

MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL: OBSTÁCULOS, CAMINHOS E RESULTADOS

*Rafael Camilo Gonçalves
Rodrigo Sanches Peres*

Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-MG, Brasil

RESUMO

Este estudo objetivou, por meio de uma revisão integrativa da literatura, estabelecer um panorama da produção científica brasileira sobre o matriciamento em saúde mental, com foco na articulação entre a atenção primária e os CAPSs. Para tanto, foram consultadas as bases de dados PePSIC e SciELO-Brasil. As referências selecionadas foram avaliadas independentemente de acordo com um conjunto de dimensões. O *corpus* foi constituído por 16 referências, tendo-se observado a predominância de estudos empíricos, qualitativos e voltados à implementação ou ao funcionamento do matriciamento. Verificou-se que o matriciamento pode contribuir de diferentes maneiras para a qualificação da assistência em saúde mental, mas ainda há uma série de obstáculos, alguns mais evidentes e outros mais velados, a serem transpostos nesta direção.

Palavras-chave: saúde mental; apoio matricial; Centro de Atenção Psicossocial; serviços de saúde pública; revisão de literatura.

MATRIX SUPPORT IN MENTAL HEALTH: OBSTACLES, PATHS AND RESULTS

ABSTRACT

This study aimed, through an integrative review of the literature, establish an overview of the Brazilian scientific production about matrix support in mental health, focusing on the articulation between primary care and CAPSs. For that much, PePSIC and SciELO-Brasil databases were consulted. The selected references were evaluated independently according to a set of dimensions. The *corpus* was constituted by 16 references, noting the majority of empiric and qualitative studies, directing at the implementation or the functioning of the matrix support. It has been found that matriciation can contribute in different ways to the qualification of mental health care, but there are still a number of obstacles, some more evident and others more veiled, to be transposed in this direction.

Keywords: mental health; matrix support; center for psychosocial care; public health services; literature review.

APOYO “MATRICIAL” EN SALUD MENTAL: OBSTÁCULOS, CAMINOS Y RESULTADOS

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo, por medio de una revisión integrativa de la literatura, establecer un panorama de la producción científica brasileña sobre el apoyo “matricial” en salud mental, con foco en la articulación entre la atención primaria y los CAPSs. Para eso, fueron consultadas las bases de datos PePSIC y SciELO-Brasil. Las referencias seleccionadas fueron evaluadas independientemente de acuerdo con un conjunto de dimensiones. El *corpus* fue constituido por 16 referencias, se observó el predominio de estudios empíricos, cualitativos y orientados para la implementación o al funcionamiento del apoyo “matricial”. Se ha comprobado que el apoyo “matricial” puede contribuir de diferentes maneras para la cualificación de la asistencia en salud mental, pero todavía hay una serie de obstáculos, algunos más evidentes y otros más velados, a ser transpuestos en esta dirección.

Palabras clave: salud mental; apoyo “matricial”; Centro de Atención Psicosocial; servicios de salud pública; revisión de literatura.

Antes da promulgação da Constituição da República de 1988 e da subsequente criação do Sistema Único de Saúde (SUS), havia um clamor popular pela melhoria da assistência em saúde oferecida pelo Estado. Neste contexto de reivindicações, se instalou uma severa crise na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) devido a várias denúncias direcionadas a hospitais psiquiátricos públicos. Como consequência, emergiu, em 1978, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). Inspirada em experiências internacionais de desinstitucionalização, tal iniciativa passou a questionar o modelo asilar de tratamento oferecido até então como única opção às pessoas em sofrimento psíquico, de forma que pode ser considerada precursora da chamada Reforma Psiquiátrica Brasileira (Barbosa, Costa, & Moreno, 2012) e da fundação, por ela promovida, do cuidado psicossocial como paradigma em saúde mental (Yasui, Luzio, & Amarante, 2016).

Outrossim, a I Conferência de Saúde Mental e o II Encontro de Trabalhadores de Saúde Mental, ambos realizados em 1987, também foram decisivos para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Os referidos eventos contaram com a participação de intelectuais de várias áreas, em sua maioria profissionais de saúde não-médicos, que elaboraram uma pauta de diretrizes em prol de uma assistência em saúde mental mais próxima da comunidade, como salienta Ferreira Neto (2010). Porém, a Reforma Psiquiátrica Brasileira somente se traduziu em legislação em 2001, por meio da promulgação da Lei nº 10.216/2001 (Brasil, 2001), a qual acompanhou a ampliação do Programa de Saúde da Família (PSF) executada à época. Este segundo processo, por sua vez, buscava reorientar o fluxo assistencial do SUS, conferindo centralidade à atenção primária, e contribuiu para a posterior reorganização da assistência em saúde mental a partir da implementação do matriciamento, ou apoio matricial, como será discutido adiante.

Igualmente foi essencial para a Reforma Psiquiátrica Brasileira a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em 1987, na cidade de São Paulo, o qual é apontado como um marco prático do início da reversão do modelo manicomial

no país (Hirdes, 2009). Contudo, os serviços de saúde mental desta natureza, concebidos como substitutivos em relação aos hospitais psiquiátricos, foram originalmente regulamentados apenas em 1992, por meio da Portaria nº 224/1992, que os caracterizou como “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (Brasil, 1992, p. 1).

Posteriormente, a regulamentação dos serviços de saúde mental substitutivos em relação aos hospitais psiquiátricos foi revisada pela Portaria nº 336/2002, que reconheceu a funcionalidade dos CAPSs no tocante ao atendimento às pessoas em sofrimento psíquico no território, propiciando cuidados clínicos e reabilitação psicossocial, bem como promovendo a cidadania das mesmas e de seus familiares (Brasil, 2002). Logo, os CAPSs podem ser compreendidos como serviços de saúde mental abertos e comunitários, que operam como lugar de referência para pessoas acometidas por variados transtornos mentais (Ministério da Saúde, 2004). Ademais, visam à reinserção social de seus usuários através do acesso ao trabalho e ao lazer e do fortalecimento dos laços com a família e com a comunidade, constituindo, destarte, um pilar da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Matheus et al., 2008). Por essa razão, as ações desenvolvidas pelos CAPSs podem, muitas vezes, ultrapassar suas estruturas físicas, e incluir equipamentos intersetoriais capazes de potencializá-las.

Neste sentido, os CAPSs, como salientam Lancetti e Amarante (2012), devem dialogar com toda a rede de saúde e buscar aproximações com as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), particularmente com aquelas que funcionam de acordo com a Estratégia Saúde da Família (ESF), como atualmente é denominado o PSF. Ou seja, a gama de ações em saúde mental precisa ser tão diversificada quanto possível, incluindo, na perspectiva da clínica ampliada, desde aquelas realizadas no âmbito na atenção primária até outras mais especializadas, colocadas em prática nos demais níveis de atenção. Mais do que isso, tais ações devem ser integradas, para que, em consonância com recomendações internacionais, possa ser contemplada a variedade de necessidades de saúde mental da população (Organização Mundial da Saúde & Organização Mundial de Médicos de Família, 2009).

Para tanto, é fundamental o envolvimento dos serviços que integram a rede de saúde, bem como dos diferentes dispositivos do território, o que demanda o exercício da intersetorialidade e da transversalidade em espaços permanentes de discussão (Ministério da Saúde, 2013). E um novo espaço dessa ordem surgiu no Brasil com a implementação, no SUS como um todo, do matriciamento como prática colaborativa voltada ao cuidado integral em saúde. No que diz respeito à saúde mental, o matriciamento tem como principal função propiciar às equipes de referência da atenção primária uma retaguarda especializada mediante o estabelecimento de vínculos interpessoais e a oferta de suporte institucional e apoio técnico-pedagógico para a construção coletiva de projetos terapêuticos junto às pessoas em sofrimento psíquico (Chiaverini, 2011).

Descrito pela primeira vez de modo mais sistemático por Campos (1999) a partir, principalmente, de um conjunto de experiências inovadoras realizadas na cidade de Campinas no início dos anos 1990, o matriciamento resultou de esforços envidados a fim de viabilizar uma reordenação do trabalho no SUS mediante o incentivo a novos padrões de inter-relação entre usuários e profissionais de saúde. O autor esclarece que, em face deste propósito, se apresentou como um imperativo a superação da

fragmentação inerente à prática clínica e sanitária determinada pelo modelo médico hegemônico. Tal desafio, por seu turno, levou à criação de um modelo de atendimento, formatado originalmente no país, que, sendo baseado na transdisciplinaridade e voltado a uma clientela adscrita graças à composição de um sistema que combina referência e trabalho específico, poderia, ao menos em tese, se mostrar mais singularizado e personalizado.

O matriciamento, portanto, pode ser compreendido como um arranjo organizacional nascido no Brasil e que, sempre pautado na realidade do território, fomenta uma nova forma de se produzir saúde a partir da troca de conhecimentos e da integração dialógica entre as equipes de referência da atenção primária e os profissionais de saúde que atuam como matriciadores (Chiaverini, 2011). E vale destacar que, no tocante à saúde mental, a função de matriciador geralmente é desempenhada por psicólogos(as), psiquiatras, terapeutas ocupacionais, enfermeiros(as) ou assistentes sociais, principalmente oriundos de CAPSs. Assim, para além de funcionarem como lugar de referência para pessoas acometidas por variados transtornos mentais, os CAPSs na atualidade podem contribuir para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira ao fomentar a extensão dos cuidados em saúde mental à comunidade por meio da atenção primária.

Tendo em vista sua importância e complexidade, o assunto em pauta tem sido explorado por uma série de pesquisas desenvolvidas no país. Sendo assim, este estudo tem como objetivo, por meio do empreendimento de uma revisão da literatura, estabelecer um panorama da produção científica brasileira sobre o matriciamento em saúde mental, com foco na articulação entre a atenção primária e os CAPSs. Mais especificamente, buscou-se responder à seguinte questão norteadora: Quais são as principais tendências apresentadas pelas publicações nacionais veiculadas no formato de artigos e dedicadas à temática em termos: (1) do tipo de estudo, (2) da abordagem metodológica, (3) do objetivo principal, (4) dos instrumentos, (5) dos participantes e (6) dos achados principais?

MÉTODO

O presente estudo se enquadra, genericamente, como uma revisão da literatura. Os estudos dessa natureza são caracterizados como secundários, na medida em que compilam resultados previamente veiculados por outros estudos, os quais são qualificados como primários. Mas as revisões da literatura geram novas contribuições no sentido de que, para além da síntese, possibilitam a apreciação e a integração das evidências científicas disponíveis (Mancini & Sampaio, 2006). Logo, apontam caminhos tanto para estudos futuros quanto para o processo de tomada de decisões, no contexto da prática profissional, em relação ao tema em pauta. Mais precisamente, o presente estudo pode ser classificado como uma revisão integrativa da literatura, considerando-se que tal modalidade de revisão tem como marca distintiva a admissão, no *corpus* de análise, de pesquisas que tratam de assuntos mais amplos e foram desenvolvidos a partir da utilização de desenhos metodológicos diversificados (Soares et al., 2014).

Para subsidiar a localização das referências relativas a esta revisão integrativa, foram consultadas as bases de dados Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC) e Scientific Electronic Library Online-Brasil (SciELO-Brasil). A primeira delas, como

sua nomenclatura evidencia, é especializada em Psicologia, ao passo que a segunda possui caráter multidisciplinar, o que foi decisivo para a seleção de tais bases, visto que a temática em questão, embora venha recebendo atenção especial por parte de psicólogos(as), também concerne aos demais profissionais de saúde. Ademais, tanto a PePSIC quanto a SciELO-Brasil congregam artigos publicados em periódicos, principalmente brasileiros, de reconhecida qualidade científica. Ressalte-se que o fato de o matriciamento se afigurar como um arranjo organizacional próprio do país¹ justifica a opção por bases de dados de escopo predominantemente nacional, como é o caso.

Em ambas as bases de dados foram empreendidas duas buscas distintas mediante o cruzamento dos seguintes descritores: (1) “CAPS” no campo “resumo”, “apoio” no campo “todos os índices” e “matricial” no campo “todos os índices” e (2) “CAPS” no campo “resumo” e “matriciamento” no campo “todos os índices”. É preciso esclarecer que as buscas foram concluídas no dia 12 de fevereiro de 2017 e que os referidos descritores e campos foram selecionados por terem se revelado, em buscas prévias, mais produtivos quando comparados a outros possíveis. Cumpre assinalar também que, para viabilizar um levantamento bibliográfico completo, as consultas não envolveram a utilização de quaisquer limites – em relação à data de publicação ou idioma, por exemplo – oferecidos pelas bases de dados.

As referências localizadas foram inicialmente checadas com o intuito de eliminar eventuais duplicidades e então selecionadas em função de um único critério, a saber: apresentar como assunto principal o matriciamento em saúde mental, contemplando mais diretamente a articulação entre a atenção primária e os CAPSs. Sendo assim, excluíram-se as referências que abordavam tal assunto apenas indiretamente. A seleção das referências foi amparada, basicamente, na leitura dos resumos das referências, mas a leitura do texto completo foi considerada uma opção para conferir maior precisão a este procedimento, o qual, a propósito, foi realizado de modo independente pelos autores do presente estudo.

A seguir, as referências selecionadas foram recuperadas na íntegra e submetidas a uma leitura exaustiva, organizada por um crivo de avaliação constituído por seis dimensões estabelecidas em consonância com a questão norteadora, a saber: (1) tipo de estudo, (2) abordagem metodológica, (3) objetivo principal, (4) instrumentos, (5) participantes e (6) achados principais. Este procedimento também foi realizado de modo independente pelos autores do presente estudo, sendo que os resultados inicialmente consensuais foram aceitos automaticamente, ao passo que os resultados a princípio discordantes foram discutidos caso a caso até que se obtivesse um consenso.

RESULTADOS

As buscas realizadas junto às bases de dados levaram, no total, à localização de 24 referências, sendo 21 na SciELO-Brasil e 3 na PePSIC. Descartando-se as duplicidades, restaram 17 referências. Com a leitura dos resumos, constatou-se que apenas uma referência não preenchia o critério de inclusão estabelecido para esta revisão integrativa. E somente em um caso foi necessária a leitura do texto completo nesta etapa de seleção, posto que o resumo da referência em questão não foi considerado suficientemente informativo. A partir da leitura do texto completo, concluiu-se que esta referência atendia o critério de inclusão. Dessa forma, o *corpus* de

análise foi constituído por 16 referências. Em ordem cronológica, são elas: Ferreira, Sampaio, Souza, Oliveira e Gomes (2017), Iglesias e Avellar (2016), Lima e Dimenstein (2016), Moura e Silva (2015), Pegoraro, Casimiro e Leão (2014), Quinderé, Jorge, Nogueira, Costa e Vasconcelos (2013), Minozzo e Costa (2013a), Minozzo e Costa (2013b), Leal e De Antoni (2013), Moura et al. (2011), Jorge et al. (2012), Rodrigues e Moreira (2012), Ballarin, Carvalho, Ferigato, Miranda e Magaldi (2011), Dimenstein et al. (2009), Arona (2009) e Bezerra e Dimenstein (2008). Posto isso, serão apresentados a seguir os resultados relativos às dimensões de análise estabelecidas, agrupando-se as três primeiras por considerar que entre as mesmas há uma conexão mais direta.

TIPO DE ESTUDO, ABORDAGEM METODOLÓGICA E OBJETIVO PRINCIPAL

No que se refere à primeira dimensão de análise, inicialmente é importante esclarecer que, após a leitura exaustiva das referências selecionadas, optou-se por considerar dois tipos básicos de estudos, nos quais as mesmas foram enquadradas: estudos empíricos e relatos de experiência. A utilização de dados coletados em campo especificamente para fins de pesquisa foi definida como a principal característica dos estudos empíricos. Já os relatos de experiência se distinguiram pelo foco na descrição de práticas orientadas por demandas que se situavam para além da coleta de dados e, assim, possuíam um caráter essencialmente intervencionista. Verificou-se que houve predominância de estudos empíricos, tendo sido identificadas como exceções apenas as referências de autoria de Ferreira et al. (2017), Lima e Dimenstein (2016) e Arona (2009). Já a propósito da segunda dimensão de análise, foi observado unicamente o emprego da abordagem qualitativa.

Quanto à terceira dimensão de análise, apurou-se que três referências – Minozzo e Costa (2013a), Arona (2009) e Bezerra e Dimenstein (2008) – trataram, basicamente, do processo de implementação do matriciamento. Por outro lado, cinco referências – Pegoraro et al. (2014), Leal e De Antoni (2013), Rodrigues e Moreira (2012), Ballarin et al. (2011) e Dimenstein et al. (2009) – objetivaram discutir o funcionamento do matriciamento, com foco em questões que poderiam ser qualificadas como operacionais. Constituem exemplos neste sentido tópicos relativos às equipes, às atividades interdisciplinares e à articulação da rede de saúde. Ferreira et al. (2017), Quinderé et al. (2013) e Jorge et al. (2012) também se ocuparam do funcionamento do matriciamento, mas colocaram em relevo desafios mais específicos: a desinstitucionalização, a acessibilidade e a integralidade, nesta ordem. Além disso, as referências de autoria de Lima e Dimenstein (2016) e Minozzo e Costa (2013b) e Moura et al. (2011) se distinguiram por terem abordado o matriciamento na atenção a demandas particulares: situações de crise, no caso das duas primeiras, e planejamento familiar, no caso da última. Quanto às duas referências restantes, uma investigou as concepções de psicólogos(as) na atenção básica sobre o matriciamento (Iglesias & Avellar, 2016) e a outra procurou compreender os sentidos atribuídos por agentes comunitários(as) de saúde (ACSs) às necessidades de saúde mental no âmbito da ESF (Moura & Silva, 2015).

INSTRUMENTOS

Acerca da quarta dimensão de análise, constatou-se que na maioria das referências – Iglesias e Avellar (2016), Lima e Dimenstein (2016), Moura e Silva (2015), Quinderé et al. (2013), Minozzo e Costa (2013a), Minozzo e Costa (2013b), Rodrigues e Moreira (2012), Jorge et al. (2012), Ballarin et al. (2011), Dimenstein et al. (2009) e Bezerra e Dimenstein (2008) – foram utilizadas entrevistas semiestruturadas ou semidirigidas como instrumentos, em alguns casos juntamente com outros recursos, como rodas de conversa e grupos com formatos variados. Já Pegoraro et al. (2014) e Moura et al. (2011) adotaram entrevistas cujos roteiros combinavam questões abertas/subjetivas e questões fechadas/objetivas. Vale destacar também que reuniões de rotina com profissionais de saúde funcionaram como único *locus* para a coleta de dados nas referências de autoria de Ferreira et al. (2017) e Arona (2009). Leal e De Antoni (2013), por fim, optaram por questionários *on-line*.

PARTICIPANTES

No que se refere à quinta dimensão de análise, foi possível observar que, predominantemente, os participantes foram profissionais de saúde oriundos de CAPSs e/ou vinculados à atenção primária, como nas referências de autoria de Ferreira et al. (2017), Iglesias e Avellar (2016), Lima e Dimenstein (2016), Quinderé et al. (2013), Moura e Silva (2015), Pegoraro et al. (2014), Minozzo e Costa (2013a), Minozzo e Costa (2013b), Jorge et al. (2012), Rodrigues e Moreira (2012), Moura et al. (2011), Ballarin et al. (2011), Arona (2009), Dimenstein et al. (2009) e Bezerra e Dimenstein (2008). Mais especificamente, os participantes de tais referências foram psicólogos(as), médicos(as), enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem, técnicos(as) em saúde bucal, assistentes sociais, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, pedagogos(as), fonoaudiólogos(as), fisioterapeutas, farmacêuticos(as), nutricionistas e ACSs. Vale destacar que apenas uma referência – Ferreira et al. (2017) – teve a participação de usuários de um CAPS, e somente em outras duas referências – Quinderé et al. (2013) e Jorge et al. (2012) – foram incluídos entre os participantes usuários de ações de matriciamento e seus familiares, juntamente com profissionais de saúde nas três referências em questão. Já as referências de autoria de Leal e De Antoni (2013) e Dimenstein et al. (2009) se diferenciaram porque tiveram como participantes coordenadores de CAPSs e UBSs, respectivamente.

ACHADOS PRINCIPAIS

A sexta e última dimensão de análise será abordada com maior detalhamento, porém conferindo-se destaque aos achados que, mais diretamente, dialogam entre si considerando-se o *corpus* de análise como um todo, de forma que o objetivo principal das referências não foi adotado como parâmetro básico. Neste sentido, o primeiro tema a ser contemplado diz respeito às limitações e barreiras, conceituais ou práticas, acerca do matriciamento. Na referência de autoria de Iglesias e Avellar (2016), por exemplo, os(as) psicólogos(as) participantes qualificaram o matriciamento como desafiador, incômodo, desconfortável e pouco resolutivo, sobretudo porque estaria envolto em hierarquias de saberes e poderes que incorreriam na fragmentação dos usuários. Estes mesmos autores também destacaram que muitos profissionais de saúde de outras

categorias aparentemente desconhecem o matriciamento – atribuindo-o apenas à Psicologia, em alguns casos – e apresentam dificuldades em participar de suas ações.

Rodrigues e Moreira (2012), de forma semelhante, notaram que, na atenção primária, a saúde mental comumente é enquadrada como responsabilidade exclusiva de psicólogos(as). Outros autores reportaram como obstáculos para a execução do matriciamento, por um lado, a falta de interesse e de envolvimento das equipes de referência para a discussão de casos de saúde mental no território devido à persistência de uma lógica manicomial (Ferreira et al., 2017) ou ambulatorial (Lima & Dimenstein, 2016) ou à inadequação de conhecimentos específicos em saúde mental (Dimenstein et al., 2009) e, por outro lado, o número insuficiente de profissionais de saúde, em particular dos CAPSs, e a falta de articulação da rede de saúde (Bezerra & Dimenstein, 2008).

Quinderé et al. (2013), além da falta de articulação, observaram que a hierarquia e a burocracia aparentemente ainda presentes no funcionamento da rede de saúde bloqueiam a prática do matriciamento. Minozzo e Costa (2013a) também apontaram, nas equipes de referência, desconhecimento sobre o matriciamento e insegurança na abordagem dos casos de saúde mental por conta de despreparo, medo e preconceito, o que tende a gerar grandes expectativas quanto ao trabalho dos CAPSs. Na mesma referência, outrossim, foram destacados como fatores dificultadores do matriciamento conflitos interpessoais entre as equipes, problemas de comunicação e falta de tempo. Minozzo e Costa (2013b), adicionalmente, sublinharam a coexistência de concepções e práticas derivadas do modelo asilar e da clínica ampliada na assistência em saúde mental. E uma falta de clareza sobre o funcionamento dos CAPSs por parte de profissionais de saúde vinculados a este tipo de serviço foi reportada em outra referência (Ballarin et al., 2011).

Como barreiras à execução do matriciamento que poderiam ser consideradas menos tangíveis, há que se realçar que, para Ferreira et al. (2017) e Pegoraro et al. (2014), a medicalização e a institucionalização continuam sendo veladamente compreendidas como dispositivos de controle dos usuários de saúde mental por parte de alguns profissionais de saúde. A segunda destas referências, inclusive, atesta que a “boa saúde mental” muitas vezes ainda é definida pela ausência de comportamentos desagradáveis ou agressivos. Ademais, alertando sobre a vigência da medicalização, Dimenstein et al. (2009) verificaram que a renovação de receitas psiquiátricas é uma demanda comumente atendida sem maiores questionamentos, o que intensifica a fragmentação das intervenções em saúde mental e a sensação de impotência dos profissionais de saúde não-médicos.

As repercussões do matriciamento, sobretudo em termos do trabalho em rede e da corresponsabilização, constituem o segundo tema que pode ser extraído da sexta dimensão de análise. Acerca deste tema, Iglesias e Avellar (2016) defenderam que o matriciamento se afigura como uma possibilidade de prática integrativa, interativa e dialógica, capaz de promover a aproximação interdisciplinar e o compartilhamento de saberes em saúde mental. Moura et al. (2011), mais especificamente, enfatizaram que o matriciamento pode fomentar a corresponsabilização a propósito do planejamento familiar junto a mulheres com transtornos mentais. Já Quinderé et al. (2013) e Minozzo e Costa (2013a) sustentaram que a aproximação entre as equipes de saúde propiciada pelo matriciamento tende tanto a tornar a assistência em saúde mental mais efetiva e fluida quanto a otimizar a educação permanente e viabilizar a corresponsabilização, respectivamente.

Jorge et al. (2012) também sublinharam o potencial impacto positivo do matriciamento na responsabilização, no fluxo da rede de saúde e na troca de conhecimentos e experiências entre profissionais de saúde, acrescentando sua capacidade de aproximar os diferentes níveis de atenção e fomentar o cuidado no território a partir da utilização do acolhimento como tecnologia relacional. Ballarin et al. (2011), da mesma forma, colocaram em relevo a importância do acolhimento para a integralidade. Arona (2009), por sua vez, apontou como possíveis ganhos decorrentes do matriciamento o estabelecimento de um sistema de cogestão e a diminuição dos encaminhamentos. Ademais, para Pegoraro et al. (2014) e Rodrigues e Moreira (2012), o matriciamento favorece a adesão aos tratamentos e a problematização dos estigmas ainda associados aos transtornos mentais.

O terceiro tema em torno do qual os achados das referências selecionadas podem ser agregados diz respeito a um conjunto de condições apontadas como favorecedoras do matriciamento. Dentre tais condições, se sobressaíram no *corpus* de análise: (1) uma visão ampla do processo saúde-doença, fundamentada no modelo biopsicossocial, e a melhoria da estrutura dos serviços de saúde (Bezerra & Dimenstein, 2008); (2) a existência de equipamentos intersetoriais no território e, sobretudo, o estabelecimento de parcerias com os mesmos (Ferreira et al., 2017; Leal & De Antoni, 2013; Ballarin et al., 2011); (3) a realização continuada de intervenções conjuntas (Pegoraro et al., 2014; Minozzo & Costa, 2013a) e (4) o estabelecimento de pactuações de classificação de risco (Arona, 2009). Quanto à referência restante, cumpre assinalar que a mesma reportou que ACSs frequentemente demonstram preconceitos em relação a usuários de saúde mental, o que tende ao enviesamento de suas ações (Moura & Silva, 2015).

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos no presente estudo serão discutidos a seguir respeitando-se o agrupamento executado em relação às dimensões de análise na seção anterior do texto, visando à manutenção de sua coesão. Previamente, contudo, é interessante sublinhar que uma visão mais global das referências que constituíram o *corpus* revela uma variação significativa entre as mesmas. Tal fato pode ser considerado promissor, na medida em que o matriciamento implica na transformação da lógica do sistema de saúde baseado no modelo médico hegemônico (Chiaverini, 2011; Campos, 1999) e, por essa razão, é razoável qualificar como bem-vinda a diversificação dos estudos consagrados ao tema.

TIPO DE ESTUDO, ABORDAGEM METODOLÓGICA E OBJETIVO PRINCIPAL

Tomados de maneira isolada, os resultados relativos à primeira e à segunda dimensões de análise não se prestam a uma valoração precisa. Porém, colocando-os em relação com aqueles concernentes à terceira dimensão, é possível chegar a uma constatação positiva. Ocorre que, como já mencionado, estudos empíricos de abordagem qualitativa foram os mais frequentes no *corpus* de análise, sendo que, na maioria deles, privilegiou-se como cenário um ambiente natural, ou, em outras palavras, não-controlado diretamente pelos(as) pesquisadores(as). E o pano de fundo foi circunscrito por experiências de matriciamento em curso quando do ingresso dos(as) pesquisadores(as) em campo para a coleta de dados, conforme os resultados relativos à terceira dimensão de análise. Parece razoável propor que, sendo assim, uma parcela

expressiva das referências possuía, nos termos de Lüdke e André (1986), um enfoque essencialmente naturalístico, o que pode ter auxiliado os(as) pesquisadores(as) na obtenção de uma melhor compreensão do contexto. É preciso sublinhar que, conforme as referidas autoras, o enfoque naturalístico é próprio da abordagem qualitativa. Logo, conclui-se que o tipo de estudo, a abordagem metodológica e o objetivo principal das referências selecionadas se encontram alinhados adequadamente.

INSTRUMENTOS

Os resultados relativos à quarta dimensão de análise, evidenciando clara preferência dos(as) pesquisadores(as) pelo emprego de entrevistas, também demonstram compatibilidade em relação aos resultados relativos à segunda dimensão de análise. Afinal, a abordagem qualitativa foi predominante no *corpus* de análise, sendo que, conforme Turato (2005), as entrevistas, sobretudo semiestruturadas ou semidirigidas, se sobressaem como instrumentos tipicamente qualitativos. O autor esclarece que isso se deve ao fato de as pesquisas qualitativas, fundamentalmente, buscarem compreender os significados, individuais ou coletivos, de fenômenos, ao invés de procurarem estudar fenômenos em si. E a exploração de significados demanda a oferta de liberdade de expressão aos participantes quando da coleta de dados. Não obstante, é possível propor que, se reuniões de rotina fossem mais frequentemente empregadas como *locus*, o enfoque naturalístico da maioria das referências seria reforçado.

PARTICIPANTES

Os resultados concernentes à quinta dimensão de análise atestam que, a despeito de as referências terem sido relativamente diversificadas quanto aos seus participantes, poucas levaram em conta os atores sociais que, ao menos em tese, devem ser os principais protagonistas do matriciamento: os usuários e seus familiares. Como destacam Santos, Almeida, Venancio e Delgado (2000), a produção da autonomia dos usuários é um objetivo básico da Reforma Psiquiátrica Brasileira, sendo que tal processo demanda o abandono de eventuais tentativas de adequação dos mesmos a um único padrão de subjetividade. Por outro lado, a família, compartilhando responsabilidades com os profissionais de saúde, contribui para o cuidado integral e pode favorecer a construção e o estreitamento das relações afetivas dos usuários no território (Schrank & Olschowsky, 2007). Para que isso ocorra, porém, há que se considerar a família tanto como unidade de cuidado para os usuários quanto como objeto de cuidado para os profissionais de saúde. Assim, em pesquisas futuras sobre o matriciamento, seria interessante se usuários e seus familiares fossem elencados entre os participantes com mais frequência.

ACHADOS PRINCIPAIS

Os achados principais das referências selecionadas tornam patente que o matriciamento, na medida em que pode qualificar o SUS de diferentes maneiras em prol da assistência em saúde mental, é capaz de produzir efeitos de grande relevância para a consecução dos objetivos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, dentre os quais se destaca, conforme Yasui et al. (2016), a provisão de cuidado psicossocial respeitando-se as especificidades de cada território e as singularidades de cada usuário. Em contrapartida,

igualmente resta claro que ainda há uma série de obstáculos, alguns mais evidentes e outros mais velados, a serem transpostos para que tais resultados possam ser consolidados e difundidos, viabilizando, como consequência, o adequado atendimento das pessoas em sofrimento psíquico. A despeito disso, algumas referências, como já mencionado, apontam importantes caminhos a serem trilhados para tanto, como a melhoria da estrutura dos serviços de saúde.

E trilhar tais caminhos demanda inventividade por parte dos profissionais de saúde que trabalham no país, visto que, sendo o matriciamento um arranjo organizacional genuinamente nacional, a mera importação de estratégias bem-sucedidas no exterior no tocante à articulação entre a atenção primária e a saúde mental tende a se mostrar descontextualizada e infrutífera. Vale enfatizar que está em causa um desafio significativo, mas também uma necessidade nacional premente, pois uma assistência em saúde mental mais próxima da comunidade, mediante a combinação de referência e trabalho específico, tende a contribuir para a gradativa erradicação dos preconceitos e estigmas associados aos transtornos mentais que infelizmente perduram em diversos segmentos da sociedade brasileira.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão integrativa, conforme anteriormente explicitado, procurou fornecer um panorama da produção científica veiculada no formato de artigos sobre o matriciamento em saúde mental. Ante este objetivo, identificou-se, entre as referências selecionadas, a predominância de estudos empíricos, com abordagem qualitativa, voltados à implementação ou ao funcionamento do matriciamento, em termos de questões operacionais ou desafios específicos, e desenvolvidos junto a profissionais de saúde oriundos de CAPSs e/ou vinculados à atenção primária. Outrossim, os achados oriundos do *corpus* de análise revelaram que o matriciamento pode, de fato, contribuir significativamente para a assistência em saúde mental, em especial por reforçar o deslocamento das ações em saúde mental para a comunidade. Mas também apontaram que dificuldades variadas ainda se apresentam para tanto.

Parte das referências sugeriu que a superação das referidas dificuldades passa pela edificação de parcerias com equipamentos intersetoriais no território, como já salientado. Assim, esta revisão integrativa fornece elementos para o trabalho dos diferentes profissionais de saúde que podem se ocupar do matriciamento. Da mesma forma, proporciona informações a serem consideradas em estudos futuros sobre o tema, sobretudo ao colocar em relevo a necessidade de se incluir com mais frequência os usuários e seus familiares entre os participantes. Todavia, revisões da literatura voltadas à produção científica veiculada em outras modalidades textuais, como teses e dissertações, podem vir a gerar resultados complementares em relação àqueles ora reportados, limitados em função do foco em artigos.

REFERÊNCIAS

- Arona, E. C. (2009). Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. *Saúde e Sociedade*, 18(Suppl. 1), 26-36.
- Ballarin, M. L. G. S., Carvalho, F. B., Ferigato, S. H., Miranda, I. M. S., & Magaldi, C. C. (2011). Centro de Atenção Psicossocial: convergência entre saúde mental e coletiva. *Psicologia em Estudo*, 16(4), 603-611.
- Barbosa, G. C., Costa, T. G., & Moreno, V. (2012). Movimento da luta antimanicomial: Trajetória, avanços e desafios. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 4(8), 45-50.
- Bezerra, E., & Dimenstein, M. (2008). Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(3), 632-645.
- Brasil. (1992). Portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992. Ministério da Saúde. Brasília: Autor.
- Brasil. (2001). Lei nº 10.216 (2001, 06 de abril). Recuperado em 17 jun. 2017, de <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>.
- Brasil. (2002). Portaria no 336 (2002, 19 de fevereiro). Recuperado em 17 jun. 2017, de <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>
- Campos, G. W. S. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), 393-403.
- Chiaverini, D. H. (2011). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Dimenstein, M., et al. (2009). O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, 18(1), 63-74.
- Ferreira Neto, J. L. (2010). A atuação do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(2), 390-403.
- Ferreira, T. P. S., Sampaio, J., Souza, A. C. N., Oliveira, D. L. & Gomes, L. B. (2017). Produção do cuidado em saúde mental: Desafios para além dos muros institucionais. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(61), 373-384.
- Gask, L., et al. (2010). What work has to be done to implement collaborative care for depression? Process evaluation of a trial utilizing the Normalization Process Model. *Implementation Science*, 5(15), 1-11.
- Hirdes, A. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: Uma (re)visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 297-305.
- Iglesias, A., & Avellar, L. Z. (2016). As contribuições dos psicólogos para o matriciamento em saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(2), 364-379.
- Jorge, M. S. B., et al. (2012). Ferramenta matricial na produção do cuidado integral na Estratégia Saúde da Família. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(Suppl. 2), 26-32.
- Kates, N., et al. (2011). The evolution of collaborative mental health care: A shared vision for the future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 1-10.
- Lancetti, A., & Amarante, P. (2012). Saúde mental e saúde coletiva. In G. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. Drumond, Jr. & Y. M. Carvalho (Orgs.), *Tratado de saúde coletiva* (pp. 615-634). São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Editora Fiocruz.
- Leal, B. M., & De Antoni, C. (2013). Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): Estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Aletheia*, 40, 87-101.

- Lima, M., & Dimenstein, M. (2016). O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 20(58)*, 625-635.
- Lüdke, M., & André, M. E. D. A. (1986). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU.
- Mancini, M. C., & Sampaio, R. F. (2006). Quando o objeto de estudo é a literatura: estudos de revisão. *Revista Brasileira de Fisioterapia, 10(4)*, 361-472. Recuperado em 17 jun. 2017, de < <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v10n4/00.pdf> >
- Ministério da Saúde. (2004). *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Ministério da Saúde. Brasília: Autor.
- Ministério da Saúde. (2013). *Saúde mental*. Ministério da Saúde. Brasília: Autor.
- Moura, E. R. F., et al. (2011). Planejamento familiar de mulheres com transtorno mental: o que profissionais do CAPS têm a dizer. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 46(4)*, 935-943.
- Moura, R. F. S., & Silva, C. R. C. (2015). Saúde mental na atenção básica: sentidos atribuídos pelos agentes comunitários de saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão, 35(1)*, 199-210.
- Minozzo, F., & Costa, I. I. (2013a). Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. *Psico-USF, 18(1)*, 151-160.
- Minozzo, F., & Costa, I. I. (2013b). Apoio matricial em saúde mental: fortalecendo a saúde da família na clínica da crise. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 16(3)*, 438-450.
- Organização Mundial da Saúde & Organização Mundial de Médicos de Família (2009). *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global*. Lisboa: OMS/WONCA.
- Pegoraro, R. F., Cassimiro, T. J. L., & Leão, N. C. (2014). Matriciamento em saúde mental segundo profissionais da Estratégia da Saúde da Família. *Psicologia em Estudo, 19(4)*, 621-631.
- Quinderé, P. H. D., Jorge, M. S. B., Nogueira, M. S. L., Costa, L. F. A., & Vasconcelos, M. G. F. (2013). Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Ciência & Saúde Coletiva, 18(7)*, 2157-2166.
- Rodrigues, E. S., & Moreira, M. I. B. (2012). A interlocução da saúde mental com atenção básica no município de Vitória/ES. *Saúde e Sociedade, 21(3)*, 599-611.
- Santos, N. S., Almeida, P. F., Venancio, A. T. & Delgado, P. G. (2000). A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. *Psicologia: Ciência e Profissão, 20(4)*, 46-53.
- Schrank, G., & Olschowsky, A. (2008). O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 42(1)*, 127-134.
- Soares, C. B., Hoga, L. A. K., Peduzzi, M., Sangaleti, C., Yonekura, T., & Silva, D. R. A. D. (2014). Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 48(2)*, 335-345.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública, 39(3)*, 507-514.
- Yasui, S., Luzio, C. A., & Amarante, P. (2016). From manicomial logic to territorial logic: impasses and challenges of psychosocial care. *Journal of Health Psychology, 21(3)*, 400-408.

Sobre os autores:

Rafael Camilo Gonçalves é psicólogo e mestrando pela Universidade Federal de Uberlândia.

Rodrigo Sanches Peres é doutor em Psicologia pela Universidade de São Paulo, com pós-doutorado pela Universidade de Lisboa. Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia.

Correspondência com os autores: rodrigossanchesperes@yahoo.com.br

Submetido: 13/09/2017

1ª revisão: 10/03/2018

Aprovado: 15/05/2018

Nota

1. No âmbito internacional, a articulação entre a atenção primária e a saúde mental é empreendida a partir do recurso a arranjos organizacionais que se distinguem do matriciamento. Justamente por essa razão, outros termos são empregados para nomeá-los, dentre os quais *collaborative care*, no Reino Unido, ou *collaborative mental health care*, no Canadá. Um detalhamento sobre o assunto demandaria uma discussão sobre as especificidades da rede de saúde dos referidos países e, logo, ultrapassa os limites desta revisão integrativa, mas se encontra, respectivamente, nas publicações de Gask et al. (2010) e Kates et al. (2011).