

Matriciamento em saúde mental: práticas e desafios para profissionais de saúde

Matrix support in mental health: practices and challenges for health professionals

¹Andreia Fernandes de Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7514-889X>

²Sonia Maria Lemos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5047-2466>

³Flávia Regina Souza Ramos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0077-2292>

^{1,2,3}Universidade do Estado do Amazonas/UEA. Manaus (AM), Brasil.

³Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC. Florianópolis (SC), Brasil.

Editora de seção:

Diene Monique Carlos

Editora científica:

Tatiane Gomes Guedes

Editora chefe:

Maria Wanderleya de Lavor
Coriolano Marinus

Submissão: 05/01/2024

Acierto: 16/09/2024

Publicado: 08/12/2024

RESUMO

Objetivo: discutir as práticas e os desafios enfrentados pelos profissionais que atuam na Atenção Primária e Atenção Especializada acerca do matriciamento em saúde mental. **Método:** estudo exploratório descritivo, de natureza qualitativa, que entrevistou 32 profissionais de saúde (sendo dois gestores), por seleção intencional, entre Atenção Especializada e Atenção Primária. Os dados foram ordenados e categorizados através do software Atlas-ti, versão 22.1.5.0, e o processo analítico foram orientados pela técnica de análise temática, conforme Braun e Clarke. **Resultados:** 17 códigos foram agrupados, e geraram seis categorias ou redes temáticas: O vivido e o refletido sobre matriciamento; Condições necessárias ao matriciamento; Obstáculos para o matriciamento; Facilitadores/potencializadores do matriciamento; Impactos vislumbrados; e Demandas tecnológicas para o matriciamento. **Conclusão:** a implementação do matriciamento representa uma oportunidade para a efetivação da atenção integral à saúde, além de proporcionar significativas oportunidades de desenvolvimento de habilidades de todos os profissionais envolvidos. O desejo dos profissionais de saúde por melhorias na assistência prestada a pessoas em sofrimento psíquico coloca a educação permanente como caminho ainda a ser fomentado para a consolidação do matriciamento em saúde mental.

Descritores: Serviços de Saúde Mental; Trabalhadores de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde Mental; Educação Permanente

ABSTRACT

Objective: to discuss the practices and challenges faced by professionals working in Primary Care and Specialized Care regarding matrix support in mental health. **Method:** a descriptive exploratory study, of a qualitative nature, which interviewed 32 health professionals (two managers), by intentional selection, between Specialized Care and Primary Care. The data were ordered and categorized using the Atlas-ti version 22.1.5.0 software, and the analytical process was guided by the thematic analysis technique, according to Braun and Clarke. **Results:** seventeen codes were grouped, and generated six categories or thematic networks: Experience and reflection on matrix support; Necessary conditions for matrix support; Obstacles to matrix support; Facilitators/enhancers of matrix support; Envisioned impacts; and Technological demands for matrix support. **Conclusion:** the implementation of matrix support represents an opportunity to implement comprehensive health care, in addition to providing significant opportunities for developing the skills of all professionals involved. The desire of health professionals for improvements in the care provided to people with mental health problems places continuing education as a path that still needs to be promoted for the consolidation of matrix support in mental health.

Descriptors: Mental Health Services; Health Care Professionals; Primary Health Care; Mental Health; Continuing Education.

COMO CITAR ESTE ARTIGO:

Oliveira AF de, Lemos SM, Ramos FRS. Matriciamento em saúde mental: práticas e desafios para profissionais de saúde. Rev. enferm. UFPE on line. 2024;18:e260991 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2024.260991>

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica no Brasil iniciou na década de 1970, impulsionada por diversos movimentos mundiais no campo da saúde mental (SM), e estabeleceu mudanças significativas com rompimento de paradigmas e preconceitos, promovendo a reinserção social da pessoa em sofrimento mental (PSM) na sociedade. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, a SM passou a fazer parte de um sistema de cuidado integral e do modelo assistencial voltado para as necessidades do indivíduo. Um dos primeiros movimentos a favor da Reforma Psiquiátrica no Brasil ocorreu em 1987, no II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, que trouxe uma nova visão em relação à “loucura” e às práticas profissionais em SM.¹

No Brasil, a atenção à SM se baseia no paradigma psicossocial, que busca produzir práticas de cuidados em uma visão que vai além do sofrimento mental, priorizando a pessoa integralmente e em seu contexto sociocomunitário.² Investindo na criação de um modelo de cuidado em SM que tem como objetivo fornecer um lugar seguro para os usuários com problemas mentais, esse novo modelo tem como foco principal o sujeito e suas diversas dimensões, considerando também a comunidade e o contexto social.³

Para a implementação do modelo de cuidado em SM, foi criada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), regulamentada por meio da Portaria nº 3.088/2011. A proposta favoreceu a incorporação de trabalhadores com formações diferentes na estruturação de serviços públicos na atenção à SM.⁴ A Atenção Primária compõe a RAPS e desempenha papel fundamental na promoção de SM e bem-estar psicológico, por ser considerada uma das principais portas de entrada do SUS e responsável por oferecer cuidados apropriados aos indivíduos que necessitam de acompanhamento.⁵ Dessa forma, não é possível discutir saúde integral sem levar em conta a SM, tornando a Atenção Primária à Saúde (APS) um dispositivo essencial para a melhoria das condições de saúde geral.

O matriciamento em SM tem origem no Brasil no final do século XX, proposto por Gastão Wagner de Souza Campos, posteriormente definido como um novo modo de produção de saúde em que duas ou mais equipes, em um processo de construção de cuidado compartilhado, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica.⁶ Ele surge como um dispositivo inovador, fundamentado na promoção de uma nova organização em redes de serviços assistenciais e educacionais contínuos no âmbito do SUS.⁷

Dessa maneira, esse novo modo de organização de ações de saúde possibilita o desenvolvimento de habilidades dos profissionais envolvidos, bem como o acesso a outras informações, à construção de novas estratégias de intervenção, à corresponsabilização e ao fortalecimento do trabalho interdisciplinar.⁸

A literatura aponta que o apoio matricial é uma ferramenta que, quando bem desenvolvida, amplia a sensibilização dos profissionais e a troca de saberes, repercutindo em melhores abordagens, acolhimento e manejo da demanda de saúde mental.⁹ A partir de banco de dados oficiais nacionais (ainda da década passada), foi evidenciada associação positiva entre ações de matriciamento em SM e práticas/estratégias para a integralidade e qualificação do cuidado.⁸ Obviamente que mudanças políticas impactaram substancialmente a organização do trabalho e as possibilidades de real efetivação das ações de apoio matricial. No entanto, experiências particulares continuaram a demonstrar o matriciamento como ferramenta fundamental para a mudança na gestão dos serviços de saúde e integração da SM na APS como dispositivo produtor de novas subjetividades.¹⁰ Revisão da literatura recente mostra crescimento de estudos sobre matriciamento em SM na APS nos últimos anos, descrevendo não apenas os desafios de implantação (fragmentação da rede, burocratização, capacidade de atendimento, falta de clareza sobre o matriciamento e funções dos serviços, medo no manejo deste usuário, estigma e exclusão social), mas também contribuições reais para a integração/valorização da equipe multiprofissional e diálogo com usuário e família como protagonistas do cuidado.¹¹ Mostrou-se útil cotejar tais achados com estudo anterior, também de revisão de literatura, mas abrangendo período mais antigo, largo e com maior número de artigos analisados. Uma década antes, a revisão apontava para a iniquidade regional nas publicações e oferta de serviços e para as diferenças metodológicas entre SM e APS (mesmo que compartilhando a base territorial), que produziam diversidade de avaliações sobre o trabalho colaborativo e as práticas do matriciamento.¹² No período de uma década, a integração entre SM e APS passou de experiência em construção e promessa de avanços pós-Reforma Psiquiátrica para exemplo de desmonte e agudização do fosso entre demanda e oferta de cuidado. Portanto, é possível afirmar que hoje, em tempos de novas possibilidades de reconstrução política, mais do que nunca é necessário estudar resultados e experiências que envolvem o matriciamento em SM e outras estratégias relacionadas à efetividade da RAPS. A análise de práticas e concepções de diferentes atores envolvidos aponta o matriciamento como potencial para encontro produtivo entre equipes de saúde e para a formação em serviço. Em que pese contradições (dito x vivido), reforçam o espaço para a criação, diálogo e prática diferenciada de promoção à saúde e desinstitucionalização.¹³

Acredita-se que é fundamental oferecer aos trabalhadores de saúde da RAPS ferramentas e conhecimentos adequados sobre matriciamento, para ajudar a ampliar as competências desses profissionais na efetivação dos cuidados à SM.⁹ Para isso, são necessários estudos que fomentem a reflexão dos profissionais de saúde e que deem

visibilidade às suas práticas, necessidades e desafios cotidianos.³ Nesse contexto, a presente pesquisa questionou: quais as percepções e práticas realizadas por trabalhadores de saúde da RAPS relacionadas à efetivação do matriciamento em SM em um cenário da capital do Amazonas?. Espera-se que seus resultados contribuam para o compartilhamento de conhecimentos e experiências entre profissionais, gestores e academia envolvidos na construção da RAPS. Também pode enriquecer a discussão e a produção do conhecimento e as experiências de gestores, especialmente em um cenário do norte do país, ainda negligenciado em termos de pesquisas científicas. Ainda, a efetivação da RAPS se coaduna com as metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), apelo global da Organização das Nações Unidas (ONU) pactuado pelo Brasil. O ODS 03 se refere à “Saúde e bem-estar”, visando assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. Entre suas metas, estão (3.5) a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias/abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool, além do alcance da cobertura universal de saúde (3.8), para as quais a SM é fundamental.¹⁴

O referencial analítico consistiu de conceitos básicos incorporados à proposição política da RAPS no Brasil (conforme brevemente apresentado), como seus objetivos e dispositivos, e, especialmente, do conceito de matriciamento/apoio matricial em SM como dispositivo de cuidado colaborativo. Matriciamento e apoio matricial não foram distinguidos no estudo por sua integração nas visões e práticas dos sujeitos. O apoio matricial busca integrar profissionais especialistas (apoiadores) e generalistas (equipes de referência) em práticas interdisciplinares na perspectiva da clínica ampliada, qualificação e resolutividade dos serviços, agregando elementos do cuidado compartilhado (suporte educacional, regulação, cogestão, comunicação sistemática, suporte organizacional, entre outros) e de metodologias de trabalho (para o diálogo, a responsabilização e a decisão coletiva no território).¹³

OBJETIVO

Discutir as práticas e os desafios enfrentados pelos profissionais que atuam na Atenção Primária e Atenção Especializada acerca do matriciamento em saúde mental.

MÉTODO

Estudo exploratório descritivo, de natureza qualitativa, que buscou compreender fenômenos através dos significados e percepções subjetivas dos sujeitos¹⁵. Para qualidade do relatório de pesquisa, foram seguidas as recomendações do *COnsolidated criteria for REporting Qualitative research* (COREQ).

Local ou cenário

A pesquisa foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo III, duas Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Manaus, capital do estado do Amazonas. Este município, com população de 2.063.689 habitantes, destaca-se por ser considerado o de maior influência da Amazônia Ocidental, e está localizado no centro da maior floresta tropical do mundo. A escolha por esses serviços deu-se pelo fato de desenvolverem ações de SM, pela maioria das demandas de matriciamento residir em bairros próximos à unidade, bem como pela diversidade de trabalhadores e áreas de atuação.

Participantes

Participaram do estudo 32 trabalhadores de saúde, por seleção intencional, sendo dez do CAPS tipo III (Atenção Especializada), seis da ESF.1, sete da ESF.2 e nove da UBS (total de 22 da APS), pertencentes a um mesmo território e distrito de saúde. Deste total, dois ocupavam cargo de gestão. Foram incluídos trabalhadores servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA), com no mínimo um ano de atuação nos serviços selecionados, de uma das seguintes categorias: enfermeiro, médico, nutricionista, psicólogo, educador físico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, farmacêutico, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. Não foram convidados apenas servidores que não eram do quadro efetivo e os que estavam afastados ou de férias. No processo analítico, este número permitiu considerar a saturação qualitativa dos dados (elementos comuns e recorrentes) e a análise temática (consistência para interpretação das categorias).¹⁶ Foram convidados a participar 33 servidores, mas apenas um recusou. Outro servidor foi entrevistado novamente, devido à má qualidade dos dados obtidos (gravação). A mesma pesquisadora que realizou todas as entrevistas as transcreveu integralmente.

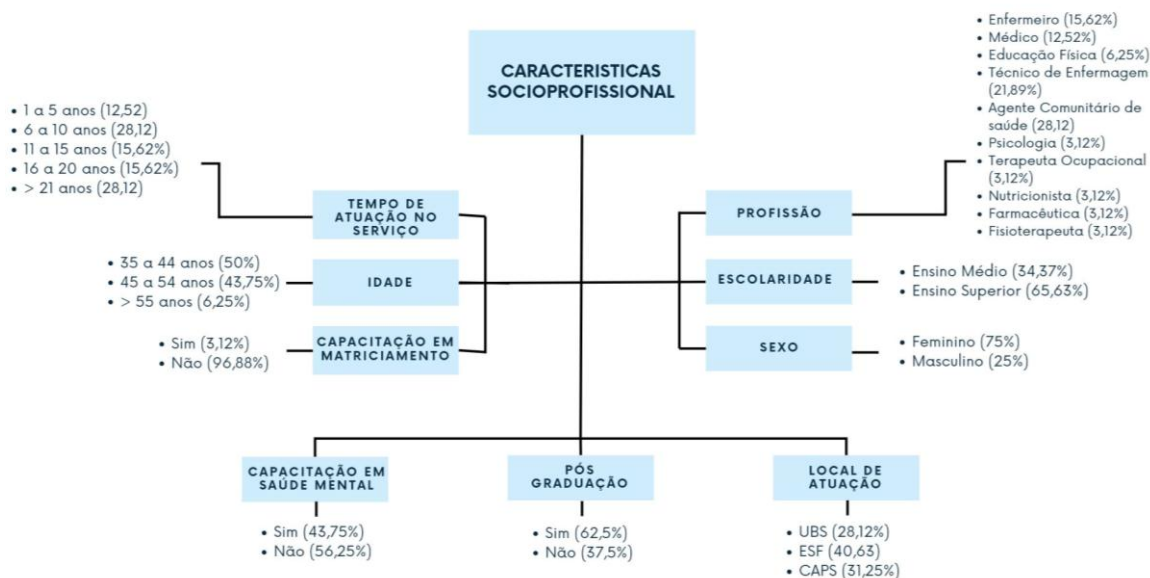


Figura 1. Apresentação dos profissionais de saúde. Manaus (AM), Brasil, 2023.

Produção dos dados

Os dados foram produzidos por meio de entrevista semiestruturada, precedida por visita aos locais para apresentação da pesquisa aos gestores das unidades. Posteriormente, em contatos pessoais, os profissionais foram convidados a participar, sendo informados sobre os objetivos da pesquisa, e aqueles que aceitaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As entrevistas, orientadas por um roteiro, foram realizadas pela pesquisadora principal, de forma presencial, no local de trabalho e em horário indicado e solicitado pelo participante, sem qualquer prejuízo de serviço, em agosto de 2022. O tempo médio de duração foi de 45 minutos. As entrevistas foram audiogravadas com autorização dos participantes para posterior transcrição e categorização na íntegra pela mesma pesquisadora. Os materiais gravados foram armazenados em *pen drive*/HD externo e destruídos quando a análise de dados foi concluída.

Análise dos dados

Previamente, todas as entrevistas transcritas foram inseridas no *software* Atlas-ti, versão 22.1.5.0, compondo uma unidade hermenêutica. Os dados de caracterização dos participantes foram tratados separadamente. Os dados foram ordenados e categorizados no *software* em sucessivas leituras e revisões feitas por dois pesquisadores. O processo foi orientado pela técnica de análise temática, proposta por Braun e Clarke,¹⁷ nas etapas de: 1) familiarização; 2) geração de códigos iniciais; 3) busca de temas; 4) revisão de temas;

5) definição de temas; 6) relatórios das ideias. As etapas 4 e 5 se deram em quatro rodas de análise (momentos consecutivos de retorno aos dados e discussão entre pares de pesquisadores até consenso), até a configuração final da rede de códigos. O referencial conceitual, centrado no conceito de matriciamento/apoio matricial como dispositivo de cuidado em SM, ancorou o processo analítico e remeteu aos imbricamentos com outros conceitos e dispositivos que se integram no entendimento da RAPS. Dessa forma, houve uma prévia delimitação de temas a serem buscados (categorias conceituais ou dedutivas, que se referiam às condições, resultados e formas de realizar o matriciamento) e, também, abertura para emergência de novos temas (categorias indutivas e detalhamentos em subcategorias).

O processo de leitura e pré-análise do *corpus*, foram selecionados 664 excertos das entrevistas, identificados de acordo com seu tema, em 20 códigos (códigos no Atlas-ti), relacionados ou articulados a seis grandes categorias ou rede temática. Em seguida, as categorias foram analisadas em profundidade, e todos os códigos sofreram aperfeiçoamentos (clareza de denominação) e agrupamentos (novas agregações por similaridade), de forma que os 17 códigos se organizaram em agrupamentos ou subcategorias.

Aspectos éticos

O estudo cumpriu com as recomendações éticas vigentes, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) (CAAE nº 59703922.2.0000.5016 e Parecer nº 5.540.011/2022). Além disso, a pesquisa seguiu as diretrizes da Resolução nº 466/12.¹⁸ Para preservar o anonimato, utilizou-se a seguinte codificação: A 01 a 10 (para CAPS); B 01 a 09 (para UBS); C 01 a 06 (para ESF 1); e D 01 a 07 (para ESF 2). Também se utilizou a sigla da letra da profissão do entrevistado (ENF = enfermeira; M = médico; EF = educador físico; P = psicólogo; TO = terapeuta ocupacional; N = nutricionista; F = farmacêutico; FT = fisioterapeuta; TE = técnico de enfermagem; AE = auxiliar de enfermagem; e ACS = agente comunitário de saúde).

RESULTADOS

Os resultados se articularam em seis categorias temáticas, apresentadas na Figura 2, que indicam sua composição em termos de códigos/subcategorias e de magnitude (número de excertos de entrevistas que a integram).

	Categorias	Códigos/subcategorias	Magnitude
MATRICIAMENTO	O vivido e o refletido	2	116
	Condições necessárias	3	108
	Obstáculos	6	244
	Facilitadores/potencializadores	3	50
	Impactos vislumbrados	2	55
	Demandas tecnológicas	1	89
		17	662

Figura 2. Categorias, subcategorias e magnitude dos resultados. Manaus (AM), Brasil, 2023.

A categoria “O vivido e o refletido sobre matriciamento” aborda a compreensão e as experiências dos profissionais sobre o tema. Inicialmente, fica evidente um amplo desconhecimento sobre o que seja matriciamento, especialmente nas UBS, exatamente por impossibilidade de vincular sua aplicabilidade às experiências concretas.

Vou ser sincera, primeira vez que eu ouço falar nessa palavra. Para mim, é nova, eu posso até saber o que seja, mas com outra palavra. (C 01 ACS)

Eu entendo que é como seguir uma lógica. Com os pacientes chegando para você com os relatos dele e você vai seguindo um trajeto até chegar a um possível diagnóstico [que] vai te abrir um leque de possíveis opções terapêuticas, medicamentosas e não medicamentosas. [...] vai te dizer: “Olha, até tal ponto, é com você, clínico, e até tal ponto, é melhor você mandar para um CAPS”. (B 09 M)

Com certeza, não tem acontecido. Na verdade, nunca aconteceu. E vou além, está difícil de acontecer, devido a todos os problemas acarretados... de anos. É bem difícil de acontecer, porém seria muito interessante se acontecesse. (D 05 TE)

Por outro lado, profissionais do CAPS relatam experiências de “matriciamento real”, que parecem conflitar com os relatos das UBS.

Já, sim, vários pacientes. Isso é em conjunto com médico. A gente criou um documento pra o paciente não sair daqui, vamos dizer assim, de mãos abanando. Ele sai daqui com esse documento de alta dele do CAPS [...] que ele dará continuidade do tratamento numa UBS ou na policlínica. Continuo matriciando, é frequente. (A 01 EF)

Sim, dezenas de pacientes foram matriciados para unidades de menores complexidades. Geralmente para Unidades Básicas de Saúde ou policlínicas. Esse ano, um número específico é difícil de dizer, mas provavelmente uns dois matriciamentos por semana. (A 05 M)

A categoria “Condições necessárias ao matriciamento” remete à percepção dos profissionais de quais seriam os principais pontos para funcionalidade do matriciamento na Atenção Básica, ou seja, representam requisitos necessários para matricular. Nas falas dos profissionais, é possível observar aspectos que estão ligados à comunicação (entre equipes

e pontos da rede para efetiva integração), aos profissionais (conhecimento, capacitação, empatia) e às condições organizacionais e políticas (efetiva territorialização/descentralização, fluxos/protocolos, número maior de profissionais e serviços, redes de apoio e fóruns de discussão entre os pontos da rede).

Condições relacionadas à comunicação

Que o funcionário lá do CAPS entrasse em contato com a gente. Olha, dona fulaninha de tal, ela mora lá na rua tal, e ela vai ser acompanhada por vocês, [...]. Então, eu já ia saber que aquela senhora, ela veio do CAPS e foi orientada a dar continuidade ao tratamento aqui. (D 04 ACS)

Não é assim, porque eu quero matriciar, e vai ser matriciado não. Passa primeiro na reunião aquele paciente que está estável, que está muito tempo no CAPS. [...]. Era bom um contato com aquela unidade para dizer que vai um paciente assim, dar continuidade no tratamento assim, assim, assim. A gente faz, mas é muito pouco. Ultimamente, não temos feito. (A 01 EF)

Então, essa transmissão da expertise, das vivências das pessoas que trabalham no serviço de maior complexidade para as pessoas que trabalham no serviço de menor complexidade, acho de extrema importância. (A 05 M)

Condições relacionadas aos profissionais

[sobre cursos oferecidos] infelizmente, não atinge a todos. Além da capacitação de médico para médico, haveria a necessidade de uma capacitação para os demais profissionais da equipe também, como o enfermeiro, o ACS, o assistente social, a recepção. (A 02 P)

Eu acho que uma melhor capacitação dos profissionais da Atenção Básica em relação à saúde mental, com bom acolhimento, para que alguns paradigmas, estigmas que existem em relação à saúde mental sejam quebrados. (A 07 EF)

Elas não estão preparadas para cuidar das pessoas que sofrem de transtorno mental. [...] para cuidar, para atender, para assistir esse público, essa clientela. Falta formação, falta treinamento. (A 08 TO)

Condições organizacionais e políticas

Hoje, o matriciamento em saúde mental está bem distante do que realmente deveria ser, porque infelizmente a nossa saúde mental não é territorializada. Eu falo de um CAPS, enquanto poderia ter 20 ou mais. Nós somos um CAPS para três zonas da cidade e às vezes interior. (A 02 P)

Primeiro, tem que ter alguém que nos ampare. Por exemplo, se a gente tiver algum problema aqui, a quem recorrer? [...] uma vez que tenha quem ajude, nós teremos como fazer, e na verdade, até tentamos fazer, porém a gente cai na situação do ser humano. (D 05 TE)

Pelos protocolos da saúde mental, devem-se realizar pelo menos três consultas com clínico geral na UBS. Após as consultas, se não houver melhora, encaminhar para psiquiatra na policlínica. Nós criamos um fluxo. Isso tem ajudado muito, não tem voltado. Desde a pandemia, não tem voltado. (A 01 EF)

Olha, isso é muito simples, tem que ter mais psiquiatras e mais psicólogos. [...] porque a demanda é muito alta, e os profissionais são poucos. (B 06 TE)

Acredito que reuniões interinstitucionais seriam bem importantes. Então, eu acho que reuniões intersetoriais desse pessoal de forma regular. [...] porque é quem

exerce o cuidado realmente sabem qual é a dificuldade e os melhores caminhos das práticas clínicas. (A 05 M)

A categoria “Obstáculos para o matriciamento” se refere a um conjunto de dificuldades relatadas pelos profissionais para que o matriciamento ocorra, ou seja, representam situações limitantes e problemas a serem enfrentados. Importante destacar que, em vários sentidos, o limite não se imputava exclusivamente ao matriciamento, mas à atenção à SM, que diz respeito a dificuldades da organização da atenção, como demanda excessiva, fluxos ineficientes, lacuna em pontos da rede assistencial (emergência psiquiátrica), dependência do Sistema Nacional de Regulação (SisREG), burocracia e falhas de comunicação.

Só quem realmente já vivenciou a realidade... consegue enxergar esse lado, porque, até então, é muito bonito. Na prática, realmente foi muito importante [...] trouxe muita dignidade aos usuários da saúde mental. Porém, ficou em aberto a questão da urgência e emergência. (B 07 ENF)

É uma coisa que ainda está muito aquém, porque a maioria dos profissionais são agendados pelo SisREG. Psicólogos, SISREG. Terapia ocupacional, SisREG. Terapias, SisREG. Fonoaudiólogo, SisREG. E, assim, tudo depende de um sistema. (B 07 ENF)

A gente encaminha pelo SisREG. O que eu percebo muito, que é muita burocracia. [...] eu encaminho a paciente [descreve o quadro clínico]. Coloco tudo isso e, às vezes, retorna e faço outra justificativa. Isso tudo leva tempo. Uma paciente que deveria ser atendida rapidamente. (B 08 M)

Dificuldades de efetivação de princípios assistenciais, ou seja, quando não são vislumbradas possibilidades ou efetividade daqueles princípios que deveriam funcionar como orientadores maiores da ação e organização, como integralidade, continuidade do cuidado, vinculação ao território e serviço, e informação.

A resistência dele sair daqui, porque aqui ele sai do consultório, ele já pode marcar a consulta [...]. Ele se institucionaliza aqui no CAPS, porque aqui tudo é facilitado para ele, enquanto lá fora, não. (A 09 F)

Se pensar no ponto de vista da saúde integral desse paciente, a gente sabe que não é só o atendimento médico, né? Precisa de opções de lazer, de atividade física, de relação com a comunidade [...] são dispositivos necessários para a gente pensar na saúde integral do indivíduo. E essa dificuldade é para toda a população manauara, mas precisa incluir os pacientes que têm transtorno mental grave [...] (A 07 EF)

Dificuldades ligadas ao déficit de profissionais e de condições de trabalho se referem ao quantitativo insuficiente de profissionais, levando à sobrecarga, espaços/estruturas inadequadas de trabalho e escassez de insumos/medicamentos ou materiais de apoio.

Falta, com certeza [oferta de profissionais especializados], se você tivesse o dobro do que tem, eu digo, até o triplo do que tem, o serviço fluiria com muito mais eficácia. (B 06 TE)

Outra coisa é a medicação. Nós temos boas medicações (cita os nomes). Que eu acho que resolve boa parte dos casos, mas falta. E aí o paciente não compra, porque ele não tem dinheiro. Então, não (devia) falhar no básico. (B 09 M)
Não temos condições para trabalhar, porque a gente já tem outros afazeres, outros indicadores [...]. Pede um indicador, a gente corre atrás, depois já pede outro, depois pede outro, a gente deixa tudo pela metade. (D 03 ACS)

Dificuldades ligadas à capacitação envolvem a carência de conhecimento (reconhecida em si próprio e na equipe) sobre a rede de atenção e sobre o objeto de trabalho em SM, o que se vincula ou é reforçado pelas visões limitadas sobre o sofrimento psíquico (subcategoria anterior).

Nós temos que ter esse foco, esse julgamento. Se não tiver, como trabalhar? Só aqui a básica? E lá na frente, como a gente vai indicar? Para onde? Falta conhecimento... para onde encaminhar, para onde eles vão, como conduzir, como chegar até lá. (D 03 ACS)

E tem equipes que também achavam isso, e depois desconstruíram essa imagem. [...] porque os próprios funcionários desses locais se recusaram - não queremos, porque são pacientes difíceis e não temos preparo. Eles não eles não se sentem preparados para receber essas pessoas. É falta de capacitação mesmo. (A 09 F)

Para que isso aconteça, que haja uma capacitação, uma atualização, falando sobre a rede, porque ela ainda é desconhecida. Eu acho que, sim, prefiro achar que seja desconhecida a o profissional realmente não ter envolvimento com essa área, tão importante quanto todas as outras. (A 10 ENF)

Dificuldades ligadas a visões e sentimentos em relação à SM se referem a estigma, preconceito, medo e resistência em trabalhar com esse usuário.

Porque as pessoas têm muito preconceito. Se você falar em psiquiatria ou psicólogo, ele vai dizer - eu não sou doido. Por que você está me mandando para lá? (D 07 ENF)

Então, ficam cheios de ideias irreais, cheios de fantasias e até de preconceitos, que nasce do desconhecimento, da ignorância. Estou usando o termo "ignorância" com o fato de não conhecer e não viver aquilo, né? (A 05 M)

Isso eu acho que é o que dificulta também na rede, lá na ponta. O estigma de saúde mental? Ah, é doida? Não, não é aqui não, vai lá para o CAPS. (A 06 N)

Dificuldades ligadas à PSM se referem a elementos que interatuam entre si para manter a situação da PSM, como a não garantia dos seus direitos, o desinteresse e/ou limites do autocuidado e de apoio familiar, e as condições sociais, econômicas e cognitivas.

Boa vontade de todos os profissionais envolvidos, todos, desde o enfermeiro, assistente social, técnico de enfermagem, a vizinha, o padre, o pastor, qualquer pessoa que tenha a boa vontade de reinserir esse paciente, fazendo com que sua qualidade de vida, seus direitos garantidos. (A 02 P)

É raro voltar, mas voltam. O motivo às vezes é o paciente mesmo, que nem foi buscar. Quando eu confronto "Qual foi a unidade? Qual foi o profissional que te atendeu? Vou ligar para lá", aí a pessoa muda. Aí você vê que foi o paciente mesmo, por comodidade mesmo. (A 06 N)

A categoria “Facilitadores/potencializadores” faz referência a algumas atividades e estruturas existentes que facilitam o matriciamento. Fica evidente nas falas dos profissionais que as principais facilidades estão relacionadas a facilitadores ligados às relações e comprometimento profissionais, como a boa vontade, comunicação da equipe e empatia do profissional.

Os fatores que facilitam o matriciamento são a boa vontade dos profissionais envolvidos de querer fazer saúde mental, rede quente (contar com ajuda de algum colega). Boa vontade de todos os profissionais envolvidos, todos, desde o enfermeiro, assistente social, técnico de enfermagem, a vizinha, o padre, o pastor, qualquer pessoa que tenha a boa vontade de reinserir esse paciente. (A 02 P)

Essa integração que eu comecei a ver de forma positiva em algumas unidades que já estão recebendo nossos pacientes sem problema nenhum, porque eles tiveram esse contato com a gente. Eles viram as etapas que o paciente passa aqui [...] que ele não é aquele paciente sair daqui problemático, que vai dar problemas pra eles. (A 09 F)

Facilitadores estratégicos e instrumentais se referem a instrumentos existentes no serviço que, segundo falas dos profissionais, têm ajudado no matriciamento. Entre eles, podemos citar o acesso ao serviço, busca ativa, criação de formulário, renovação de receita, sala de escuta qualificada e reunião de equipe.

Com o surgimento do SisREG [referente ao agendamento pelo Sistema Nacional de Regulação] para psiquiatria, isso melhorou. Eu achei que melhorou de o paciente ficar relutando em sair daqui, entendeu? No SisREG, você coloca e eles ficam esperando, antes não. (A 06 N)

Ele deveria ser escutado, ter uma escuta igual ao que vai para o clínico geral, que vai para o ortopedista (referindo-se à PSM). Não tem, não vejo. Quando vem assim, vai passar com o Dr. X para renovação de receita... quando eu estou na escuta, eu pergunto: “Qual o motivo da consulta?” Ah, eu vim renovar meu controlado. (B 02 AE)

Quando a gente capta esse paciente na escuta [...] na sala de escuta qualificada, de vez em quando, aparece um, e a gente já tenta captar e direcionar para o Dr. X. Sempre para ele, porque a gente sabe que ele tem o curso. (B 03 TE)

Percebe-se que mesmo alguns facilitadores instrumentais se devem ao comprometimento e interesse da equipe em melhorar o matriciamento, empenhando-se coletivamente para desenvolver instrumentos e estratégias.

Sim, esse Termo de Matriciamento foi construído aqui a várias mãos pela equipe transdisciplinar nas reuniões de sexta-feira [...] esse é o primeiro instrumento que nós usamos para o matriciamento. (A 05 M)

Conversamos sobre as nossas dificuldades, estabelecemos algumas coisas que a gente precisa estudar e se apropriar melhor. Como os procedimentos, como tem que ser o PTS e o matriciamento, para a gente estudar, se empoderar mesmo. (A 04 FT)

Facilitadores relacionados à qualificação reforçam o que foi descrito em termos de dificuldades, dessa vez relatando efeitos positivos observados após qualificação de alguns profissionais.

Eu acho que o DR. X que tem o curso, porque, como ele tem, a gente direciona todo para ele. [...] três clínicos, mas a gente só direciona para ele, porque eu sei que ele tem a capacitação. Eu mesmo já trouxe um parente meu pra conversar com ele, e ele direcionou para o CAPS. (B 03 TE)

Foi feito um curso com o psiquiatra daqui com alguns clínicos das UBS. Não abrangeu todos porque são muitos. Melhorou muito, era muito cheia a agenda aqui. [...] ajudou muito, porque os clínicos gerais não queriam atender nem ansiedade e nada de saúde mental. Tipo, saúde mental é CAPS. E com isso, a nossa agenda aqui deu uma aliviada, bastante. (A 01 EF)

A categoria “Impactos vislumbrados – melhoria da assistência” destaca os modos como são captados os impactos positivos do matriciamento em termos de melhorias da qualidade da assistência. Tais melhorias se referem a: Instrumentos e ações terapêuticas em SM, que estão ligados ao Projeto Terapêutico Singular, atividade em grupo, visita domiciliar, discursão de caso, acolhimento e escuta qualificada, suporte à PSM e familiar, reunião de equipe, ou seja, um conjunto de novas práticas fomentadas a partir do matriciamento.

A gente encaminha para lá (referindo-se ao CAPS), mas a gente fica fazendo a visita, fica acompanhando-os no que eles precisam daqui. No que eles precisam da gente, a gente está aqui pra ajudar, pra orientar. (C 01 ACS)

A escuta e o acolhimento melhora essa assistência. Tem pacientes do particular que são acompanhados aqui. [...] uma escuta qualificada, eu gosto muito, conversar e saber o que ele está sentindo e poder ajudar. (C 03 M)

Não só ele, como os familiares, porque quem tem um doente mental em casa, vai precisar de todo um suporte também, porque, se não tiver, vai acabar adoecendo junto. Então, o olhar para um paciente de saúde mental não é somente para ele, mas para a família também. Que suporte tem essa família? (B 07 ENF)

Em relação à melhoria da assistência, instrumentos e ações organizacionais/serviço estão ligados: à resolutividade, vagas reservadas, tempo adequado para consulta, sistema integrado e continuidade da assistência assegurada.

A gente fica feliz quando vê o resultado. Quando a gente faz em conjunto e vê que o paciente com problema de saúde mental vai melhorando a cada dia devido ao seu acompanhamento, ao acompanhamento que você foi como agente de saúde fazer a visita, acompanhamento da enfermeira de fazer também a sua visita, seu atendimento e na consulta transferir para o CAPS. (C 05 ACS)

Com relação aos profissionais, eu não vejo problemas, entendeu? Eles sabem identificar, eles sabem fazer o manejo. Até dar uma atenção maior, se apareceu, a gente dá prioridade [...] mesmo que não esteja marcada, a gente dá um jeito de resolver a situação, entende? (D 05 TE)

Porque aqui no CAPS é assim: saiu do consultório, já passam na recepção e saem com a consulta marcada, já sai daqui com a consulta na carteirinha. Isso é uma comodidade muito grande, tanto que, quando voltam, eles falam: “Mas aqui era tão fácil pra gente marcar consulta”. Eles querem essa comodidade. A gente explica, não, o CAPS é uma casa de passagem. (A 01 EF)

A categoria “Demandas tecnológicas para o matriciamento” refere-se às inovações tecnológicas ou simples efetivação de estratégias e tecnologias educacionais tradicionais que, na percepção dos entrevistados, apoiariam os profissionais no matriciamento. Essa categoria foi diretamente estimulada por meio de questão específica. De certa forma, ela reforça elementos já abordados em outras categorias, como as demandas por capacitação, mas detalha aspectos de operacionalização, métodos ou estratégias possíveis para tal.

De modo geral, observa-se o quanto essas demandas estão voltadas quase que exclusivamente à informação/educação e o quanto são foco de posições controversas – o mesmo tipo de tecnologia que é sugerido por uns é criticado por outros. Isso se mostra já nos elementos englobados em tecnologias digitais/impressas/audiovisuais (*folder/cartaz*, vídeo, aplicativo em celular, telemedicina, *web* conferência e prontuário eletrônico).

Acho que o folder e cartazes podem ajudar. Por exemplo, chega um paciente se queixando e a gente olha para o lado e tem o assunto que ele está se queixando, tipo uma colinha. (C 03 M)

Mas se for para detalhar mais, eu acho que é aplicativo de celular. Aplicativos de celular que te deem tipo, pontos, assim, relacionados à patologia X ou Y. Que é de fácil acesso e todo mundo tem na hora, e dá para consultar como paciente do lado às vezes. (B 09 M)

Porque antigamente a gente saía, toda semana tinha uma reunião, um treinamento [...] agora eles já fazem aquelas webs conferências. Toda quarta-feira à tarde a gente já tem o horário. Eu acho que a saúde mental poderia começar também por aí, entendeu? (D 07 ENF)

A maior magnitude de citações se refere a capacitações e treinamentos, além de enfatizar achados recorrentes, expressando a limitação quanto ao vislumbre de outras tecnologias. Ao contrário, há uma valorização de oportunidade de encontro e discussão que ações de educação continuada poderiam proporcionar.

Eu sou um cara analógico. Eu penso que nada substitui o “tête-à-tête”, o físico. Eu penso mesmo em treinamentos. Eu tive uma experiência muito positiva com as capacitações que foram feitas que tive o prazer de ministrar para os colegas médicos. E uma das coisas fica patente quando a gente conversa, não com os colegas médicos, mas com os outros profissionais da Unidade Básica de Saúde, é a ânsia dos conhecimentos [...] (A 05 M)

Qualquer capacitação. Eles precisam melhorar. É muito falatório e não agem como tem que agir. Eu acho que não é só falar, tem que agir. Não só de deixar no anonimato ali. Ah, vou jogar esse curso de capacitação aqui, e aqui vai ficar. Eles é que se virem pra lá, não é assim. (D 04 ACS)

Quando incentivados a detalhar potenciais tecnologias, as sugestões recaem sobre conteúdos, formatos ou, até mesmo, sobre impressões e características genéricas acerca dessa tecnologia necessária, mas pouco vislumbrada.

No dia a dia, eu acho que realmente é a questão de educação continuada. O folder, eu acho que eles não leem. É, é difícil, pela rotina do dia a dia. [...] vídeo manda pelo WhatsApp. O WhatsApp é superimportante, mas vídeo... estou com preguiça e não abro. Ah, a diretora mandou esse textão aqui. Tem que ser realmente um trabalho corpo a corpo, que não seja maçante, que seja uma coisa rápida, objetiva, que tenha resolubilidade e retorno para o paciente. (B 07 ENF)
Um pouco de tudo para a gente conhecer, da rede, do matriciamento, como funciona. Um pouco de conhecimento para ajudar a gente. (C 06 ACS)
Uma apresentação da funcionalidade do serviço – o fluxo, escuta qualificada - atendimento humanizado no acolhimento. [...] pelo menos, para saber encaminhar um paciente para o CAPS quando for realmente caso de CAPS. Se for deles, que o clínico deles absorva lá, porque eles têm que abranger que a saúde mental também faz parte da Atenção Básica, não é uma coisa exclusiva da especialidade, do CAPS. (A 09 F)

A Figura 3 representa a síntese final dos resultados e a articulação das diferentes categorias e códigos em mapa analítico.

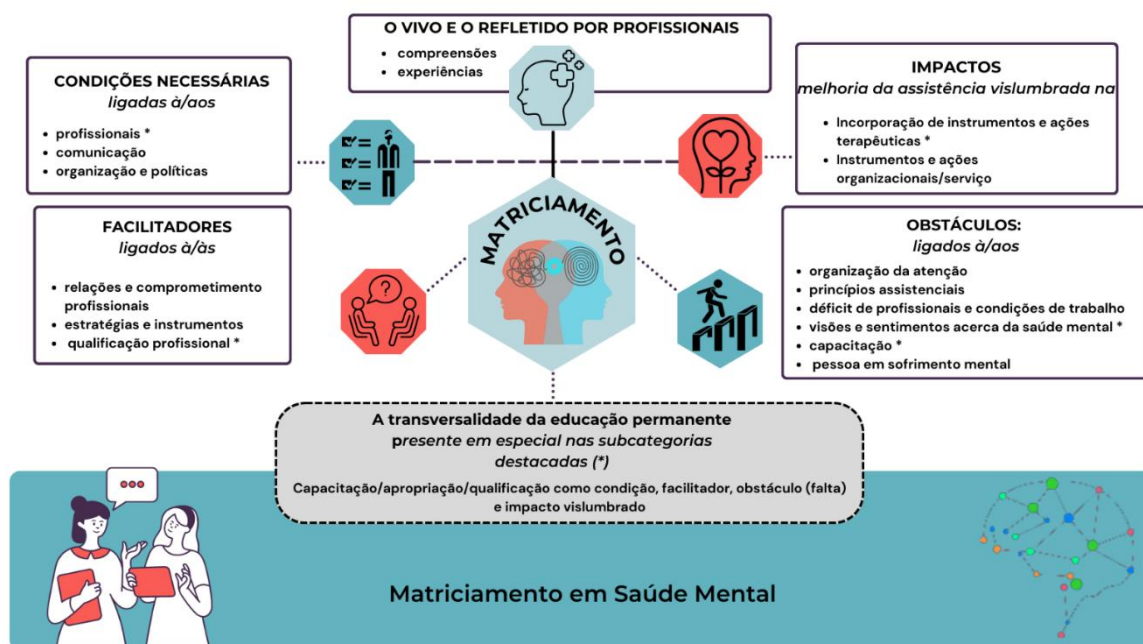


Figura 3. Articulação das diferentes categorias e códigos em mapa analítico. Manaus (AM), Brasil, 2023.

DISCUSSÃO

O estudo mostrou ainda que limitado conhecimento sobre matriciamento acaba por dificultar o enfrentamento dos desafios na sua operacionalização, como o próprio entendimento das potencialidades da equipe. Confirmou-se a existência de compreensões diferentes entre as equipes matriciais (especializada) e de referência (APS) sobre o que é

matriciamento e sua função, resultando em expectativas conflitantes e implicações na assistência ao usuário e à família.¹⁹ Evidenciou-se que, assim como na literatura, também existem lacunas de conhecimento sobre matriciamento e dificuldades para reconhecer as ações de SM que devem ser desenvolvidas pelos profissionais de saúde da APS.²⁰

Os obstáculos relatados para efetivação do matriciamento foram similares a outros estudos: a fragilidades da articulação em rede; dificuldades de atendimento das demandas de SM nos diversos dispositivos da RAPS; sobrecarga de trabalho; e a resistência dos usuários e por parte de alguns profissionais quanto aos processos de alta para matriciamento, ocasionando a manutenção de longa permanência no serviço especializado.^{2,21}

Também existem resultados coerentes com problemas já apontados na literatura, quando profissionais da APS referem uma rede de SM frágil que não oferece suporte suficiente para crises, não favorece a interação entre as equipes e, muito menos, fornece conhecimento sobre o tema.²² A deficiência no conhecimento teórico científico gera insegurança para atuar em situações que envolvem sofrimentos mentais.¹ A falsa premissa de que a PSM é de responsabilidade apenas dos serviços especializados gera antecipação de encaminhamentos para o CAPS, além de excesso de demanda nos mesmos.²⁰ Ainda atravessam a experiência das equipes o medo, o estigma social da loucura e o preconceito.²³ Tais dificuldades das equipes da APS enfraquecem a capacidade de escuta, acolhimento e produção de vínculos, o que pode inviabilizar o cuidado integral ao usuário em sofrimento mental.²⁴

Também coincidem com os achados do presente estudo sobre a infraestrutura existente nos serviços de saúde se mostrar insuficiente e inadequada para efetivação do matriciamento em SM,²⁵ o que se soma aos desafios ainda persistentes para a concretização do mesmo.²⁶

O resultado deste estudo evidenciou fatores semelhantes aos apontados anteriormente na literatura, ou seja, as dificuldades relatadas confirmam os desafios enfrentados para fortalecimento do matriciamento em SM. Na peculiaridade do cenário estudado, destacou-se a necessidade de fomentar capacitações para reverter os déficits na construção teórica científica dos profissionais de saúde sobre o tema. Além disso, o número insuficiente de CAPS na cidade de Manaus (apenas três CAPS Adulto, sendo dois gerenciado pelo município e um pelo estado) e a carência de vagas na agenda dos profissionais dos serviços especializados ofertados pelo SisREG do Amazonas têm ocasionado demora para liberação de consultas e manutenção dos usuários no serviço especializado.

As condições apontadas como necessárias representam o contraponto aos obstáculos e vice-versa. Ao mesmo tempo em que os resultados apontaram dificuldades na atenção e matriciamento em SM pela falta de capacitação, também são reconhecidas as condições ligadas aos profissionais, como as de conhecimento, preparo e apoio. Se existem dificuldades pela alta demanda, déficit de profissionais e serviços, também estas condições ressurgem como necessárias: aumento do número de profissionais e serviços ou fluxos mais funcionais e integrados. Assim, observa-se uma coerência nas narrativas profissionais e uma recorrência de temas que confirmam um sentido/trajetória relativamente compartilhado. Pode ser impossível falar de experiências e condições unificadas ou homogêneas, mas a consistência interna dos achados não permite desconsiderar que muitos limites e fragilidades de uns também são de todos, ou seja, mostram a realidade de toda uma rede.

Estudos mostram que condições existentes necessitam de melhorias para consolidação da atenção à SM, uma vez que se enfrentam a fragilidade na formação dos profissionais, desinteresse por esse tipo de atendimento, fragmentação do cuidado, práticas de promoção de saúde pouco consolidadas, diretrizes genéricas e falta de detalhamento dos fluxos de atenção e do tipo de abordagem terapêutica a ser utilizada em cada situação como grandes entraves da atenção.^{21,27} Também persistem a fragilidade na comunicação entre os profissionais e a pontualidade dessas ações por um número reduzido de profissionais.²⁸

Sobre os limites e potencialidades do trabalho coletivo, elemento-chave do conceito base do referencial analítico, uma vez que o matriciamento é um dispositivo para o cuidado colaborativo, a equipe interdisciplinar é reconhecida como condição para a amplitude de cuidado e do potencial para alcançar o sujeito e seus coletivos integralmente. A interdisciplinaridade supera atividades multiprofissionais e multidisciplinares, por proporcionar práticas transformadoras. No campo da saúde coletiva, a equipe interdisciplinar possibilita a integralidade da assistência e favorece a relação entre os saberes na produção de cuidado que extrapolam o foco sobre a doença, ajudando o olhar entre dois sujeitos: aquele que oferece e o que provê a atenção.⁴

No entanto, a atitude interdisciplinar sofre no campo da atenção à SM devido a entraves relacionados a profissionais que mantêm uma visão biologistica e médico-centrada (psiquiatria tradicional), em virtude da falta de conhecimento e/ou educação permanente (EP) em SM,²² o que foi mais um achado convergente com outros estudos. A formação do profissional orientado por esse modelo fragmenta o indivíduo e perde a capacidade de atendê-lo na totalidade, fazendo-o pouco habilitado para o diálogo com diferentes campos

do conhecimento. A superação do modelo biomédico se dá por meio da qualificação dos profissionais da APS e pelo reconhecimento do valor dos diversos campos do conhecimento e a interação dedicada entre eles.²⁹

Entretanto, para que as ações interdisciplinares sejam realizadas, é necessário um ambiente favorável e espaço reservado na agenda de serviço para que diferentes profissionais se expressem, combinem e discutam suas posições e diferenças.³⁰

Sobre os resultados reunidos na categoria “Facilidades para o matriciamento”, com uma magnitude cerca de cinco vezes menor que em obstáculos, alguns pontos merecem ser destacados: o fato de recaírem sobre a equipe, tanto em termos de qualificação quanto em termos de empenho pessoal e relações favoráveis; o fato de ressaltarem instrumentos e estratégias do cuidado e da organização do trabalho que nem sempre dizem respeito exclusivamente à atenção à SM. Por exemplo, a sala de escuta qualificada e as reuniões de equipe são estratégias para toda a APS, e espera-se que gerem efeitos positivos óbvios na atenção à SM – não significam um olhar ou instrumento especial a esse usuário e podem, a depender do local, pouco significar para ele. O que parece se mostrar no estudo e na análise transversal de seus resultados é que tais facilitadores são avanços pontuais e ainda insuficientes quando se trata do desejado em termos da articulação da SM na Atenção Básica.

As literaturas corroboram tal entendimento, ao descrever como os profissionais de saúde continuam chegando sem preparação para o trabalho em SM ou se mobilizam em busca de conhecimento, assumindo o papel de formadores, organizando seminários, cursos e outras estratégias de educação mais participativas (oficinas, fóruns) com temas eleitos pelo coletivo sobre SM e matriciamento.³⁰

Um resultado, não abordado em categoria específica, mas de forma transversal em todo o estudo, refere-se à EP, expressiva em diferentes categorias, como obstáculo, condição, facilidade (apenas identificada a poucos profissionais e serviços) e, em especial, como objeto da maioria das demandas tecnológicas. Os profissionais não se sentem preparados ou apoiados para o cuidado da PSM, pois reconhecem a fragilidade da atenção prestada e percebem o que pode ser considerado um tipo de impotência por não saber o que é, como fazer e em que se apoiar. Isto se refere ao matriciamento e, em grande parte, à toda a SM. Apesar da diretividade da coleta de dados, em muitos casos, tornou-se difícil discriminar as falas acerca desses dois pontos. Além disso, embora o referencial adotado pressuponha o conceito de EP conforme complexidade dada nas políticas específicas brasileiras e coerentes aos pressupostos da RAPS, muitas vezes as falas dos participantes pareciam reduzir a EP à capacitação profissional.

Nesse sentido, o estudo assume a ideia de EP como um processo educativo dedicado a analisar e modificar o cotidiano do trabalho, por meio da criação de espaços coletivos de reflexão e produção de aprendizado a partir de lacunas identificadas pelas equipes.⁵ Portanto, concepções e atividades de EP norteiam, no cotidiano, ações voltadas para o saber prático e transformador pautado na interdisciplinaridade. Além disso, são importantes para que os trabalhadores de saúde repensem suas práticas e transcendam suas formações específicas,⁴ para alcançarem atitudes interdisciplinares capazes de ampliar compreensões sobre o sujeito para além da oposição do biológico e social, voltando-se à integralidade.²⁹

Apesar desse reconhecimento, a maior parte dos trabalhadores de saúde não percebe a EP em saúde no serviço, nem mesmo na forma de atualização para atuação na área da SM.²⁶ O cuidado em SM requer a utilização de tecnologias educacionais inovadoras e engajadas, mas, para que isso ocorra, há a necessidade de reforçar as ações de matriciamento, através de capacitação, para melhorar a autonomia dos profissionais diante dessa demanda.⁸

Cabe destacar as limitações do estudo no que se refere à ausência de escuta de outros importantes atores, como usuários e familiares, o que pode ser recomendado para estudos posteriores. Além disso, há que se considerar a temporalidade dos achados, sempre impactados por situações no momento da coleta, sejam elas decorrentes de políticas locais, que não foram objeto de análise, ou do cenário dos serviços na fase final da pandemia.

CONCLUSÃO

A implementação do matriciamento representa uma oportunidade para a efetivação da atenção integral à saúde, além de proporcionar significativas oportunidades de desenvolvimento de habilidades de todos os profissionais envolvidos. O acesso à informação e o compartilhamento da experiência são fundamentais para operar novas estratégias de atenção, em processos que ampliam a mútua responsabilização e fortalecem a colaboração interdisciplinar.

Ao explorar conhecimentos e vivências de profissionais acerca do matriciamento em SM, este estudo chama atenção para problemas que não podem ser negligenciados na consolidação da RAPS. Uma rede lógica e coerente de fatores articulou dificultadores e facilitadores, condições necessárias e sentidas, algumas vezes em meio à falta de uma fundamentação que permitiria construir caminhos ou em meio à falta que não inibe sentimentos de insuficiência, sensibilidade ao que sofre e vislumbre de impactos possíveis.

O desejo dos profissionais de saúde por melhorias na assistência prestada a pessoas em sofrimento psíquico coloca a EP como caminho ainda a ser fomentado para a consolidação do matriciamento em SM. As implementações previstas em documentos e propostas oficiais ainda não se fizeram sentir na prática da maioria dos profissionais, e o matriciamento em SM segue pouco compreendido e concretizado. Sem ele, pesa ainda mais os limites para uma atenção integral e inclusiva da SM na APS.

A presente pesquisa demonstrou que os profissionais da APS reconhecem as fragilidades de conhecimento no campo da SM, relatando o desconhecimento relativo ao matriciamento em SM e à RAPS. Eles compreendem a necessidade de se qualificar como condição de favorecer a práxis da promoção do cuidado integral à PSM, porém circunscrevem os desafios da EP na perspectiva da equipe interdisciplinar à oferta de cursos e oportunidades formativas. Espera-se que os resultados contribuam para o compartilhamento de conhecimentos e experiências entre profissionais, gestores e acadêmicos envolvidos na construção e articulação da RAPS. Outros estudos são necessários para ampliar a compreensão da equipe matricial e de referência sobre a potencialidade da EP sobre o tema como forma de fomentar saberes, especialmente no que diz respeito à consolidação da implementação do matriciamento em SM na APS. Reforça-se que a efetivação da RAPS pode representar avanços no alcance do ODS 03, porque a SM e o acesso a serviços qualificados que a promovam são inalienáveis da saúde e do bem-estar das pessoas.

CONTRIBUIÇÕES

Todos os autores contribuíram no desenvolvimento do estudo, sendo que o levantamento e coleta de dados foi realizado pela autora principal, e nas demais etapas, como planejamento, análise, discussão dos dados, redação, revisão crítica e aprovação de versão final do manuscrito, todos os autores participaram.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

FINANCIAMENTO

Fundação De Amparo À Pesquisa No Amazonas - POSGRAD/FAPEAM; Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico- CNPq (Bolsa Pq); Universidade do Estado do Amazonas (ProVisit).

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Secretária Municipal de Saúde de Manaus pelo apoio e suporte durante a coleta de dados.

REFERÊNCIAS

1. Almeida DR, Soares JNC, Dias MG, Rocha FC, Neto GR de A, Andrade DLB. Care for carriers of mental disorder in primary care: an interdisciplinary and multiprofessional practice. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online*. 2020;420–5. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8388>
2. Sampaio ML, Bispo Júnior JP. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cad Saude Publica*. 2021;37(3). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00042620>
3. Carlos MM, Gallassi AD. Práticas de articulação de rede na atenção psicossocial: quais desafios enfrentam os profissionais para matricular, reunir-se e encaminhar? *Interface (Botucatu)*. 2024;28:e230651. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.230651>
4. Giacomini E, Rizzotto MLF. Interdisciplinaridade nas práticas de cuidado em saúde mental: uma revisão integrativa de literatura. *Saúde em Debate*. 2022;46(spe6):261–80. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042022e623>
5. Sousa MA, Medeiros RB de. Educação Permanente em Saúde como estratégia de matriciamento em Saúde Mental. *Rev APS*. 2024;26:e262340910. DOI: <http://dx.doi.org/10.34019/1809-8363.2023.v26.40910>
6. Da Silva MM, Da Silva PE, Da Silva JB, Leite VT. O matriciamento em saúde mental e a participação dos trabalhadores: o relato de uma experiência em meio à pandemia de COVID-19. *Saúde em Redes*. 2021;7(1Sup):155–64. DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2021v7n1sup155-164>
7. Saraiva SAL, Zepeda J, Liria AF. Componentes do apoio matricial e cuidados colaborativos em saúde mental: uma revisão narrativa. *Cien Saude Colet*. 2020;25(2):553–65. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020252.10092018>
8. Fagundes GS, Campos MR, Fortes SLCL. Matriciamento em Saúde Mental: análise do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na Atenção Básica. *Cien Saude Colet*. 2021;26(6):2311–22. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021266.20032019>
9. Coelho Sampaio T, Santos da Silva EC. Potencialidades do matriciamento em saúde mental: revisão narrativa. *Cadernos ESP*. 2022;16(3):62–74. DOI: <http://dx.doi.org/10.54620/cadesp.v16i3.737>
10. Santos AM, Cunha ALA, Cerqueira P. O matriciamento em saúde mental como dispositivo para a formação e gestão do cuidado em saúde. *Physis*. 2020;30(4). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312020300409>

11. Gouveia AO de, Paes CL de A, Santos VRC dos, Ferreira IP. Matriciamento em saúde mental na atenção primária: Uma revisão integrativa da literatura. *Res Soc Dev* [Internet]. 2021;10(5):e26610514483. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14483>
12. Athié K, Fortes S, Delgado PGG. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). *Rev Bras Med Fam Comunidade* . 2013;8(26):64–74. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(26\)536](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(26)536)
13. Iglesias A, Avellar LZ. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. *Cien Saude Colet*. 2019;24(4):1247–54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018244.05362017>
14. United Nations. Sustainable development goals: 17 goals to transform our world [Internet]. 2015 [cited 2024 Set 10]. Available from: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>
15. Rodrigues TDFF, de Oliveira GS, dos Santos JA. As Pesquisas Qualitativas E Quantitativas Na Educação. *Rev Pris* [Internet]. 2021 [cited 2023 Out 12];2(1):154–74. Available from: <https://revistaprisma.emnuvens.com.br/prisma/article/view/49>
16. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant*. 2018;52(4):1893–907. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>
17. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* [Internet]. 2006;3(2):77–101. DOI: <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional da Saúde. Resolução no 466. Diário Oficial da República Federativa do Brasil.
19. Bispo Júnior JP, Moreira DC. Núcleos de apoio à saúde da família: concepções, implicações e desafios para o apoio matricial. *Trab Educ Saúde*. 2018;16(2):683–702. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00122>
20. Vasconcelos MS de, Barbosa VFB. Knowledge of managers and professionals of the psychosocial care network on mental health matrixing. *Ciênc Cuid Saúde*. 2019;18(4). DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v18i4.43922>
21. Braga FS, Olschowsky A, Wetzel C, Silva AB da, Nunes CK, Botega M da SX. Nurse's means of work in the articulation of the psychosocial care network. *Rev Gaucha Enferm*. 2020;41(spe). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190160>
22. Xavier GG. Atenção à crise psíquica na rede de atenção psicossocial de Francisco Morato [Trabalho de Conclusão de Curso]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2022. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/03/1419030/tcc-gabriel-gondinho-xavier.pdf>

23. Evangelista AL de P, Frota AC, Torres RBS, Barreto IC de HC. Residência integrada em saúde mental: cuidado à rede de atenção psicossocial. Rev bras em promoção saúde. 2018;31(4). DOI: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2018.8774>
24. Pereira RMP, Amorim FF, Gondim M de F de N. A percepção e a prática dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Saúde Mental. Interface (Botucatu). 2020;24(suppl 1). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/interface.190664>
25. Sanine PR, Silva LIF. Saúde mental e a qualidade organizacional dos serviços de atenção primária no Brasil. Cad Saude Publica. 2021;37(7). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00267720>
26. Bigatão M dos R, Pereira MB, Campos RTO. Ressignificando um Castelo: um Olhar sobre Ações de Saúde em Rede. Psicol Ciênc Prof. 2019;39. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003185242>
27. Sousa SB de, Costa LSP, Jorge MSB. Cuidado em saúde mental no contexto da atenção primária: contribuições da enfermagem. Rev Baiana Saúde Pública. 2020;43(1):151–64. DOI: <http://dx.doi.org/10.22278/2318-2660.2019.v43.n1.a3024>
28. Campos DB, Bezerra IC, Jorge MSB. Mental health care technologies: Primary Care practices and processes. Rev Bras Enferm. 2018;71(suppl 5):2101–8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0478>

Correspondência

Andreia Fernandes de Oliveira
E-mail: deiaf@yahoo.com.br

Copyright© 2024 Revista de Enfermagem UFPE on line/REUOL.

 Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Atribuição CC BY 4.0 Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License, a qual permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.