

APOIO MATRICIAL E INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Mental health matrix support and comprehensiveness in primary health care

Maria Lidiany Tributino de Sousa¹

Luís Fernando Tófoli²

Artigo encaminhado: 30/07/2012

Aceito para publicação: 25/01/2013

RESUMO

O presente artigo objetivou avaliar o Apoio Matricial em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde de Sobral, Ceará, na perspectiva da Integralidade. Considerou-se a fala dos gestores, profissionais das equipes locais e das equipes multiprofissionais, apoiadores matriciais, usuários e agentes comunitários de oito Centros de Saúde da Família. A pesquisa envolveu análise documental, observação sistemática, entrevistas e grupos focais. As categorias de análise surgiram do indicador “Percepções sobre integralidade e Apoio Matricial”, através do qual se buscou a compreensão dos participantes acerca da Integralidade e as potencialidades do Apoio Matricial para um cuidado integral à saúde mental na Atenção Primária. O Apoio Matricial apareceu nas falas como possibilidade de integralidade pelo intercâmbio de saberes, pelo ganho de maior autonomia dos profissionais em relação ao acompanhamento e dos usuários com relação ao seu cuidado. Sobral, com sua forma de organização em rede, apresenta-se como cenário de possibilidades do cuidado em saúde mental de forma integral, considerando sua composição por diferentes atores e diferentes modos de se promover saúde.

Palavras-chave: Avaliação. Assistência Integral à Saúde. Saúde Mental. Atenção Primária.

ABSTRACT

¹ Psicóloga, mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará – UFC, Campus Sobral. Professora substituta da Universidade Federal do Ceará – Campus Sobral. Brasil. Contato: (88) 3613-1663. E-mail: tribudiany@gmail.com

² Médico psiquiatra, professor Doutor do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Contato: (19) 3521-7206. E-mail: luisfernandotofoli@gmail.com

This article aimed to evaluate the Matrix Support (“Apoio Matricial”) for Mental Health in the Primary Health Care system of the city of Sobral, Ceará, Brazil through the perspective of Comprehensiveness (“Integralidade”). This particular research involved document analysis, systematic observation, interviews and focus groups. Interviews and focus groups included the voices of managers, professionals of local and multidisciplinary teams, matrix supporters, users and community of eight Family Health Care Centers. Categories of analysis emerged from the indicator “Perceptions about Comprehensiveness and Matrix Support”, through which we sought to understand the participants’ views about Comprehensiveness as well as the potential of Matrix Support for building a comprehensive mental health care in primary care. Matrix Support emerged in the discourses as an enabling factor for comprehensiveness through knowledge exchange and for an increase in professional autonomy and quality of care. Sobral’s form of organizing its network of care, presents itself as a viable strategy for the organization of mental health care in a comprehensive perspective that takes into account different actors and different ways of promoting health.

Keywords: Evaluation. Comprehensive Health Care. Mental Health. Primary Health Care.

1 INTRODUÇÃO

Coetâneo à Reforma Sanitária, o movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) configurou-se em uma crítica ao modelo manicomial, impulsionando modelos diferenciados de atenção e cuidado às pessoas com sofrimentos psíquicos. Este movimento de Reforma Psiquiátrica, de acordo com Alverga e Dimenstein (2005), não pode ser compreendido apenas como uma ação política de negação dos manicômios, mas de todo contexto sociocultural e de relações de poder que perpetuem a existência real ou imaginária da estrutura manicomial. Desse modo, essa crítica ultrapassa o aparato físico do manicômio, desdobrando-se em um questionamento acerca das práticas, saberes e valores construídos e caracterizados como mecanismos de controle social e de exclusão.

Considerando a RPB um processo histórico de reformulação crítica dos saberes e práticas que embasam as instituições psiquiátricas clássicas, Amarante (1998) a define

como um processo social complexo caracterizado por quatro dimensões: jurídico-política, epistemológica, técnico-assistencial e sociocultural, ou seja, um fenômeno que envolve diversos autores na relação entre Estado e Sociedade, sendo uma crítica ao paradigma da racionalidade científica e uma proposta de nova práxis para repensar às representações construídas socialmente em torno da loucura.

Para esse autor, o movimento da Reforma Psiquiátrica ocorreu a partir das denúncias de agressões e óbitos existentes nos hospitais psiquiátricos e possibilitou o surgimento do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). Este trouxe reivindicações dentro do movimento sanitário, enfocando a necessidade de constituição de uma rede extra-hospitalar e da multiprofissionalidade na Atenção Primária (DIMENSTEIN,1998).

A integração entre Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde (APS) é uma conquista dos movimentos de reforma Sanitária e Psiquiátrica que se constitui na possibilidade de encontro entre assistência interprofissional e Saúde Pública, proporcionando a construção de alternativas concretas para reformulação do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como outras formas de atuação que têm o sujeito e o seu território como objeto de trabalho e a integralidade como conceito norteador das práticas de cuidado à saúde.

A concepção de integralidade encontra-se presente na Política Nacional de Promoção da Saúde, no Pacto pela Saúde e na Política Nacional de Atenção Básica. Esta última foi revista na sua regulamentação de implantação e operacionalização pela portaria 2.488 de 2011 que traz em seus fundamentos a preocupação em efetivar o princípio da integralidade a partir da integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação; trabalho de forma interdisciplinar; cuidado integral; coordenação e longitudinalidade do cuidado na rede de serviços (BRASIL, 2011a).

A ideia de rede relacionada aos princípios de universalização do acesso e integralidade da assistência consolidou-se na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1987 através da Lei 8.080 de 1990. A portaria 2.488 de 2011 reafirma a importância da atenção em rede, determinando a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral. As RAS são definidas como arranjos organizacionais compostos por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, que se articulam de forma complementar e com base territorial, tendo a Atenção Primária como porta de entrada do sistema.

No âmbito das políticas públicas, a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas instituída pela portaria 3.088 de 2011, apresenta-se como oferta de serviços em uma rede integrada, articulada nos diferentes pontos de atenção (BRASIL, 2011b).

Campos (1999) propõe a construção de uma rede ampla de cuidados em saúde mental, através da interlocução entre os diversos equipamentos, de modo a tornar horizontais as especialidades e estas permearem todo o campo das equipes de saúde locais trocando saberes e estimulando a corresponsabilização pela produção do cuidado em saúde. Destarte, o autor pensa na criação de um arranjo organizacional contra-hegemônico, o Apoio Matricial.

A integralidade como princípio constitucional envolve outros conceitos, como universalidade e equidade, que traduzem os ideais da Reforma Sanitária. Alguns estudos apontam que, mesmo com os avanços obtidos pelos movimentos da Reforma Sanitária e Psiquiátrica e pela trajetória do SUS, os princípios desse Sistema ainda não são uma completa realidade nos serviços de saúde e a integralidade talvez seja, dentre os princípios, o menos evidente, revelando limites e obstáculos para sua concretização diante de um contexto fortemente marcado pela fragmentação dos modelos assistenciais (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004; MATTOS, 2004).

Pinheiro (2006) reassevera que só recentemente a integralidade vem sendo alvo de discussão no Brasil, sendo reduzido o número de estudos que buscam no âmbito micro institucional a avaliação desse princípio. A partir dessas constatações, os serviços de saúde mental, dentre eles o Apoio Matricial, constituem um desafio para a avaliação, dado o processo recente de incorporação desse arranjo na área de saúde mental e na APS, espaço na qual estão organizadas as respostas de cerca de 85% das necessidades de saúde das populações (ONOCKO CAMPOS; FURTADO, 2006). Dessa forma, a presente pesquisa reconheceu a relevância de avaliar o Apoio Matricial em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde de Sobral na perspectiva da integralidade.

Buscou-se responder as problematizações surgidas ao longo da pesquisa: qual é o entendimento acerca do conceito de integralidade por parte dos atores que estão na APS (gestores, profissionais e usuários)? Como o Apoio Matricial possibilita reformular os mecanismos de gestão, atenção e produção de novos sujeitos, trazendo contribuições no processo de gerir o cuidado à saúde mental na direção da integralidade no município de Sobral?

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Este trabalho, no intento de atingir os objetivos expostos, apresenta-se como uma pesquisa de natureza qualitativa (MINAYO, 1999), do tipo avaliativa (PINHEIRO; SILVA, 2008) e de caráter formativo (SANTOS FILHO, 2009). A avaliação que serve de base para esta pesquisa não está apoiada em uma concepção instrumental nem em uma atribuição de valor sem compromisso com métodos e fundamentação teórica, mas algo que se aproxima da concepção de avaliação

como um conjunto de procedimentos sistemáticos que busca dar visibilidade ao que é feito por referência ao que se pode e/ou se quer fazer com respeito ao interesse, efetividade, operacionalidade e qualidade de ação, tecnologia, serviços ou programas de saúde (AYRES, 2004, p. 585).

Essa ideia de valor vai além do julgamento sobre o mérito do conhecimento e requer a interação democrática entre avaliador, avaliado e o contexto no qual a avaliação se desenvolve, na relação entre demanda-oferta de cuidado a partir de uma atitude compreensiva para entender o conteúdo das conclusões e os processos de transformações, reconhecendo a potência formativa da avaliação como facilitador de processos de aprendizagens e com capacidade de produzir conhecimento e gerar novos valores.

Desse modo, a avaliação, que se propõe, transcende as tradicionais propostas de mensuração dos programas para voltar-se a uma pesquisa de cunho avaliativo que, admitindo diferentes autores em suas dimensões subjetivas e reconhecendo os conflitos nos jogos de subjetivação, escapa aos indicadores e expressões numéricas e traz conteúdos que se processam nas relações cotidianas entre os sujeitos e se expressam no seu fazer e nos seus discursos.

O lócus desse estudo foi o município de Sobral, sede da macrorregião e microrregião do norte do estado cearense. Este município apresenta importância para o estudo pela sua Reforma Sanitária a partir de 1997, momento que deslocou a tradicional assistência hospitalar para o território da APS, e pela reformulação do modelo de saúde mental, que tinha, por pelo menos duas décadas, o sistema manicomial, como a única

forma de assistência psiquiátrica, possibilitando a implantação em 2000 da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental (RAISM).

O estudo contemplou 8 (oito) Centros de Saúde da Família (CSF) - compostos por até 5 (cinco) equipes saúde da família (EqSF) - da zona urbana do município, escolhidos a partir de uma amostragem intencional e utilizando como critério a diversidade:

- **Apoiador matricial:** dois CSF de cada apoiador matricial
- **Localização:** CSF de diferentes bairros da zona urbana de Sobral
- **População cadastrada na Estratégia Saúde da Família (ESF):** CSF variando de 6.370 a 18.787 habitantes.

- **Composição da equipe:** CSF com 2 a 5 EqSF e com profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF)

A pesquisa foi desenvolvida em diversas etapas inter-relacionadas, envolvendo: análise documental, observação sistemática, entrevistas e grupos focais com atores implicados na operacionalização do Apoio Matricial de Saúde Mental em Sobral, sendo eles:

Grupo de Gestores: escolheu-se os que atualmente estavam na coordenação de Saúde Mental e na coordenação da Atenção Primária à Saúde, bem como todos os gerentes dos CSF da amostra.

Grupo de Profissionais de saúde dos CSF selecionados: optou-se por trabalhar com os apoiadores matriciais; profissionais das equipes saúde da família com maior tempo de serviço, possibilidade de participar da pesquisa e assiduidade nos momentos das Preceptorias de Psiquiatria; profissionais de diferentes categorias das equipes multiprofissionais da RMSF e NASF envolvidos nos momentos das assim chamadas Preceptorias de Psiquiatria.

As Preceptorias de Psiquiatria foram escolhidas como momentos de coletas de dados por serem, no município de Sobral, compreendidas como espaço de troca de saber entre a equipe interdisciplinar da APS e a equipe de Apoio Matricial da atenção secundária (proveniente da RAISM) a fim de discutir os casos mais complexos de saúde mental do território e propor intervenções (TÓFOLI; FORTES, 2005/2007).

Com os apoiadores matriciais foi realizado um grupo focal separado, pois se percebeu em estudo anterior (SOUSA; TÓFOLI, 2010) que a equipe local não se sentia confortável em fazer algumas considerações com a presença dos apoiadores.

Grupo de Agentes comunitários de saúde (ACS) e Usuários dos CSF selecionados:

Em relação aos usuários, utilizou-se como critério de inclusão os que tivessem uma demanda por cuidado complexo, ou seja, que envolvesse profissionais de diferentes níveis de atenção e tivessem participado das Preceptorias. Como critérios de exclusão não foram entrevistados usuários que apresentassem dificuldades emocionais e cognitivas que impossibilitassem a participação.

Os ACS incluídos foram os indicados pela equipe - sendo um de cada CSF - que tivessem mais tempo no serviço e participando das ações de saúde mental.

Quadro 1 – Sistematização dos grupos e sujeitos da pesquisa.

Grupos pesquisados	Sujeitos	Crítérios de escolha	Número de participantes	Procedimento de coleta
Grupo de Gestores	Coordenadores (coordenador da Saúde Mental e da Atenção Primária à Saúde)	Ocupantes atuais do cargo de coordenação	2	Entrevistas individuais
	Gerentes	Gerentes de todos os CSF escolhidos	8	Grupo focal
Grupo de Profissionais de saúde	Apoiadores matriciais	Apoiadores dos CSF	8	Grupo focal
	Equipe Local	Envolvimento nas ações de Apoio Matricial	18 enfermeiros 5 médicos	Grupo focal com cada equipe dos CSF escolhidos envolvendo equipe local e multiprofissional
			Maior tempo de serviço	
	Equipes Multiprofissionais (RMSF e NASF)	Envolvimento nas ações de Apoio Matricial	3 psicólogas (RMSF) 1 educadora física (RMSF) 1 terapeuta ocupacional (RMSF) 1 assistente social	

			(RMSF) 1 terapeuta ocupacional (NASF) 3 psicólogas (NASF)	
Grupo de ACS e Usuários	ACS	Indicados pela equipe	8 ACS	Entrevistas individuais
		Envolvimento nas ações de Apoio Matricial		
		Maior tempo de serviço		
	Usuários	Atendidos por diferentes níveis de atenção	8 usuários	
		Participação na preceptorial		
		Condições emocionais e cognitivas para participar da entrevista		

Fonte: Sousa, 2012.

Foi utilizada a técnica de anotações de campo para registro das observações sistemáticas dos momentos de Preceptorias de Psiquiatria dos CSF selecionados e Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.6, n.13, p.47-70, 2014.

análise documental onde foram anotados os fatos ocorridos objetivando análise das formas de acolhimento, tipo de demanda, encaminhamentos, relações de poder, formas de interações com incentivo a participação e ao diálogo.

A partir do indicador **Percepções sobre integralidade e Apoio Matricial** buscou-se através dos tópicos norteadores das entrevistas e grupos focais a compreensão dos participantes acerca da Integralidade e as potencialidades do Apoio Matricial para um cuidado integral à saúde mental na APS.

Para o tratamento dos dados considerou o objeto de análise como práxis social, e o sentido buscado foi a afirmação ético-política do pensamento, dada pela articulação do discurso com a observação das condutas e a análise das instituições de onde se fala. Esta análise consistiu de duas fases: uma exploratória e uma interpretativa, operacionalizadas nas seguintes etapas: ordenação dos dados, classificação de dados, análise e relatório (MINAYO, 1999).

Como o estudo envolveu seres humanos, obedeceu aos preceitos éticos da pesquisa pautado na **Resolução nº 196/96** do Conselho Nacional de Saúde com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE (0061.0.039.040-11).

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 Concepções de Integralidade

Há continuidades e descontinuidades nas concepções de integralidade engendradas nas falas. Este termo utilizado para balizar a pesquisa na elaboração das demais categorias é, como afirmam Medina et al. (2010) para os objetos de investigação científica, um constructo da realidade passível de modelagem, ou seja, de movimentos, tendo por referência uma construção teórica. Sendo assim, foi realizado um percurso pela rede de percepções sobre a integralidade dos gestores, trabalhadores e usuários, no intento de olhar os movimentos dessa categoria conceitual na modelagem do conceito de Apoio Matricial em Saúde Mental na APS.

A integralidade aparece como possuindo um caráter polissêmico, sendo referida como um **conceito abrangente**, para o qual convergem diversos sentidos relacionados a diferentes compreensões de sujeito e de mundo. Desse modo, definir integralidade é uma tarefa difícil, que realmente depende do contexto de onde provêm os discursos, não sendo seu significado algo pré-estabelecido.

Tem tantos sentidos, pra mim, integralidade é integrar, juntar as pessoas, eu acho muito extenso o sentido de integralidade (ACS).

A percepção da integralidade como sinônimo de **cuidar do indivíduo como um todo** em seus diferentes aspectos representou cerca de uma em cada cinco concepções. Este sentido refere-se a acolher humanamente, o que implica ouvir e fornecer respostas mais adequadas. Também envolve se vincular e considerar o sujeito além de sua doença, reconhecendo o contexto em que está inserido, assim como as condições de saúde relacionadas a diversos aspectos como moradia, ambiente familiar, renda, educação entre outros.

Esta compreensão também abarca as definições de integralidade como sendo a compreensão do sujeito visto como um todo dentro de uma totalidade, portanto, corpo, mente, sentimento, raciocínio, sociedade, comunidade.

É a visão holística do paciente, não só no aspecto social, mas também econômico, educacional, financeiro. É enxergar aquela pessoa como um todo que tem vários problemas, e por ter vários problemas, só um profissional não consegue resolver, ele precisa da integralidade da equipe e da intersectorialidade, pois cada profissional não deve trabalhar sozinho em cada caixinha, todos têm que juntar conhecimentos, habilidades em prol da melhoria da qualidade daquele paciente. A comunicação é necessária porque facilita o trabalho integral (ENFERMEIRA).

O sentido da integralidade como sinônimo de **soma de saberes e fazeres** foi o segundo mais referido, representando quase um terço das concepções, desvelando que essa noção é compreendida como a importância dos distintos profissionais que compõem as equipes em compartilharem seu núcleo de conhecimento no sentido de tornar o atendimento mais integral, ou seja, mais completo e resolutivo. A este sentido, interliga-se o de **responsabilização e comunicação**.

Cada detalhe, eles cuidam, porque é uma responsabilidade muito grande, porque é uma medicação séria, um tratamento sério. E o médico observa cada detalhe, as enfermeiras ficam acompanhando, a psicóloga também. Eu acho que é um cuidado muito grande que eles têm com o paciente (USUÁRIA).

O saber do usuário e de sua família é colocado em uma das falas como sendo importante nesta compreensão de integração.

Integração da gente com o paciente, PSF com o paciente, o médico com o paciente, um conjunto com todos (ENFERMEIRA).

Integração de todas as pessoas que fazem parte da saúde. Todos integrados pelo mesmo objetivo. Todos em prol da saúde mental. Não só o psicólogo, mas todos os profissionais. Hoje nós temos mais entendimento. Antes a gente trabalhava sozinha, hoje a gente tem o psicólogo, a massagista, a assistente social, educadora física (ACS).

Essa discussão perpassa diferentes categorias, e todo mundo se envolve e vai puxando temas diferenciados, além do diagnóstico. Ela já nasce com esta proposta mais holísticas. Ver, analisar, avaliar os casos, não fica só o psicólogo, mas diversos olhares contribuem (PSICÓLOGA RESIDENTE).

Três compreensões de integralidade apresentaram-se também presentes: integralidade como princípio do SUS, como conceito amplo de saúde e como sinônimo de intersetorialidade.

Como **princípio do SUS**, além de referirem ao atendimento integral, ressaltam a prioridade da integração entre as ações de promoção da saúde, assistência, reabilitação na garantia que o usuário tenha todas as suas necessidades atendidas, cuidado continuado e atendimento de todas as necessidades.

Sendo a **continuidade do cuidado** e o **atendimento de todas as necessidades** também unidades de sentido apresentadas nos discursos como sinônimo de integralidade. Esta compreensão de integralidade, como acesso a todos os níveis de atenção, remete à Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/90), alterada posteriormente pelo Decreto nº 7.508 (BRASIL, 2011c).

A gente tem a mania de dividir, separar as coisas: atenção primária, atenção secundária e atenção terciária. Quando a gente fala de atenção primária, a gente fala de unidade, unidade de saúde. Vem desde o saúde da família até o CAPS, na verdade (APOIADOR MATRICIAL).

Integralidade é um princípio do SUS que teoricamente é para funcionar, que é uma questão de atender o paciente em todas as suas necessidades e haver uma integração do posto com a preceptoria e o nível secundário e terciário (MÉDICA).

Integral, o tempo todo, ficar sendo acompanhado sempre (ACS)

Não só aquele clichê que é ver o indivíduo como um todo, mas tentar suprir todas as necessidades que se apresentam no momento. Então como eu vou suprir isso a partir da atenção primária. Por isso que uma gestão adota atenção primária como organizadora do seu sistema e faz com que ela tenha comunicação com as diversas redes assistenciais, diversos equipamentos para forma a rede (GESTORA).

Integralidade como **conceito ampliado de saúde** traz uma compreensão do processo saúde e doença como sendo multideterminado, e, a partir dessa ideia, surge o entendimento que promover saúde envolve outros setores para além da saúde, o que traz a noção de **intersectorialidade**, mas também a de **articulação**, pois não é só reconhecer a importância da existência desses âmbitos, mas sua articulação para resolutividade dos problemas de saúde.

Alcançar a integralidade, que é um dos princípios que regem o SUS no contexto da Reforma Sanitária, da Reforma Psiquiátrica, não é algo fácil, é algo complexo. Eu entendo por integralidade uma prática onde os serviços de atenção, não só a saúde, estão se articulando, como eles estão se comunicando, de uma forma que se possa pensar no melhor pra aquele usuário. Então esta integralidade, ela demanda um necessidade permanente de uma busca por integração dos diversos serviços que compõem a rede, eu não digo só a rede de Saúde Mental, mas a rede assistencial. É importante que o trabalhador de saúde tenha o entendimento que o usuário não é do CAPS, CAPS AD, somente do hospital, ele está no sistema de saúde e precisa ser assistido de maneira ampla. Antes dele ter um transtorno mental ele é uma pessoa, ser humano e precisa ser assistido de maneira integrada (GESTORA).

Quando se fala em integralidade no sentido de satisfação de todas as necessidades ou de uma abordagem que dê conta de toda a complexidade do processo saúde e doença de um indivíduo ou de uma coletividade, torna-se esse termo complexo e de difícil concretude. Destarte, algumas das falas sobre integralidade foram antecipadas

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.6, n.13, p.47-70, 2014.

por suspiros, pausas mais longas, comentários que revelavam o quanto era difícil acreditar que esta categoria conceitual fosse também vista como operatória. A maioria saiu com um discurso já pronto, e somente as colocações de um profissional da equipe multiprofissional do NASF e outra de um residente da RMSF, apontaram a integralidade como uma **meta difícil ou impossível de se alcançar**.

Quando você pergunta sobre integralidade e todo mundo suspira é porque é muito complexo, utópico atingir essa integralidade, como é complexa a tarefa de se trabalhar ancorado na interdisciplinaridade. A gente fala muito em interdisciplinaridade, mas existe uma dificuldade da própria equipe, do próprio profissional se desterritorializar. Eu vejo que há uma territorialização muito forte, então eu fico aqui no meu casulo, na minha salinha (PSICÓLOGA NASF).

Na real, pra mim, eu tenho ficado meio em crise com a integralidade, porque é muito utópica no sistema que a gente tá, a gente não consegue, pois vem de uma cultura segmentada em que a gente ver o paciente mental, o paciente GO, o paciente dentário, então é muito complicado a gente oferecer esta integralidade como está colocado (ENFERMEIRA RESIDENTE).

A visão da integralidade como utopia, além de surgir nesse contexto de fragmentação de saberes e fazeres, também está relacionada a uma dificuldade epistemológica e operacional que a aplicação dos conceitos abrangentes - como é o caso dos termos interdisciplinaridade, integralidade dentre outros - promove. Esses conceitos não são universais, mas processos singulares, de objetivação e de subjetivação, processos imanentes da linguagem que trazem, a depender do tempo, novas enunciações.

A compreensão da integralidade como abordagem ampla e pluridimensional leva os profissionais a acreditarem na possibilidade de darem conta de uma abordagem completa da saúde individual e coletiva. A não concretização dessa possibilidade produz angústia desses profissionais, bem como uma visão de integralidade como utopia criada pelo SUS. Mattos (2004) expõe que integralidade não se trata de uma postura holística, de apreender tudo, mas de uma negociação entre diferentes saberes.

Desse modo, há de se questionar o próprio conceito de integralidade, pois eis que este pressuposto se coloca como um problema epistemológico para a racionalidade ocidental. Esta apresenta uma cosmologia de caráter analítico e um pensamento metódico, experimental, científico e objetivo discutida por Tesser e Luz (2008).

Percebe-se que essa racionalidade segue até hoje permeando os discursos e as práticas de diferentes categorias, marcadas por uma clínica na busca da padronização do processo saúde-doença e por um modelo de formação profissional. Além do mais, de gestão e de organização dentro de práticas de cuidado que fragmentam o sujeito. Logo, o trabalho integrado entre os serviços, ações e saberes profissionais torna-se um dos maiores desafios.

Isso não se coloca como um “beco sem saída”, mas como campo de possibilidade. De acordo com Tesser e Luz (2008), a integralidade é potencializada na APS a partir da prática clínica e do trabalho das equipes multiprofissionais, pois este nível de atenção está na melhor posição para interpretar as demandas, para o acompanhamento continuado das pessoas e para entrar em contato com diferentes perspectivas e interesse presentes nos territórios.

Desse modo, a integralidade constitui-se dentro da racionalidade biomédica, mas também se coloca como um tensionamento a ela, sendo contra-hegemônica à ideia de um saber que fragmenta o sujeito doente e que centra sua ação na busca excessiva pela cura e na utilização de cuidados especializados e medicamentosos.

3.2 Apoio Matricial e Integralidade na APS

O **Apoio Matricial aparece nas falas como possibilidade de integralidade** pela escuta de diferentes profissionais, pelo intercâmbio de saberes e níveis de atenção. Também a visão do usuário de forma integral, a desmistificação da saúde mental, o desenvolvimento de competências técnicas e maior segurança quanto à avaliação de risco e distinção dos recursos terapêuticos específicos. Soma-se a isso o ganho de autonomia dos profissionais em relação ao acompanhamento e dos usuários em relação ao seu cuidado.

Eu gosto muito, porque demora muito, conversa muito, pergunta muito o que a gente sente. Fica muita gente, mas eles dão atenção,

ficam conversando com a gente. Mesmo que tenha muita gente, eles dão atenção (USUÁRIA).

[O matriciamento] possibilita com que haja uma interação entre o profissional da área especializada e da atenção primária. Esse encontro por si só, ao meu ver, é importante para que se comece a desmistificar que saúde mental tem que deixar a cargo do especialista. O matriciamento pode se configurar como organizador da demanda de saúde mental de um determinado território e é um eixo que pode contribuir bastante para integralidade do cuidado. Eu vejo o matriciamento com uma ferramenta, como um dispositivo fundamental para promover esta integração do serviço especializado com a atenção primária (GESTORA).

E o matriciamento teria essa função de estimular, sensibilizar que os profissionais da atenção primária vejam o paciente de uma forma integral, de que veja não só o órgão que está doente, mas o sujeito como todo que está em sofrimento. O espaço do matriciamento é uma forma de estimular uma visão integral, e quebrar a lógica, que exatamente é a maior dificuldade que nós temos, a lógica de separar – se tá chorando, vamos encaminhar para o psicólogo (APOIO MATRICIAL).

Agora a gente não pode esquecer o potencial enorme que a tecnologia tem, um coisa que propõe um link entre atenção primária e secundária, que propõe a disseminação do conhecimento acerca da saúde mental pros profissionais e um empoderamento do paciente (ENFERMEIRO).

O Apoio Matricial aponta para um trabalho de atenção à saúde mental que deve extrapolar as barreiras das especialidades e os muros dos consultórios, sendo um campo transversal, tecido no diálogo entre os diferentes núcleos de saberes e presente no campo de responsabilidade de todos os profissionais de saúde facilitado pela configuração da Clínica Ampliada.

A Clínica Ampliada segundo Campos (2003) desloca o cuidado da doença para o sujeito, vislumbrando a integralidade. Para este autor a clínica empobrece à medida que foca na doença, estreitando as demais dimensões da existência e esvaziando o sujeito do seu contexto e dos seus potenciais de vida. A Clínica Ampliada inclui o próprio sujeito dentro do seu contexto com suas formas de adoecimento e com suas formas de promover saúde. Esta noção também traz os conceitos de Campo e Núcleo de saberes e de responsabilidades, articulando a especialização com a interdisciplinaridade.

O autor supracitado entrelaça a ontologia da doença e a fenomenologia do sujeito doente como garantia da ampliação do objeto de trabalho da clínica, considerando fundamental conhecer o processo saúde-doença-cuidado, a singularidade de cada caso e a escuta de todos que estão envolvidos neste processo (profissionais-usuários-famílias), favorecendo a troca de informações e a construção coletiva dos projetos terapêuticos singulares.

Esta Clínica Ampliada na APS apresenta-se como um desafio, pois o fazer na APS traz uma sensação de desconcerto, solicitando uma dilatação do campo da saúde mental e uma reterritorialização dos saberes e das práticas.

Quando os trabalhadores de saúde percebem o usuário nessa Clínica Ampliada como sujeito situado em determinado contexto sócio-histórico, que apresenta também uma dimensão coletiva e é responsável pelo seu cuidado em saúde, essa visão implicará em uma transformação individual e coletiva do mesmo e constituirá processos com repercussão na atenção à saúde mental para além do indivíduo.

A proposta do Apoio Matricial vem ajudando nas inquietações acerca do profissional na APS que o coloca dentro de um processo de se repensar e se refazer.

No processo de territorialização do território dá-se uma territorialização da categoria, no caso trazido nesta vivência que parte de um planejamento participativo do campo e do núcleo. Funcionando na lógica do Apoio Matricial, o NASF vai se reconstruindo (PSICÓLOGA NASF).

O Apoio Matricial é um saber matriz, um processo de cuidado do sujeito centrado na relação. Para isso é importante uma mudança de lócus, do olhar que sai do consultório para o território convidando a outras práticas. Ele nos faz se perguntar como se dá a relação dos

afetos entre diferentes profissionais e deles com os usuários. Aí nos perguntamos “o que é atender o indivíduo”, “o que é atender junto?”. Sei que muito pouco é dito sobre o Apoio Matricial, mas muito mais vem sendo construído, reconstruído, desdobrando-se em possibilidades (PSICÓLOGA RESIDENTE).

O Apoio Matricial impulsiona o núcleo e o campo a se reconfigurarem no trabalho em equipe, pelas perguntas o que é de um? O que é do outro? O que é nosso? E estas perguntas produzem o novo na busca de uma ampliação do olhar. Como coloca uma psicóloga residente: *Integralidade não é cada um de nós, é a rede inteira. Rede que se modifica para acolher.*

Além de construção de conhecimento e fazeres, o Apoio Matricial também produz mudança no lugar do trabalhador, provocando um movimento entre o instituído e o instituinte a partir do reconhecimento das fronteiras e das suas porosidades. Na tentativa de superar, na rede primária de saúde, a lógica centrada no encaminhamento ao especialista, o Apoio Matricial tensiona a incorporação na prática clínica do princípio da atenção integral ao sujeito por meio do vínculo entre equipes e usuários.

Desse modo, os modelos que se baseiam no estabelecimento de estruturas em rede devem articular as múltiplas dimensões fragmentadas, estabelecendo elos, “nós” entre diferentes níveis de atenção, diferentes dimensões dos usuários, diferentes perspectivas e, entre subjetividade, gestão e atenção em saúde.

Diante do território, espaço no qual se realiza a vida coletiva e lugar da coexistência do diverso, estar-se diante de possibilidades latentes que demanda do profissional de saúde um olhar atento e um desejo de *experenciamento*. Para *experenciar* é importante considerar que a vida que pulsa no território é cheia de surpresas e imprevistos que se abre para a novidade e para a criação de outras relações, de outras demandas e de outras práticas. O território, como diz Santos (2004), não é apenas um espaço geográfico, mas um lugar filosófico no qual coexistem forças contraditórias e onde se encarnam os devires. Essas diversidades de forças não são para serem *mesmificadas*, encrudecidas, anestesiadas, mas percebidas e vividas como possibilidades de movimento, de criação e de desterritorialização.

É preciso tomar as precauções e não cair no fascínio da desterritorialização, tomando esta como uma finalidade em si mesma, pois, como colocam Guatarri e Rolnik

(2005, p. 342) *podemos desprovidos de território, nos fragilizarmos e até desmanchar irremediavelmente.*

É preciso trabalhar os processos de desconstruções articulados aos de construções de novos jeitos de viver, novos fluxos de forças, novos modos da vida, expandir e de reorganizar os territórios existenciais, o que implica em um trabalho de reterritorialização. Para isso é preciso não temer o que é inerente a vida: o movimento. Deixar o corpo vibrar e se envolver de modo indizível com os sons de cada território. Entregar-se de corpo e pés.

Dessa forma, em presença desses diversos mundos, sons, afetos, desejos, linhas de aprisionamento e linhas de fuga, pensa-se que existem e podem ser construídas novas estratégias de atuação na promoção do cuidado integral à saúde mental na APS. Assim, a integralidade vai “tomando corpo” – e um corpo em movimentos – a partir da organização dos serviços; da resolubilidade da equipe e das ações; das discussões permanentes; do trabalho interdisciplinar; das estratégias de melhoria da acessibilidade, vínculo e da responsabilização, bem como, por meio da democratização da gestão do cuidado pela participação dos usuários como sujeito a ser acompanhado e respeitado em suas demandas e necessidades (FRANCO *et al.*, 1999; GOMES; PINHEIRO, 2005; PINHEIRO, 2006).

Ações que levem em conta as necessidades dos indivíduos e o contexto no qual eles estão inseridos, pois pensar a integralidade é refletir sobre novas possibilidades para a inserção da saúde mental na APS e para o seu o movimento de inversão do modelo biomédico, fortalecendo a Clínica Ampliada.

A ideia de integralidade que embasa esta pesquisa está associada às práticas de gestão e atenção que pode ser materializada no âmbito microinstitucional através de tecnologias participativas e reorganizadoras dos serviços de saúde baseadas na horizontalização das relações com abertura para o diálogo.

Não me deterei à mera definição constitucional do termo, presente de forma sonora em muitos dos textos lidos, mas a ideia de Integralidade como diretriz política, defendida por Mattos (2006) como "bandeira de luta", parte de uma "imagem-objetivo", como valor. Este sentido indicar não o que "existe", mas o que se almeja superar, uma direção, um elemento balizador ético e político, o que é da ordem do movimento, do devir. Uma categoria teórica repleta de emoção e de motivação, mas também uma categoria operatória que só ganha existência em si a partir da ação, já que, só é possível atribuir valor no momento em que se age.

3.3 Limitações do estudo

Em resposta à realidade analisada, percebe-se uma necessidade de revisão dos conhecimentos e tecnologias da atenção, no caso do Apoio Matricial em Saúde Mental, por estarem marcadas pela tensão visível e permanente entre integração e segmentação, centralização e descentralização, favorecendo uma construção híbrida de discursos e práticas acerca da integralidade nas ações de saúde mental.

Entre dificuldades destacadas, existe como um desafio do Apoio Matricial em Saúde Mental em Sobral, o agenciamento das formas de inserção do usuário na construção do seu projeto terapêutico, pois há uma fragilidade em considerar a participação desses atores como sujeitos do processo de produção do cuidado, bem como de trabalhar aspectos pedagógicos e assistencial que ampliem sua capacidade de interferir, negociar, lutar e modificar as estratégias de cuidado.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dessas compreensões, revela-se que existiu um compromisso dessa pesquisa em avaliar o Apoio Matricial em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde de Sobral na perspectiva da integralidade, trazendo os vários sentidos das categorias conceituais Integralidade e Apoio Matricial, bem como de construir uma rede de significados por diferentes autores que estão na APS de Sobral.

Na construção das unidades de sentido, a partir da análise das falas e visões de diferentes autores envolvidos no processo de Apoio Matricial (vozes e olhares por vezes esquecidos), foram abertos, nesta pesquisa, caminhos para reflexões em meio ao turbilhão, indo na perspectiva de um futuro que inicia no aqui e agora através de perspectivas e pela consideração dos saberes.

A Saúde Mental e a Atenção Primária surgem nas falas como marcados ainda por fortes resquícios de um modelo assistencial biomédico calcado na lógica da fragmentação do cuidado. Sendo o Apoio Matricial em Saúde Mental na APS além de uma proposta, um desafio. Uma proposta de integração entre Saúde Mental e a APS, e um desafio de desconstruir conceitos e práticas baseadas na fragmentação do trabalho a partir da articulação de diferentes racionalidades.

O Apoio Matricial na APS é reconhecido como um espaço privilegiado de integração dos serviços e ações de saúde que aproxima o cuidado da vida dos sujeitos, constituindo-se estratégico para modificação dos processos de trabalho, não somente centrado no médico, mas em todos os profissionais atuando de forma interdisciplinar.

O Apoio Matricial pode ser visto como possibilidade de integralidade já que facilita o intercâmbio de saberes, desenvolvimento de competências técnicas e relacionais, distinção dos recursos terapêuticos específicos, ganho de autonomia dos profissionais em relação ao acompanhamento e dos usuários com relação ao seu cuidado, o que tensiona o modelo assistencial hegemônico, fortemente marcado pela superespecialização e fragmentação do trabalho.

No entanto, o Apoio Matricial aparece como possibilidade de materialização quando se trata de territorializar, desterritorializar e reterritorializar toda a lógica da racionalidade no qual se constitui, valorizando uma possibilidade de composição das diferenças, de tradução que resulte em cuidado prudente, democrático e emancipatório que contemple a gestão, atenção e a produção de novas linhas de subjetividade, superando os reducionismos e incluindo as diversas vozes.

Logo, para o fortalecimento e sustentabilidade do Apoio Matricial há de se buscar o funcionamento das redes de serviços e a co-responsabilidade entre gestão-atenção-formação, assim como entre gestores-profissionais e usuários, de modo que impulse ações de intervenções, nos diferentes contextos, pelo reconhecimento da possibilidade de um cuidado integral, permitindo que o sujeito deslinde e localize os fios que foram sendo deixados ao longo da caminhada dessa pesquisa, para retomá-los e construir posturas propositivas no cotidiano.

Este estudo traz a perspectiva de parte dos atores desse campo complexo de encontros, e, espera-se que auxilie na construção de novas práticas de cuidado em Saúde Mental na APS amistosas à integralidade, como a incorporação dos usuários, trabalhadores e gestores como sujeitos de mudança, para que se rearticulem a dimensões da gestão, atenção e produção de subjetividade. Pois é na gestão e na atenção que se constrói esta ou aquela subjetividade, de sujeitos autônomos ou sujeitados. Há de se fazer um movimento na forma de se fazer clínica, de gerir e distribuir poder.

REFERÊNCIAS

ALVERGA, Alex Reinecke; DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. A loucura interrompida nas malhas da subjetividade. In: AMARANTE, Paulo (Org.). *Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial 2*. Rio de Janeiro: NAU, 2005.

AMARANTE, Paulo (Org.) *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AYRES, José Ricardo. Norma e formação: horizontes filosóficos para a prática de avaliação no contexto da promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 9, n. 3, p. 583-591, 2004. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0509.pdf>>. Acesso em 4 março de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF, 2011a.

_____. 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, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. *Decreto nº 7.508, de 28 de julho*. Brasília, DF, 2011c.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.4, n. 2, p. 393-403, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>>. Acesso em 19 março de 2011.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação. *Estudos em Psicologia*, v. 3, n. 1, p. 53-81, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v3n1/a04v03n1.pdf>>. Acesso em 19 março de 2011.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. *O acolhimento e os processos de trabalho em saúde*: Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.2, n.15, p.345-53, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>>. Acesso em 15 janeiro de 2012.

GOMES, Marcia Contância Pinto Aderne; PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.17, p.287-301, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a06.pdf>>. Acesso em 19 abril de 2011.

GUATTARI, Felix; ROLNIK, Suely. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar uma implantação de um "Sistema sem muros". *Cad. Saúde Pública[online]*, vol.20, suppl.2, p. S331-S336, 2004..Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 de jan. 2012.

MATTOS, Rubens Araújo. A integralidade na prática (ou a prática da integralidade). *CadSaúde Pública*, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set-out, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>>. Acesso em 05 de janeiro de 2012.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merece ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni.; MATTOS, Rubens Araújo. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, ABRASCO, 2006, p. 41-66.

MEDINA, Maria Guadalupe et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; VIERA DA SILVA, Ligia Maria (Orgs.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 3ª reimpressão, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1999.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. *Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde*. *Cad. Saúde Pública*, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 abril de 2011.

PINHEIRO, Roseni. *As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade*. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens Araújo. (Orgs). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2006.

PINHEIRO, Roseni; SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde: uma proposta para estudos de processos avaliativos na Atenção Básica. In: PINHEIRO, Roseni.; SILVA, JUNIOR, Aluisio Gomes; MATTOS, Rubens Araújo (Orgs). *Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa. *Avaliação e humanização em saúde: aproximações metodológicas*. Rio Grande do Sul: Ijuí, 2009.

SANTOS, Milton. *Territórios e sociedade: entrevista com Milton Santos*. 2. ed. São Paulo, Fundação Perseu Abramo, 2004.

SOUSA, Maria Lidiany Tributino; TÓFOLI, Luís Fernando. *Apoio matricial em saúde mental: a perspectiva dos residentes da Equipe Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral (CE)*. Monografia (Especialização com Caráter de Residência Multiprofissional em Saúde da Família) - Universidade Estadual do Vale do Acaraú. Sobral, 2010.

SOUSA, Maria Lidiany Tributino; TÓFOLI, Luís Fernando. *Gestão, atenção e subjetividade em saúde mental: avaliando a Integralidade do Apoio Matricial na Atenção Primária à Saúde de Sobral*. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Federal do Ceará. Sobral, 2012.

TESSER, Charles Dalcanale; LUZ, Madel Terezinha. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 1, p. 195-206, jan/fev 2008.

TÓFOLI, Luís Fernando; FORTES, Sandra. O apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência. *Sanare (Sobral)*, v.6, n.2, p.34-42, jul./dez. 2005/2007