

**Tecendo redes: O matriciamento na ampliação do cuidado em saúde
mental.**

Weaving networks: matrix support in expanding mental health care.

Tejiendo redes: apoyo matricial para ampliar el cuidado de salud mental.

Matriciamento: cuidado em saúde mental.

¹Yasmim Borba de O. Fernandes

²Iasmin Rio e Rosas

³Michele Gomes Tarquino

¹ Acadêmica do 8º período da graduação do curso de Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde; Endereço: Rua Le Parc, número 100, Torre Soleil 1303, CEP: 51160-035; e mail: yasmimborba@hotmail.com.

² Acadêmica do 8º período da graduação do curso de Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde.

³ Docente; Mestre em Hebiatria; Pesquisadora da Faculdade Pernambucana de Saúde.

Tecendo redes: O matriciamento na ampliação do cuidado em saúde mental.

Weaving networks: matrix support in expanding mental health care.

Tejiendo redes: apoyo matricial para ampliar el cuidado de salud mental.

Matriciamento: cuidado em saúde mental.

RESUMO:

O Apoio Matricial, em saúde mental, implica um novo modo de produzir saúde uma vez que, essa tecnologia, privilegia o processo de construção compartilhada, convocando assim os profissionais a serem co-responsabilizados pelo cuidado. **Objetivo:** Compreender a importância do matriciamento como tecnologia do cuidado em saúde mental a partir de seus profissionais. **Método:** A presente pesquisa foi realizada a partir de um estudo de campo, segundo o método qualitativo, no formato de entrevistas semiestruturadas, em que a análise dos resultados se deu pelo método da análise temática de conteúdo. **Resultados:** Foram percebidos dois conteúdos mais amplos, um deles relacionado às articulações de matriciamento do CAPS e o outro relacionado aos desafios que envolvem a atuação no território por parte da equipe.

Palavras-chave: Apoio Matricial; Clínica Ampliada; Centro de Atenção Psicossocial; Saúde Mental Comunitária.

ABSTRACT

The Matrix support, in mental health, applies a new way of producing health which, this technology, privileges the process of shared construction, and calling on professionals to be co-responsible for the care. **Objective:** Understand the importance of matrix support as a technology of mental health care from its professionals. **Methodology:** The present research was made from a field study, according to the qualitative method, in the form of semi-structured interviews, in which the analysis of the results was made using the thematic content analysis method. **Results:** Two broader contents were perceived, one of them related to the matrix articulations of CAPS and the other related to the challenges that involve the performance in the territory by the team.

Key-words: Matrix support; Extended Clinic; Psychosocial Care Center; Community Mental Health.

RESUMEN

El Matriz de Soporte en salud mental, implica una nueva forma de producir salud ya que, esta tecnología, privilegia el proceso de construcción compartida, invitando así a los profesionales a ser corresponsables del cuidado. **Objetivo:** Comprender la importancia del soporte matricial como tecnología de atención en salud mental por parte de sus profesionales. **Método:** La presente investigación se realizó a partir de un estudio de campo, según un método o método cualitativo, en forma de entrevista semiestructurada, en el que el análisis de los resultados se deriva del método de análisis de contenido temático. **Resultados:** Se observaron dos contenidos más amplios, uno de ellos relacionado con las articulaciones de la matriz CAPS con los otros servicios y el otro relacionado con los retos que implican la actuación en el territorio por parte del equipo.

Palavras-chave: Matriz de Soporte; Clínica Ampliada; Centro de Atención Psicosocial; Salud Mental Comunitaria.

INTRODUÇÃO

Como reflexo da reforma psiquiátrica brasileira emergiram os serviços substitutivos ao modelo manicomial anterior. A partir dessas mudanças passou-se a privilegiar a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a partir de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, contemplando então: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, oficinas terapêuticas, residências terapêuticas, respeitando-se as particularidades e necessidades de cada local. Nesse sentido, é possível perceber que por mais de trinta anos, o modelo de cuidado da Saúde Mental foi pautado em questões envolvendo a liberdade, respeito e autonomia de pessoas com transtornos mentais e usuárias desses serviços (Cruz et al, 2020, p. 2). Vale ressaltar, porém que, atualmente, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) vive uma crescente crise, onde se é destacado um movimento acelerado de desmontes dos avanços até então conseguidos através da reforma psiquiátrica.

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) posiciona os CAPS como “serviços que ocupam função estratégica na missão de substituição da lógica manicomial” (Brasil, 2004, p.11). Componente da atenção especializada da Rede de Atenção Psicossocial, o CAPS é um serviço de referência no cuidado de pessoas em intenso sofrimento psíquico, em situações de crise, a partir do modelo de atenção e suporte psicossocial dirigido ao reposicionamento subjetivo do sujeito, e, como indica o Ministério da Saúde, “à reintegração dos usuários em seus territórios familiares, sociais, afetivos: espaços de contratualidade e cidadania” (Brasil, 2004, p.12).

“O modelo de Atenção Psicossocial é intensamente territorial” (Yasui e Costa-Rosa, 2008, p.11). O espaço típico das práticas do paradigma psicossocial funciona como dispositivos integrais territorializados de Atenção Psicossocial em uma relação de porosidade com o

território. Modelo focado no cuidado em liberdade, sustentar crise no território requer, portanto, intensa relação dos CAPS com as equipes da Atenção Básica.

Diante do exposto, vê-se a importância da luta do Movimento Sanitário no Brasil e o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois, ambos propõem a universalização da saúde, a ênfase na atenção básica e na medicina comunitária o controle social e compartilhado da gestão do cuidado, que se refletem na definição legal dos princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação popular do SUS.

O Sistema Único de Saúde, o SUS, é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados aos órgãos e instituições públicas e federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. À iniciativa privada é permitido participar deste sistema de maneira complementar.

Neste contexto, a articulação da Saúde Mental e da Atenção Básica torna-se imprescindível, considerando a Unidade de Saúde (US) como espaço mais próximo à comunidade local, onde as pessoas em sofrimento vivem e devem ser inseridas socialmente. A Unidade de Saúde, como representante da atenção básica, figura como porta de entrada do setor, o primeiro nível de contato da população com o sistema nacional de saúde, em que as pessoas chegam com as mais variadas queixas e devem ser acolhidas em suas questões de saúde, por mais que este acompanhamento não se restrinja a este espaço.

Neste cenário, advém em 2003, a proposta do apoio matricial, que “tem por objetivo contribuir para o acolhimento das pessoas em sofrimento mental nos espaços sociais onde circula, por meio de uma construção coletiva de saberes junto às equipes de saúde da família” (Campos, 2007, p.7). O Apoio Matricial se constituiu como proposta do Ministério da Saúde para a articulação entre a rede de Saúde Mental e as Unidades de Saúde, com vistas à implementação de uma Clínica Ampliada, ao compartilhamento no cuidado a estes usuários, à

integração dialógica entre diferentes categorias profissionais e especialidades, à promoção à saúde e à disponibilização de outras ofertas terapêuticas através de um profissional de saúde mental que acompanha sistematicamente as USs.

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

Dessa forma, a clínica ampliada pode ser vista como uma diretriz para a atuação dos profissionais da saúde, composta essencialmente pela articulação e diálogo de diferentes saberes para compreensão dos processos de saúde e adoecimento, bem como na necessidade de inclusão dos usuários como cidadãos participantes das condutas em saúde, inclusive da elaboração de seu projeto terapêutico (Ministério da Saúde, 2009, p.12).

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

“Formula-se esse arranjo matricial por entender que a gestão em saúde deve descer para o cotidiano das relações equipe/usuário, trabalhadores/ usuários, gestor/equipe, gestores/usuários” (Campos, 1999, p.10). Sendo necessário desenvolver outro paradigma, outra forma de pensar gestão que combinasse certo grau de autonomia necessária ao trabalhador com certo grau de controle também sobre o trabalhador: controle da lei, de valores, do direito à saúde, da gratuidade do Sistema Único de Saúde (SUS), e mesmo de diretrizes de modelo, atenção básica, o vínculo, a horizontalidade, a coordenação de caso, a definição de um arranjo prévio que é a do trabalho multiprofissional. Enfim, “nós fomos construindo evidências que

são técnicas, que precisam ser implementadas, adaptadas, reconstruídas [...] mais que adaptadas, recriadas para cada contexto situacional” (Righi, 2014, p.2).

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

Conforme se compreende, as ações de saúde mental devem obedecer ao modelo de redes de cuidado de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas voltadas ao estabelecimento de vínculos e acolhimento.

Pois, a organização em rede de serviços rompe com o modelo hierárquico tradicional fundamentado em níveis de complexidade, que impossibilita a flexibilização e a articulação das ações, restringindo a assistência e organizando a demanda de acordo com as necessidades do sistema, e não conforme as necessidades dos usuários, principais protagonistas aos quais os serviços se destinam (Souza et al, 2011, p.2).

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

Dessa forma, o matriciamento “tem o objetivo de aumentar o grau de resolubilidade das ações de saúde” (Campos, 1999, p.5). Esse arranjo propõe uma reformulação no modo de organização dos serviços e relações horizontais entre as especialidades que passam a oferecer

apoio técnico horizontal às equipes interdisciplinares de APS, favorecendo, assim, a conexão em rede.

O processo de matriciamento em saúde mental ocorre na integração das equipes e o território de referência, em conformidade com a construção associada a diretrizes sanitárias e clínicas. Assim sendo, apreende-se o quão indissociável do conceito de apoio matricial tem-se a equipe e os profissionais de referência – aqueles que têm a responsabilidade pela condução de cada caso. “Ambos, apoio matricial e equipes de referência, viabilizam a ampliação da clínica e a integração dialógica entre diferentes especialidades e profissões” (Hirdes & Scarparo, 2015, p.2).

Diante do exposto, este trabalho teve como objetivo compreender a importância do matriciamento como tecnologia do cuidado em saúde mental a partir de seus profissionais. No tocante a compreensão do apoio matricial como uma tecnologia do cuidado da atenção à crise, a pesquisa se fundamentou através da percepção dos profissionais deste CAPS sobre a operacionalização da clínica ampliada a partir dos dois dispositivos que serão discutidos ao longo deste trabalho, o CAPS e as equipes da atenção básica com ênfase à resolubilidade dos casos de saúde mental do território.

MÉTODO:

A presente pesquisa foi realizada a partir de um estudo de campo. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde (CEP-FPS) e aprovado sob parecer número 3.634.695. Devido a pandemia do COVID-19 e o Decreto Nº 33.513 de 16 de março de 2020, fez-se necessário a priorização de meios eletrônicos em relação quando da realização de trabalhos externos. Logo, foi utilizado a entrevista remota em formato sincrônico. O estudo foi realizado, então, com os quatro profissionais que empreendem

ações de matriciamento no CAPS I – Acolher localizado no município de Moreno, sendo, portanto, realizado com uma Terapeuta Ocupacional, uma Assistente Social, uma Psicóloga e uma Psiquiatra.

Após a realização das entrevistas semiestruturadas, o conteúdo previamente autorizado a partir do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi gravado e, posteriormente, transcrito. Para a análise dos resultados foi utilizado o método da análise temática de conteúdo. Dessa forma, a análise categorial temática se propõe a “descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (Minayo, 2002, p.35). Utilizando, então, de forma mais interpretativa, em lugar de realizar inferências estatísticas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

O CAPS Acolher é o principal equipamento de referência do cuidado em Saúde Mental do município de Moreno, região metropolitana do Recife. Sendo, porém, o único serviço com essa especificidade. No momento, e também em função da pandemia, a equipe técnica do deste CAPS encontra-se reduzida. Diante da conjuntura atual, as entrevistas foram realizadas de forma online com os quatro técnicos de nível superior que do serviço. A partir da análise das falas dos entrevistados, foram percebidos dois conteúdos mais amplos. Um deles relacionado às articulações de matriciamento do CAPS com os demais serviços da Atenção Primária e o outro relacionado aos desafios que envolvem a atuação no território por parte da equipe técnica de nível superior desse equipamento. A partir daí, foram extraídas e analisadas cinco principais categorias detalhadas a seguir. São elas: Apoio matricial como comunicação; Desafios relacionados a corresponsabilidade do cuidado; Desafios relacionados à falta de educação permanente dos profissionais; Gestão da Clínica Ampliada a partir das equipes de Saúde

mental; Atenção Primária e Os desafios da prática interdisciplinar dentro do CAPS. Com o intuito de uma leitura mais clara, os resultados e a discussão serão apresentados de forma conjunta.

Apoio matricial como comunicação:

Dentro da rede de atenção em saúde, a articulação entre os vários equipamentos é de extrema importância quando se é pensado na direção da garantia do atendimento integral. Faz-se necessário, então, compreender a ferramenta do apoio matricial como comunicação nesta rede de cuidado que é ofertada pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

“O apoio matricial é uma ferramenta que procura construir e estimular um ambiente de comunicação ativa para o compartilhamento e aprimoramento entre profissionais de referência e apoiadores” (De Sousa & Jorge, 2018, p.16). Isso é entendido pela seguinte fala de um dos entrevistados:

“Mas o matriciamento, na minha opinião, é essa questão dessa comunicação... uma ferramenta da saúde pública para facilitar essa comunicação entre Saúde Mental e Atenção Básica, Atenção primária. E aí vai facilitar para a questão do usuário, para facilitar para o profissional essa gama de possibilidades.” (Participante 1)

Então, para alcançar resultados em saúde, os diferentes equipamentos devem se comunicar, dentro e fora do seu setor. “A partir dessa conexão, gerada pela comunicação, irá se criar uma rede de interdependência e corresponsabilização entre os equipamentos na direção da garantia do atendimento integral” (Ferro, 2014, p.3):

“Então quando a gente começa a pensar na RAPS que é a rede de atenção psicossocial, existem vários pontos de atenção à saúde, né, a saúde mental no território, o CAPS é apenas um deles, então, pra que esse cuidado possa se dar de forma ampliada neste território, o matriciamento é uma ferramenta extremamente importante para que a gente possa discutir as situações de atenção em saúde mental e propiciar para os profissionais que não são especializados na saúde mental esse cuidado, a formulação de um cuidado que seja mais integral” (Participante 3).

“O diálogo entre a Unidade de Saúde da Família (USF) e o serviço de saúde mental é fundamental para que uma rede de cuidado em saúde mental consiga construir caminhos de integralidade em sua assistência, sempre favorecendo a prática intersetorial” (Farias & Carneiro, 2016, p. 7).

Sendo assim, através das práticas com este embasamento o desenvolvimento de comunicação eficaz e eficiente permite-se, então, o aprimoramento da educação permanente, com benefícios para a corresponsabilização, prevenção e integralidade do cuidado ao longo do tempo.

Desafios relacionados a corresponsabilidade do cuidado

As tecnologias leves do cuidado, compreendidas como acolhimento, vínculo, corresponsabilização e autonomia são a base da atuação em rede em saúde mental. A corresponsabilização pode ser entendida como uma parceria entre os profissionais envolvidos no processo de cuidar em saúde. “Essa parceria precisa acontecer de uma forma multilateral, levando em consideração as opiniões e as possibilidades dos trabalhadores/usuários/família na composição do projeto terapêutico” (Jorge, 2011, p.7). Portanto, quando os agentes que estão implicados nesse processo não entendem a necessidade dessa tecnologia de cuidado, o trabalho deixa de ser multifacetado e, em uma visão mais ampla, deixa de ser integral. Isso pode ser percebido inclusive pela falta de comprometimento ao matriciamento, como é visto no corte do discurso da Participante 2:

“É uma dificuldade, a gente marca reunião e diz “olha, vamos fazer uma reunião de matriciamento” aí chama todos os postos, aí um dia, os representantes de todos os postos, aí a gente faz um levantamento,

qual o melhor horário pra vocês? {...}ai a gente marca de manhã, ninguém vem. Ai de tarde? todo mundo pode? Ai marca de tarde, aí vem um”

É possível pensar, então, que existem casos ainda hoje na saúde pública em que a compreensão da necessidade da troca de experiência em conjunto existe enquanto teoria, mas, na prática, ela é muitas vezes baseada apenas no instrumento de um contato a distância.

“A responsabilidade pelo cuidado dos usuários deve ser compartilhada entre as equipes de Saúde da Família, o NASF e os dispositivos de saúde mental presentes no território” (Cela & Oliveira, 2015, p.2). Esse vínculo criado perpassa a relação de apoio matricial. A intenção, portanto, é trazer um caráter pedagógico e a manutenção da coordenação do cuidado.

“A gente vê essa questão da *falta de responsabilidade*, deste se sentir responsável também nesse cuidado da saúde mental. É como se... É do CAPS... é do PSF... como se fosse... por... é um quadradinho, né. Colocou ele ali, institucionalizou... como se dali ele não saísse mais, entendeu? Então essa é uma dificuldade que eu sinto. De saber que o usuário ele tá, ele pode ir para vários setores... esse caminho dele não é fixo em um ponto.” (Participante 1)

“Tem tantas coisas que podem ser feitas e acaba que o matriciamento fica somente um... é... e isso pra mim é uma grande dificuldade, que vira um... (risos) “toma que o filho é teu” e não, o filho é nosso, né... o filho é nosso, esse paciente, ele é do território e o território compreende vários atores, entre eles, o CAPS.” (Participante 4)

A prática de ações isoladas ou, simplesmente, encaminhar casos sem discussões não podem ser consideradas como contatos que se estendem à prática de um matriciamento, uma vez que configuram em contatos pontuais, não havendo encontros regulares e momentos para discussão de estudos de caso.

“Mas eu acho que o primeiro grande desafio é que os profissionais possam sair do CAPS pra fazer essa interlocução com os demais pontos de atenção da rede. E a segunda questão eu acho que é realmente construir junto com a RAPS essa percepção que a saúde mental tá em todo canto, né? Ela tá no território, não exclusivamente no CAPS, acho que esse é o maior desafio. “. (Participante 3)

Dessa forma, é um equívoco compartimentalizar e “institucionalizar” todos os sujeitos que demandam de práticas que envolvem a saúde mental, uma vez que a Rede de Atenção Psicossocial possui mais equipamentos que o CAPS.

Desafios relacionados à falta de educação permanente dos profissionais

Com a instalação do modelo assistencial vigente, foi-se pensado em práticas de uma educação na saúde sendo explicado, portanto, pelo Ministério da Saúde, como “a produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular” (Brasil, 2007, p.22). Sendo assim, uma das modalidades de educação no trabalho é a Educação Permanente.

A Educação Permanente pode ser compreendida como uma educação mais voltada para a transformação social, que tem enquanto objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, a partir da referência das necessidades da população, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde (Brasil, 2007, p.22).

Criando, assim, ações educativas pautadas na problematização do processo de trabalho em saúde.

Sendo assim, quando se é percebido a falta de compreensão de uma das principais nomenclaturas usadas pelas equipes de saúde mental por grande parte de uma equipe do CAPS, é preciso analisar se algo entre teoria e a prática da educação permanente está se perdendo nesse processo de trabalho.

“O que são tecnologias leves? Eu não tô... pode ser isso, eu to tendo uma visão assim... Eu to em, eu tenho asma, eu sou grupo de risco, aí eu tô afastada do CAPS, aí eu tenho atendido por teleatendimento, então assim, eu to usando o telefone, o smartphone pra isso.” (Participante 2)

“Tecnologias leves, né... É, que eu entendo né, de tecnologias leves, é que faz tempo...” (Participante 4)

“As tecnologias leves... você fala dessa questão, né? Do matriciamento, é? Acolhimento, né?”
(Participante 1)

As tecnologias leves do cuidado são definidas como “o trabalho centrado no campo das relações, nesse sentido, então, são meios possíveis para a qualificação das práticas desenvolvidas no âmbito dos serviços de saúde” (Almeida & Fófano, 2016, p.2), prezando, portanto, por uma prática mais humanizada de saúde. Como uma das participantes explicita:

“Na atenção básica o NASF tem uma participação fundamental nisso, mas também essa soma de momentos com o CAPS vai ajudar bastante a dinamizar esse cuidado, né, a gente tentar realmente ampliar esse cuidado. Na atenção especializadas, a gente tem as oficinas terapêuticas, e aí no caso tecnologias leves eu entendo como tecnologia da relação, o que na minha relação com o usuário auxilia a ele no entendimento desse processo saúde e doença e... e como ele se reorganiza depois disso”
(Participante 3)

Portanto, cabe-se pensar, enquanto um desafio, o motivo pelo qual, entre as quatro pessoas que foram entrevistadas, somente uma compreendia uma nomenclatura que é vivida diariamente na prática de um CAPS. Elaborar e oferecer o cuidado pautado no acolhimento, vínculo, corresponsabilização e autonomia é a base da atuação em saúde mental. Logo, pensar prevenção e promoção de saúde de uma forma ampla é muito difícil quando não se compreende do que se está falando.

Gestão da Clínica Ampliada a partir das equipes de Saúde mental e Atenção Primária

Compreende-se a clínica ampliada como “a diretriz de atuação dos profissionais da saúde” (Sundfeld, 2010, p.6). Além disso, esta prevê, a partir do que é demandado pelos usuários, a articulação entre os serviços de saúde e outros setores e políticas públicas tidos como recursos para promoção de saúde, justamente por compreender que esta se constitui num

agenciamento de vetores sociais, políticos, culturais e econômicos em mesmo plano de imanência.

“O contato inicial é geralmente com um agente de saúde. Esse apoio já começa nesse cuidado já direcionando para ela, para que ela vá fazendo a visita e tendo esse suporte. A gente chama também a equipe, ou liga pra enfermeira e alguns casos a gente já chama, em casos muito complexos que não tem apoio da família, não tem esse suporte, aí a gente chama no CAPS.” (Participante 1)

“E aí, essa articulação, no primeiro momento, é telefônica, a gente marca uma reunião, desemboca as outras articulações e aí faz os encaminhamentos. Uma semana depois a gente volta pra uma nova reunião, dizer o que foi que conseguiu fazer, né” (Participante 2)

“Clínica ampliada é âmbito das possibilidades da atuação do sujeito. Questão subjetiva, é plural. Clínica ampliada é essa questão da intersetorialidade e da interdisciplinaridade desse cuidado da saúde como um todo, um ser integral. Vários saberes contribuindo para o sujeito.” (Participante 1)

O conceito de Clínica Ampliada pode ser compreendido como uma forma de visualizar o sujeito a partir de uma visão integrada, considerando as questões subjetivas, assim como seus aspectos biológicos e sociais de cada pessoa. Por isso, considerá-lo como sujeito singular e com suas respectivas complexidades implica a abordagem de diferentes perspectivas que concedam atender a todas as suas necessidades. Nesse sentido, “a necessidade de rever práticas coletivas se fazem bastante presentes, tendo em vista que não é possível assegurar uma abordagem integral quando se trabalha de forma isolada” (Gerhardt Neto, Medina & Hirde, 2014, p. 152).

“É quando você está enxergando ele como um todo, né. Um ser integral, que não tá ali apenas porque tá deprimido, ou apenas porque tem pressão alta. É você entender tudo que move ele, tudo que faz parte do conjunto sociocultural dele. Tipo, quem é ele? Onde ele mora? Do que é que ele vive? Qual a limitação que ele tem acesso? Quais são as vivências sociais que ele tem? Entendeu? Pra eu poder, dentro dessa clínica ampliada, poder gerar algum tipo de intervenção que realmente vá fazer efeito.” (Participante 4)

“Eu acho que a clínica ampliada vai muito da compreensão do olhar ampliado dos profissionais, e de compreender que a gente não trabalha sozinho (...) ampliação a gente fala da dimensão do atendimento, da integralidade daquele atendimento do sujeito que tá chegando, então, perceber muitas vezes que aquela ansiedade pode ter outros fatores que não apenas biológicos, psicológicos, mas muitas vezes sociais. Então assim, observar numa visão multidisciplinar, multiprofissional... essa clínica ter esse olhar para diversidade, mesmo.” (Participante 2)

Contudo, é possível perceber a importância exercer a clínica ampliada em saúde mental, tendo em vista que esta parte, inerentemente, de apostas no sujeito e em formas de cuidar que englobam equipe, usuário e território. Por isso, essa prática ampliada não somente se utiliza da problematização das dualidades entre indivíduo e sociedade, como também foca na necessidade de colocar em pauta questões ligadas à saúde mental. Sendo assim, compreende-se, portanto, que a possibilidade da realização da clínica ampliada depende, primordialmente, de um olhar amplo, subjetivo e que possa aproximar os profissionais de saúde aos usuários. Ou seja, a forma de refletir a respeito das trajetórias e entrelinhas dos usuários, o fortalecimento de vínculos e do cuidado, a possibilidade de um olhar territorial e a promoção de uma construção de responsabilidade individual são formas de se dirigir ao usuário de forma integral e que envolvem as particularidades dessa clínica.

Os desafios da prática interdisciplinar dentro do CAPS

A institucionalização dos saberes e sua organização em práticas se daria mediante a conformação de núcleos e de campos. Metaforicamente, os núcleos funcionam semelhantemente à círculos concêntricos que se formam quando se atira um objeto em água parada. Já o campo, em contrapartida, seria a própria a água e o seu contexto, ou seja, um campo de prática interdisciplinar e multiprofissional. Dessa forma, compreende-se que “o campo demarca a identidade de uma área de saber e/ou prática profissional e o campo, um espaço de limites no qual cada disciplina e profissão buscam apoio para cumprir suas tarefas práticas e teóricas”. (Campos, 2000, p. 220)

Dessa forma, retoma-se que “a saúde coletiva, dentro de uma perspectiva dialética, é entendida como um pedaço do campo da saúde” (Campos, 2000, p.7). Por isso, esta, como uma

concentração nuclear de saberes e práticas, é produzida através de inter-relações com o campo e, ao mesmo tempo, se apresenta como o seu núcleo co-produtor.

Nesse sentido, o núcleo da saúde coletiva pode ser compreendido como o apoio aos sistemas de saúde, à elaboração de políticas e à construção de modelos; a produção de explicações para os processos saúde/enfermidade/intervenção e a produção de práticas de promoção e prevenção de doenças (Campos, 2000, p. 7).

As atividades com enfoque na saúde coletiva e na promoção da saúde mental são caracterizadas por um longo período de construções, formulações e (re)organizações. Por isso, a pauta da interdisciplinaridade tem sido objeto de diversas discussões nas ciências da saúde e, sobretudo, um fator estrutural para a prática nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Esse termo explora, conceitualmente, questões acerca da possibilidade de trabalho conjunto na busca de soluções e “caracteriza-se como a interação de diferentes disciplinas que se sustenta sob uma problemática comum, em uma relação que permite uma aprendizagem mútua e recombinações dos saberes e práticas” (Leal & De Antoni, 2013, p. 95).

Dessa forma, quando inserido na área da Saúde Coletiva, o termo interdisciplinaridade coloca-se como uma exigência interna, tendo em vista que o seu objeto de trabalho (a saúde e a doença em seus respectivos âmbitos sociais) toca, simultaneamente, as relações sociais, as expressões emocionais e afetivas e a biologia, traduzindo as condições e razões sócio-históricas e culturais dos indivíduos e grupos (Vilela & Mendes, 2003, p. 529).

A gestão do trabalho interdisciplinar em equipes de referência depende de uma série de ferramentas operacionais. Assim, pode ser compreendido que, para a realização do cuidado e funcionamento de uma unidade, são necessárias diversas formas de articulações nos processos

de trabalho dos profissionais de saúde, o que pode abrir margem para diversos desafios e obstáculos estruturais.

“O CAPS que existe lá em Moreno, ele é responsável por atender todas as demandas de saúde mental do município, então, a gente tem o CAPS, a função dele, receber... ofertar cuidado em saúde mental para pessoas que estejam com intenso sofrimento psíquico ou que estejam desenvolvendo um transtorno de saúde mental e que esse cuidado pode ser ofertado para pessoas que estejam nessa situação pelo uso ou não de substâncias psicoativas. A gente atende crianças e adolescentes também e... é... na verdade, cada uma dessas demandas requer uma linha de cuidado (...) e aí lá a gente tem uma equipe mínima, é uma psicóloga, uma psiquiatra, uma assistente social e uma T.O. e um enfermeiro. Atualmente, estamos em três lá, porque a assistente social foi afastada por conta do grupo de risco, o enfermeiro demitiram no início da pandemia, o que nos deixou bastante fragilizadas (...)” (Participante 3).

Contudo, é possível perceber que, dentro das dinâmicas grupais da interdisciplinaridade, encontram-se obstáculos na própria maneira como as organizações vêm sendo compostas e que, eventualmente, conspiram contra esse modo interdisciplinar e dialógico de operação. “Esses obstáculos, portanto, precisam ser compreendidos, devidamente analisados e enfraquecidos para que seja possível trabalhar-se com base em equipe interdisciplinar e sistemas de co-gestão.” (Campos & Domitti, 2007, p. 403).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em virtude dos aspectos abordados, é possível perceber que o processo de matriciamento é uma importante ferramenta, que deve contar com a participação dos profissionais de saúde para a construção e desenvolvimento do cuidar. Nesse sentido, essa tecnologia, quando devidamente utilizada, é capaz de facilitar questões vinculadas a resolubilidade dentro da atenção psicossocial e, também, abre portas para diversas reflexões acerca das complexidades em saúde mental e das vicissitudes desta clínica.

A clínica em saúde mental, quando se é considerada a partir da Rede de Atenção Psicossocial, tem o intuito de inserir o sujeito em uma visão integral, diferentemente da

clínica tradicional. Vimos, então, a partir desse trabalho, que a clínica em saúde mental atua lado a lado de dispositivos institucionais e necessita da utilização de tecnologias clínico/pedagógicas para a construção de um percurso voltado para o cuidado, ético, compartilhado e integral.

Por isso, ressalta-se que a equipe de profissionais da Atenção Primária deve implementar ações conjuntas com o CAPS que favoreçam e promovam também a assistência ao usuário portador de transtorno mental, e ao usuário dependente de álcool e outras drogas de seu território. Por isso, compreendendo as então dificuldades advindas da ascensão do coronavírus (COVID-19), ainda se faz importante ressaltar que a equipe de profissionais da Atenção Primária deve implementar ações conjuntas com o CAPS que favoreçam e promovam também a assistência ao usuário portador de transtorno mental, e ao usuário dependente de álcool e outras drogas de seu território. Desse modo, é imprescindível ponderar a formação dos profissionais que trabalham na saúde mental, no sentido de produção e sistematização de conhecimentos, para a efetivação da gestão de um cuidado compartilhado, na intenção de elaborar e oferecer ações pautadas na promoção de saúde e na prevenção de agravos no território.

Além disso, ressalta-se a relevância do conteúdo proposto neste trabalho para a comunidade acadêmica, para fins de que a discussão acerca da formação de futuros profissionais que atuarão na rede de atenção psicossocial e na atenção primária em saúde estejam presentes desde a graduação fomentando e fortalecendo saberes e práticas que estejam voltadas para a gestão de um cuidado singularizado.

REFERÊNCIAS:

Almeida, Q., & Fófano, G. A. (2016). Tecnologias leves aplicadas ao cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: uma revisão de literatura. *HU Revista*, 42(3).

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2494>

Brasil. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. (2007). *Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde*. Ed. MS.

Ministério da Saúde. (2009). Clínica ampliada e compartilhada.

Campos, Gastão Wagner de Sousa, & Domitti, Ana Carla. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 399-407. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>

Campos, G. W. D. S. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4, 393-403. <https://www.scielo.org/article/csc/1999.v4n2/393-403/>

Campos, Gastão Wagner de Sousa. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2), 219-230. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>

Cela, Mariana, & Oliveira, Isabel Fernandes de. (2015). O psicólogo no Núcleo de Apoio à saúde da Família: articulação de saberes e ações. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 20(1), 31-39. <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20150005>

Cruz, Nelson Falcão de Oliveira, Gonçalves, Renata Weber, & Delgado, Pedro Gabriel Godinho. (2020). Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(3), e00285117. Epub July 15, 2020. <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>

Sousa, F. S. P., & Jorge, M. S. B. (2018). Introdução ao tema: matriciamento como arranjo para gestão. *dispositivo do cuidado no contexto do matriciamento em saúde mental na atenção primária: articulações entre saberes e práticas*.

de Souza Minayo, M. C. (2002). Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. *Suely Ferreira Deslandes, Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 21ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes*, 9-29.

Farias, T. M., & Carneiro, H. F. (2016). Matriciamento em saúde mental em um município de médio porte. *Iniciação Científica Cesumar*, 18(2), 171-84. <https://doi.org/10.17765/1518-1243.2016v18n2p171-184>

Ferro, L. F., Silva, E. C. D., Zimmermann, A. B., Castanharo, R. C. T., & Oliveira, F. R. L. D. (2014). Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia da Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios.

Hirdes, A., & Scarparo, H. B. K. (2015). O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 383-393. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.12642013>.

Jorge, M. S. B., Pinto, D. M., Quinderé, P. H. D., Pinto, A. G. A., Sousa, F. S. P. D., & Cavalcante, C. M. (2011). Promoção da Saúde Mental-Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 3051-3060. <https://www.scielo.org/article/csc/2011.v16n7/3051-3060/>.

Leal, B. M., & De Antoni, C. (2013). Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Aletheia*, (40). <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/aletheia/article/view/3344>.

Viana, M. M. D. O., & Campos, G. W. D. S. (2018). Formação Paideia para o Apoio Matricial: uma estratégia pedagógica centrada na reflexão sobre a prática. *Cadernos de Saúde Pública*, 34, e00123617. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00123617>.

Vilela, Elaine Morelato, & Mendes, Iranilde José Messias. (2003). Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(4), 525-531. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000400016>

Righi, L. B. (2014). Apoio matricial e institucional em Saúde: entrevista com Gastão Wagner de Sousa Campos. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 18, 1145-1150. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1146>.

Sousa, F. S. P. D., Jorge, M. S. B., Vasconcelos, M. G. F., Barros, M. M. M. A. D., Quinderé, P. H. D., & Gondim, L. G. F. (2011). Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21, 1579-1599. <https://www.scielo.org/article/physis/2011.v21n4/1579-1599/pt/>

Sundfeld, Ana Cristina. (2010). Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20(4), 1079-1097.

<https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400002>

Gerhardt Neto, Maria Rosalia, Medina, Tássita Stefani Selau, & Hirdes, Alice. (2014). Apoio matricial em saúde mental na percepção dos profissionais especialistas: building a new paradigm. *Aletheia*, (45), 139-155.

<http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/aletheia/article/view/3256>

Yasui, S., & Costa-Rosa, A. (2008). A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em debate*, 32(78-79-80), 27-37.

<https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773003.pdf>