

A Educação Permanente em Saúde como estratégia de matriciamento em Saúde Mental

Continuing Education as an matrixsupport actions in mental health

Mariana Aguiar Sousa¹, Richelly Barbosa de Medeiros²

Artigo Original

RESUMO

O artigo tem por objetivo analisar e compreender, no cotidiano dos serviços de saúde, as práticas e ações desenvolvidas em um município do estado do Ceará, especialmente em relação ao Matriciamento. Compreende-se o Apoio Matricial como ferramenta de organização dos processos de trabalho, fluxos de atendimento e de integração com corresponsabilização dos cuidados entre os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa. Em campo, coletou-se dados por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas com 12 (doze) profissionais de saúde, da UBS e do Caps. Considerou-se a análise de discurso para fins de investigação e sistematização dos dados e informações coletadas. Os resultados apontaram que os profissionais atribuem importância às práticas matriciais no cuidado em Saúde Mental (SM) na atenção básica, todavia relacionam a dificuldade de corresponsabilização entre os equipamentos de saúde à ausência de educação permanente, que, caso fosse efetiva, capacitaria as equipes para os cuidados em saúde mental também na atenção primária. A educação permanente em saúde, portanto, na visão dos profissionais, qualificaria a rede de atenção quanto ao fortalecimento do matriciamento no município, ampliando os cuidados à população e qualificando a abrangência da rede em SM.


PALAVRAS- CHAVE: Educação Permanente. Atenção Primária à Saúde. Saúde Mental.

ABSTRACT

The aim of this article is to analyze and understand the practices and actions developed in a municipality in the state of Ceará, especially in relation to matrix support. One understands Matrix Support as a tool for organizing work processes, service flows and integration with co-responsibility of care between the Psychosocial Care Centers (Caps) and the Basic Health Units (BHU). This is a qualitative study. Data were collected, in the field, by means of semi-structured interviews with 12 health professionals from the BHU and Caps. Discourse analysis was used to investigate and systematize the data and information collected. The results showed that professionals attach importance to matrix practices in mental health (MH) care in primary care, but they relate the difficulty of co-responsibility among health facilities to the lack of continuing education, which, if it were effective, would enable teams to provide qualified mental health care in primary care as well. Permanent health education, therefore, according to the professionals, would qualify the care network in terms of strengthening matrix support in the municipality, expanding care for the population, and qualifying the breadth of the MH network.

KEYWORDS: Education, Continuing. Primary Health Care. Mental Health.

¹ Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) –  <https://orcid.org/0000-0001-6147-4363>  aguarmariana.as@gmail.com

² Universidade Federal do Ceará (UFC) –  <https://orcid.org/0000-0002-8243-7331>

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca a Saúde Mental (SM) como um problema de saúde pública a nível mundial, no qual a ausência de estruturação da Rede nos níveis de atenção representa uma lacuna para os cuidados e tratamentos. Essas lacunas referem-se às políticas, planos e leis voltados à implantação e alocação de recursos na Saúde Mental, evidenciando as desigualdades existentes na disponibilidade e distribuição de recursos para a SM (Atlas de Saúde Mental, 2020).¹

Dados da OMS apontam que apenas 49 países, equivalente a 25% dos Estados membros, relatam integrar os serviços de Saúde Mental com a Atenção Primária à Saúde. Apenas 31% dos Estados membros da OMS afirmam compilar dados específicos de SM, demonstrando limitações na capacidade de alimentar sistemas de informação e estabelecer indicadores específicos voltados à utilização dos serviços. Dos 160 países que responderam à pesquisa, apenas 15% preencheram todos os critérios para a integração funcional da saúde mental na atenção primária. Dos critérios considerados, o menos frequentemente cumprido foi a oferta de intervenções psicossociais por pelo menos 75% dos centros de atenção primária (21% dos países respondentes), deixando explícitas as lacunas existentes, a nível mundial, na integração dos serviços psicossociais na atenção primária.¹

No sentido de refletir e analisar a política pública de Saúde Mental, no cotidiano dos serviços de saúde (sua efetividade e desafios reais), este estudo objetivou compreender as práticas e as ações desenvolvidas em um município do estado do Ceará, localizado na região da Serra da Ibiapaba, especialmente em relação ao Matriciamento em Saúde Mental. O Apoio Matricial (AM) é considerado ferramenta de organização dos processos de trabalho, dos fluxos de atendimento e de integração, com corresponsabilização do cuidado entre os serviços especializados de saúde mental e as unidades básicas de saúde no contexto da Rede de Atenção Psicossocial (Raps). A pesquisa demonstrou que as ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) são consideradas, pelos profissionais de saúde, como estratégia substancial ao desenvolvimento da proposta matricial.

O Apoio Matricial, de acordo com o Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental (2011), é uma proposta de integração que visa transformar a lógica tradicional de encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos e centros de regulação dos sistemas de saúde, no qual os efeitos burocráticos e pouco dinâmicos dessa lógica tradicional podem vir a ser atenuados por ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais.²

A Educação Permanente, por sua vez, busca preencher as lacunas muitas vezes observadas nos processos formativos, nesse caso, na área da saúde, por meio de uma formação continuada para os profissionais e recursos humanos. Merhy, Feuerwerker e Ceccim (2006)³ conceituam-na como “[...] um dos pilares para a construção de práticas inovadoras para a gestão democrática do sistema e para a configuração de práticas de saúde capazes de aproximar o SUS do objetivo de prestar assistência integral e de qualidade à saúde de todos os brasileiros.”³ Nessa perspectiva, deve-se utilizar as metodologias para educação em saúde, incorporando estratégias voltadas ao ensino em serviço e atenção à saúde, habilitadas a partir da análise e interpretação crítica dos seus processos de trabalho e orientados à sua reformulação.

Com esse propósito, buscou-se compreender o entendimento dos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (Caps) e da Unidade Básica de Saúde (USB) sobre os processos de matriciamento, a partir da observação sobre quais e de que forma ocorrem as ações e interlocuções entre as equipes dos dois equipamentos de saúde e as estratégias de cuidado, corresponsabilidade e acompanhamento dos usuários em adoecimento mental, na unidade básica.

O lugar do qual se discorre, a Atenção Primária a Saúde (APS), assume funções intrínsecas e estruturantes dentro da atenção psicossocial como coordenadora do cuidado, primeiro contato do usuário com a rede e ações de cuidado integral e longitudinal. Desde a década de 1990, Bravo⁴ aponta uma tensão entre o projeto de reforma sanitária e o projeto privatista na política de saúde brasileira, com importante avanço do processo de desfinanciamento das ações e desestruturação dos serviços. Desse modo, estabeleceu-se, consoante a pesquisadora, um movimento de franco desgaste do SUS, ainda que muitos tenham sido os avanços em suas diversas áreas.

Os efeitos sentidos do projeto privatista são refletidos no atendimento e nos serviços de base territorial e comunitária, que possuem, entre outros, sérias dificuldades de abranger a demanda que chega diariamente. Observou-se, no cotidiano dos equipamentos, considerando a experiência de assistente social residente multiprofissional da área, sérios desafios ao projeto sanitário de atenção à saúde, como a carência de recursos humanos (funcionamento com equipes de saúde mínimas) e materiais, espaços físicos irregulares e precarizados, quadro técnico de profissionais com vínculos trabalhistas temporários e sub-remunerados, demanda de atendimentos reprimida etc. Diante desse cenário, a pandemia da Covid-19, em seu momento mais agonizante, de 2020 a 2022, encontrou terreno fértil para repercutir as suas consequências nos agravos e adoecimentos em saúde mental, ampliando a necessidade dos cuidados em

³ “[...] uno de los pilares para la construcción de prácticas innovadoras para la gestión democrática del sistema y para la configuración de prácticas de salud capaces de aproximar el SUS al objetivo de brindar una atención de salud integral y de calidad para todos los brasileños” (Merhy, Feuerwerker e Ceccim, 2006)

saúde pelos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial, cujos efeitos, certamente, serão de longo prazo.⁵

O cenário pandêmico, devido às suas consequências coletivas psíquicas, ampliou o contexto, já grave, da incapacidade de acolhimento total dessas demandas, de modo adequado e de acordo com os princípios do SUS.⁵ Tem-se uma população cada vez mais adoecida, requerendo assistência psicossocial, em uma conjuntura de relevante desgaste financeiro e estrutural das ações e serviços em saúde, especialmente, em saúde mental, que sofre com os impactos da baixa prioridade e a carência na destinação de recursos de uma forma geral, mesmo que importantes e largos passos tenham sido dados mediante regulamentação da Política Nacional de Saúde Mental (Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001) e pela implementação de outros dispositivos legais em saúde coletiva e saúde mental.

Deste modo, o estudo mostra-se relevante por efeito de confrontar os desafios presentes na singularidade do exercício profissional, entre as duas equipes de saúde (da atenção psicossocial e da unidade básica de saúde), num município do interior de um dos maiores estados do Nordeste – Ceará (em Produto Interno Bruto e População), com altos índices de adoecimento mental. Considera-se a APS e o seu papel relevante dentro da Rede de Atenção Psicossocial, pois é o primeiro contato do usuário com os serviços de saúde, responsável por sua reabilitação no território e acompanhamento do tratamento a ser concretizado por meio de uma linha de cuidado amplamente divulgada, com atores profissionais ativos e através de apoio matricial da atenção especializada, centros de atenção psicossocial e equipes multiprofissionais, que devem se estruturar através de projetos terapêuticos singulares, genogramas, ecomapas, estudos de caso e interconsultas.^{6,2}

Conforme Campos (1999)⁷, cabe à atenção básica de saúde, com suas equipes de saúde da família e em contato com equipes multiprofissionais, estabelecer um cuidado integral à saúde mental, com expertise e capacidade para abordar casos leves a moderados dentro das unidades básicas de saúde. Objetivando o fortalecimento dessa tecnologia e das atribuições que, sob responsabilidade das equipes de apoio matricial e, quando bem orientadas, pelas equipes de referência da UBS, buscam consolidar a Clínica Ampliada e a humanização do cuidado neste ponto da rede.^{7,8,9}

O artigo estrutura-se a partir do delineamento metodológico, seção na qual são expostos os materiais e métodos utilizados na pesquisa, descrevendo seu arcabouço teórico e técnico-operativo. Em seguida, discorre-se, em revisão de literatura, sobre as categorias centrais do estudo, a saber: 1) saúde mental; 2) educação permanente em saúde; e 3) apoio matricial. Por fim, mediante a análise teórica desenvolvida, são apresentados os resultados do estudo, com exposição dos dados coletados em campo, especialmente as falas coletadas em entrevistas, que foram realizadas com profissionais de saúde do Caps e da UBS do município estudado.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP/ CE (parecer n.º 5.573.875; CAAE n.º 58961922.5.0000.5037), tendo atendido a todos os pré-requisitos para a realização de estudos com seres humanos, inclusive a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

MATERIAL E MÉTODOS

O escrito é resultado da pesquisa realizada para fins de conclusão da pós-graduação, em caráter de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, da Escola de Saúde Pública (ESP) do Ceará. A proposta surge nas vivências do cenário de prática que tem como campo de atuação uma Unidade Básica de Saúde no Município de Tianguá, mesorregião Noroeste do estado. Na dinâmica de cuidados em saúde, na qual a pesquisadora inseriu-se como assistente social, ao longo dos 2 anos de residência (2021 a 2023), emergiu como fenômeno a ser investigado as interfaces da corresponsabilização do cuidado em saúde mental entre a atenção básica e a atenção psicossocial, na perspectiva de quem executa as práticas em saúde: os profissionais de ambos os equipamentos.

O município possui uma Rede de Atenção à Saúde estruturada com 26 (vinte e seis) unidades básicas de saúde, segundo Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – (CNES), 2021, e 1 (um) Centro de Atenção Psicossocial, tipo II, que é responsável pelos atendimentos psicossociais de transtornos graves e persistentes, em municípios com população acima de 70 mil habitantes. Compõem ainda a rede de cuidados em saúde de Tianguá (CE), referência para a macrorregião de saúde Sobral/Ibiapaba: Instituição Hospitalar, Policlínica, Unidade de Pronto-Atendimento, Centro de Especialidades e outros equipamentos.

O estudo operou com referenciais teóricos que abordam a realidade, sob a perspectiva crítica e dialética, a partir das práticas e das ações de matriciamento no cotidiano profissional dos (as) trabalhadores (as) de ambos os equipamentos estudados. Fez-se uso da abordagem qualitativa, por considerar as possibilidades de abrangência do tema, tendo em vista o que afirmam Minayo e Guerriero (2014)¹⁰, para quem, “[...] apesar da pluralidade, todas as abordagens antropológicas e qualitativas confluem para um único objetivo: compreender o sentido ou a lógica interna que os sujeitos atribuem a suas ações, representações, sentimentos, opiniões e crenças”.

Ao longo da investigação, realizou-se pesquisa bibliográfica sobre as categorias: saúde pública, saúde mental, matriciamento em saúde mental e educação permanente em saúde. Realizou-se pesquisa documental nas plataformas de gerenciamento de dados e indicadores do Ministério da Saúde (DataSUS) e da Secretaria de Saúde do Estado (IntegraSUS). Plataformas

que apresentaram limitações por não constar indicadores referentes aos atendimentos e acompanhamentos da saúde mental na atenção básica do município.

Na pesquisa de campo, foi aplicada, como técnica de coleta de dados, a entrevista semiestruturada, realizada de modo presencial e remoto, com 12 (doze) profissionais, sendo 5 (cinco) da UBS e 7 (sete) do Caps. Assim, foram alcançados 63% de 19 profissionais dos dois equipamentos. Foram entrevistadas apenas duas categorias profissionais da unidade básica de saúde devido ao fato de alguns trabalhadores estarem impossibilitados de participar (por férias ou licença médica). A quantidade de profissionais entrevistados, no equipamento da atenção básica, impôs limitações quanto à visão geral dos profissionais, no entanto, justifica-se que a quantidade e as categorias entrevistadas permitem o alcance, sem decisivas perdas, dos objetivos da pesquisa, bem como, com esse quantitativo, foi possível estabelecer as reflexões necessárias e pertinentes ao conteúdo da investigação, com importantes contribuições ao seu desenvolvimento.

Dos entrevistados da UBS, 1 (um) é enfermeiro e 4 (quatro) são agentes comunitários de saúde. No Caps, participaram da pesquisa 1 (um) profissional de cada categoria: enfermeira, médico clínico geral, médica psiquiatra, psicóloga, assistente social e terapeuta ocupacional. Todos os profissionais entrevistados tiveram suas falas enumeradas de 1 a 12, de acordo com a ordem de realização da pesquisa. Além disso, para a melhor caracterização dos sujeitos da pesquisa, acrescentou-se a instituição com a qual o profissional se vincula e o tempo total de anos de trabalho dedicados ao equipamento.

Os dados e as informações coletadas, durante a aplicação dos roteiros semiestruturados, foram analisados com base na teoria da Análise de Conteúdo, conforme Bardin (1977),¹¹ e tiveram como objetivo compreender, através dos discursos, a atuação profissional no matriciamento, bem como as condições da prática profissional vivenciada por estes profissionais. Conforme Caregnato e Mutti (2006)¹², “O discurso, por si só, é revelador de uma natureza tridimensional, que abarca a linguagem, a história e a ideologia, e sua produção acontece na história, por meio da linguagem”. Assim, considerou-se a análise dos dados e informações coletadas para fins de sistematização e desenvolvimento da pesquisa, mediante a divisão por conteúdos e temáticas, observando os termos em comum nos discursos dos profissionais entrevistados.

A análise ocorreu considerando a divisão em dois subgrupos categóricos compostos pelas temáticas que foram direcionadas por cada entrevistado em suas respostas. No primeiro momento, foram evidenciadas as ações e as práticas adotadas no cotidiano do trabalho que se enquadra com aquelas preconizadas nas orientações técnicas de apoio matricial, ainda que não orientadas para tal fim. Em seguida, identificaram-se os desafios encontrados na implantação do apoio matricial na Unidade Básica de Saúde em ação com o Centro de Atenção Psicossocial.

Outra técnica de levantamento de dados em campo foi a utilização da observação participante, com produção de diários de campo. A inserção da pesquisadora como residente multiprofissional nos dois campos do estudo, Caps e UBS, ao longo da formação em serviço, permitiu captar os fluxos cotidianos em ambas as instituições.

DISCUSSÃO

Deveras e Costa-Rosa (2007)¹³, no marco da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica brasileira, consideram que “A lei 10.216 [2011] redireciona o modelo da assistência psiquiátrica no Brasil, prevendo, entre outros direitos, o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com as necessidades do sujeito e a recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade”. É um reflexo das discussões que se acumulavam há, pelo menos, duas décadas e representam uma demarcação progressista e ideológica no campo jurídico, na perspectiva da preservação dos direitos das pessoas com adoecimentos mentais, ainda que de forma incipiente.

São considerados expressivos os avanços no campo cultural em relação à visão dos profissionais da saúde mental, da comunidade e dos próprios usuários acerca do adoecimento mental. Além das reformulações na assistência, isso se deve, inclusive, à reorganização, sob nova perspectiva, dos serviços em saúde mental (a exemplo, a importância das portarias que substituíram, progressivamente, o modelo hospitalocêntrico psiquiátrico por uma lógica comunitária de atenção à saúde mental). São avanços indiscutivelmente relevantes, ainda que encontrem dificuldades para se consolidar, haja vista a desarticulação de recursos humanos e financeiros para os serviços, a fragmentação das redes de atenção à saúde e as tentativas constantes de retorno às práticas manicomiais estimuladas por setores políticos. Essas ações que se materializaram através da Nova Política sobre Drogas, Lei 13.840/2019, altera a Lei 11.343/2006 e recomenda a abstinência como estratégia central para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas, além das tentativas voltadas à revogação de portarias consolidadas da saúde mental, que vão na contramão das conquistas do movimento antimanicomial.¹⁴

Outro importante desafio atual é a reivindicação pela garantia de implantação da nova política de financiamento da Atenção Básica, por meio do Previner Brasil (Portaria nº 2.979, de 12/11/2019), criada em novembro de 2019, onde o Estado brasileiro assume recomendações de órgãos internacionais no que se refere à organização dos serviços básicos de saúde. Essa medida recomenda uma série de alterações na forma de financiamento das ações de Atenção Primária à Saúde, tais como: a arrecadação por captação ponderada, antes realizada com base no número de habitantes; pagamento por desempenho, incentivos financeiros para ações

prioritárias do Ministério da Saúde e desvinculação de recursos destinados à composição das equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf).^{15,16,6}

O modelo de financiamento da saúde no Brasil, até então referência mundial para a consolidação e expansão da Atenção Primária no país, após as contrarreformas incididas fortemente nas políticas sociais, movem-se no sentido contrário à equidade e aos princípios da universalidade e da integralidade do SUS. Destarte, considerando, inclusive, a saúde a partir de seus determinantes sociais, econômicos e culturais, entende-se objetivamente que a melhoria dos investimentos na Atenção Primária em Saúde (APS) garantiria melhores resultados em saúde e a diminuição das desigualdades territoriais em saúde. Ademais, a desarticulação dos núcleos ampliados em saúde representa um prejuízo na capacidade resolutiva das equipes de saúde da família, gerando também impacto no trabalho multiprofissional e na ampliação das possibilidades de cuidado coletivo e interdisciplinar.¹⁶

O matriciamento, ao se lançar como proposta de apoio de caráter multiprofissional às equipes de Estratégia de Saúde da Família, permitiria qualificar os atendimentos, em que a equipe da atenção primária à saúde poderia, fazendo uso do projeto terapêutico singular, tratar e reabilitar os casos de transtornos mentais leves no território, operando no compartilhamento e na corresponsabilização dos cuidados em saúde dentro da Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Nessa lógica, as equipes da atenção especializada de saúde mental e as equipes da atenção básica articulariam entre si, e de forma intersetorial, propostas de intervenção e cuidado pedagógico-terapêuticas.^{7,8,9}

Essa estratégia, além de fortalecer as conexões entre os pontos que integram a Raps, sobretudo centros de atenção psicossocial e unidades básicas de saúde, podem vir, pela capacitação dos profissionais e formação em serviço, a reduzir a sobrecarga das equipes nas unidades de atenção psicossocial, ampliando as possibilidades de acolhimento e de tratamento das pessoas com adoecimentos mentais na atenção básica. A articulação em rede faz-se fundamental para os cuidados em atenção psicossocial, haja vista que a integralidade garante ao usuário ampliação dos espaços de cuidado, tendo como perspectiva o olhar e a ação de diferentes especialidades em saúde.⁸

As categorias aqui expostas revelam conceitos e estratégias há muito estudados dentro da Saúde Pública, a saber: educação permanente, práticas coletivas de cuidado, trabalho interdisciplinar e em rede, e gestão. A princípio, é válido resgatar e situar historicamente o movimento pela consolidação da Reforma Psiquiátrica no Estado do Ceará, uma vez que tais considerações corroboram para a importância das atividades e práticas coletivas e comunitárias de saúde, bem como da integração entre os serviços de saúde mental e a educação permanente dos profissionais para a promoção, prevenção e tratamento dos adoecimentos mentais.

Sob os efeitos do movimento sanitarista, o estado do Ceará obteve êxito e pioneirismo ao instituir, em 1991, o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde, modelo para a estruturação do Programa Saúde da Família, hoje, estratégia prioritária para a Atenção Básica. No estado, ainda em 1990, houve a construção do primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Nordeste, no município de Iguatu.¹⁷ Esse centro representou, para a região, a materialização de um novo modelo de cuidado e atenção à saúde mental, que se alinhava aos serviços preconizados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Amarante (1994)¹⁸ destaca que a proposição desse novo modelo de cuidado em saúde mental foi capaz de conduzir transformações em três dimensões, pautadas nos princípios e cuidados em saúde pública e em saúde mental, são elas: a dimensão teórico-conceitual, a dimensão técnico-assistencial e a dimensão sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual diz respeito à produção de conhecimentos e ao redimensionamento do objeto de trabalho dos serviços de saúde mental; [...] na dimensão técnico-assistencial se discute o novo modelo que possa superar espaços de custódia, interdição e alienação do sujeito; [...] na dimensão sociocultural se discute a transformação do lugar social da loucura e como o movimento lida com este espaço da diferença, com o preconceito e o estigma.¹⁸

Em estudo realizado com os usuários do Movimento de Saúde Mental do Bom Jardim, bairro localizado em Fortaleza, capital do estado do Ceará, Carvalho (2010)¹⁷ evidencia o modo como essas experiências buscam articular as dimensões apresentadas por Amarante (1994)¹⁸ e que são reveladoras de um cuidado humanizado. Esses mecanismos e estratégias de abordagem, quando executados ou quando estão no horizonte das ações, visam romper com os modelos individualizantes, nos quais predominam a hierarquia de saberes e sobre os quais se alicerçam práticas históricas de uma cultura individualizante e destituída dos princípios sanitaristas que resultam em “sistemas burocráticos e pouco dinâmicos”⁹ (Campos e Domitti, 2007).

Portanto, o apoio matricial cumpre o papel de articular equipes dentro da atenção especializada e dos serviços de atenção primária, desencadeando a reorientação das práticas de atenção e cuidado em saúde mental nos territórios. Os territórios, nessa lógica, são compreendidos como espaços diversos e da diversidade, especialmente “[...] uma organização societal enormemente potencializadora do desenvolvimento humano, campo principal de atuação dos serviços na produção do cuidado, capaz de romper com o modelo centrado na atuação fragmentada” (Campos⁷, 1999).

O apoio matricial, desse modo, dentro das configurações da Reforma Psiquiátrica, apresenta-se como uma retaguarda especializada para os profissionais que atuam nos serviços de saúde, nos programas e linhas de cuidado. É uma metodologia de trabalho complementar e, decerto, alternativa aos modelos hierarquizados, que funcionam sob a lógica dos

encaminhamentos indiscriminados e fluxos de referência e contrarreferência construídos alheios aos usuários dos serviços. A adoção dessa metodologia de gestão para o trabalho possibilita a efetivação da clínica ampliada e a integração de distintos saberes profissionais, ainda que repouse sobre diversos desafios.

Admite-se relevante a conceituação de Campos e Domitti⁹ (2007) ao considerarem o termo “matriciar” como a possibilidade de manter entre os profissionais de referência e os especialistas “[...] uma relação horizontal, e não apenas vertical como recomenda a tradição dos sistemas de saúde”. Os autores acrescentam à caracterização que essa estratégia se trata “[...] de uma tentativa de atenuar a rigidez dos sistemas de saúde quando planejados de maneira muito estrita segundo as diretrizes clássicas de hierarquização e regionalização”. E reforçam que, para haver o compartilhamento de diretrizes clínicas e sanitárias entre a equipe responsável pela referência dos casos e os profissionais que facilitam o suporte matricial, “[...] é necessária uma integração dialógica entre as distintas especialidades, posto que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral”.

Os autores elencam seis pontos para compreendermos os desafios postos à efetivação de uma gestão com base matricial, são eles: 1) problemas estruturais; 2) excesso de demanda e carência de recursos; 3) ausência de espaços cogeridos e fragilidade do controle social 4) obstáculos políticos e de comunicação; 5) elementos subjetivos e culturais; e 6) elementos éticos e epistemológicos.⁹ Esses desafios, à medida que se apresentam como obstáculos à efetivação do apoio matricial, certamente são por ele atenuados quando operacionalizado de forma efetiva e compartilhada, com a participação dos diversos atores profissionais, gestores e usuários.

Entre as lacunas estruturais, de organização e epistemológicas, destacam-se a observância aos canais de comunicação entre os profissionais, que fomentam uma atuação conjunta por meio do compartilhamento de saberes entre os membros das equipes de saúde, atribuindo-lhes corresponsabilidades específicas para a garantia do acesso integral e do cuidado longitudinal. Ceccim (2018)¹⁹ delimita que

a interprofissionalidade favorece as trocas de informação e conhecimento, a cooperação solidária nos fazeres, a atenção corresponsável às necessidades em saúde para a construção de projetos terapêuticos e de promoção da saúde, o agir coletivo em território e a rede de laços afetivos que dá mais intensidade ao pertencimento a uma equipe.

O autor¹⁹ avança ao considerar que a disciplinarização do conhecimento, da ciência e do trabalho propiciou a emergência de recortes de poder e de subordinação entre as profissões, que passaram a refletir a fragmentação e a cisão entre os saberes e as disciplinas, bem como as imposições hierárquicas entre si. Para ele, uma vez que se almeja trabalhar em equipe, faz-se necessária a reversão em potências de integração, interseção e desfragmentação. Nesse contexto, no entanto, observa-se cada vez mais o avanço da tendência sobre os atendimentos

por meio dos serviços que se estruturam em departamentos e especialidades. Esse formato diminui as responsabilidades sanitárias da equipe de saúde sobre os usuários, além de distanciar as categorias profissionais, que passam a atuar preferencialmente em núcleos, apartadas entre si. É necessário um sistema de gestão capaz de promover, entre os seus profissionais, práticas inovadoras de saúde com base nos processos educativos e na reflexão crítica sobre o trabalho em saúde.

Em artigo semelhante, Ceccim e Feuerwerker (2004)²⁰, constroem reflexões acerca dos processos formativos e da gestão do trabalho na área da saúde, e apontam o ensino, a gestão, a atenção em saúde e o controle social como o quadrilátero formativo para a área da saúde e que deve ser capaz de sustentar nos profissionais a compreensão crítica e reflexiva sobre sua atuação. Além de propiciar a transmissão dos respectivos conhecimentos inerentes à prática aos seus pares, em uma relação dialogada e horizontal, que inclua setores da sociedade civil e comunidade. É, acima de tudo, nutrir práticas alinhadas aos princípios do SUS, resgatando sua construção, os ideais sanitaristas, a Conferência de 1988 e, por fim, o caminho percorrido até a constituição de leis específicas que viriam a garantir acesso universal aos serviços de saúde.

Para os autores:

A formação não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado.²⁰

Essa lacuna tem raízes nos cursos de graduação, nos quais se observa, mesmo tendo em vista mudanças importantes ao longo dos últimos anos, certo grau de engessamento e tecnicismo, formando categorias profissionais com práticas desarticuladas da realidade, da integralidade e da interdisciplinaridade nos cuidados em saúde. O arranjo que abrange cursos de graduação e pós-graduações é consequência, além da cultura que permeou por muito tempo a saúde pública nacional, das contrarreformas do Estado em curso desde a década de 1990²¹, que vem repercutindo nas políticas públicas, nesse caso na Política de Educação Superior, de modo a alterar sua orientação, seus objetivos, suas formas de financiamento e formação de recursos humanos.^{22,23}

A Educação Permanente em Saúde (EPS) surge como proposta que busca de uma formação diferenciada dos profissionais, dentro dos serviços de saúde, baseada, especialmente, na clínica ampliada, na interdisciplinaridade e no projeto terapêutico singular. Seu desenvolvimento envolve a formação permanente de profissionais e recursos humanos em saúde por meio de metodologias ativas de educação na saúde. No bojo da EPS, é possível incorporar estratégias voltadas ao ensino em serviço, atenção à saúde, gestão do sistema,

participação e controle social no cotidiano das categorias profissionais que compõem os pontos de articulação na RAS. Processos que objetivam habilitar os profissionais para o trabalho, tornando-os mais humanizados no acesso, no acolhimento e na qualidade dos serviços prestados. As ações devem ser pensadas de modo a transformar a realidade em saúde, por meio de movimentos pensados a partir das situações problemas do cotidiano, objetivando sua reconstrução de forma crítica e articulada à práxis.²⁴⁻²⁶

Neste sentido, a educação permanente em serviço busca preencher lacunas e responder às necessidades sociais e às necessidades do sistema de saúde, que não são consideradas durante a formação profissional de determinados segmentos. Identifica-se na política de saúde mental movimento parecido, haja vista que parte dos cursos, para além do engessamento, formam, ainda, profissionais ausentes do contato com a SM. No cotidiano dos serviços, pesa a dificuldade de compreensão sobre os processos de adoecimento mental em sua completude, com suas determinações sociais, econômicas, culturais; fatores, por sua vez, pouco considerados no estabelecimento das formas de tratamento e cuidados em saúde.

Decerto, é relevante a análise de Amarante (1994)¹⁸ na qual as dimensões teórico-conceitual, técnico-assistencial e sociocultural são mecanismos para os avanços dos ideais da reforma psiquiátrica. Afirma-se, portanto, a urgência pela construção de espaços protegidos e permanentes de formação em saúde, gestão do trabalho e reuniões de equipe, dispositivos essencialmente importantes para a desconstrução dos estigmas relacionados à saúde mental e para a efetivação da atenção integral em saúde, direitos da população brasileira. Somente nessa direção, será possível avançar na reorganização dos atendimentos, na qualificação do acolhimento e da oferta de serviços no campo da promoção e da proteção dos sujeitos sociais em comunidade.

RESULTADOS

Os discursos coletados, junto aos profissionais de saúde do Caps e da UBS de Tianguá, município do estado do Ceará, foram organizados em dois blocos: 1) percepções e estratégias dos cuidados em saúde mental pelos profissionais do Caps e da UBS – síntese disponível na Tabela 1; e 2) os desafios impostos à operacionalização do matriciamento, síntese das avaliações disponíveis, mais à frente, na Tabela 2. O roteiro de entrevista buscou contemplar informações acerca dos vínculos empregatícios e da média de tempo de atuação desses profissionais nos equipamentos. Informações consideradas relevantes para a compreensão do cotidiano dos serviços.

Constatou-se que todos os profissionais entrevistados, da unidade básica, possuem vínculo efetivo e estão no exercício da profissão em média há 17 anos. Estes afirmaram que a

relação construída com a comunidade durante esse tempo contribuiu para a efetividade e adesão das ações propostas pela equipe de referência. Os perfis profissionais variam de acordo com o equipamento, na atenção especializada, por exemplo, apenas três profissionais possuem vínculo efetivo, os demais celebram contratos temporários com a gestão municipal e o tempo de atuação no equipamento é, em média, de 5 anos.

Considerou-se, para fins de análise, a presença e a frequência de cada assunto no discurso dos interlocutores, conforme exposto na Tabela 1.

Tabela 1 – Percepções e estratégias dos cuidados em saúde mental

| Estratégias de cuidado percebidas no cotidiano profissional | Frequência entre os profissionais | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------|
| | UBS (5) | CAPS (7) |
| Compreensão do conceito teórico sobre matriciamento e estruturação dos serviços | 4 | 6 |
| Educação em saúde e atividades coletivas como potencializadores dos cuidados em Saúde Mental | 4 | 6 |
| Trabalho interdisciplinar, multiprofissional e operacionalização da política de Saúde Mental nos contextos de atuação | 4 | 6 |
| Cuidados, acompanhamento e reabilitação em SM a partir de grupos e oficinas nos territórios e CAPS | 5 | 6 |
| Articulação com a rede intersetorial | 4 | 6 |

Fonte: elaborada pelas autoras

Os resultados apontaram um conhecimento considerável, por parte dos profissionais, sobre as práticas matriciais e sua importância no cuidado em SM na atenção básica. A tabela mostra a consolidação desses números com base no total de pessoas entrevistadas. Os discursos são apresentados através de afirmações sobre o que se imagina ser o matriciamento e sobre o que consideram a partir das práticas profissionais já realizadas no cotidiano de trabalho. Ambas caminham para a afirmação de que trabalhar, de forma matricial, os casos de saúde mental dos usuários assistidos reduziria a sobrecarga dos equipamentos, em especial os de atenção especializada, bem como garantiria aos profissionais da ESF integralidade na sua atuação em saúde sobre os transtornos mentais. Seguem duas falas dos entrevistados acerca do conceito de matriciamento.

“Eu já ouvi falar (sobre matriciamento) e eu imagino que seja uma forma de identificar os problemas locais, assim, o que você busca encontrar, como resolver ou apenas mapear” (profissional de saúde n.º 1, 12 anos de trabalho na UBS).

“Eu não sei, mas assim, em palavras, o matriciamento é unir a equipe, por exemplo, o Caps, que é a referência em Saúde Mental, com o posto, que é a unidade básica de saúde,

né? Saber quem está acompanhada e existir uma comunicação com esses órgãos que não existe. Que a gente não sabe nada que acontece no Caps, o Caps não sabe nada que acontece aqui. Eu entendo que matriciamento seja isso” (profissional de saúde n.º 2, 21 anos de trabalho na UBS).

Os discursos acima, dos agentes comunitários de saúde, exprimem o matriciamento como uma possibilidade de integração entre os serviços da UBS e do Caps. Em regra, os entrevistados consideraram-no uma estratégia para a redução da demanda e para o compartilhamento do cuidado em saúde mental com a atenção básica. Tal compreensão é também sinalizada por outros profissionais da atenção em saúde – enfermeira, assistente social, médico clínico geral, médica psiquiatra, psicólogo e terapeuta ocupacional. Todos consideraram relevante o papel ordenador e resolutivo da atenção primária e a importância de sua interação com os Centros de Atenção Psicossocial.

“Cerca de 70% sim [de resolução das demandas em saúde mental, porque na atenção básica eles têm conhecimento desde o pré-natal, desde o nascimento, desde o acompanhamento até a parte idosa, então se a gente tivesse essa parceria, esse trabalho intra e intersetorial nós teríamos uma articulação bem maior e uma demanda que seria compartilhada, para que realmente os casos graves, severos e persistentes a gente tá dando essa atenção e eles (APS) darem suporte nos casos leves a moderados” (profissional de saúde n.º 9, 6 anos de atuação no Caps).

“Primeiro ponto eu acho que deveria ter uma capacitação lá na atenção básica para que eles entendessem o que é saúde mental para que eles comesçassem a filtrar e deixar os pacientes que eles conseguem dar uma resolução lá, né?! Os casos mais leves, e deixar os casos moderados a grave para que a gente venha tomar conta desse paciente, o que não ocorre. Na maioria das vezes eu acredito que não há nem esse filtro, nem essa avaliação” (profissional de saúde n.º 6, 4 anos de atuação no Caps).

Para alguns dos profissionais em saúde, aqui pesquisados, muitos pacientes não tinham sequer a necessidade de ir até o Caps por se tratar de transtornos leves, grande parte deles tratáveis por meio do acompanhamento na UBS.

“Se a pessoa não for acompanhada pela equipe, minha primeira providência é encaminhar a pessoa para a equipe e aí eu faço uma primeira entrevista. Pergunto se a pessoa já é acompanhada pelo Caps, quais os profissionais, quem passou aquela comunicação, se está sendo feito o uso correto da medicação e aí fico fazendo minhas visitas e acompanhamento mensal. Todo mês eu faço o possível para passar na casa e ver a pessoa” (profissional de saúde n.º 3, 5 anos de atuação na UBS).

Nesse contexto, a perspectiva das atividades coletivas, mediação de grupos, salas de espera e educação em saúde surgem como horizontes possíveis à implantação das ações em saúde mental. Aparecem como potencializadoras de um cuidado integral e capazes de otimizar os atendimentos por meio das discussões coletivas, dos grupos terapêuticos e do fortalecimento do contato periódico com as equipes da ESF e com os atores sociais do território.

“Nos dias do controlado, porque não ter um dia específico para os pacientes que tomam medicação controlada? Pode ser 5, ou 7, mas tem pessoas, e elas vão dizendo para as outras. E ao invés de atender 7 pessoas no consultório, a gente fazia uma mesclagem, a médica fazia uma anamnese para ver se estava sentido algo diferente. Enfim, tem várias

maneiras que abarcar mais gente, de uma forma melhor, com ações educativas sem precisar passar só remédio e remédio sem saber nem o que eles estão passando. Que é isso que está acontecendo aqui no posto” (profissional de saúde n.º 1, 12 anos de atuação na UBS).

“Essa comunidade nunca foi educada para ter grupo. Não tem a cultura do grupo” (profissional de saúde n.º 2, 21 anos de atuação na UBS).

Tabela 2 – Desafios ao matriciamento

| Desafios impostos à operacionalização das ações de matriciamento | Frequência entre os profissionais | |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------|
| | UBS (5) | CAPS (7) |
| Ausência de educação permanente | 4 | 6 |
| Demanda alta e crescente após pandemia da COVID-19 | 5 | 6 |
| Ausência de corresponsabilização em SM na atenção primária | 4 | 6 |
| Falha na referência/contrarreferência e comunicação entre ambos os equipamentos | 4 | 6 |

Fonte: elaborada pelas autoras

Para Campos (2007)⁹, vale lembrar, os gargalos sentidos na efetivação do apoio matricial apresentam-se como desafios estruturais, organizacionais, políticos, subjetivos e culturais, epistemológicos e éticos. Neste estudo, sobressaíram, na visão dos profissionais de saúde da UBS e do Caps, os desafios organizacionais, gerenciais e epistemológicos. Eles foram sendo apresentados, de forma articulada, como principais desafios à efetivação das práticas matriciais no cotidiano dos serviços de saúde no município. Esses desafios, em um segundo momento, foram sendo associados à ausência de educação permanente e continuada para os profissionais como política institucionalizada pelo município, o que viria fragilizando, afirmam, a corresponsabilização dos cuidados em saúde mental e o avanço do matriciamento.

Ou seja, a ausência de educação permanente é apontada pelos profissionais como um dos principais fatores associados à falta de corresponsabilização em saúde mental por parte das unidades básicas. Conforme relatado, em consonância com o que prevê a literatura científica sobre o tema, a formação permanente, quando efetiva, proporciona a compreensão acerca dos demais equipamentos da rede, o fortalecimento amplo dessa rede de cuidados, o estabelecimento ordenado das atribuições em saúde mental dentro da Raps, bem como o fortalecimento e a manutenção da comunicação entre as equipes, na perspectiva da intersetorialidade e da interdisciplinaridade. A fragilidade no fluxo de referência e

contrarreferência é apontada como mais um dos desafios vivenciados pelas equipes do Caps e da UBS.

A educação permanente surge como proposta ampla de formação para os profissionais e recursos humanos do Sistema Único de Saúde - SUS. Ela vem sendo, desde a década de 1990, uma reivindicação dos movimentos sanitaria e de saúde mental, pois se entende à dinamicidade dos conhecimentos e de saberes que o campo da saúde movimenta, requerendo profissionais especializados em suas áreas de conhecimentos e também capazes de exercer a integralidade em saúde, de forma oposta à atenção hospitalocêntrica e biomédica que historicamente se fizeram hegemônicas na saúde pública brasileira. São cada vez mais necessários profissionais com capacidades técnicas para o manejo com segurança e subsídios com retornos positivos aos processos de trabalho em saúde, em detrimento das formações focalizadas e voltadas a atualizações exclusivamente técnicas em processos verticalizados. A educação permanente, como proposta interventiva nos processos de trabalho, dispõe sobre a discussão de ações práticas, baseadas em situações cotidianas, e que buscam a integração de saberes coletivos em Saúde Pública, em detrimento dos saberes individuais categóricos.²⁰

Os resultados revelam que a educação permanente viria a subsidiar práticas matriciais e corresponsabilizadas por parte dos profissionais da atenção básica, bem como segurança no manejo para identificação e tratamento de casos leves a moderados de adoecimentos psíquicos. No caso da atenção especializada, uma efetiva política de educação permanente no município, somada às competências profissionais de cada categoria, viria a fomentar estratégias e instrumentos de trabalho compartilhado, através da estruturação de equipes de referência, formada por profissionais da ESF e equipes de apoio matricial dos Caps⁷. Essa dinâmica alteraria, de forma positiva, em benefício da população, a relação entre o Caps do município e as vinte e sete unidades básicas de saúde que ele dispõe.

Os discursos dos profissionais, presentes neste estudo, são reveladores do prejuízo que a ausência de tais práticas (de matriciamento) traz para o cotidiano dos serviços de saúde:

“Eu não sei identificar, tipo, por que existe o transtorno de ansiedade e aquele momento, um momento de ansiedade que deixou a pessoa assim. As vezes não é a depressão em si, é um momento que a pessoa passou que deixou ela assim, e se nós soubéssemos seria muito mais fácil para nós identificar, para direcionar. E nós não somos capacitados para nada. O que a gente sabe foi na prática mesmo.” [...] (profissional de saúde n.º 1, 12 anos de atuação na UBS).

“Tem uma questão que eu acho que é da falta da educação continuada. Eu percebo que tem situações que eram pra ser resolvidas na menor complexidade mas que eles não conseguem abarcar a demanda e, ao que me parece, é por falta de treinamento mesmo [...] é muito comum encaminharem pacientes para urgência e emergência que quando você vai ver, não são. E aí o que são essas urgências e emergências na psiquiatria, quais os tratamentos básicos, as primeiras linhas dos fluxogramas de tratamento?” (profissional de saúde n.º 10, 3 anos de atuação no Caps).

A alta e crescente demanda de atendimentos aparece também como dificultador da absorção dos cuidados em saúde mental pela atenção primária, visto que esta ainda lida com demandas reprimidas em outras áreas de atenção e cuidados em saúde. Além disso, os recursos humanos e materiais não acompanharam o aumento significativo das solicitações para atendimento, como destaca um dos entrevistados, a saber:

“Houve um aumento do número de solicitações de psicotrópicos e antidepressivos que não atende a demanda da atualidade, ou seja, nós estamos numa pandemia, teve aumento significativo, mas isso não vai de acordo com o quadro de profissionais, nem com a logística, não tem medicamento suficiente, a demanda aumentou e o próprio Estado não atualizou, não teve mudanças pra isso” (profissional de saúde n.º 9, 6 anos de atuação no Caps).

Essa realidade, apontada pelos sujeitos deste estudo, dialoga com outras pesquisas produzidas sobre o tema. Campos (2007)⁹ vê essa problemática como um obstáculo à abordagem matricial, pois esta estratégia também é considerada pelo pesquisador como capaz de apresentar opções resolutivas à questão. Segundo o autor, o trabalho em rede, permitido pelo matriciamento, estimularia o uso racional de recursos ao criar oportunidade para que um único especialista integre organicamente seu trabalho com o de várias equipes de referência.¹⁰

Nesses casos, a implantação do Apoio Matricial deve vir, estrategicamente, acompanhada de dispositivos e arranjos de gestão que favoreçam a criação e a sustentabilidade do matriciamento. Novamente Campos (1999, 2007)^{7,9} corrobora ao afirmar que “[...] uma série de condições de organização do serviço e do processo de trabalho, de agenda, de fluxos e de disponibilidades pessoais e institucionais dos profissionais envolvidos, devem se tornar possíveis. Uma equipe que não se reúne, que não se encontra, dificilmente conseguirá operar o apoio matricial”. Nesse sentido, os profissionais passam a identificar, na própria deficiência desse dinâmica, a ausência de articulação entre os equipamentos:

“O Caps é superlotado por que a atenção básica não é bem estruturada, de não fazer o trabalho que poderia ser feito. [...] Tem aqueles casos que chegam aqui e são diretamente encaminhados ao Caps, e quando chega ao Caps é uma fila gigantesca porque o Caps não é do Centro de Nutrição, é municipal. Muitos deles (que são encaminhados) não tinham a necessidade nem de estar na triagem do psicólogo do Caps, entende? Não precisaria, aqui mesmo poderia ser resolvido, mas o que é que fazem? Vão diretamente para o médico, e as vezes encaminham para o Caps sem necessidade alguma. As vezes sem uma anamnese bem feita, há tempo você está sentindo, existiu algum fator agravante” (profissional de saúde n.º 1, 12 anos de atuação na UBS).

“[os casos leves a moderados] se sobrepõem aos casos graves, e é essa a nossa preocupação, por a gente tá atendendo esses casos e deixando de atender uma demanda mais crônica, mais necessitada, e a nossa agenda acaba ficando muito cheia” (profissional de saúde n.º 9, 6 anos de atuação no Caps).

“Não existe contrarreferência, até por que devido a superlotação, os encaminhamentos de casos não muito graves que deveriam ser atendidos na atenção básica acabam superlotando o CAPS e os próprios profissionais deixam de exercer suas atribuições, deixam de atender casos bem graves, moderado a grave, para atender um caso leve. [...]. Eu acho que nem existe, no contexto deles, Saúde Mental. Não é trabalhado Saúde Mental na Atenção Básica” (profissional de saúde n.º 11, 10 anos de atuação no Caps).

Nas falas, faz-se presente a fragilidade na corresponsabilidade da atenção básica no manejo, tratamento e reabilitação da saúde mental. De janeiro a setembro de 2022, haviam sido realizadas 37 ações de matriciamento em saúde mental pelo Caps II do município. Dessas ações contabilizadas, mais de 50% estão sendo registradas indevidamente, pois dizem respeito a atividades realizadas em equipamentos como o Centro de Referência em Assistência Social (Cras) e nos Centros de Referência Especializados em Assistência Social (Creas). De acordo com a política e com todo o arcabouço legal e teórico, esse tipo de atividade, ainda que importante e que esteja no campo da intersetorialidade, não corresponde ao conceito de matriciamento, que deve se dar no contato dos Caps com a atenção primária em saúde. Com relação ao fato, uma das profissionais entrevistadas avalia:

“[...] é muito bonito e seria maravilhoso se acontecesse, mas na nossa realidade a gente vê mais estudos de caso, matriciados mesmo, fora do contexto na saúde, mais nos equipamentos socioassistenciais, tipo Creas, Conselho Tutelar, a educação” (profissional de saúde n.º 11, 10 anos de atuação no Caps).

Essas ações, inadequadamente registradas pelos profissionais dos equipamentos como atividades de matriciamento, constam com fins de comprovação do alcance de indicadores no Pacto Interfederativo em saúde para os anos de 2017 a 2021. É um indicador de base específica, valendo para municípios com Caps habilitados com número de habitantes maior que 100 mil. De acordo com o Plano Anual de Saúde para 2022, o município tem como referência as 12 ações de matriciamento estabelecidas pelo Pacto Interfederativo. Por fim, o registro incorreto das informações, pelo município, falseia as reais condições do matriciamento e sua precarização, dificultando o reconhecimento da problemática por gestores e um possível esforço coletivo para a sua superação, compreendido como outro desafio importante vivenciado.

Durante o período de formação em serviço, foi possível observar e participar ativamente das práticas que se estabeleciam nos, e entre os equipamentos. Foi visualizado, no cotidiano dos serviços, o empenho das equipes com os estudos de casos, as articulações com outras políticas e o contato diário com as unidades básicas de referência dos usuários a cada acolhimento. O apoio matricial, apesar de prática alheia aos equipamentos municipais, aparecia como realidade possível nos discursos dos profissionais e como objetivo em construção.

CONCLUSÃO

A pesquisa permitiu a compreensão sobre a estrutura da Rede de Atenção Psicossocial, no município, e suas formas de vinculação com a atenção primária em saúde. Os resultados apontaram certa fragilidade na comunicação entre os serviços básicos de saúde e a rede especializada em saúde mental, ainda que as unidades básicas de saúde sejam consideradas, pelos profissionais de ambos os equipamentos, como fundamental para o tratamento dos

adoecimentos psíquicos, bem como para o fortalecimento das estratégias de prevenção e cuidados coletivos no território de modo corresponsabilizado, figurando o apoio matricial como estratégia central. Nesse entendimento, a Educação Permanente em Saúde emergiu como horizonte essencial à operacionalização dessas práticas, a partir dos processos formativos permanentes e da reflexão crítica sobre os processos de trabalho de ambos os equipamentos.

Durante a escrita do artigo, tomou-se conhecimento da reativação do Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde do município de Tianguá, Ceará (Numeps), criado em 2021 e retomado em 2022. Sua regulamentação interna consta objetivos voltados à contribuição para a melhoria dos processos de trabalho e a qualidade de atenção e promoção do diálogo interprofissional. Reafirma, assim, o papel fundamental das gestões municipais no planejamento de ações e estratégias específicas voltadas aos processos formativos e educativos em saúde, que incentivem as práticas de formação entre os profissionais, numa articulação profícua entre ensino, serviço e reflexão crítica em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Mental health atlas 2020. Geneva: World Health Organization [internet]; 2021 [acesso em 2023 abr. 10]; Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>
2. Gonçalves DA, Ballester D, Tófoli LF, Almeida N, Fortes S. Guia prático de matriciamento em saúde mental: Chiaverini DH (org.) Brasília – DF: Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva [internet]. 2011 [acesso em 2023 mar. 18]; Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf
3. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Ceccim RB. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colectiva* [internet]. 2006 [acesso em 2023 mar. 19]; 2 (2): 147 – 160. Disponível em: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/62>. Doi: <https://doi.org/10.18294/sc.2006.62>
4. Bravo MIS. Política de Saúde no Brasil. In: Serviço Social e Saúde. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.
5. Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, Kessler FHP. Pandemia de medo e Covid-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias [editorial]. *Deb em Psiquiatria* [internet]; 2020 abril [acesso em 2023 mar. 17]; 12-17. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/35>. Doi: <https://doi.org/10.25118/2236-918X-10-2-2>
6. Harzheim E. Previne Brasil: bases da reforma da atenção primária à saúde. *Ciênc e Saúde Coletiva* [internet] 2020 [acesso em 2023 fev. 11]; 25 (4): 1189 – 1196. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4pBptJ4CVFGtSjYKPbnbyzD/?lang=pt>. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01552020>
7. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc e Saúde Coletiva* [internet]; 1999 [acesso em 2023 fev. 11]; 4 (2): 393 – 403. Disponível em:

- <https://www.scielo.br/j/csc/a/BLy9snvLVLbQRcZCzgFGyyD/?lang=pt>. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200013>
8. Campos GWS. Apoio matricial e práticas ampliadas e compartilhadas em redes de atenção. *Psico em Revista* [internet] 2012 abril [acesso em 2023 mar. 15]; 18 (1): 148 – 168. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682012000100012
 9. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad de Saúde Pública* [internet] 2007 fevereiro [acesso em 2023 mar. 15]; 23 (2): 399 - 407. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VkBG59Yh4g3t6n8ydjMRCQj/> Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>
 10. Minayo MCS, Guerriero ICZ. Reflexividade como ethos da pesquisa qualitativa. *Cienc e Saúde Coletiva* [internet] 2014 [acesso em 2023 mar. 15]; 19(4): 1103 – 1112. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DgfNdVrZzZbN7rKTSQ8v4qR/> Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.18912013>
 11. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Persona, 1977.
 12. Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa Qualitativa: Análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto e Cont Enferm* [internet] 2006 [acesso em 2022 set. 9]; 15(4). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/9VBbHT3qxByvFCtbZDZHgNP/?lang=pt>. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000400017>
 13. Devera D, Costa-Rosa A. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxi. *Rev de Psico* [internet] 2007 [acesso em 2023 mar. 15]; São Paulo; 6(1), 60-79. Disponível em: <https://revpsico-unesp.org/index.php/revista/article/view/39/42>.
 14. Saúde Mental: possibilidade de “revogação” coloca em risco conquistas históricas do país, alertam especialistas. [internet] Brasília Conselho Nacional de Saúde [atualizada em 2020 dez.9; acesso em 2023 ago.10]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1540-saude-mental-possibilidade-de-revogaco-coloca-em-risco-conquistas-historicas-do-pais-alertam-especialistas>
 15. Nota Técnica Nº 3. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF – AB) e Programa Previne Brasil. Ministério da Saúde [internet] 2020 [acesso em 2023 mar. 14]; Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>
 16. Massuda A. Mudanças no financiamento da atenção primária à saúde no sistema de saúde brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciênc e Saúde Coletiva* [internet]; 2020 [acesso em 2023 mar. 19]; 25 (4): 1181 – 1188. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/mudancas-no-financiamento-da-atencao-primaria-a-saude-no-sistema-de-saude-brasileiro-avanco-ou-retrocesso/17536?id=17536>
 17. Carvalho MA. Fortalecimento das pessoas com transtornos mentais: a experiência dos usuários do Movimento de Saúde Mental do Bom Jardim. [dissertação] Universidade Federal do Ceará [internet] 2010 [acesso em 2023 mar. 19]; Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/2392>
 18. Amarante P. *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994.
 19. Ceccim RB. Conexões e Fronteiras da Interprofissionalidade: forma e formação. *Interface: Comunicação, saúde e educação* [internet] 2018 [acesso em 2023 ago.7]; 22 (2): 1739-1749. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/XRJVNsrHcqfsRXLZ7RMxCks/?format=pdf&lang=pt>

20. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. Rev Saúde Coletiva [internet] 2004 [acesso em 2022 dez. 12]; 14 (1): 41-65. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/?lang=pt&format=pdf>
21. Behring E. Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2008.
22. Chauí M. A universidade operacional. Folha de São Paulo, caderno Mais [internet] 1999 maio [acesso em 2022 dez. 12]; Disponível em: http://www.cacos.ufpr.br/obras/Marilena_Chauí_Universidade_Operacional.doc
23. Lemos CLS. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2016 [acesso em 2018 jan. 10]; 21(3):913-922. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000300913&script=sci_abstract&tlng=pt.
24. Silva JF. A educação permanente em saúde como espaço de produção de saberes na Estratégia de Saúde da Família [dissertação]. Esc Nac de Saúde Púb Sérgio Arouca [internet]. 2015 [acesso em 2022 dez. 15]. Disponível em: <https://www.arca.fio-cruz.br/bitstream/icict/13461/1/30.pdf>.
25. Silva CEM. Educação permanente e suas interfaces com as condições sensíveis à atenção primária [dissertação] Univ Fed de Juiz de Fora [internet] 2016 [acesso em 2022 dez. 15]. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/3178/1/charleneestermachadosilva.pdf>.
26. Cardoso ML, Costa PP, Costa DM, Xavier C, Souza RMP. A Política nacional de educação permanente em saúde nas escolas de saúde pública: reflexões a partir da prática. Ciênc Saúde Coletiva [internet] 2017 [acesso em 2023 dez. 15]; 22(5):1489-1500. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jsqG5T5c4jcX8LKxyds3dYH/abstract/?lang=pt>

Artigo recebido em abril de 2023

Versão final aprovada em setembro de 2023