pactuados (Grupo I).

[...] eu não tenho no meu município uma comunidade terapêutica, não tenho um CAPS AD, um CAPS III, mas eu posso ter no município polo que me oferece isso, oferecendo uma estrutura que permite regionalização e formação de uma rede (Grupo II).

Quanto ao entendimento dos usuários acerca desse processo apreendeu-se, pelos discursos, que esses percebem como positiva a cooperação entre municípios que compõem a sua Região de Saúde, havendo uma convergência quanto ao reconhecimento de que os encaminhamentos para exames, consultas e realização de cirurgias de determinadas especialidades em saúde, são extremamente positivas, o que permite o acesso mais próximo de seu domicílio, evitando que, como outrora, tudo seja apenas encaminhado para capital.

Olha eu já sou atendido aqui a muito tempo, mas antes era só lá no hospital e eu sempre tinha que ir pra Fortaleza, mas agora faço minhas consultas aqui mesmo e pego minha medicação, mas teve uma vez que o doutor pediu os exames e aí eu fui fazer lá em Fortaleza, mas agora é aqui mesmo já está com uns 5 anos e se for tudo aqui mesmo fica bem melhor. (Grupo III).

Eu já precisei ir pra policlínica porque o médico encaminhou, daí é mais fácil a gente ser atendido aqui do que ir pra capital, mais dinheiro, ninguém não tem onde ficar, aí eu acho que é sim muito importante que o município recebe o de outro, é tudo do SUS mesmo né (Grupo III).

Argumenta-se que o processo visto apenas sob uma ótica pode ser caracterizado como extremamente normativo, dada a polarização dicotômica entre o espaço político-social e o espaço técnico com ênfase exagerada na alocação de recursos econômicos, lembrando-nos, assim, o método de intensas normatizações ou, ainda, em melhor perspectiva de análise, apenas o momento de diagnóstico e de elaboração do “deve ser” preconizado pelo PES matusiano, o qual em momentos diferentes leva em consideração as variáveis do projeto, da governabilidade e da capacidade de governo em detrimento do planejamento normativo reduzido que nega a existência de múltiplos atores sociais, além de não valorizar o planejamento cotidiano, ao utilizar-se de rigi-

dez temporal e desconsiderar toda e qualquer relação e alteração de poder (ONOCKO CAMPOS, 2003; TEIXEIRA, 2010, SOUZA, 2016).

Destarte, parte-se do pressuposto que o entendimento comum dos atores consubstancia a prática para uma realidade que precisa ter um norte, um conhecimento do que se tem e onde se quer chegar. Assim, os entendimentos de parte dos atores sociais (Grupo I e II) do território direcionam caminhos por propostas que culminam num “deve ser”. Como referido na pesquisa, realizou-se o acompanhamento desse processo frente a participação em reuniões da Comissão Intergestora Regional (CIR), realizando-se uma sistematização do que foi pactuado mediante os momentos do PES possibilitado pelas interações dialógicas dos atores sociais, conforme exposto nos Quadros I e II da secção a seguir.

## **Desafios e perspectivas políticos-institucionais nos diferentes momentos do PES da RAPS de Cascavel**

Entende-se que o desafio do planejamento com vistas à construção e à conformação da RAPS não se dá somente nos momentos explicativo e normativo em que se seguem normas e/ou que não se leva em consideração a participação de diferentes atores e se considera e elegem-se as verdadeiras necessidades do território, mas à medida que essas em um momento ou outro emergem no momento estratégico ou tático operacional da implantação efetiva dos serviços, conjuntamente as dificuldades a serem superadas nesses momentos.

**Quadro I- MOMENTO EXPLICATIVO E NORMATIVO DE PLANEJAMENTO DA RAPS**

Análise da situação de saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, a partir dados demográficos e epidemiológicos e dimensionamento da demanda assistencial

Identificação e dimensionamento da oferta dos serviços existentes (CAPS I Ocara; CAPS I Horizonte; CAPS II- Cascavel)

Dificuldade do atendimento da demanda de usuários com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, principalmente o uso do crack, frente a não existência de Comunidade Terapêutica e CAPS Ad

Discussão da necessidade de ampliação do número de CAPS Ad, frente a existência de apenas o CAPS de Aracati ser insuficiente para atender à região dada extensão territorial e as possíveis dificuldades de acesso.

Discussão e sugestão da necessidade de se ter pelo menos mais dois CAPS Ad, sendo sugerido as cidades com adequação ao critério de habilitação populacional, bem como a facilidade de acesso visto a localização da cidade de Horizonte no trecho BR-116 e a localização da cidade de Cascavel no trecho CE-040.

Discussão acerca da necessidade de ampliação da RASP com pactuação para solicitação, credenciamento e implantação dos CAPS I Beberibe; CAPS I Pacajus, CAPS Ad Cascavel, CAPS Ad Horizonte, com estabelecimento de cobertura regional de 90%. Bem como pactuação do Desenho da Rede de Atenção Psicossocial entre os entes federados

Elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, com a programação da atenção à saúde, incluindo responsabilidade dos entes federados.

Apresentação da Rede de Atenção Psicossocial no Estado, Distrito Federal e Municípios e aprovação nas instâncias de CIR e CIB.

**Quadro II- MOMENTO ESTRATÉGICO E TÁTICO-OPERACIONAL DA RASP**

Contratualização pela União, pelo Estado ou pelo Município dos pontos de atenção da RAPS, observadas as responsabilidades definidas para cada componente da Rede.

Adequação para implantação do CAPS-I de Pacajus, efetivada em dezembro de 2012.

Dificuldades do cumprimento das metas relacionadas a não implantação dos CAPS I- Beberibe, CAPS ad Cascavel e CAPS ad Horizonte

Reconhecimento das dificuldades quanto à efetivação de articulação dos diversos pontos de atenção, sendo colocadas as dificuldades de comunicação até mesmo para a sensibilização dos trabalhadores de saúde, possibilitando que esses conheçam a rede em seu conceito teórico e prático.

Carência de profissionais da saúde por diminuição de carga horária ou saída de profissionais sem reposição. Destacada também a considerável rotatividade dos profissionais dificultando vínculos afetivos primordiais como pauta a lógica dos serviços substitutivos de base territorial.

Reconhecimento da necessidade de fortalecimento das ações de saúde mental na atenção básica, dando possibilidade para que de fato ela seja tenha possibilidade de ser coordenadora e articuladora de cuidados em toda a Rede de Atenção em Saúde.

Reconhecimento da dificuldade da atuação dos profissionais da atenção básica frente as demandas de saúde mental, facilitando a "empurroterapia" para o CAPS, gerando demanda não coincidente com a clientela do serviço. Consideração acerca da necessidade de formação permanente dos trabalhadores da atenção básica e também dos trabalhadores dos CAPS

Consideração do protagonismo do município de um município da região (Ocara) frente a estratégia de implantação do Apoio Matricial em Saúde Mental na Atenção Básica, considerada as dificuldades para efetivação desse (posteriormente apresentadas e discutidas).

Dificuldades quanto à garantia de transporte de usuários que necessitam se locomover na região ou extrarregião para consultas e procedimentos especializados, bem como para que os trabalhadores efetivem ações de saúde mental extramuros, como as de visita-domiciliar e até mesmo as visitas de matriciamento na atenção básica.

Dificuldades de encaminhamento de usuários que necessitam de internação hospitalar, frente ao reduzido número de leito na região ou não atendimento da clientela nos hospitais de pequeno e médio porte, facilitando assim a "empurroterapia" para o Hospital de Saúde Mental de Fortaleza, tendo em vista na região não haver nenhum CAPS do tipo III.

Dificuldades da manutenção dos serviços por conta de recursos financeiros insuficientes. Tendo-se a falta de materiais para desenvolvimento de oficinas terapêuticas nos CAPS.

Reconhecimento da inexpressiva participação social dos usuários, bem como do envolvimento de trabalhadores no processo de planejamento da RASP, havendo a necessidade de fomentar a construção de fóruns e o fortalecimento dos Conselhos Municipais de Saúde.

Fonte: Elaborado a partir de todas as fontes de dados da pesquisa.

Diante o espelho e o real reflexo, é necessário que os diferentes atores sociais que efetivam o planejamento da construção e conformação da RASP estejam conscientes e implicados para que possam ser efetivadas as intencionalidades dos processos pactuados, sendo imprescindíveis entendimentos para além da lógica conceitual, exigindo-se então uma *práxis*. Nesse momento à luz da ideia de Giovenella e Fleury (1996) ressignificada por Abreu de Jesus e Assis (2011), na qual se coloca que o desafio do planejamento frente as relações de oferta e demanda é estabelecer acesso à saúde considerando a disponibilidade, acessibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade por parte de gestores, trabalhadores e usuários envolvidos no processo, tendo-se um paradigma a ser superado, no tocante a desenvolver uma política de governo que, resguardada na teoria do modelo econômico, possibilite de fato a criação de dispositivos para equilibrar a relação entre oferta e demanda.

O estudo da oferta e demanda e das suas relações nos serviços de saúde são relevantes para que se possa, a partir da análise da dimensão econômica do acesso, entender os desafios do planejamento enquanto a sua finalidade dada pelo acesso em múltiplas dimensões e entendimentos. A relação oferta/demanda não pode ser compreendida somente como parte de uma relação restrita estabelecida entre os serviços de saúde e os usuários, uma vez que envolvem as variadas ações que são vivenciadas no cotidiano desses serviços, sendo elas influenciadas por questões econômicas, políticas, sociais e culturais. Todavia, a oferta nos serviços de saúde está relacionada à disponibilidade, à capacidade, ao tipo e à quantidade de serviços e recursos destinados à atenção em saúde, enquanto demanda é a atitude do sujeito de procurar serviços de saúde conforme suas necessidades e obter acesso e benefício com o atendimento recebido (ABREU DE JESUS, ASSIS, 2011; PINTO, 2013).

Assim, consideram-se na RAPS da Região de Cascavel os desafios de planejamento contínuo para efetivar a disponibilidade dos serviços pensados e propostos no Contrato Organizativo de Ações Públicas desta Região de Saúde, assinados no fim de 2011. E consonante a

pesquisa em 2014 e, ainda, no momento desta publicação se visualiza o desafio da implantação/consolidação do CAPS Ad em Cascavel, que pelo plano atenderia ao eixo CE-040, bem como os desafios do pleno funcionamento dos recém-inaugurados serviços; os dois CAPS I (Pacajus e Beberibe) e o CAPS Ad que foi inaugurado em julho de 2013 em Horizonte. Os desafios então acerca da efetiva disponibilidade é uma realidade, sobretudo pela convergência apurada dada elevada demanda reprimida e não atendida efetivamente de usuários de álcool e outras drogas, como se vê no discurso dos trabalhadores e gestores.

Está implantando o CAPS Ad também, que é um serviço pra atender à questão dos usuários de drogas e que de alguma forma ele vai contribuir muito porque a gente fica sem saber o que fazer e não tem pra onde mandar e acaba a família muitas vezes querendo internar (Grupo I).

A principal demanda é da questão de álcool e drogas, porque a gente não tem o suporte suficiente, e aqui no polo ainda estamos a consolidar o Caps Ad, a comunidade terapêutica, mas o município de Cascavel fechou pra ter um CAPS AD que é a nossa principal preocupação e se a gente não tem pra onde mandar, aí acaba se contrapondo à ideia e encaminha pro hospital mental mesmo (Grupo II).

Tendo também que ser enfrentados os desafios de adequação funcional, sendo esta entendida mediante a relação entre o modo como a oferta está organizada para receber os usuários e as reais capacidades dos usuários e do próprio município de se adaptar aos fatores que condicionam a organização da oferta (ABREU DE JESUS; ASSIS, 2011). Somado tal fato, as convergências dos discursos abaixo acerca das dificuldades de se estabelecer as relações interfederativas, a fim de haver encaminhamentos regionalizados dentro de uma lógica que realmente permita economia de escala e escopo sugerida pelos processos de construção de rede.

As vagas já são poucas aí eu encaminho pra Cascavel e aí eu tenho que me adequar no horário dele que tem tido duas vagas na segunda, quatro vagas na sexta, três vagas na quinta, então assim, pra mim a questão de transporte pra ofertar vaga é difícil pro município, é dispendioso e o paciente também quer o transporte pra ir e pra vir e aí se mim fosse um dia específico do município, conseguia o transporte tal dia e se organizava, melhor porque levar todos os dias, com duas vagas, quatro vagas, não dá, é preciso se organizar (Grupo I).

Acontece na regionalização porque às vezes coloca no sistema, o sistema não tem vaga ou então demostra não sei quanto tempo pra poder conseguir essas vagas, aí todo mundo diz que não funciona, que não dá certo, mas tá bem bonitinho na CIR, no papel tá dizendo olha eu garanto pra vocês tantos, a teoria é perfeita, mas com relação à prática ainda tem muito o que avançar (Grupo II).

Ademais, pensando adequação funcional é preciso ter uma equipe técnica mínima ou suficiente para atender e absorver à demanda que chega aos serviços. Nos discursos reconhecem a vontade do fazer/concretizar dos gestores e trabalhadores. Entretanto, no que diz respeito à capacidade de atender favoravelmente a demanda nos diferenciados pontos de atenção algumas dificuldades foram colocadas, como a rotatividade de profissionais, a diminuição de carga horária de algumas categorias profissionais, bem como por questões de remuneração salarial e do tipo de vínculo empregatício, pois a dificuldade de contratar médico ainda é colocada como grande desafio.

Na verdade nós temos tido muita vontade de atender, mas nós não temos atendido como queremos e aí as falhas, mas assim tudo a gente faz na perspectiva de tentar fazer, mas a gente percebe que é bem aquém do que realmente é necessário, e isso eu digo em ter-

mo de qualidade e quantidade também e, infelizmente, o pragmatismo ainda ronda a nossa vida (Grupo I).

[...] os profissionais que a gente tem são empenhados, sempre que possível ele faz e faz bem feito, mas às vezes a gente não consegue atender devido à grande demanda mesmo que a nossa oferta de profissionais não têm suportado ou porque sai ou porque não tem reposição, tem as categorias que têm a carga horária reduzido também, a psiquiatra que vem duas vezes por semana (Grupo II)

Eu aqui sou muito bem atendido, e também lá no posto, pois eu vou e resolve minhas coisas, levo meus meninos e eu não tenho problema, uma vez ou outra falta o médico, a enfermeira, o remédio, mas aí vou eles pedem e eu vou lá na secretaria e é resolvido (Grupo III)

Toda essa realidade contribui para diminuição da capacidade de resposta do serviço, a demanda que de fato possa ser atendida, dificultando assim a integralidade da assistência numa perspectiva multi-profissional e de interdisciplinaridade.

Considerando a dimensão organizacional do acesso Assis e Abreu de Jesus (2011) considera em sua dimensão de análise para o acesso, as questões das barreiras geográficas, sendo então essa questão um desafio, pois o usuário de regiões fronteiriças tem procurado a melhor acessibilidade, o que leva às vezes um atendimento de usuários de regiões de saúde vizinhas mesmo sem ter sido a demanda pactuada, tendo isso ocorrido na Região de Cascavel propriamente pela posições geográficas dos municípios de Beberibe e Ocara que se interligam com outros municípios que não conformam a Região de Saúde.

[...] assim como é que a gente entende esse processo de território, que no SUS tem a regionalização como princípio organizativo, é pra organizar o sistema e não para engessar o sistema, mas aí a gente precisa de usar disso em algumas situação para poder atender à nossa responsabilidade e aí vai explicando, criando mecanismo (Grupo II).

Aqui tem gente que num era pra ser atendido aqui, mas é tudo acordado com o usuário, o que é muito difícil e você não imagina o sufoco desses processos de acordo, de negociação, porque depois do que se cria o vínculo e que mesmo que a gente veja assim que ele já está em condição de reduzir os atendimentos de ir pra outra região e tudo é muito difícil (Grupo II).

Compreende que somado à questão geográfica, o usuário procura, também, a economia quanto aos custos relacionados à necessidade de transportes, o tempo e a distância até chegar ao serviço. Assim, reconhece-se a importância dos atos produtivos criados pelos trabalhadores para explicar os processos de regionalização, possibilitados pelo encontro tensional e dialógico entre trabalhador-usuário, podendo esse permitir novos entendimentos favoráveis a uma consciência-sanitária quanto às lógicas de organização do acesso à RAPS. Mas, é preciso também refletir quanto às necessidades de melhores recortes geográficos ou mesmo necessidades de pactuações específicas entre municípios de regiões de saúde diferentes, a fim de garantir melhor acessibilidade aos serviços, podendo ser possibilitadas pelo planejamento comunicativo que reconhece a necessidade de cooperação solidária (RIVERA; ARTIMAM, 2010).

Assim, pensar a oferta apenas pela posição geográfica ou por pactuações inclusive financeiras previamente estabelecidas é assumir apenas a visão normativa, tecnicista e economicista do planejamento em saúde em que a norma, o “deve ser” tem como relação principal a ênfase exagerada na alocação de recursos. Mas, de tal forma se pensado o planejamento em saúde da realidade brasileira isso não seria um devaneio, visto que historicamente o pano de fundo deste tem assumido um caráter normativo da planificação sobrepondo-se a viabilidade econômica em detrimento das necessidades sociais estabelecidas nos diferentes contextos de sua aplicação (GIOVANELLA, 1991; ABREU DE JESUS; ASSIS, 2011).

Santos (2013), na perspectiva de pensar o debate no contexto das regiões de saúde, denota que realmente, muitas vezes, esse é permeado por questões superficiais e/ou urgentes, como os desafios até aqui elencados pelos usuários ou pelos gestores e trabalhadores, envolvendo a não existência de um serviço de equipe ou equipamento material para atender à demanda. Enfim, coloca que mais especificamente outros pontos fulcrais, como o planejamento da oferta, regionaliza a definição do modelo de atenção, a reorganização do trabalho para a produção do cuidado não aparecem ou permanecem marginais a uma digna realidade da situação.

Diante da constatação, entendemos que os desafios da efetivação do planejamento numa perspectiva de visão comunicativa são existentes, principalmente pela estrutura do nosso modelo neoliberal, levantando a crença da real necessidade de se pensar estrategicamente, reconhecendo o Estado democrático, se assim o é, caracterizado pela existência de espaços de decisão, locais onde se organizam os recursos para a mediação dos conflitos e contradições institucionalizadas no contexto das expressões políticas das relações dos atores sociais (individuais e coletivos), (intermunicipal e estadual) que deve reconhecer a necessidade das relações de fato num processo dinâmico de transformação histórica (TESTA 1995).

Sabe-se dos desafios que implicam o processo e reconhecemos a efetivação de estratégias com vista a possibilitar e organizar os fluxos e interconexões entre as redes assistenciais, sendo esses não só tecnoassistencial, mas também que envolve a própria dimensão econômica do acesso e, sobretudo, o desafio de possibilitar a conscientização política e social que perpassa pela própria implicação dos diferentes atores sociais (gestores/ trabalhadores/usuários/sociedade) no tocante a compreensão da integralidade necessária que permeia uma tecelagem capaz de agregar múltiplos entendimentos acerca da concepção ampliada do processo saúde-doença-cuidado.

## **Desafios e perspectivas políticos-institucionais na articulação em Rede a partir da Atenção Básica**

Dado a finalidade do planejamento assumida na efetivação do acesso observam-se alguns avanços e desafios no processo de implantação do componente estratégico CAPS na RAPS da Região de Cascavel. Quanto ao acesso, entendido aqui na maneira de acessá-lo propriamente dita, pode-se constatar que as portas de entrada são eminentemente contraditórias a concepção assumida pelo SUS em decorrência do Decreto n.º 7.508, o qual assume a possibilidade de o usuário entrar na RAPS pelo CAPS diretamente, no entanto com poucas exceções de situação de demanda do usuário, observa-se que a porta de entrada, até mesmo para RAPS, ainda assume a perspectiva burocratizante ou engessada do acesso pela “porta de entrada” da Atenção Básica.

O acesso ele acontece, a gente não atende como porta de entrada, tipo pra chegar até a gente tem que passar pelo posto de saúde, o posto de saúde é que encaminha e referencia pra gente. Vem do posto de saúde, vem de outros CAPS, do hospital de Messejana, pra chegar aqui pra gente fazer a triagem tem que passar pelo posto de saúde (Grupo II).

...aqui, através do encaminhamento do posto de saúde, e uma vez que é percebido que ele é paciente que precisa do CAPS, ele é atendido aqui, caso contrário, nós encaminhamos ou de volta ao posto de saúde, quando é, por exemplo, uma depressão mais leve, que não é preciso do CAPS pra ser tratado pelo próprio médico do posto de saúde, nós podemos encaminhar em caso de crise, por exemplo, o hospital mental (Grupo II).

Assim, reconhece e assume que é um desafio a ser enfrentado pela região a questão de subverter a lógica da hierarquização em alguns casos específicos, permitindo de fato um acolhimento da deman-

da dos usuários, entendendo que o ato de acolher as suas necessidades irá permitir a caracterização de uma demanda específica ou não de usuários atendidos pelos CAPS ou pela ESF, pois acolher é identificar a necessidade deste junto à complexidade e à competência do serviço, o acesso não pode ser visto numa concepção hierárquica do itinerário que usuário deve percorrer para ser atendido (JORGE et al., 2012).

A proposta então é realmente o Modelo de Círculo de Cecílio (1997), que envolve o entendimento conceitual e prático de relativização da concepção de organização hierárquica e regionalizada da atenção em saúde com vista a garantir acesso à tecnologia adequada no momento em que o usuário é acolhido e expressa sua necessidade, gerando uma demanda que necessita de uma ação resolutiva por parte da unidade de serviço da rede de atenção à saúde. Nessa perspectiva, é necessário entender que no modelo de atenção psicossocial as práticas de saúde não cabem numa estrutura organizacional determinantemente estabelecida. A composição de modelos fixos e padronizados indica um engessamento das práticas, uma burocratização das ações do sistema de saúde, tornando o acesso além de burocrático excludente, inflexível e segregado (ASSIS et al., 2009; JORGE et al., 2012).

Daí estaria a grande dificuldade, pois se observa em geral que os fluxos não são contínuos como se sugere uma “rede de descanso” (RAPS), onde num entrelaçamento firme “os punhos” (Atenção Básica/ESF) confluem para se ancorarem de forma mais fixa nos “armadores” (CAPS) e esses, por sua vez, são capazes de oferecer conjuntamente com o tecido vivo as tecelagens necessárias para o movimento de interação entre as “partes” que compõem o “todo” da rede (SOUZA, 2013).

No entanto, os mecanismos de comunicação são deficitários, como por exemplo pode-se perceber com o sistema de guias de referência e contrarreferência, dado que essa última, como pode-se apreender pela convergência dos muitos discursos, não existe.

Paciente é encaminhado com referência, agora contrarreferência provavelmente deve ter ficado no hospital, porque a contrarreferência aqui na unidade

nunca chega. Não volta. Volta o paciente, com a receita, com o que ele disse ou pelo que ACS contou, mas mesmo pela contrarreferência bonitinha não volta. Eu nunca vi até agora e nem recebi das mãos de ninguém (Grupo II).

Ele não volta com histórico de ações feitas no “CAPS”, se ele precisa ter acompanhamento todos os dias, se é só na medicação, se vai ficar sendo atendido lá, aí não tem não e aí fica difícil (Grupo II).

Sobre a necessidade do uso do mecanismo de referência e contrarreferência, como coloca Kushnir (2003) só têm sentido e funcionam na medida em que expressam o compromisso da rede de serviços com o caminhar de seus usuários, de modo a garantir o acesso ao conjunto de tecnologias necessárias para o cuidado de acordo com o problema apresentado. Expressam, portanto, uma definição e um acordo prévios acerca do que cabe a cada unidade de saúde tratar e cuidar, o que comumente é definido como perfil assistencial.

Fleury e Orverney (2007) colocam que as interações de composição estrutural da rede necessita sim de uma institucionalidade e instrumentalidade, mas é necessário, também, reconhecer a autonomia dos autores que compõem a rede, devendo os processos de institucionalização serem dinâmicos e não serem estabelecidos apenas por regras formais, sendo então a governança da rede o misto do fruto das estratégias institucionalizadas e dos comportamentos de ações individuais de seus atores.

Contudo, diante da constatação que o acesso se dá via Atenção Básica para o CAPS, suscitou a necessidade de investigar e refletir a seguinte questão: quando o encaminhamento não resulta no acolhimento da demanda pelo CAPS, o usuário é atendido pela Atenção Básica? Portanto, surgem algumas questões importantes para serem pensadas quanto aos mecanismos que os pontos de atenção que compõem a RAPS da Região de Saúde de Cascavel vem estabelecendo para promover interação, uma efetiva interação.

No geral, o que se tem então é uma enxurrada de encaminhamentos da Atenção Básica para os CAPS, pois na maioria das vezes os profissionais da Atenção Básica não se sentem seguros de acompanhar casos de Saúde Mental, ficando conhecido o seguinte jargão popular, comum no Ceará ou mesmo no Brasil: “chorou manda pro CAPS”, como se observa na convergência evidenciada a seguir;

Mas a gente tem profissionais resistentes, e mesmo não tem preparo para lidar com a demanda e encaminha mesmo para o CAPS, muita coisa tem que rever a melhor implementação da rede mesmo de fato. Da condição de Atenção Básica tem que atender, pois vai atender tudo (Grupo II)

Então, quando se chega o paciente ou quando se tem a necessidade, está descompensado, então tem o atendimento médico, o médico encaminha ao CAPS e lá tem o atendimento com profissional especializado, mas a equipe mesmo ela não tem essa assistência controlada do paciente, a não ser a renovação de receitas (Grupo II).

A situação se assemelha às pesquisas realizadas por Dimenstein, Galvão e Severo (2009) e Jorge et al (2012) com equipes de unidade de saúde da família, pois demonstram a dificuldade de lidar com a demanda de Saúde Mental. Faltando para estas equipes compreensão técnica, tais como: termos específicos da saúde mental, tipos de transtornos mentais, as medicações e os seus efeitos no organismo. Referiram ainda dificuldades na própria equipe em estabelecer prioridades e estratégias de atendimento dos casos na unidade.

Assim, o que se tem em geral é que a Atenção Básica não tem assumido o atendimento dos usuários de saúde mental, permitindo a “empurroterapia”. Os profissionais da atenção básica por não se sentirem aptos e seguros na abordagem e condução dos casos de saúde mental gera uma enorme dificuldade na acessibilidade da população que necessita dos cuidados, seja por não haver intervenção inicial do

caso, na tentativa de dar respostas à demanda daquele usuário pela equipe de saúde básica ou por que geram encaminhamentos desnecessários aos serviços especializados (ALVES; GULJOR, 2004).

Nessa perspectiva, o Apoio Matricial configura-se como um suporte técnico especializado e uma alternativa de reordenamento dos fluxos na rede, ou seja, visa desconstruir a lógica hierarquizada dos burocráticos procedimentos de referência e contrarreferência que engessam o fluxo dos usuários na rede assistencial e acarretam, sobremaneira, em desassistência, descontinuidade e (des)responsabilização no processo de acompanhamento dos casos (JORGE et al, 2012).

No entanto, observa-se que as ações de Apoio Matricial em Saúde Mental no território da RAPS de Cascavel é um desafio a ser enfrentado por meio de uma efetiva implantação dessa estratégia, como pode ser visto pela convergência dos discursos abaixo:

Matriciamento que é um ponto fundamental, matriciamento em saúde mental, particularmente aqui, e que é um ponto que aqui ainda está em aberto, não está estruturado o matriciamento e que isso gera uma série de problemas na rede de atenção (Grupo I).

Nós sabemos da existência do matriciamento, mas aqui no município não temos ainda essa articulação efetiva com o pessoal do CAPS, o que ocorre é mesmo o encaminhamento para lá, o profissional avalia e encaminha o paciente (Grupo II).

Para Nunes, Jucá e Valentim (2007), a inexistência de práticas de saúde mental na atenção básica está associada ao fato dos profissionais não terem conhecimento acerca do processo de reforma psiquiátrica, não serem capacitados para atuarem junto aos casos de transtornos mentais, às péssimas condições de atendimento dos casos nas unidades básicas de saúde, pela inexistência de medicações psiquiátricas para fornecer aos pacientes, a inexistência de uma RAPS de suporte, e mesmo na existência desta uma carência de entrosamento com os serviços especializados da área que funcionem com retaguarda e permitam a referência rápida em caso de necessidade.

A falta de articulação entre os serviços de saúde mental do nível especializado e os serviços de atenção básica pode gerar uma descontinuidade da assistência. Na composição hierárquica do sistema de saúde há uma predominância dos fluxos do menor nível hierárquico para o maior, não havendo caminhos alternativos para esse fluxo. O caminho vertical e burocratizado promove estrangulamentos nos pontos de articulação que impedem uma mobilidade da população aos níveis superiores da hierarquia. Como um dos pontos de estrangulamento, vale citar as dificuldades de acesso da população às unidades básicas de saúde, para solicitação das guias de referência para centros de referências secundária e terciária. E, nessa lógica, o que ocorre é a busca direta pelos centros de maior hierarquia, ocasionando grandes filas e, muitas vezes, na falta de atendimento, e conseqüentemente baixa resolubilidade da assistência (SOUZA,2013; SOUZA,2016).

Destarte, entende-se que quando há um maior comprometimento na implantação e aplicação do matriciamento surgem novas possibilidades de articulação entre os níveis de assistência. Como bem destaca Dimenstein, Galvão e Severo (2009) e Jorge et al (2012), o matriciamento objetiva a superação da lógica dos encaminhamentos, possibilitando uma corresponsabilização entre as equipes de saúde envolvidas, tanto da atenção básica, quanto especificamente da saúde mental. Com isso, tanto a equipe de saúde básica passa a ser mais resolutiva na assistência aos casos de transtorno mental, que emergem no território, quanto melhora qualitativamente o fluxo de acompanhamento do usuário na rede de cuidados, no que diz respeito aos serviços especializados em saúde mental.

Doravante o desafio enunciado, por outro lado, dada a investigação no território, percebeu-se uma possibilidade mais concreta da articulação entre ESF e CAPS na RASP de Cascavel, embora seja uma experiência municipal, essa é aqui destacada não como uma avaliação comparativa, mas como um apontamento do caminho de possibilidade de implantação do matriciamento em saúde dado avanço percebido desse e de outras ações de saúde mental na atenção básica desenvolvida no município de Ocara.

Então, a gente está implantando aqui o apoio matricial, começou primeiro com o encontro com os médicos e enfermeiros, onde foi discutido, sensibilizado, e os trabalhadores ficaram muito animado, dizendo ser o que estava faltando... O matriciamento é uma forma da gente estar saindo dessa centralização no CAPS. Outra ação é da Terapeuta ocupacional, hoje pela manhã ela está fazendo encontro para público de esquizofrenia, bipolares, retardo mental nas comunidades em polos diferentes da sede do CAPS (Grupo II).

Nós começamos agora o matriciamento no município, já teve o primeiro encontro e foi bastante animador, agora nós estamos utilizando não só a ficha de encaminhamento, tem esse formulário aqui, pois a intenção com o matriciamento é que fique tudo aqui registrado. Fora que tem também ações aqui e em outras localidades que o pessoal do CAPS está fazendo, são grupos aqui na atenção básica, aqui nós conseguimos fazer e tem aumentado o número de usuário (Grupo II).

Para Campos e Domitti (2007) o apoio matricial torna-se relevante para racionalizar o acesso e o uso de recursos especializados, alterando-se ainda a ordenação predominantemente multidisciplinar do sistema para outra mais consentânea com a interdisciplinaridade. A aproximação entre as equipes ESF e CAPS, assim como a atuação interdisciplinar apontam para uma acessibilidade nos seus múltiplos aspectos, não se restringindo apenas pelo uso do serviço em si, mas pela continuidade do cuidado, pela resposta dada à demanda dos usuários e pela resolubilidade da assistência prestada de forma integral.

Assim, é necessário que os CAPS interajam de maneira horizontalizada com os diferentes equipamentos sociais que compõem a RAPS, como os serviços residenciais terapêuticos, com as unidades de internação psiquiátricas, no caso específico do território, com as unidades de Atenção Básica, a fim de acompanhar o usuário em eventuais interações, bem como fazendo articulação com os demais setores sociais

no intuito de desmistificar o imaginário negativo que ainda existe sobre as pessoas com transtornos mentais e possibilitar de fato a reinserção social no seu território.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante de todo o exposto, entende-se que não é possível conceber o planejamento apenas na dimensão de sua lógica normativa instrumental e na organização da estrutura tecnoassistencial. Sendo necessário realmente entender que o planejamento em saúde mental tem sim sua finalidade de garantia de acesso, mas esse não é efetivado somente pela tentativa do equilíbrio da relação oferta demanda, pois é necessário reconhecer o planejamento como um dispositivo para a consolidação do acesso também na perspectiva da necessidade de mudança da realidade, da transformação possibilitada pela consciência político-sanitária da representação social de seus atores, dependendo então de como todo esse planejamento é entendido em suas diferentes fases, percebendo então que o seu valor de uso é (re) construído a partir das interações comunicativas dialógicas dos atores sociais para a plena efetivação de atos produtivos.

A organização do acesso à RAPS da Região de Cascavel avançou, mas sobretudo deve continuar sendo pauta constante do planejamento e desafio de gestão, uma vez que os equipamentos sociais existentes, principalmente os serviços substitutivos, dentre esses os CAPS não permitem que os usuários sejam atendidos em todas as necessidades, e destaca-se a precisão de se ter menos um CAPS do tipo III, e as efetivas implantações dos CAPS existentes, principalmente o CAPS |Ad II, para que o atendimento dos usuários possa ocorrer em qualquer hora e dia da semana, evitando, assim, internações desnecessárias em hospitais psiquiátricos, direcionando como outrora a vinda para a metrópole, bem como possibilitando a consolidação do acesso na perspectiva de serviços substitutivos do modelo de atenção psicossocial.

Dentre as dificuldades os atos produtivos de saúde foram destacados: a carência e a constante rotatividade dos profissionais por

motivos de redução de carga horária de algumas categorias, por questões salariais e de vínculos empregatícios; a ineficiência da capacidade financeira dos serviços, não permitindo uma manutenção adequada dos materiais necessários para realização das atividades e/ou oficinas, bem como não permitindo a ampliação e adequação da estrutura física; as dificuldades dos trabalhadores desempenharem na Atenção Básica e efetuarem práticas de cuidados de saúde mental.

O dispositivo matricial apresenta-se tímido, mas como uma possibilidade inovadora na reformulação dos fluxos de atendimentos das demandas para problemas psíquicos na rede básica. Porém, o processo ainda é incipiente e a transversalidade de tal prática está operada de modo, muitas vezes, precário pela falta de profissionais, estruturas e logísticas. No entanto, as iniciativas realizadas demonstram que a partir desta interação clínico-terapêutica entre as equipes da Atenção Básica e do Apoio Matricial já é possível vislumbrar alguns resultados interessantes para a integralidade.

Então, por fim, coloca-se que o planejamento em saúde mental que consubstancia a formação da RAPS precisa continuar em rede sua tecelagem de embalos e movimento tecida pelos atos produtivos de saúde, sendo necessário que o tecido social não durma frente aos processos de planejamento, mas sim interajam e promovam os momentos normativos destinados a tal, com maior participação de todos sujeitos, mas também o operacional dos fluxos realmente necessários de referência e contrarreferência dos serviços, permitindo os permanentes embalos que exigem a dinâmica da demanda dos movimentos necessários ao constante balanço que plenifica e vivifica a rede em sua real existência, podendo ter o planejamento como um dispositivo social do agir comunicativo que de fato promova a conformação de uma rede de saúde com o acesso pautado verdadeiramente pela universalidade, igualdade, equidade e integralidade.

## REFERÊNCIAS

ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 221-240.

ASSIS, E. et al. Regionalização e novos rumos para o SUS: a experiência de um colegiado regional. **Saude soc.**, São Paulo, v. 5, n. 6, 2009.

ABREU DE JESUS, W. L.; ASSIS, M. M. A. (Orgs.). **Desafios do planejamento na construção do SUS**. Salvador: EDUFBA, 2011. 174 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto 7508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Ministério da Saúde, Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS; 2011b.

CAMPOS, G. W.; DOMITTI, A. C. Matrix support and reference team: a methodology for interdisciplinary health work management. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

DIMENSTEIN, M.; GALVÃO, V. M.; SEVERO, A. K. S. O apoio matricial na perspectiva de coordenadoras de equipes de saúde da família. **Pesqui. Prat. Psicossoc.**, v. 4, n. 1, p. 37-48, 2009.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

FLICK, U. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed-Bookman, 2009.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 177-198.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Informações sobre as cidades**: Ceará. Brasília, 2012.

JORGE, M. S. B. et al. Matrix tool in the production of integrated care in the family health strategy. **Acta paul. enferm.** [online], v. 25, n. 2, p. 26-32, 2012.

MATUS, C. **O Método PES**: roteiro de análise teórica. São Paulo: FUNDAP, 1997b.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: CO-NASS, 2015.

\_\_\_\_\_. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2375-84, 2007.

ONOCKO CAMPOS, R. T. **O planejamento no labirinto**: uma viagem hermenêutica. São Paulo: Hucitec, 2003.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, ago. 2010.

SANTOS, A. M. **Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia)**: desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde. 2013. 203f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

SOUZA, R. S. de. **Planejamento da Atenção Primária em Saúde de Fortaleza**: constituição, (des)continuidade e resultados. 2016, 249 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2016.

\_\_\_\_\_. **Os armadores, os punhos e o tecido vivo do planejamento da Rede de Atenção Psicossocial**: desafios políticos-institucionais e perspectivas tecnoassistenciais em saúde e enfermagem. 2013, 150 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

TEIXEIRA, C. T. (Org.). **Planejamento em saúde**: conceitos, métodos e experiências. Salvador (BA): Edufba, 2010. 162p.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica da programação**: o caso da saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

## CAPÍTULO 15

# CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM GUIA PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Francisco Lindenberg Neves Soares

Lourdes Suelen Pontes Costa

Maria Salete Bessa Jorge

### **Mudanças no modelo de Atenção Psicossocial**

No decorrer dos últimos 30 anos, inúmeras mudanças políticas institucionais aconteceram no cenário brasileiro, e no setor saúde não foi diferente. Com o Sistema Único de Saúde (SUS) e, conseqüentemente, com as estratégias implementadas para o seu fortalecimento, como a descentralização, municipalização, regionalização e mais recentemente com as redes de atenção à saúde, faz-se necessário desenvolver ferramentas que auxiliam os gestores no fortalecimento do SUS e, assim, fomenta ações e serviços de saúde que garantam a integralidade do cuidado.

A necessidade de mudanças do modelo de atenção à saúde tem sido reiteradamente discutida no Brasil antes, inclusive, da criação do SUS, numa perspectiva de se criar um sistema de saúde que efetivamente valorize as ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças articuladas com a atenção, recuperação e reabilitação das pessoas na perspectiva da integralidade do cuidado e do acesso aos serviços. Esses pressupostos são identificados como vetores capazes de produzir impacto positivo na construção de novos modelos, superando o anterior que permanece amalgamado na supervalorização da doença, das práticas da medicina curativa especializada e hospitalar e que induz ao excesso de procedimentos tecnológicos e medicamentosos e, sobretudo, à fragmentação do cuidado em saúde (SCOREL, 1998).

Muitas foram as lutas para se chegar à conquista de criação e instituição do SUS e, para muitos autores e pesquisadores, o SUS representa um grande avanço sociopolítico e institucional. As discussões sobre a necessidade de mudanças do modelo assistencial ganharam força no final dos anos 70 com a emergência do movimento da Reforma Sanitária Brasileira. A crítica ao modelo de saúde dominante no Brasil, altamente centralizado, fragmentado e restrito às ações curativas apontava a necessidade de profundas transformações, evidenciando a necessidade da descentralização dos serviços, humanização do atendimento e da atenção integral garantindo o acesso à saúde para toda a população (PAIM, 1999).

Portanto, no contexto da Reforma Sanitária Brasileira, quando se fala em mudança do modelo de atenção à saúde é importante compreender que esta mudança é relativa ao modelo ainda hegemônico no Brasil, ou seja, o modelo centrado nas ações médico-curativo, excessivamente especializado, de alto custo e baixa resolutividade, com ênfase no cuidado fragmentado e no ambiente hospitalar e, por isso, não estruturado, não centrado no cidadão. (PAIM, 1999).

O modelo idealizado para o SUS é o oposto, haja vista que preconiza a integralidade do cuidado, a garantia do acesso, a regionalização e a descentralização dos serviços, as ações humanizadas e resolutivas de saúde e voltadas às necessidades de toda a população por meio de ações de planejamento e avaliação que respeitem as diferentes necessidades e problemas de saúde locais e regionais. Para tanto, requer um processo de luta política e social, visando garantir avanços em direção às mudanças pretendidas (PAIM, 1999).

Concomitante ao processo de Reforma Sanitária no campo da Saúde Mental e estimulado pelas mudanças que vinham ocorrendo na assistência ao paciente com transtorno mental no cenário internacional, em especial na Itália, emerge o Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica, que contou com o envolvimento de trabalhadores, usuários e familiares em prol de melhorias para o cuidado em saúde mental.

Ademais, o movimento da Reforma Psiquiátrica, que teve início nos anos de 1970 junto com o Movimento Sanitarista, teve como des-

taque a sua particularidade pelo ideário da construção de um novo modelo de assistência em saúde mental, o qual se embasa no distanciamento do modelo hospitalocêntrico, através de um movimento antimanicomial e em defesa de uma desinstitucionalização, que progressivamente ofereça e fortaleça a existência de espaços e serviços substitutivos, possibilitando a reinserção social dos que por muito tempo foram esquecidos e colocados à margem da sociedade (TAVARES, 2005; JORGE et al., 2006).

Assim, os ideários propostos pelo Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica, principalmente a desinstitucionalização e a assistência a partir de serviços de base territorial e comunitária, são considerados como um importante marco na construção de uma política pública de Saúde Mental que valoriza um modelo de cuidado integral, proporcionando um novo olhar sobre os portadores de transtornos mentais.

Diante desse cenário, a década de 1980 termina com muitos avanços para a saúde pública brasileira, em especial para o nível primário de atenção que ganha nova visibilidade no contexto brasileiro com a perspectiva de ampliação do acesso da população a estes serviços. A instituição do arcabouço jurídico-legal do SUS, no início dos anos 90 fortalece esta tendência e inaugura a operacionalização do sistema por meio de normas, leis e decretos que visam assegurar o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS na lógica das mudanças do modelo de atenção (COSTA, 2001).

O processo de implantação do SUS veio acompanhado de muitas reflexões sobre os caminhos que melhor estruturassem o sistema dentro dos seus princípios finalísticos e diretrizes estabelecidas. Uma das importantes reflexões refere-se ao direito de cidadania que, desde a VIII Conferência Nacional de Saúde está presente na agenda da Reforma Sanitária Brasileira e que, apesar de assegurada pela Constituição de 1988, requer amplas mudanças sociais, políticas, econômicas e culturais no país para sua efetivação (MENDES, 1996).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde propôs a Política Nacional de Saúde Mental, ancorada na lei 10.216/01, buscou consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, isto

é, garantindo a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços e pela cidade e oferecendo cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece. Tem como objetivos: reduzir de forma pactuada e programada os leitos psiquiátricos de baixa qualidade; qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar formada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pelos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e pelas Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG); incluir as ações da saúde mental na atenção básica; implementar uma política de atenção integral voltada a usuários de álcool e outras drogas; implantar o Programa de Volta Para Casa; manter um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica; garantir tratamento digno e de qualidade ao louco infrator (superar o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário) e avaliar, continuamente, todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) (AMARANTE, 2007).

## **A Rede de Atenção Psicossocial**

Na dimensão técnico-assistencial, o avanço é evidenciado pela construção de uma rede de serviços que devem constituir-se verdadeiros espaços de sociabilidade, de acolhimento, cuidado e relações sociais, não mais lugar de repressão, vigilância e punição. A instituição passa a ser entendida como espaço de diálogo e interlocução. Esses serviços devem dispor de equipe multiprofissional cuja prática deve ser pautada no conceito de integralidade, trabalhar com a noção de rede, de territorialização, intersetorialidade, participação social e democratização. Portanto, deve haver uma rede de serviços abertos que se articulem entre si, com a atenção básica e os recursos disponíveis na comunidade (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003; AMARANTE, 2007).

A implantação do modelo psicossocial tem o objetivo de reinserir o portador de transtorno psíquico em suas atividades diárias, tornando possível a interação com a família e a comunidade em geral (COSTA-ROSA, 2000).

Para tanto, o movimento de reforma psiquiátrica foi essencial para a idealização da construção dessa rede, uma vez que ele articulou um conjunto de iniciativas operadas nos campos legislativo, jurídico, administrativo, cultural e no saber médico-psiquiátrico que visa transformar a relação entre sociedade e loucura. A desinstitucionalização é o conceito chave no processo da reforma psiquiátrica, que representa uma crítica teórico-prática, que reorienta instituições, saberes, estratégias e formas de lidar com a loucura, em direção a outro objeto, a existência-sofrimento do sujeito e não à doença mental, transformando sujeitos objetivados em sujeitos de direitos (OLIVEIRA; FORTUNATO, 2003).

Assim, sob esse novo olhar, surgem os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, que se constituem em uma rede de atenção à saúde mental. Essa rede é constituída tanto pela atenção básica em saúde – como as unidades básicas de saúde – quanto pelos serviços especializados, incluindo ambulatórios de saúde mental, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospital-dia, serviços de urgência e emergência psiquiátricas, leito ou unidade em hospital geral e serviços residenciais terapêuticos (BRASIL, 2001).

No intuito de avançar na consolidação do SUS e na garantia da integralidade do cuidado, em 2011, um novo instrumento legislativo foi editado, o Decreto 7.508/ 2011 que visa organizar o Sistema Único de Saúde por meio do planejamento da saúde, da assistência à saúde e da articulação interfederativa mediante a formação de regiões de saúde composta de redes regionalizadas de assistência à saúde e integradas pelos diversos serviços considerados como “porta de entrada”, como a atenção primária, atenção de urgência e emergência, atenção psicossocial e outras. A fim de consolidar a integralidade da atenção à saúde, o Ministério da Saúde, por meio de portarias específicas, tem instituído redes assistenciais específicas efetivando a Rede de Atenção em Saúde (RAS) (BRASIL, 2011).

Para Mendes (2011), nas Redes de Atenção à Saúde (RASs), a poliarquia substitui a concepção hierárquica, e o sistema passa a ter a configuração de uma rede horizontal de atenção à saúde. Com isso, não há uma hierarquização entre pontos distintos de atenção à saúde,

mas a formação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de densidades tecnológicas diferentes e com seus sistemas de apoio, onde não há ordem nem grau de importância entre eles, uma vez que todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que os objetivos das redes de atenção à saúde sejam alcançados, os pontos apenas se diferenciam pelo seu grau de densidade tecnológica que cada uma apresenta.

Dessa forma, no campo da saúde mental, foi editada a Portaria 3.088 um instrumento normativo que favoreceu a assistência aos indivíduos com sofrimento ou portadores de transtornos mentais, inclusive os usuários de *crack*, álcool e outras drogas, pois o mesmo instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a qual seria composta pelos seguintes componentes: atenção básica em saúde (Unidade Básica de Saúde, Equipe de Consultório na Rua, Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, Centros de Convivência); atenção psicossocial especializada (Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades); atenção de urgência e emergência (SAMU 192; Sala de Estabilização; UPA 24 horas; portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro); atenção residencial de caráter transitório (Unidade de Acolhimento, Serviços de Atenção em Regime Residencial); atenção hospitalar (enfermaria especializada em Hospital Geral; serviço Hospitalar de Referência); estratégias de desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos); reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

Nesse ínterim, concernente à Atenção Primária foi implementado o Piso de Atenção Básica, que demarcou o início de um importante processo de ampliação do acesso à atenção básica. A estratégia da Saúde da Família encontra-se em expansão e, cada vez mais, consolida-se como eixo estruturante para a organização da atenção à saúde. Ao final do ano de 2000, a habilitação nas condições de gestão previstas na NOB-SUS 01/96 atingia mais de 99% do total dos municípios do país. A disseminação desse processo possibilitou o desenvolvimento de experiências municipais exitosas e a formação de um contingente de profissionais qualificados em diferentes áreas da gestão do SUS (BRASIL, 2001).

No que diz respeito aos estados, houve avanços significativos na organização de redes articuladas e resolutivas de serviços, mediante o desenvolvimento do processo de programação integrada, a implantação de centrais de regulação, o fortalecimento do controle e avaliação, a organização de consórcios intermunicipais ou, ainda, de forma mais explícita, por meio da formulação e progressiva implementação de planos de regionalização promovidos pelas Secretarias de Estado da Saúde/SES (BRASIL, 2001).

Sendo assim, o Brasil conseguiu desenvolver os seus primeiros passos em busca das regionalizações em saúde, elaborando os planos diretores de regionalização de cada estado da Federação. O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (BRASIL, 2001).

Assim, diante do exposto, pode-se perceber que muitos foram os documentos editados no intuito de promover a gestão do SUS, nesse sentido compreende-se que a importância do desenvolvimento de uma tecnologia para auxiliar os gestores no processo fortalecimento do SUS. Para tanto, utilizar-se-á um guia que irá orientar a elaboração do plano regional da Rede de Atenção Psicossocial, considerando a Atenção Primária como ordenadora e coordenadora do cuidado.

## **Construção e validação de um guia**

O presente estudo se utilizou das dimensões da pesquisa metodológica para o desenvolvimento de uma tecnologia, sendo este a construção de um Guia que oriente na elaboração de um Plano Regional da Rede de Atenção Psicossocial, apresentando o cuidado e suas

conexões entre a Estratégia Saúde da Família e a Atenção Psicossocial, que tem como perspectiva produzir conhecimentos científicos para aplicação prática.

Para Polit e Beck (2011), estudo metodológico é aquele que investiga, organiza e analisa informações para construção, validação de instrumentos e técnicas de pesquisa para o desenvolvimento específico de coleta de dados com vistas a melhorar a confiabilidade e a validade desses instrumentos.

É a pesquisa que, além de produzir conhecimento, gera novos processos tecnológicos e novos produtos, com resultados práticos imediatos em termos econômicos e na melhoria da qualidade de vida.

Para iniciar o processo de construção da ferramenta tecnológica é necessário estabelecer o local do estudo, desta forma como a ferramenta será desenvolvida como guia que oriente na elaboração de um Plano Regional das Redes de Atenção Psicossocial o estudo será realizado em uma região de saúde do Nordeste brasileiro, no qual participaram do estudo trabalhadores de saúde da Estratégia de Saúde da Família, Núcleo de Atenção à Saúde da Família e dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial.

Como estratégias para o desenvolvimento da pesquisa foi estabelecido técnicas para coleta de dados, sendo estas intituladas e definidas, respectivamente, oficinas, entrevista em profundidade e Grupo Focal, com registros em diário de campo e fotografias.

A Oficina é uma das modalidades de formação contínua por meio da qual é feita a identificação prévia e objetiva das necessidades de formação. Esta também é uma oportunidade de vivenciar situações concretas e significativas, baseando-se no tripé: sentir-pensar-agir. A metodologia da oficina muda o foco tradicional da cognição e passa a incorporar a ação e a reflexão. Em outras palavras, numa oficina ocorrem apropriação, construção e produção de conhecimentos teóricos e práticos, de forma ativa e reflexiva. Oficina é uma forma de construir conhecimento com ênfase na ação, sem perder de vista, porém, a base teórica (PAVIANI; FONTANA, 2009).

Segundo Da Silva (2005), a técnica de entrevista em profundidade busca expressividade no grupo a ser estudado. Para isso, deve-se dar início com perguntas com caráter mais concreto, factuais e relacionadas às experiências cotidianas dos sujeitos. Só assim, gradativamente, serão inseridas novas perguntas que deverão envolver reflexões mais abstratas e julgamentos. O informante é convidado a falar livremente sobre um tema e as perguntas do pesquisador são feitas de forma a buscarem mais profundidades nas reflexões. Não se restringindo apenas ao que foi dito, como também passando a barreira do não dito (MINAYO, 2010).

A observação é a técnica que utiliza os órgãos do sentido para conhecer a realidade. Embora empregue, prioritariamente, a visão ao adentrar no cenário de um fenômeno a ser observado, o pesquisador coloca à sua disposição os outros órgãos do sentido, sem muitas vezes se dar conta. Desse modo, observar não significa simplesmente olhar. Sem contar que há, inclusive, os que olham e nada veem (SANTANA, 2010).

O grupo focal tem origem anglo-saxônica, a técnica de grupo focal (GF) foi introduzida no final da década de 1940. Desde então, tem sido utilizada como metodologia de pesquisas sociais, principalmente aquelas que trabalham com avaliação de programas, *marketing*, regulamentação pública, propaganda e comunicação (STEWART; SHAMDASANI, 1990). O custo relativamente baixo associado a seu emprego e possibilidade de obtenção de dados válidos e confiáveis em um tempo abreviado contribuíram para a incorporação maciça da técnica de grupos focais nas pesquisas de *marketing* (PATTON, 1990; SILVA; TRAD, 2005).

Com relação ao número de participantes nos grupos focais, encontra-se na literatura uma variação entre 6 a 15. O tamanho ótimo para um grupo focal é aquele que permita a participação efetiva dos participantes e a discussão adequada dos temas (PIZZOL, 2004).

Contudo, uma variação entre 90 (tempo mínimo) e 110 minutos (tempo máximo) deve ser considerada para um bom emprego da técnica. O número total de grupos focais será de 6, sendo 2 de cada município. Cada grupo far-se-á duas sessões, sendo a segunda para aprofundar as lacunas e validar com os participantes. Os grupos se

esgotam quando não apresentam novidades em termos de conteúdo e argumentos, os depoimentos tornam-se repetitivos e previsíveis; ou seja, acredita-se que a estrutura de significados tenha sido apreendida (VEIGA; GONDIM, 2001).

Os dados produzidos serão processados em uma ferramenta facilitadora, tecnológica e computacional intitulada, NVivo. O NVivo é um *software* que apoia pesquisa de métodos qualitativos e mistos, projetado para organizar, analisar e encontrar *insights* em dados não estruturados ou qualitativos como: entrevistas, respostas de pesquisa abertas, artigos, mídias sociais e conteúdo da *web* (NVIVO, 2018).

Desse modo, para suporte da análise dos dados e para auxiliar no manuseio e organização dos dados, facilitando, assim, o processo de integração entre as categorias emergentes utilizou-se o *software* de tratamento de dados qualitativos QSR NVivo®, versão 11.0, doravante escrito como NVivo.

## **Etapas na construção da ferramenta**

Antes de iniciar o processo de construção é importante estabelecer o que é um guia? O Guia de Tecnologias é composto pelas tecnologias pré-qualificadas em conjunto com as tecnologias desenvolvidas. Com essa publicação, visando a oferecer aos gestores uma ferramenta a mais que os auxilie na aquisição de materiais e tecnologias para uso (BRASIL, 2018).

Em um momento inicial, como forma de aproximar-se do instrumento da pesquisa, utilizou-se do *Guia de Acesso a Informações para a Gestão do SUS* que é um ambiente virtual desenvolvido e disponibilizado pelo CONASS (Conselho Nacional dos Secretários de Saúde) aos gestores do SUS, equipes técnicas e profissionais de saúde com o intuito de facilitar o acesso a um conjunto de informações para subsidiar a tomada de decisão e as atividades de planejamento, definição de prioridades, alocação de recursos e avaliação das ações desenvolvidas (CONASS, 2018).

O referido instrumento dispõe de 5 (cinco) indicadores de informação, estando todos disponibilizados para todos os estados da Federação, sendo estes: Determinantes de saúde; Situação de saúde da população; Estruturação de situação e serviços de saúde do SUS; Financiamento do SUS; Indicadores universais do Rol de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2013-2015 (CONASS, 2018).

Para tanto, o guia do presente estudo será construído seguindo as seguintes etapas:

#### 1ª Etapa: Revisão integrativa e *Benchmarking*

Será realizada uma revisão sobre o objeto de estudo que apoiará a fundamentação teórica do guia a ser confeccionado, através de uma pesquisa nas bases de dados nacionais acerca dos conteúdos que englobam as temáticas: redes de atenção psicossocial, gestão, guia. O aprofundamento teórico sobre tais temáticas se fará necessário para o estabelecimento dos dados e informações relevantes que comporão o conteúdo do guia a ser desenvolvido. Buscando também, a existência de algum guia referente ao tema estudado.

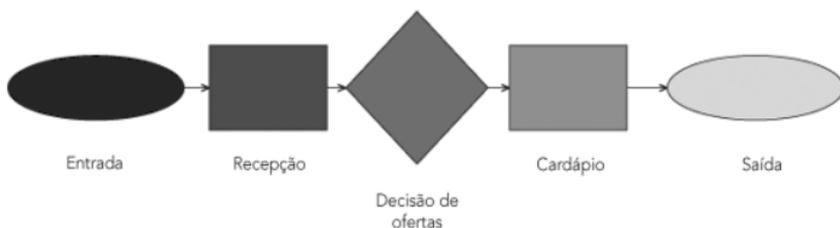
#### 2ª Etapa: Construção do guia com inclusão de fluxogramas

Este estudo se propõe a analisar a organização da rede de atenção psicossocial, os fluxos e trajetórias dos casos encaminhados para a Rede de Atenção Psicossocial, com interface com uso da ferramenta de fluxograma analisador do modelo de atenção (MERHY, 1997).

Dessa forma, consiste na construção de um diagrama dos processos de trabalho de um determinado setor ou serviço, e utiliza-se de alguns símbolos padronizados universalmente, tais como o desenho de uma elipse representando a entrada, ou início de um determinado fluxo, bem como o seu fim; o retângulo como etapa de produção de ações, ou consumo de recursos e produção de produtos; e o losango para representar momentos de escolha e possibilidades de encaminhamentos a serem seguidos (MERHY, 1997).

### Figura 1 - Diagrama da representação dos momentos de encontro entre usuários e trabalhadores em uma unidade de saúde.

Diagrama da representação dos momentos de encontro entre usuários e trabalhadores em uma unidade de saúde.



Fonte: MERRHY, 1997.

#### 3ª Etapa: Validação de conteúdo e de aparência do guia

Validação de conteúdo de um instrumento ocorre por meio do julgamento com intuito de testar o conteúdo significativo do guia, deverá ter conceitos minuciosos do conteúdo de interesse. Portanto, os juízes da área temática deverão ser capazes de avaliar, conferindo-lhe sua validação atendimento.

Para validação do conteúdo e aparência será utilizado o índice de validade de conteúdo (IVC), método utilizado na Saúde, que mede a porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus domínios ou itens. Esse índice permite que cada item seja analisado individualmente, posteriormente, o instrumento como um todo. Uma escala tipo Likert com pontuação de um a quatro. O escore do índice é calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por 3 ou 4 pelos especialistas. Os que tiverem pontuação 1 e 2 deverá ser revisado ou eliminado (ALEXANDRE, COLUCCI, 2011). A fórmula que deverá medir o IVC será:  $IVC = \text{número total de resposta 3 ou 4} / \text{número total de respostas}$ . Para que tenha validade torna-se necessário que a escala tenha IVC entre os itens de 0,75 ou superior à média de IVC da escala 0,80 ou superior (POLIT; BACK, 2011).

A validação aparente ou de face, indica que o instrumento parece medir o constructo apropriado. A finalidade é saber como o público-alvo compreende os itens ou se deve ser modificado alguns deles e retorna para três juízes fazer novamente a validação.

Trata-se de uma avaliação superficial. Realizada por aqueles que se utilizarão do instrumento. Não deve ser utilizada como critério isolado, pois nesse tipo não serão conferidas propriedades de medida (WILLIAMSON, 1981; PASQUALI, 1987).

A validação aparente será feita com coordenadores da ESF e serviços substitutivos, isto é o público a que se destina o material (PASQUALI, 2013). Os coordenadores irão analisar a concordância e a importância de cada item, irrelevante, relevante, pouco relevante, realmente relevante, muito relevante. Os juízes serão Técnicos de Ensino, especialista de *Design*.

Embora seja considerado um teste pouco sofisticado, a validade aparente é imprescindível na construção de um instrumento para que, posteriormente, possam ser aplicados outros testes de validação (Lobiondo-Wood; Haber, 2013).

## Possíveis Resultados da Pesquisa

Os resultados da pesquisa reorganizaram o plano regional da Rede de Atenção Psicossocial que deverá ser subsídios para o guia para que as demais regiões de saúde do país possam desenvolver suas redes de atenção psicossocial integrada com a rede de atenção primária.

## REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, seção 1, jun. 2011.

\_\_\_\_\_. **Guia de saúde mental**. Porto Alegre: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Guia de Tecnologias**. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/guia-de-tecnologias>>. Acesso em: 20 fev. 2018.

COSTA, W. G. A.; MAEDA, S. T. Repensando a rede básica do SUS e o distrito sanitário. **Saúde Debate**, v. 25, n. 57, p. 15-29, 2001.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (Coord.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU, 2003. p. 13-44.

CONASS. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **Guia de Apoio a Gestão Estadual do SUS**. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/guiainformacao/guiainformacao/>>. Acesso em: 20 fev. 2018.

DA SILVA, A. L. **Ensaio em Saúde Coletiva**: Entrevista em Profundidade como Técnica de Pesquisa Qualitativa em Saúde Coletiva. **Editorial Bolina**, São Paulo, Brasil, v. 2, n. 7, p. 71, 2005.

SCOREL, S. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Nursing research**: methods and critical appraisal for evidence-based practice. 8. ed. St. Louis: Mosby, 2013.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997b. p.113.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NVIVO. **O que é o Nvivo?** QSR International. Disponível em: <<http://www.qsrinternational.com/nvivo/what-is-nvivo>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

OLIVEIRA, F. B.; FORTUNATO, M. L. Saúde mental: reconstruindo saberes em Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 56, n. 1, fev. 2003.

ORGE, M. S. B. et al. Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 59, nov./dez., 2006.

PAIM, J. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 473-87.

PASQUALI, LUIZ. **Psicometria: teoria e aplicações**. Brasília (DF): UnB, 2013.

PATTON, M. Q. **Qualitative evaluation and research methods**. 2. ed. Thousand Oaks: Sage; 1990.

PAVIANI, N. M. S.; FONTANA, N. M. Oficinas pedagógicas: relato de uma experiência. **Conjectura**, Caxias do Sul, v. 14, n. 2, p. 77-88, maio/ago. 2009.

POLIT, D. F.; BECK C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2011.

SANTANA, S. S. J. Percurso metodológico. In: SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. (Org.). **Pesquisa, método e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: UEFS, 2010. p. 139-159.

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 25-38, 2005.

STEWART, D. W.; SHAMDASANI, P. **Focus group research: exploration and discovery**. Newbury Park: Sage, 1990.

TAVARES, C. M. M. A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial. **Texto Contexto Enferm.**, v. 14, n. 3, p. 403-10.

WILLIAMSON, M. Y. **Research methodology and its application to nursing**. New York (NY/USA): John Wiley & Sons, 1981.

## CAPÍTULO 16

# A ARTETERAPIA COMO CUIDADO À CRIANÇA COM DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE: INOVAÇÃO E CRIATIVIDADE EM SAÚDE MENTAL INFANTIL

Karine de Almeida Aderaldo  
Cinthia Mendonça Cavalcante

Nos últimos anos, tem sido crescente o número de crianças diagnosticadas com o Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade, o famoso TDAH, e diante desse panorama são realizadas discussões acerca da ampla gama dos assuntos ligados a ele, estando dentre as principais as que giram em torno da avaliação, diagnóstico, intervenção e tratamento, passando por pesquisas sobre a etiologia e epidemiologia do transtorno. No geral, são discussões de ordem biomédica, como apontam Missawa e Rossetti (2014), que focam os estudos nas relações biológicas causa-efeito do transtorno e na forma de tratamento mais utilizada: o medicamento.

Ademais, são estabelecidos paralelos entre o TDAH com outras temáticas como a infância e suas psicopatologias, o sistema de educação nos dias atuais, a interação do público infantil com as mídias e tecnologias, dentre muitos outros.

Com o crescente debate, há autores que procuram problematizá-lo, como Caliman (2008), que insere e contextualiza o *boom* do TDAH em uma época marcada pela predominância do saber científico e biológico, que busca tornar o transtorno válido e real à medida que busca os aspectos biológicos, principalmente cerebrais, envolvidos em sua causa, devido ao também incremento das ferramentas de neuroimagem e neurodiagnóstico.

A autora ainda levanta outras críticas relacionadas ao transtorno, a saber: a existência de uma linha tênue que separa as ditas patologias

da atenção e uma otimização das habilidades referentes à atenção em uma busca insaciável por um desempenho cada vez mais alto nos espaços ocupacional e escolar; o fato dos sintomas de desatenção, impulsividade e hiperatividade serem variavelmente presentes em todos os indivíduos, dificultando assim a distinção entre o que seria respectivo à normalidade e o que seria ao patológico, tornando o diagnóstico do TDAH uma condição médica pouco clara e precisa; e o fato de a maestria sobre a atenção e do autocontrole, traços que se apresentam de forma deficitária nos “indivíduos-TDAH”, extrapolar a avaliação científica e cair nos valores sociais e morais.

Dessa maneira, para Caliman (2008),

O diagnóstico do TDAH se constituiu no cerne de uma sociedade na qual o indivíduo bem-sucedido, produtivo e feliz é o autogestor atento, consciente, racional e prudente. Nesta economia, não há limites para as exigências de atenção, e, na busca pela sua maximização, todo indivíduo será um pouco desatento. Por outro lado, a psicofarmacologia atual afirma que logo não haverá limites para a intensificação da atenção (2008, p. 565).

Outro autor que segue a mesma linha de leitura crítica é Lima (2005), que em seu livro *Somos todos desatentos?: O TDAH e a construção de bioidentidades* contextualiza a caracterização do transtorno em relação ao sujeito contemporâneo, tendo aquele o poder de definir identidades desse. O autor atribui ao TDAH o cunho de “entidade” que independe das características singulares do sujeito e basta ser preenchido o número determinado de critérios de um Manual para determiná-lo.

A construção do modelo bioidentitário oferecido pelo TDAH passa, obrigatoriamente, pela eliminação de qualquer possibilidade de que os comportamentos aí incluídos sejam derivados do campo moral, da dinâmica familiar ou possam ser descritos com o tra-

dicional vocabulário do internalismo psicológico. A postulação de uma etiologia biológica é parte indispensável das estratégias de popularização do TDAH. (LIMA, 2005, p. 107)

Vale ressaltar que ao apresentarem críticas ao TDAH, os autores supracitados não negam sua existência ou descredibilizam o saber biológico científico. Em vez disso, a finalidade de uma leitura crítica acerca da realidade do TDAH visa um comprometimento com uma postura ética perante os profissionais de saúde, pacientes e familiares envolvidos diretamente.

Em relação às formas de tratamento propostas para o TDAH é possível afirmar que a forma utilizada mais recorrente e polêmica seja o uso do medicamento, no caso, o metilfenidato, mais conhecido entre a comunidade científica e geral como *Ritalina* ou *Concerta*. Apesar de grande parte da literatura (GATTÁS et al., 2010; ROHDE; HALPERN, 2004; SANTOS; VASCONCELOS, 2010) afirmar que as intervenções devem ser múltiplas, conectando os campos da psiquiatria, neurociências, farmacologia, psicoterapia e psicopedagogia com seus respectivos profissionais, envolvendo família e escola no tratamento da criança diagnosticada, a questão dos medicamentos acaba por ganhar maior ênfase por dois motivos. Primeiramente, por consistir um dos únicos métodos com mais eficácia para o tratamento do transtorno segundo alguns profissionais, conforme cita Gattás et al (2010):

Em mais de 60 anos de pesquisas, nada, exceto medicação, tem se mostrado eficiente na melhora dos sintomas do TDAH em crianças, adolescentes e adultos (Clarke, 2000; Pliska et al., 2000; Wender, 2002; Schubiner; Robin; Young, 2003; Gleydamus; Sloane; Rappley, 2002; Greydanus, 2003; Rappley, 2005). (p. 280)

E, mesmo como afirma Jessen (2001 apud SANTOS; VASCONCELOS, 2010), que haja a constatação da eficiência do método combinado de medicação e intervenção psicoterápica, esta última, segundo o saber médico, tem seu valor somente se associada ao fármaco, não tendo seu potencial reconhecido se utilizado de forma *solo*.

Em segundo lugar, essa hegemonia da solução medicamentosa para tal transtorno predominantemente infantil aponta para o alarmante processo de biologização da vida, que transforma questões tipicamente humanas em causas e soluções médicas (GUARIDO, 2007; SCHICOTTI; ABRÃO; JÚNIOR, 2014).

Guarido (2007) então explica que:

Se a psiquiatria clássica, de forma geral, esteve às voltas com fenômenos psíquicos não codificáveis em termos do funcionamento orgânico, guardando espaço à dimensão enigmática da subjetividade, a psiquiatria contemporânea promove uma naturalização do fenômeno humano e uma subordinação do sujeito à bioquímica cerebral, somente regulável pelo uso dos remédios (p. 154).

A autora afirma que tal processo se estende à área educacional, à medida que o discurso técnico que compartimentaliza a compreensão da criança em especialidades, tais como psicologia, psiquiatria, psicopedagogia, dentre outras, não a considerando como um todo, também domina o espaço escolar e, dessa maneira, as dificuldades escolares são então compreendidas à luz do saber biológico causal, destituindo a escola da responsabilidade perante o aluno com determinadas dificuldades, culpabilizando a própria criança e sua família.

Ao se referir ao assunto, Moysés e Collares (2010), ressaltam a possibilidade de se confundir efeitos iatrogênicos com resultados terapêuticos da medicação, como a sensação “zombie-like”, em que o paciente sente-se como zumbi, que se traduz no sentir-se “contido em si mesmo” sem poder expressar os sentimentos. Este efeito pode aparentar aos observadores um aumento na condição do controle dos impulsos. Portanto, sinais de toxicidade da medicação podem ser considerados efeitos benéficos.

Visando uma postura ética, Racine e Illes (2006) apontam quatro atitudes que devem ser tomadas pelos profissionais ao lidar com a clínica do TDAH perante os pacientes e familiares que os procuram. Segundo os autores, deve-se buscar o esclarecimento aos pacientes e familiares sobre os limites e as várias consequências nos âmbitos biológico, psicológico e social do uso das drogas no tratamento e, em especial, da *ritalina*; apontar a análise da vulnerabilidade das crianças e adolescentes diagnosticados no que diz respeito à pressão social, familiar e escolar; atuar na identificação de causas e expectativas individuais e sociais que sustentam a suspeita de um diagnóstico; e, por fim, o esclarecimento sobre o uso ético e “aceitável” do tratamento indicado, a fim de prevenir os possíveis abusos.

Além da oferta de cuidado medicamentoso, o tratamento psicoterápico detém valor no tratamento do TDAH ao trabalhar no contexto social da criança diagnosticada, no que se refere, principalmente, aos pais e aos familiares. Sendo as intervenções psicológicas realizadas no campo das relações do organismo com o ambiente, segundo as autoras, o terapeuta, no caso do TDAH, promoverá alterações ambientais que favoreçam o desenvolvimento da criança (SANTOS e VASCONCELOS, 2010).

Uma linha teórica bastante presente na literatura científica relacionada ao tema é a cognitiva-comportamental (ROHDE; HALPERN, 2004; MUNHOZ, 2011). Para Rohde e Halpern (2004) os tratamentos comportamentais, em especial o treinamento parental, são os de maior eficácia científica em relação aos sintomas centrais do transtorno e os comportamentos associados.

A Terapia Cognitiva-Comportamental (TCC) concebe que o TDAH apresenta, enquanto características cognitivas e comportamentais, prejuízos centrais neuropsiquiátricos no que se refere à distração, à impulsividade, à desorganização e à dificuldade de acompanhar pensamentos e conversas. Tais características acabam por impedir que o indivíduo desenvolva estratégias de enfrentamento efetivas, o que acaba por levar a falhas ou realização parcial de tarefas e decorrente desse histórico de sucessivas falhas crônicas, os pacientes desenvolvem crenças negativas acerca de si mesmos, desencadeando pensamentos automáticos mal adaptados ou negativos. Esse conjunto de pensamentos e crenças negativos pode ocasionar problemas de humor e intensificar a evitação (KNAPP, BICCA, GREVET, 2010).

Assim, os autores afirmam que o prejuízo funcional do TDAH origina-se dessa dificuldade em utilizar estratégias compensatórias para lidar com essas limitações geradas pelo desenvolvimento do transtorno. Por isso, o tratamento proposto vai se desenvolver em cinco estágios: psicoeducação, organização e planejamento, lidar com a distração, pensamento adaptativo e lidar com a procrastinação; e um dos principais objetivos é

que o paciente saia de uma posição passiva em relação ao transtorno e às suas consequências e se transforme no agente ativo, que irá desempenhar todas as habilidades cognitivas e comportamentais necessárias para se tornar o dono de sua própria história. (*ibidem*, p.333).

Munhoz (2011), por sua vez, aponta que a efetividade do método combinado de sessões de terapias cognitivas-comportamentais associadas à medicação se deve ao fato de que seus objetivos e resultados são claros e específicos:

(...) redução de sintomas e modificação de comportamentos específicos, medidos por escalas e questionários autopreenchíveis, com análises baseadas em escalas numéricas, que obedeceram a padrões quantitativos. Dessa forma, puderam discriminar os comportamentos

em questão, mensurando-os antes e depois do tratamento, bem como realizar acompanhamento longitudinal sobre a manutenção das mudanças provocadas pelos mesmos. (p. 139)

No entanto, Guarido (2007) critica e atenta para o fato de que essas terapias, válidas diante do saber médico, submetem as crianças e suas famílias

ao poder exercido pela constituição de um domínio de saber médico-psicológico sem que o contexto de seus sofrimentos, bem como sua possibilidade de tratamento, sejam orientados para outras formas de consideração da subjetividade que não a normalizante e de 'treinamento' (p.156).

Legnani (2012) aponta que tal discurso hegemônico médico atribui um caráter de insuficiência a outras áreas de conhecimento que analisam um sujeito em relação à sua cultura, utilizando-se no diagnóstico de psicopatologias orientações mais processuais e dinâmicas. Como é o caso da teoria psicanalítica, que, segundo a autora, concebe os sintomas do TDAH como uma "forma de expressão de conflitos psíquicos resultante de uma configuração de significantes com a qual a criança se constitui e é constituída, não simplesmente como uma "doença orgânica"" (p. 317).

A leitura psicanalítica propõe, portanto, que haja uma mudança na forma de pensar a presença do orgânico na problemática do TDAH, não o negando, pois segundo essa teoria, o sistema simbólico modifica tanto o orgânico quanto o psiquismo à medida que os perpassa e, assim sendo, os diferentes posicionamentos do sujeito sucedem em diferentes funcionamentos das funções psicológicas e essas, por sua vez, derivam em diferentes formas no funcionamento do cérebro. Essa outra leitura do TDAH apresentada parece findar na libertação da criança da dimensão imaginária de ser vista principalmente como alguém portador de problemas neurológicos (LEGNANI, 2012).

Caminhando na mesma direção, Antony e Ribeiro (2005) apresentam a criança diagnosticada em uma visão gestáltica, como um ser no

mundo em processo de atualização existencial, em que a hiperatividade está em sua constituição dinâmica de se relacionar com o mundo.

Para os autores, o enfoque gestáltico admite o processo de adoecer como resultado de uma desarmonia das relações entre a pessoa e o ambiente, que constituem uma unidade indivisível. Utilizando a metáfora do corpo, mostram o caráter relacional da patologia:

Ao observar uma criança hiperativa, parece que é o corpo que a domina, que não tem posse do próprio corpo ou que o corpo não lhe pertence. Os movimentos do corpo da criança hipercinética são dados a ver a um outro que lhe dá o sentido de repugnante, inconveniente, errado, inapropriado. (...) Assim, nas fases iniciais de constituição do eu, a imagem que consolida de si é a imagem que os outros têm dela, introjetando um conceito negativo do corpo-eu que nutre sentimentos de rejeição e inadequação.(...) A patologia é, então, relacional. O distúrbio ou o sintoma emerge da relação, inclui o outro. (ANTONY e RIBEIRO, 2005, p. 191)

Destacando, assim, a importância de levar em consideração a dimensão psíquica no processo de adoecimento da criança, os autores supracitados atentam para a necessidade de se enfatizar mais as qualidades do que os seus *déficits*, sendo esse o melhor meio de ajudá-la a superar as dificuldades e desenvolver suas potencialidades inatas. Para os autores, a concepção de saúde para essa criança seria o resgate da consciência de seu corpo, de seus pensamentos e sentimentos; seria o processo de assumir responsabilidades por suas escolhas e ações; seria a capacidade de criar metas e objetivos para atribuir sentido à sua vida; seria a hierarquização sábia de suas necessidades, podendo ajustar-se criativamente ao meio. Isto é, tem-se aqui uma concepção de saúde que vai além da ausência de doença, da remissão de sintomas e do diagnóstico. A saúde aqui está em poder ser.

Dado o panorama descrito acima, é percebido que se faz não só necessária, mas também urgente uma análise crítica sobre as formas de cuidado comumente ofertadas às crianças diagnosticadas com o TDAH, sendo isso, portanto, um elemento central do texto que se segue.

E indo além, procura-se também analisar a proposta da arteterapia como uma oferta terapêutica mais criativa e lúdica a pessoas diagnosticadas com transtornos mentais e, especificamente, a crianças diagnosticadas com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

## **Concepções teóricas e metodológicas da arteterapia: uma possibilidade de cuidado em saúde mental**

A arteterapia pode ser definida como “um modo de trabalhar utilizando a linguagem artística como base da comunicação cliente-profissional e sua essência é a criação estética e a elaboração artística em prol da saúde”. Ao se utilizarem dos recursos artísticos, do processo criativo e da obra final, as pessoas conseguem explorar seus sentimentos, reconciliar conflitos emocionais, promover o autoconhecimento, lidar com o comportamento e vícios, desenvolver habilidades sociais, melhorar a orientação de realidade, reduzir a ansiedade e aumentar a autoestima (American Art Therapy Association - AATA, 2013).

Dessa forma, tem-se em vista possibilitar a melhora ou a restauração do funcionamento do cliente e seu senso de bem-estar pessoal ao ajudá-lo a resolver conflitos, melhorar as habilidades interpessoais, gerir comportamentos problemáticos, reduzir o estresse negativo e alcançar *insight*, além de também oferecer a oportunidade de desfrutar dos prazeres de afirmação da vida por meio da criação artística (AATA, 2013).

Em termos práticos, a arteterapia constitui-se em uma especialização direcionada a profissionais da área da saúde, com graduação em Psicologia, Enfermagem ou Fisioterapia, ou da área da educação ou da arte. Pode ser aplicada em diversos contextos, envolvendo os processos de avaliação, prevenção, tratamento e reabilitação no contexto da saúde; no contexto educacional como instrumento pedagógico e nos contextos comunitário e organizacional (REIS, 2014).

Ciornai (2004) aponta que a arteterapia ao constituir um campo teórico e metodológico com características próprias compreende a in-

terseção de três áreas de conhecimento: arte, terapêutica e arteterapia propriamente dita. A área da arte aborda a prática no ateliê e os fundamentos da arte-educação, além de teorias da criatividade e história da arte. A área da terapêutica, por sua vez, constitui a fundamentação filosófica e psicológica que sustenta o trabalho do profissional no que se refere à postura, conduta e formas de pensar. Do âmbito da arteterapia integram, então, o histórico da arteterapia, os campos teóricos e metodológicos específicos, inserindo também a prática supervisionada.

Dessa forma, pode-se perceber que a arteterapia é mais do que a junção dos campos da “arte” com os da “terapia”, como o nome pode sugerir. No entanto, como afirma Paín (2009): “a conceituação de ambas as palavras se mostra árdua, sua síntese impossível e adição pouco eufônica.” (p. 11).

Isso posto, os próximos tópicos são destinados a esclarecer didaticamente a concepção de arte e de terapia no campo da arteterapia, sabendo que não é possível a real separação dos termos na concepção da arteterapia.

### *A “arte” da arteterapia*

Como aponta Fortuna (2000), a arte contém vários objetivos, dentre os quais se pode listar os que são relacionados à estética, ao juízo crítico, à avaliação artística e também à função terapêutica, com fins não-estéticos. E é nessa função terapêutica da arte que Paín (2009) a insere no campo da arteterapia.

Para a autora, a arteterapia é possível pelo motivo de que não existe mais um compromisso da arte com “normas canônicas”, sendo a única “obrigação” que existe é a do artista consigo mesmo e com as regras que ele mesmo cria. Essa maior liberdade se deve à concepção moderna da arte que integra em sua definição “a dimensão estética da produção humana” (PAÍN, 2009, p. 12), distanciando-se das funções de artesanato, religião, representação da natureza e expressão psicológica, as quais definiam a arte anteriormente.

Dessa forma, não há, por parte do sujeito na arteterapia, uma incumbência de aprendizagem das regras “da arte”, nem com a criação de uma linguagem plástica que seja socialmente reconhecida. A arte nesse caso terá uma função de utilidade que é representar dramaticamente a intenção criativa do sujeito.

Paín (2009) apresenta a concepção de arte na arteterapia, mas o que seria “a arte” em si? Quais as linguagens e instrumentos utilizados nesse campo?

Em resposta a esses questionamentos, Ciornai (2004) ao apresentar a definição de arteterapia como a utilização de recursos artísticos em contextos terapêuticos afirma que tais recursos se referem principalmente às artes plásticas, mesmo que o prefixo “arte” faça referência às variadas linguagens artísticas. Segundo a autora, por uma questão de nomenclatura, utiliza-se o termo “artes em terapia” ou “terapias expressivas” para se referir ao uso abrangente das diversas linguagens.

No entanto, Reis (2014) apresenta outra concepção. Para ela, a atividade artística proposta na arteterapia abrange outras linguagens além da plástica, tais como sonora, literária e dramática, utilizando desenho, pintura, modelagem, música, poesia, dramatização e dança como técnicas expressivas.

### *A “terapia” da arteterapia*

- a) Mas o que teria de propriamente terapêutico no uso da arte? Para melhor responder a essa pergunta, Ciornai (2004) aponta onze atributos terapêuticos pertencentes aos processos envolvidos na atividade artística:
- b) Frequentemente as sensações, sentimentos e visões humanas encontram melhor forma de expressão por meio das linguagens artísticas, como as plásticas, musicais e poéticas com suas cores, formas e sons, visto que o mundo subjetivo nem sempre consegue se adequar “às regras

de linearidade causal, temporal, lógica e espacial que a estrutura léxica e sintática” (p.72) imposta pela linguagem verbal. Ou seja, a realidade psíquica constitui um mundo de contínuas “percepções e sensações, pensamentos, fantasias, sonhos e visões” que não seguem a ordem lógica e temporal da linguagem verbal e, dessa forma, a arte torna possível a expansão da consciência sobre os eventos internos (*ibidem*);

- c) Por ativar o sistema sensório-motor em sua realização, a atividade artística detém uma natureza energizante inerente, e, além desse sistema, a arte ainda envolve as áreas da percepção, emoção, cognição, imaginação, intuição e espírito, demonstrando ser uma atividade que envolve e impulsiona a totalidade das funções humanas. Ao mobilizar energia e emoção por meio da ação, a arte possibilita a percepção e contato com novos conteúdos e novas possibilidades, que serão não só imaginadas, mas experienciadas;
- d) A arte constitui uma alternativa à realidade, vez que ao realizá-la o indivíduo relaxa suas defesas e pode sentir, elaborar, revelar e conectar-se com seu lado mais profundo, íntimo e autêntico, com seus impulsos, raivas, sonhos e desejos inconfessáveis, que dificilmente seriam expressos livremente sem estarem acompanhados de uma sensação de ameaça ou perigo;
- e) Os eventos humanos são de natureza complexa, à medida que não é possível simplesmente categorizá-los em dicotomias como bom ou ruim, agradável ou desagradável e a arte, por possuir a qualidade de multiplicidade de níveis de significado, possibilita a expressão efetiva desses eventos e a descoberta dos vários sentidos singulares sobre o que está sendo produzido, e não “uma” ou “a” verdade;

- f) A arte constitui um objeto intermediário entre cliente e terapeuta, ao passo que facilita a comunicação entre eles e estabelece relações por ser uma atividade que demanda um lado sensível, intuitivo e lúdico, promovendo “tanto um contato mais sensível e autêntico quanto uma ponte de comunicação intersubjetiva e mais rápida com a interioridade do outro” (*idem*, p. 78);
- g) À medida que a aprendizagem de sensações, cores, toques, sons e imagens ocorre antes da aquisição da leitura, escrita ou fala, a arte é potencialmente facilitadora de contato com vivências pré-verbais, como memórias proprioceptivas, experiências de sensações mais antigas e profundas, que antecedem a linguagem verbal;
- h) A arte fomenta o desenvolvimento da individualidade, pois apresenta a possibilidade de que o sujeito desenvolva uma linguagem própria, única e singular que reflita não só sua personalidade, mas também seu modo de perceber o mundo que o cerca;
- i) A atividade artística propicia que o indivíduo se volte para o mundo interno com maior atenção e foco, constituindo assim um estado alterado de consciência que permite maior contato com as imagens internas e seus significados;
- j) O trabalho artístico permite a percepção mais concreta da realidade da produção e também propicia identificar, selecionar, estruturar e organizar elementos de nossa percepção tanto do mundo, dos outros, como de nós mesmo – ou seja, de nós-em-relação. Da mesma forma, nos permite concretamente desestruturar, desconstruir, modificar e também reenquadrar (...), reconfigurar, inserir elementos novos e eliminar elementos indesejáveis de nossas representações, transformando-as criativamente, criando um novo trabalho” (CIORNAI, 2004, p. 81);

- k) Mesmo trabalhando questões difíceis e dolorosas como angústias e perdas, o trabalho com arte permite uma ponte com os aspectos positivos e saudáveis do indivíduo, como a sensibilidade, beleza e força próprias;
- l) Por fim, os produtos artísticos resultantes de cada sessão de arteterapia constituem fontes de identificação, reflexão e espelhamento que incluem material tanto consciente quanto inconsciente, como intuitivo e intencional, e mensagens direcionadas a si e aos outros.

Conforme Ciornai (2004) apontou ao longo dessas características descritas, o trabalho com linguagens artísticas detém grande potência terapêutica. Entretanto, existem outros fatores que influenciam o uso terapêutico da arte.

Segundo Reis (2014), a atuação da arteterapia sofrerá variações de acordo com o contexto em que for aplicado. Por exemplo, a situação pode ser clínica, educacional, organizacional ou comunitária e cada uma terá especificidades no que se refere ao número de participantes, se a sessão será constituída por grupo ou indivíduo; objetivo e duração das sessões, sendo, dessa forma, necessárias adaptações.

A autora destaca a importância da linha teórica que subsidia a prática do profissional que se colocará à frente das sessões. No que se refere à prática do psicólogo, as principais teorias que têm interface com a arteterapia são: Psicanálise, Psicologia analítica, Gestalt-terapia e Abordagem Centrada na Pessoa. Apesar das diferenças entre elas no que se refere à concepção de interpretação da obra, postura do arteterapeuta e algumas técnicas específicas. Reis (2014) afirma que o ponto em comum entre elas é que “todas reconhecem que a arte promove o autoconhecimento e potencializa a criatividade, habilidades essenciais ao desenvolvimento, tanto de um indivíduo como de um grupo com quem o psicólogo esteja trabalhando” (p. 144).

## Um pouco do histórico da Arteterapia

A fim de compreender melhor o início e o desenvolvimento da arteterapia se faz mister ressaltar que a utilização da arte como recurso terapêutico vem de tempos bem mais remotos (PHILIPPINI, 1998).

Desde que se pode ter registro, nas civilizações mais arcaicas, o homem utiliza a arte como recurso expressivo, seja no tempo das cavernas com os desenhos nas paredes que buscavam representar, organizar e significar o mundo em que viviam, ou nos tempos em que danças, cantos e pinturas faziam parte dos vários rituais, fossem eles de cura, de poder ou de invocação às forças da natureza (CIORNAI, 2004).

No contexto do uso terapêutico da arte se faz mister em falar de dois importantes teóricos: Sigmund Freud e Carl Gustav Jung.

Para Freud, a arte consiste em meios de acesso ao inconsciente e como forma de sublimação das pulsões, pela canalização da libido em objetos que possuem valor social, tal como desenhos, pinturas, obras literárias (FORTUNA, 2000).

Jung, entretanto, além de perceber traços psíquicos inconscientes nas atividades artísticas, legitimou seu uso no espaço terapêutico. Jung vê nos produtos da função imaginativa do inconsciente autorretratos do que está acontecendo no espaço interno da psique, sem quaisquer disfarces ou véus, pois é peculiaridade essencial da psique configurar imagens de suas atividades por um processo inerente à natureza. A energia psíquica faz-se imagem, transforma-se em imagem. (SILVEIRA, 1992, p. 85)

Ao conceber imagens como produtos autônomos da psique, Jung encorajava seus pacientes em seus trabalhos artísticos (com destaque à pintura), mesmo se não tivessem domínio das técnicas. Através da análise dessas obras, por meio de paralelos pessoais e coletivos, Jung tentava acessar o processo que estava se desenvolvendo no mais íntimo de seus pacientes. Acreditava ele que as obras produzidas continham imagens repletas de energia, que não eram satisfatoriamente expressas por meio de verbalização e posterior racionalização (SILVEIRA, 1992).

Silveira (1992) ressalta que há, então, uma diferença entre a compreensão das imagens contidas na produção artística para Freud e para Jung. Enquanto para Freud, as imagens simbólicas devem ser interpretadas e devem-se procurar elementos que remetam à infância do indivíduo, para Jung, imagem e significação são sinônimas, uma vez que as duas se revelam ao mesmo tempo na produção artística. Para ele, deve-se, portanto, buscar as conexões entre as imagens e a situação afetiva do indivíduo. No caso das imagens arquetípicas, deve-se utilizar o método das amplificações coletivas, que engloba conhecimentos de mitologia, história das religiões, antropologia cultural, o qual possibilita estabelecer paralelos entre os dados históricos e as imagens no produto artístico individual.

Pode-se dizer que esses autores foram fundamentais na criação das bases do que viria a ser a arteterapia, porém a constituição desse campo, no que se refere à teoria e à metodologia, tem seu início em um contexto histórico de pós-guerra, mais especificamente pós-Primeira e Segunda Guerras Mundiais, no final do século XIX e século XX, época em que a supremacia do pensamento lógico e racional, que parecia conseguir dar conta da compreensão do ser humano, é posta em questão. Ilustrando esse contexto, tem-se o exemplo de Freud, com seu conceito de inconsciente, que vai além da compreensão do ser humano de característica racional prevalente, atribuindo importância à subjetividade ao definir o inconsciente como algo que influencia fortemente as escolhas humanas e que não obedece às leis do pensamento cartesiano, lógico e racional (CIORNAI, 2004).

Tem-se como oficial o surgimento da arteterapia como campo específico na década de 1940, nos Estados Unidos, com Margareth Naumburg. Mesmo não sendo a primeira a utilizar o termo, é considerada a precursora da arteterapia, uma vez que foi a pioneira em fazer a diferenciação desse campo específico e estabelecer os principais fundamentos teóricos para o futuro desenvolvimento.

Além do pioneirismo, Margareth Naumburg é precursora da influência psicanalítica na arteterapia a qual denominou de orientação dinâmica (SOUZA, 2005) e detém destaque no que Ciornai (2004)

denomina como “arte em terapia” (p. 36), que consiste em uma forma de orientação que destaca a importância terapêutica dos trabalhos artísticos não no processo de realização de tais trabalhos, mas sim em descobrir os conteúdos simbólicos representados:

Focalizando a atenção no material (inconsciente) expresso no trabalho de arte e no processo de compreensão do significado simbólico implícito nas imagens produzidas, (*Naumburg*) solicitava e incentivava associações livres do paciente buscando promover a obtenção de *insights* sobre a imagética e o conteúdo simbólico dos conflitos inconscientes ali projetados (*ibidem*).

Outra importante referência é Edith Kramer, também de influência psicanalítica, que preconiza uma orientação diferente de Naumburg; “a arte como terapia” na qual há valorização do processo de criação e do fazer artístico em si, e não no uso da arte como instrumento na psicoterapia. A arteterapia para Kramer detinha sua importância nos processos de organização e maturação psíquica, no fortalecimento do ego e nos processos sublimatórios, como cita Ciornai (2004).

Diferenciando das duas autoras supracitadas, Janie Rhyne inovava em dois aspectos: na sua influência teórica e na sua concepção de orientação da arteterapia. De abordagem gestáltica, Rhyne, que inclusive teve contato pessoal com o principal autor da Gestalt-Terapia Fritz Perls, tal como relata Ciornai (2004), estabelece tais afinidades em seu livro *Arte e Gestalt: padrões que convergem*, em 1973.

Apresentando uma terceira alternativa às discussões sobre arte ser “em” ou “como” em terapia, Rhyne, propõe que o valor terapêutico se encontra nos dois momentos, tanto no processo de criação quanto na etapa posterior das possíveis reflexões e elaborações. (CIORNAI, 2004).

No cenário brasileiro se faz notório o médico psiquiatra Osório César, por seu trabalho com pacientes psicóticos no Hospital Psiquiátrico do Juqueri, em São Paulo, na década de 20, que levou à publicação, em 1929, de sua principal obra *A Expressão Artística nos Alienados*, apresen-

tando seu método de classificação e de análise das produções artísticas dos pacientes internados. Após tal feito, em 1940, a Seção de Artes Plásticas foi criada no referido Hospital e, posteriormente, transformou-se na Escola de Artes Plásticas do Juqueri (SOUZA, 2005; LIMA, PELBART, 2007).

A proposta do uso da arte dentro de uma instituição psiquiátrica por Osório César teve como plano de fundo o declínio da laborterapia, o meio terapêutico mais utilizado até então, e o subsequente direcionamento dos investimentos para outros setores, como laboratórios de anatomia e patologia. Nessa situação, a existência de um departamento de arte dentro de uma instituição psiquiátrica deflagrava as preocupações de caráter clínico e social do referido psiquiatra, à medida que promoviam a reabilitação e a construção de uma alternativa de vida fora do hospital, por haver na Escola de Arte uma proposta de profissionalização por meio da arte, indo assim ao encontro da proposta da laborterapia vigente e indo além ao enfatizar a possibilidade de perspectiva de uma vida além dos muros da instituição (LIMA; PELBART, 2007).

Outra figura que detém relevância na construção da arteterapia brasileira é Nise da Silveira (1905 – 1999), psiquiatra brasileira que teve destaque pelo seu trabalho no Centro Psiquiátrico D. Pedro II, no Engenho de Dentro, na cidade do Rio de Janeiro, a partir do ano de 1946.

Sua trajetória é marcada pela mudança nas atividades da Seção de Terapêutica Ocupacional desse hospital, consideradas um método inferior comparado aos demais, que tinham a finalidade de “distrain” os pacientes. Em meio à vigência de tratamentos dominados por eletrochoques, psicocirurgia e psicotrópicos, Nise apresenta uma proposta terapêutica que utilizava pintura, modelagem, trabalhos artesanais e música, os quais consistiam até em uma alternativa mais viável aos hospitais superlotados (SILVEIRA, 1992).

Silveira (1992) ressalta em sua obra a utilização dos métodos não verbais, como a pintura e a modelagem, na atuação terapêutica com esquizofrênicos. Para ela, essas ferramentas artísticas possibilitavam a expressão das vivências não verbalizáveis presentes no inconsciente do paciente, o qual se encontrava imerso em um mundo primitivo de pensamentos, emoções e impulsos que não obtinham tradução nas

elaborações da fala e da razão. Essa concepção da função terapêutica da arte como expressão de conteúdos internos do inconsciente deflagra a forte influência de Jung no seu trabalho.

Apesar de ser relacionada ao início da arteterapia brasileira, a autora não aceitava que seu trabalho recebesse tal denominação, pois, para ela a palavra “arte” admite uma conotação de valor ou de qualidade estética e afirma que nas sessões não há interesse por parte do terapeuta que o paciente produza uma obra de arte, mas sim que ele tenha a possibilidade de contato com uma linguagem que torne possível a expressão de suas emoções (*ibidem*).

É possível perceber que a história da arteterapia no Brasil tem seu princípio marcado pela confluência dos campos da arte e da saúde mental. Tanto Osório César quanto Nise da Silveira representaram, em suas épocas, um movimento de contraposição aos métodos psiquiátricos vigentes, colocando em pauta a utilização da arte como uma possibilidade de expressão da loucura desses pacientes, uma população negligenciada que até então não eram escutados, e colocando em questão a soberania do saber psiquiátrico e farmacológico sobre os doentes e suas patologias (LIMA; PELBART, 2007; REIS, 2014).

No que concerne o cenário da atualidade, Lima e Pelbart (2007) apontam para uma concepção de clínica que, após a Reforma Psiquiátrica, ao trazer à tona as discussões sobre as polaridades saúde e doença, normal e patológico, loucura e sanidade, utilizam-se do instrumento da arte para tematizá-las. Além disso, em uma concepção de ultrapassar as fronteiras teóricas e práticas dos muros dos hospitais e desestruturar os manicômios e hospícios, as práticas da desinstitucionalização acabam intervindo diretamente nas redes sociais e na cultura.

Como afirma Paín (2009), com a arte é possível pensar, atuar e modificar o olhar sobre o sujeito “doente mental”, distanciando-se da predominância do saber biológico dominante, visto que é através da própria atividade artística que o sujeito pode descobrir novas possibilidades. Descobrir, nas sessões, seu papel de artista a quem tudo é permitido, dentro das restrições materiais e da relação com outros participantes (PAÍN, 2009).

## **Arteterapia como ferramenta de cuidado para o público infantil**

Conforme foi dito no começo deste capítulo, o foco do presente estudo foi direcionado ao público infantil, que detém particularidades nos diversos contextos que estão presentes e na prática da arteterapia não poderia ser diferente.

Para as crianças, a arte constitui um processo natural de expressão e comunicação, em que ela “comunica o que sente, o que pensa e a maneira como vivencia e percebe o mundo” (VALLADARES; SILVA, 2011, p.449) e possibilita a representação de seus sentimentos, pensamentos, fantasias e desejos, ou seja, de seus conteúdos internos, os quais são muitas vezes ocultos e não encontram oportunidade de ser expostos (NORGREN, 2004).

A atividade artística, conforme Coutinho (2013) se apresenta como uma rica possibilidade de a criança exercer sua criatividade e, segundo Norgren (2004), toda criança tem impulsos criativos e, se em ambiente com condições facilitadoras, podem ser incentivados e proporcionar crescimento, satisfação e melhora da autoestima. No caso, a potência da atividade artística consiste, principalmente, no fato de ela ser pré-verbal (CIORNAI, 2004), sendo assim mais próximo da natureza do mundo interno e possibilitando sua comunicação.

Muitas são as técnicas, os recursos e materiais que podem ser utilizados com crianças, como argila, diferentes tipos de papéis, canetas coloridas, lápis de cor, gizes de cera, fantoches, colagem, dentre outras (COUTINHO, 2013). No entanto, devem ser escolhidas seguindo alguns preceitos.

Norgren (2004), Valladares e Silva (2011) e Coutinho (2013) apontam que deve ser levada em consideração a aceitação e o interesse da criança diante da atividade e do material, a fase de desenvolvimento que a criança se encontra, no que refere ao desenvolvimento emocional, cognitivo, psicomotor, mental e gráfico para que as atividades sejam adequadas às possibilidades reais da criança e não haja situações de frustração e desinteresse.

Além disso, essa apreensão sobre o desenvolvimento é necessária para saber o quão de elaboração da produção e da própria vivência

artística pode se esperar da criança (COUTINHO, 2013). Por exemplo, Norgren (2004) menciona que em sua experiência, as crianças mais velhas conseguem elaborar e refletir após a realização de seus trabalhos, enquanto para crianças mais novas é mais simples conversar durante a atividade, momento principal quando trazem seus conteúdos.

## **Arteterapia e cuidado de crianças diagnosticadas com TDAH**

A arteterapia se apresenta como uma ferramenta potente para o cuidado à criança diagnosticada com TDAH à medida que consiste em um método eficaz que permite o compartilhamento de experiências e conhecimentos que vão além do tratamento que ressalta os estereótipos das dificuldades apresentadas ou que se restringe ao uso de medicamentos, o qual muitas vezes é utilizado de forma generalizada e indiscriminada (STROH, 2010).

Saavedra et al (2010) mostra a eficácia da arteterapia com crianças diagnosticadas com o transtorno psiquiátrico em questão pela comprovação em estudos nos quais há mudanças nas áreas cognitivas e comportamentais dessas crianças em idade escolar antes e depois das sessões de arteterapia. Entretanto, vale ressaltar que a arteterapia deve ser inserida como componente constituinte de um programa de tratamento multimodal que abrange observação psiquiátrica, avaliação psicológica, terapia individual e grupal e acompanhamento pedagógico, conforme aponta Safran (2002).

Essa ferramenta pode ser utilizada tanto no processo de diagnóstico como na intervenção propriamente dita, pois ao utilizar meios artísticos é possível que haja o reconhecimento tanto pelo profissional, quanto pela própria criança a respeito de suas dificuldades e suas melhorias. Isso é facilitado pelo uso de instrumentos lúdicos, com cores, formas e representações que possibilitam a criação de um espaço para a imaginação e para a fantasia, permitindo que a criança tenha subsídios para expressar seu modo de sentir, de pensar e de agir, de adquirir um melhor autoconhecimento e desenvolver sua autoestima (STROH, 2010), que é, geralmente, baixa pelos vários estigmas que recaem sobre tal criança.

As artes visuais, como a pintura e o desenho, detêm sua importância ao ajudar essas crianças diagnosticadas com TDAH a manter sua atenção, fortalecer a identidade individual e o pensamento divergente, conforme relatam Erichsen e Nunes (2013):

Ao ser utilizada a atividade “Surgindo do escuro” (que consistiu na primeira etapa utilizar o lápis de cera colorido preenchendo totalmente o papel de desenho e, em seguida, cobrindo com nanquim preto com a ajuda de um pincel e na etapa seguinte a criança com a ajuda de um palito de churrasco desenhou e riscou sobre o preto, deixando surgir assim as cores do lápis-cera que estão debaixo), foi observado que trouxe um resultado excelente, porque a criança na primeira etapa extravasou a sua agitação no rabiscar em todas as direções com várias cores de giz de cera e depois, como se censurasse a agitação do colorido cobriu-o todo com o nanquim preto. E na etapa que consistiu em fazer um desenho com uma ponta seca, raspando o nanquim ela colocou a sua atenção e organização para que surgisse o resultado de seu desenho final. Esta atividade individual e livre ajudou a canalizar a energia e a encorajar satisfação pessoal (p. 89).

As autoras também situam essa ferramenta como mediadora no contexto da superação das dificuldades que essas crianças podem apresentar relacionadas à aprendizagem, pois como aponta Safran (2002), a arte em si constitui uma lembrança visual das suas ideias e sentimentos que surgiram durante a atividade, sendo assim, o produto de uma sessão de arteterapia uma forma de ajudá-las a lembrar do que foi discutido, facilitando seu processo de aprendizagem.

Além disso, Erichsen e Nunes (2013) afirmam que o uso das artes visuais faz com que a criança se sinta mais livre em uma situação que não há pressão das regras, nem uma resposta objetiva e correta. Possibilita, também, a sua comunicação e expressão de sentimentos sem sentir-se punida ou avaliada e fornece espaço para que o seu potencial

criativo seja explorado. Pois, como Borges (2010) relata, no contexto escolar, o momento da arteterapia consiste em um momento em que há a diminuição das ansiedades, medos e angústias das crianças e, por meio dessas artes visuais, além de músicas, atividades com vídeos e no computador, há a estimulação desse aluno a aprender, além de interagir com o meio.

Também no sentido de facilitar a capacidade criativa das crianças, Stroh (2010) destaca o uso de sucata e atividades que incluam pregos, martelos e madeiras, que constituem ainda formas dessas crianças liberarem energia.

Oaklander (1980) aponta em sua prática clínica de abordagem gestáltica com crianças que apresentam sintomas de hiperatividade que o uso de materiais como argila, areia, água e pintura com dedos se faz útil no intuito de tranquilizá-las, pois “qualquer experiência tátil ajuda essas crianças a se concentrarem e se tornarem mais conscientes de si mesmas – de seus corpos e de seus sentimentos” (p. 251).

Tais crianças, segundo a autora, têm uma grande necessidade de experienciar algo voltado para si próprias e, com essas atividades de natureza tátil e cenestésica, as crianças ampliam a consciência de si mesmas, podendo assim dar lugar a novos sentimentos, pensamentos e ideias. Em sua experiência, ela relata que enquanto realizavam essas atividades as crianças cooperavam entre si, conversavam, mostravam-se bastante concentradas e ficavam orgulhosas dos resultados de suas produções, aumentando sua autoestima.

Para Oaklander (1980), a teoria usual de que o ambiente das sessões de arteterapia com essas crianças deve ser vazio e com poucos estímulos é inconsistente, pois, segundo ela, tal prática pode enfraquecer a atitude diante das situações da vida. Em vez disso, a autora aponta que elas precisam aprender a lidar com essa realidade do ambiente com os vários estímulos que possuem e as cercam em sua vida diária, devendo praticar, portanto, o focalizar perante esses vários estímulos, desenvolvendo suas capacidades perceptivas e, conseqüentemente, sua habilidade em lidar com o mundo.

Conforme a autora, um dos focos das sessões de arteterapia deve ser a criação de situações que ofereçam oportunidade às crianças de fazer suas próprias escolhas, de ter o seu próprio controle, de fixar-se em si mesma e apurar o “senso de eu”. Diante disso, afirma que deve haver certo clima de permissividade nas sessões, embora reconheça a necessidade do estabelecimento de regras para garantir a segurança tanto das crianças quanto do próprio terapeuta.

Safran (2002) em seu livro *Art therapy and AD/HD: diagnostic and therapeutic approaches* (*Arteterapia e TDAH: diagnóstico e abordagens terapêuticas* tradução livre) apresenta outra proposta interventiva no que concerne à arteterapia como etapa constituinte do tratamento das crianças diagnosticadas com TDAH.

Para essa autora, as sessões podem acontecer no formato grupal ou individual. O primeiro formato pode se dar de duas formas: no grupo educativo de arteterapia voltado para o desenvolvimento de habilidades sociais, em paralelo a um grupo educativo para os pais, que ocorre durante oito semanas; e um modelo contínuo de arteterapia para crianças.

A importância desses grupos se dá para os três envolvidos: criança, pais e terapeuta. Para a criança, o grupo promove uma melhor compreensão de suas fraquezas e de seus potenciais, sendo um lugar de treino das habilidades de planejamento, organização e compartilhamento de sentimentos, ideias, espaço e materiais, ajudando assim a ficarem mais confortáveis em outros ambientes como a escola e outros locais de lazer. O grupo para os pais, por sua vez, consiste em um lugar em que podem investir em suas habilidades como pais e compreender o impacto do transtorno nos seus filhos, na família e neles mesmos. Para o terapeuta, o grupo educativo é um espaço em que ele pode melhor compreender as necessidades de cada indivíduo, identificando as dificuldades singulares e aumentando, assim, a possibilidade de elaborar estratégias eficazes para ajudar o paciente a superar esses *déficits*. Além disso, tratando-se de crianças diagnosticadas com TDAH sob uso de medicamento, o terapeuta também tem a oportunidade de observar, de maneira mais próxima, a forma como as crianças

estão lidando com a medicação, se há a melhora, quais as alterações comportamentais, se há indícios para a sugestão da mudança na dosagem, dentre outros (SAFRAN, 2002).

O objetivo do grupo educativo de habilidades sociais é assegurar que as crianças obtenham conhecimento e compreensão sobre o TDAH, acerca tanto do diagnóstico, tratamento e impacto nas suas vidas e nas suas famílias, quanto à forma de como melhorar ao lidar melhor com o transtorno (SAFRAN, 2002). Representa, também, um investimento inicial para que em longo prazo essa criança se torne mais forte, mais confiante e atualize seu potencial, pois o grupo se caracteriza em um lugar seguro para a prática das habilidades, onde ela pode interagir com pares, trabalhar suas dificuldades, despejar suas defesas, raivas e frustrações.

O grupo arteterapêutico torna-se, portanto, um aprendizado de estratégias para a vida em vez de um treino para um teste em que, baseado nas experiências anteriores dessas crianças, haverá a alta probabilidade de falha (SAFRAN, 2012).

O grupo é formado por dois terapeutas e um número de seis a oito crianças que permanece fixo ao longo dos encontros, sendo essas crianças compatíveis no que diz respeito à sua etapa de desenvolvimento intelectual, a suas necessidades sociais e escolares e possuem dificuldades como: atingir a média escolar, não conseguir lidar consigo mesmos em atividades extracurriculares ou não conseguem organizar seu tempo, dentre outras. Antes do início do grupo, é realizada uma entrevista com a família da criança, que fora previamente avaliada e diagnosticada com TDAH, e é firmado o compromisso da participação nos grupos tanto por parte da criança quanto dos pais (*ibidem*).

De forma geral, ao longo das oito semanas, as crianças identificam e aprendem a lidar com seus sentimentos em relação ao TDAH e seu impacto em suas vidas: na rotina diária, nas experiências acadêmicas e sociais na escola, as particularidades da medicação e sobre seus relacionamentos difíceis com familiares e pares. Elas aprendem e vivenciam novas maneiras para lidar com problemas e atingir resultados melhores por meio de estratégias e “dicas” que as ajudarão a ter

mais foco, recordar mais, ter menos distração, agir de forma menos impulsiva e ficar longe de confusão.

A principal ferramenta utilizada pela autora em suas sessões são os desenhos, os quais consistem um meio de autoexpressão que possibilita uma compreensão mais apurada da criança por parte do terapeuta, já que essa, muitas vezes, tem dificuldade de comunicar seus conteúdos mais íntimos. Esse instrumento torna possível o acesso a pensamentos e sentimentos das crianças e demonstram com mais clareza a relação delas com os sintomas apresentados, além de constituírem também formas de a criança redirecionar a energia e hiperatividade.

Safran (2012) reconhece que um grupo de oito sessões é limitado e as crianças precisariam de mais intervenções. Entretanto, a autora esclarece que esse número se apresenta como plausível, à medida que a maioria das crianças com TDAH tentam muitas coisas ao mesmo tempo, mas rapidamente ficam entediadas e mudam de atividade e os pais dessas crianças têm dificuldades de sustentar os compromissos. Assim, o compromisso de oito semanas é mais viável, pois as crianças e os pais conseguem cumprir, além de ser mais economicamente rentável para essas famílias. Esse período serve também para que o terapeuta consiga determinar se o grupo terapêutico contínuo é viável para aquela criança, já que não são todos os pacientes convidados a esse grupo.

No grupo contínuo, há o foco na intervenção terapêutica propriamente dita e seus participantes, que passaram pelo grupo de oito semanas e sessões individuais, são selecionados de acordo com o gênero e a faixa etária.

O referido grupo possui funcionamento semelhante ao outro, em que as regras são elaboradas conforme as necessidades específicas e tem seu desenrolar passando, nos primeiros momentos, a desenhos individuais transitando a desenhos de grupo, onde a interação com pares se mostra mais efetiva.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, é possível refletir acerca da arteterapia como possibilidade consistente de cuidado às crianças diagnosticadas com o Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade.

A arteterapia como campo teórico e prático bem delimitado, detém propriedades terapêuticas inerentes e constitui uma ferramenta em potencial para o trabalho tanto com crianças como adultos, dando destaque ao seu uso no âmbito da Saúde Mental, pois oferece oportunidade de expressão às pessoas que dela utilizam, devolvendo o lugar de sujeito suprimido pelos rótulos psiquiátricos.

Em relação às atuações da arteterapia com crianças diagnosticadas com TDAH verificou-se que podem ser voltadas tanto para uma abordagem mais compreensiva em relação à criança ou mais direcionada ao treino de habilidades e a novas formas de lidar com os sintomas. As possíveis variações dependem da linha teórica que sustenta a prática do profissional em questão, a qual definirá a forma de atuação, isto é, se o profissional adotará uma postura mais diretiva ou no sentido de facilitação, se o foco será no produto artístico, no processo como um todo, ou em ambos, se haverá a interpretação ao final de cada atividade, dentre outros. A arteterapia, portanto, permite a criatividade também do terapeuta, sem haver um modelo único a se seguir.

Tal método detém a explícita potência de permitir a expressão e a comunicação dos sentimentos e pensamentos das crianças acerca de si mesmas e de outrem, como pais, professores e terapeutas. Assim, a arteterapia promove o desenvolvimento da subjetividade e dá voz aos que muitas vezes é silenciado, ignorado ou não levado em consideração. A criança recebe, portanto, o destaque que merece em relação ao transtorno, colocando-se assim a doença entre parênteses.

Desse modo, a criança é percebida como protagonista do cuidado e retira-se do foco os sintomas que, em outras perspectivas, recebem cuidado prioritário. O transtorno ganha uma dimensão mais complexa a qual vai além das características biomédicas e, ao mesmo tempo, é inserido em um contexto e visto como um todo. Ressalta-se,

assim, a importância da arteterapia como constituinte do tratamento à criança com TDAH, ao lado do tratamento farmacológico, psicológico, psicopedagógico, pois propicia um cuidado ao mundo interno da criança, garantindo que ela seja ouvida, reconhecida e compreendida.

No tocante à revisão da literatura sobre o tema, foi possível perceber que ainda se encontra, de certa forma, escassa e voltada para a área da educação e, de modo mais específico, da psicopedagogia. Dessa forma, é necessário que haja o desenvolvimento da literatura do método como recurso terapêutico.

Este trabalho apresenta a arte como recurso terapêutico e possibilidade de cuidado em saúde mental infantil, pois revela dificuldades a serem melhoradas, mas também pontos fortes que merecem ser realçados, e isso possibilita um cuidado em vista da promoção de saúde mental.

E, finalmente, destaca-se a importância de um olhar abrangente para o sujeito por parte dos profissionais de saúde, em específico, sem “reparti-lo” em seus sintomas e suas respectivas especificidades, integrando-o no seu contexto, considerando suas idiosincrasias.

## REFERÊNCIAS

ANTONY, Sheila; RIBEIRO, Jorge Ponciano. Hiperatividade: doença ou essência, um enfoque da gestalt-terapia. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 25, n. 2, p. 186-197, 2005.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

AMERICAN ART THERAPY ASSOCIATION (AATA). **What is arttherapy?**. 2013. Disponível em: <<http://www.arttherapy.org/upload/whatisarttherapy.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2015.

ASBAHR, F. R.; COSTA, C. Z. G. da; MORIKAWA, M. Quadro Clínico e Diagnóstico: Criança e Adolescente. In: LOUZÁ NETO, M. R. e cols. **TDAH [Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade] ao longo da vida**. Porto Alegre: Artmed, 2010. cap. 4.1. p. 146-160.

BORGES, Ana Cristina da Silva. **O Uso da arteterapia como recurso no trabalho com alunos hiperativos nas séries iniciais do ensino fundamental**. Monografia (Especialização em Arteterapia) – Universidade Candido Mendes, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <[http://www.avm.edu.br/docpdf/monografia\\_s\\_publicadas/posdistancia/43246.pdf](http://www.avm.edu.br/docpdf/monografia_s_publicadas/posdistancia/43246.pdf)>. Acesso em: 24 set. 2015.

CALIMAN, Luciana Vieira. Notas sobre a história oficial do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade TDAH. **Psicol. Cienc. Prof.**, v. 30, n. 1, p. 45-61, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v30n1/v30n1a05.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2015.

CALIMAN, Luciana Vieira. O TDAH: entre as funções, disfunções e otimização da atenção. **Psicologia em estudo**, v. 13, n. 3, p. 559-566, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n3/v13n3a17.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2015.

CIORNAL, Selma; DINIZ, Ligia. Arteterapia en Brasil. **Arteterapia: papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social**, n. 3, p. 13-16, 2008.

COUTINHO, Vanessa. **Arteterapia com crianças**. 4. ed. Rio de Janeiro: Wak Ed., 2013.

ERICHSEN, Luzita Maria; NUNES, Ana Luiza Ruschel. As artes visuais como mediação na superação da hiperatividade: um estudo de caso. **Revista Educação, Artes e Inclusão**, v. 4, n. 1, p. 68-95, 2013. Disponível em: <<http://200.19.105.203/index.php/arteinclusao/article/view/3212>>. Acesso em: 24 set. 2015.

FIGUEIRAL, Ana Sílvia. Abordagens psicoterápicas e psicossociais. In: LOUZÃ NETO, Mario Rodrigues et al. **TDAH [Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade] ao longo da vida**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 336-353.

FORTUNA, Sonia Maria Castelo Branco. **Terapias expressivas**. Campinas, SP: Alínea, 2000.

GATTÁS, Ivete Gianfaldoni et al. Tratamento farmacológico: Criança e Adolescente. In: LOUZÃ NETO, Mario Rodrigues et al. **TDAH [Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade] ao longo da vida**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 275-292.

GUARIDO, Renata. A medicalização do sofrimento psíquico. **Educação e pesquisa**, v. 33, n. 1, p. 151-161, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v33n1/a10v33n1.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2015.

KNAPP, Paulo; BICCA, Carla; GREVET, Eugenio Horacio. Abordagens psicoterápicas e psicossociais: Terapia Cognitivo-Comportamental. In: LOUZÃ NETO, Mario Rodrigues et al. **TDAH [Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade] ao longo da vida**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 305-335.

LEGNANI, Viviane Neves. Efeitos imaginários do diagnóstico de TDA/H na subjetividade da criança. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 307- 322, ago. 2012.

LIMA, Rossano Cabral. Somos todos desatentos. **O TDA/H e a construção de bioidentidades**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2005.

LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo; PELBART, Peter Pál. Arte, clínica e loucura: um território em mutação. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 709-735, jul./set. 2007.

MISSAWA, Daniela Dadalto Ambrozine; ROSSETTI, Claudia Broetto. Psicólogos e TDAH: possíveis caminhos para diagnóstico e tratamento. **Construção psicopedagógica**, v. 22, n. 23, p. 81-90, 2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cp/v22n23/07.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2015.

MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L.; CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA SP. Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. **Medicalização de Crianças e Adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 71-110, 2010.

NORGREN, Maria de Betânia Paes. Arterpsicoterapia com crianças e adolescentes. In: CIORNAI, Selma (Org.). **Percursos em Arteterapia: arteterapia gestáltica, arte em psicoterapia, supervisão em arteterapia**. São Paulo: Summus Editorial, 2004. p. 199-216.

OAKLANDER, Violet. **Descobrimos crianças: a abordagem gestáltica com crianças e adolescentes**. Tradução de George Schlesinger. São Paulo: Summus, 1980.

PAÍN, Sara. **Fundamentos da arteterapia**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

PHILIPPINI, Angela. Mas o que é mesmo arte terapia? **Imagens da transformação**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 5, p. 4-9, set. 1998. Disponível em: <<http://www.arteterapia.org.br/v2/pdfs/masoque.pdf>>. Acesso em: 10 ago 2015.

RACINE, E.; ILLES J. Neuroethical responsibilities. **The Canadian journal of neurological sciences**, n. 33, p. 269-722, 2006.

REIS, Alice Casanova dos. Arteterapia: a arte como instrumento no trabalho do Psicólogo. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 34, n. 1, p. 142-157, mar. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932014000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932014000100011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 ago 2015.

ROHDE, Luis A.; HALPERN, Ricardo. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 2, p. 61-70, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n2s0/v80n2Sa08.pdf>>. Acesso em: 10 ago 2015.

ROHDE, Luis Augusto et al. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 31, n. 3, p. 124-131, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n3/a02v31n3>>. Acesso em: 10 ago 2015.

SAFRAN, Diane. **Art therapy and AD/HD: Diagnostic and therapeutic approaches**. Jessica Kingsley Publishers, 2002.

SANTOS, Letícia de Faria; VASCONCELOS, Laércia Abreu. Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 26, n. 4, p.717-724, out./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n4/15.pdf>>. Acesso em: 10 ago 2015.

SILVEIRA, Nise. **O mundo das imagens**. Rio de Janeiro: Ática, 1992.

SOUZA, Priscila Rocha. **Arteterapia aplicada à Educação: a construção de um caminho**. 2005. 67 f. Monografia (Especialização) – Curso de Arteterapia, Universidade Potiguar - RN e Alquimy Art (SP), São Paulo, 2005. Disponível em: <[http://www.alquimyart.com.br/monografias/1/2005\\_sp\\_SOUZA\\_priscila\\_rocha\\_de.pdf](http://www.alquimyart.com.br/monografias/1/2005_sp_SOUZA_priscila_rocha_de.pdf)>. Acesso em: 10 ago 2015.

SCHICOTTI, R. V. de O.; ABRÃO, J. L. F.; GOUVEIA JÚNIOR, S. A. TDAH e medicalização: considerações sobre os sentidos e significados dos sintomas apresentados por crianças diagnosticadas. **Nuances: estudos sobre Educação**, [s.l.], v. 25, n. 1, p.135-154, 15 abr. 2014. Disponível em: <<http://revista.fct.unesp.br/index.php/Nuances/article/viewArticle/2731>>. Acesso em: 10 ago 2015.

SOUZA, Isabella G. S. et al. Dificuldades no diagnóstico de TDAH em crianças. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56, supl. 1, p. 14-18, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56s1/a04v56s1.pdf>>.

STROH, Juliana Bielawski. TDAH-diagnóstico psicopedagógico e suas intervenções através da Psicopedagogia e da Arteterapia. **Construção psicopedagógica**, v. 18, n. 17, p. 83-105, 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cp/v18n17/v18n17a07.pdf>>. Acesso em: 10 ago 2015.

VALLADARES, Ana Cláudia Afonso; SILVA, Mariana Teixeira da. A arteterapia e a promoção do desenvolvimento infantil no contexto da hospitalização. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 443-450, set. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472011000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 ago 2015.

## POSFÁCIO

A política de saúde e de saúde mental, no Brasil, foi sendo construída nas últimas décadas em múltiplos cenários com múltiplos atores. O que significou sempre um campo de tensões que, em muitos momentos, colocavam em conflito interesses antagônicos. De um lado, a defesa radical do Sistema Único de Saúde (SUS), com seus princípios e diretrizes de universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social. De outro, interesses de grupos econômicos (muitos internacionais) que olham para a saúde como um grande mercado a ser explorado, transformando esse direito constitucional em um bem de consumo.

Neste final da segunda década do terceiro milênio, tivemos uma mudança política importante que afetou a relação de forças e o poder do Governo Federal, abrindo espaço no interior do Estado brasileiro e, portanto, ao núcleo de decisão da política pública de saúde, a representantes dos grupos econômicos que pretendem modificar o ainda frágil arcabouço jurídico e normativo que sustenta parte do SUS.

Há uma onda conservadora emergindo em nosso horizonte, colocando sob ameaça muitas conquistas constitucionais e já modificando outras, como as recentes mudanças nas leis que regem as relações trabalhistas.

O SUS, mais do que uma proposta radical de mudança de modelo assistencial, tem em seu bojo um projeto civilizatório, como nos dizia o inesquecível médico sanitariano Sérgio Arouca. Trata-se aqui de uma aposta em valores para a construção de laços e de uma sociabilidade solidária, participativa, coletiva, do comum.

Falar de matriciamento e de apoio é também falar de um compartilhamento de saberes, de um fazer cotidiano que tece um comum. É tempo para se aproveitar das lições que os textos presentes neste livro apresentam e fazem da saúde um campo de defesa da vida.

**Silvio Yasui**

## **ORGANIZADORES/AUTORES**

### **Maria Salete Bessa Jorge**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Pós-doutora em Saúde Coletiva/ UNICAMP. Professora Titular da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UECE (Mestrado e Doutorado) e Coordenadora do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde - MEPGES - UECE. Pesquisadora 1B - CNPq.

### **Lourdes Suelen Pontes Costa**

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Doutoranda da Pós-Graduação em Saúde Coletiva - UECE.

### **Maria Raquel Rodrigues Carvalho**

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Doutoranda da Pós-graduação em Saúde Coletiva - UECE. Membro do Grupo de Pesquisa: saúde mental, Práticas de Saúde e Enfermagem.

## AUTORES E COLABORADORES

### **Afonso Ricardo de Lima Cavalcante**

Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará.

### **Ana Carolina de Andrade**

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPSAC, da Universidade Estadual do Ceará.

### **Aline Mesquita Lemos**

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Doutoranda do Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Membro do Grupo de pesquisa: saúde mental, Práticas de Saúde e Enfermagem.

### **Carlos Garcia Filho**

Médico. Gestor da Secretaria de Saúde de Iguatu. Docente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde. Universidade Estadual do Ceará.

### **Cinthia Mendonça Cavalcante**

Psicóloga. Dra. em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Docente do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Ceará.

### **Carine de Almeida Aderaldo**

Psicóloga. Residente em Saúde Mental. Universidade de Campinas.

### **Emília Cristina Carvalho Rocha Caminha**

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UECE.

### **Emanuela Linhares Viana Oliveira.**

Enfermeira. Coordenadora do Serviço do CAPS IV. Secretária de Saúde do Município. Fortaleza-Ceará.

### **Fernando Sérgio Pereira de Sousa**

Enfermeiro. Mestre e Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Professor do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí - UFPI.

### **Márcia MontÁlverne de Barros**

Terapeuta Ocupacional. Dra. em Saúde Coletiva. Curso de Doutorado em Associação Ampla. Univeridade Estadual do Ceará Docente da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

### **Indara Cavalcante Bezerra.**

Farmacêutica. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará. Doutora em Saúde Coletiva – Associação Ampla entre a Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal do Ceará e Universidade de Fortaleza. Primária na Secretaria de Saúde de Juazeiro do Norte - CE.

### **Ivanice Jacinto da Silva**

Terapeuta Ocupacional. Especialista Multiprofissional em Saúde Mental pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental - NESC/UFPB.

### **Isabel Morales Moreno**

Secretaria Académica de la Facultad de Enfermería. Profesora de Enfermería Comunitaria. Coordinadora de Movilidad. Facultad de Enfermería.

### **Ivonete Aparecida Alves Sampaio**

Enfermeira. Mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará.

### **Jackson Coelho Sampaio**

Médico. Dr. em Saúde Pública pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Docente do Mestrado Profissional de Gestão em Saúde.

### **Jamine Borges de Moraes**

Enfermeira do IFCE. Mestre e doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará.

### **João Henrique Cordeiro**

Psicólogo. Especialista em Saúde Mental.

### **Jordana Rodrigues Moreira**

Enfermeira. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará.

### **Márcia Maria Mont'Alverne de Barros**

Profa. do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Doutora em Saúde Coletiva (Universidade Estadual do Ceará -UECE).

### **Marta Emília de Oliveira**

Terapeuta Ocupacional. Gestora de Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Baturité. Mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará.

### **Milena Lima de Paula**

Psicóloga. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará. Doutora em Saúde Coletiva – Associação Ampla entre a Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal do Ceará e Universidade de Fortaleza.

### **Paloma Echevarría Pérez**

Decana Facultad de Enfermería. Directora Master Universitario de Investigación en Ciencias Sociosanitarias. Universidad Católica San Antonio.

### **Randson Soares de Souza**

Enfermeiro. Administrador. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Chefe dos Ambulatórios do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Pernambuco (UFPE). Professor Especializado em Preparatório para Concursos. Especializado em Legislação do SUS e EBSERH.

### **Roberta Sampaio de Brito Mamede**

Assistente Social. Mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará.

**Silvio Yasui**

Doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz. Professor adjunto da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.

**Túlio Batista Franco**

Mestre e Doutor em Saúde Coletiva pela UNICAMP, Pós-doutor em Ciências da Saúde pela Universidade de Bolonha - Itália. Prof. Dr. da Universidade Federal Fluminense.