

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Giselle Soares Fagundes

Matriciamento em Saúde Mental: análise das ações e do cuidado às pessoas
em sofrimento psíquico na Atenção Básica

Rio de Janeiro

2019

Giselle Soares Fagundes

Matriciamento em Saúde Mental: análise das ações e do cuidado às pessoas
em sofrimento psíquico na Atenção Básica

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública, da
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio
Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz,
como requisito parcial para obtenção do
título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadoras: Prof.^a Dr.^a Mônica Rodrigues Campos
Prof.^a Dr.^a Sandra Lúcia Correia Lima Fortes

Rio de Janeiro

2019

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

F156m Fagundes, Giselle Soares.
Matriciamento em saúde mental: análise das ações e do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na atenção básica / Giselle Soares Fagundes. -- 2019.
105 f. : color. ; graf. ; tab.

Orientadoras: Mônica Rodrigues Campos e Sandra Lúcia Correa Lima Fortes.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

1.Saúde Mental. 2. Transtornos Mentais. 3.Atenção Primária à Saúde. 4.Estratégia Saúde da Família. 5. Apoio Matricial. 6.PMAQ. I. Título.

CDD – 23.ed. – 616.89

Giselle Soares Fagundes

Matriciamento em Saúde Mental: análise das ações e do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na Atenção Básica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Aprovada em: 14 de Janeiro de 2019.

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Márcia Cristina Rodrigues Fausto
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública

Prof. Dr. Cesar Augusto Orazem Favoreto
Universidade Estadual do Rio de Janeiro - Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária

Rio de Janeiro

2019

DEDICATÓRIA

À Vercília Soares Fagundes, com todo meu amor. Minha amada mãe e fonte de muita inspiração. Minha existência e cada degrau da minha trajetória acadêmica tem como base todo o esforço desta mulher guerreira, forte, amável e minha maior incentivadora.

AGRADECIMENTOS

Agradecimento muito especial é dirigido às minhas orientadoras Mônica Campos e Sandra Fortes, que tanto me ensinaram, apoiaram e inspiraram.

Ao meu marido, pela compreensão nas ausências, amor e incentivo.

Aos amigos que celebram mais essa conquista comigo, em especial à Marcela Monteiro que dividiu mais esta experiência acadêmica e de vida ao meu lado.

Aos professores das disciplinas do curso de mestrado acadêmico em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz pelo compartilhamento de muito conhecimento.

Aos membros da banca de qualificação e defesa desta dissertação, Márcia Fausto e César Favoreto, pela disponibilidade e valiosas contribuições.

Seja qual for seu sonho – comece. Ousadia tem genialidade, poder e magia.

Johann Goethe.

RESUMO

Os transtornos mentais afetam grande parcela da população mundial e a necessidade da integração dos cuidados em Saúde Mental (SM) nos serviços de Atenção Básica (AB) tem relevância comprovada internacionalmente. Para atender a esta demanda, alguns modelos de cuidados colaborativos têm sido desenvolvidos ao redor do mundo. O modelo implementado no Brasil é o Apoio Matricial (AM), que através da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2008, tem sido considerado como fundamental na qualificação do cuidado em saúde mental aos usuários atendidos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). A prevalência de sofrimento emocional na população atendida pelas equipes da ESF é alta, podendo ultrapassar 50% dos casos, mas a capacitação dos profissionais da Atenção Básica para o cuidado em saúde mental ainda é inadequada. O objetivo deste estudo foi analisar a qualificação do cuidado em SM na AB através das ações de Apoio Matricial em Saúde Mental (AM em SM). É um estudo quantitativo (corte transversal) em base de dados secundária do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), de 2012. Foram analisadas as associações entre a realização das diversas ações de matriciamento em SM (como consultas conjuntas e discussão de casos) e o desenvolvimento das estratégias de cuidado integral (como abordagem da história de vida e desenvolvimento de grupos), avaliadas no instrumento. Verificou-se que 60% das equipes realizam ações de AM em SM e que todas as estratégias de cuidado qualificadas em SM são realizadas pelo menos duas vezes mais quando estas ações estão presentes, destacando-se as ações de discussões de caso, consultas conjuntas e construção de projetos terapêuticos (PTS). Este estudo traz evidências quantitativas de que o desenvolvimento de ações compartilhadas é determinante para qualificação do cuidado em SM na AB. Contudo, este cuidado ainda é realizado de maneira insuficiente tendo em vista que o cuidado em saúde mental está presente em todas as ações de saúde e que as estratégias de cuidado em saúde mental são realizadas por no máximo 73% das equipes de ESF.

Palavras-chave: apoio matricial; saúde mental; atenção básica.

ABSTRACT

Mental disorders affect large portion of world's population and the need for an integration of Mental Health care in the services of primary care have proven to be of international relevance. In order to fulfill such demand, some collaborative care models have been developed worldwide. The model implemented in Brazil is known as Matrix Support, enabled in 2008 through the establishment of the Family Health Support Centers. That model is considered fundamental in qualifying mental health care to users attending Family Health Strategy. Prevalence of emotional distress in the population assisted by teams of Family Health Strategy is high, and can exceed 50% of the cases, but training of professionals in the primary care to mental health care is still inadequate. The aim of this study was to analyze the qualification of Mental Health care in primary care through Matrix Support activities in Mental Health. It is a quantitative study (crosscutting) in the secondary database from the National Program for Improving Access and Quality of Primary Health Care, 2012. We analyzed associations among many matrix activities in Mental Health (such as joint doctor's appointments and discussion of cases) and the development of integral care strategies (such as the life story approach and development of groups). We found out that 60% of the teams carry out Matrix Support activities in Mental Health, and that all qualified care strategies in Mental Health are performed at least twice more than regularly when those activities are present. The most prominent activities being discussion of cases, joint doctor's appointments, and construction of therapeutic projects. This study shows quantitative evidence that the development of shared actions is crucial for qualification of Mental Health care in primary care. However, such care is still insufficiently performed considering mental health care should be present in all health actions and strategies in mental health care are performed up to 75% of the Family Health Strategy teams.

Keywords: matrix support; mental health, primary care.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Questões acerca da qualificação do cuidado aos usuários em saúde mental, incluídas apenas em ciclo 1 do PMAQ-AB (2012).----- 60
- Quadro 2** – Questões acerca da qualificação do cuidado aos usuários em saúde mental, incluídas apenas em ciclo 1 do PMAQ-AB (2012).----- 62

LISTA DE TABELAS

ARTIGO

Tabela 1: Distribuição proporcional das ações de matriciamento e estratégias de cuidados segundo a eSF ter ou não apoio matricial em saúde mental (profissionais do Nasf). Brasil, 2012.----- 90

Tabela 2: Distribuição das razões de chance (OR) entre as estratégias de cuidados e as ações de matriciamento na atenção básica (ação 1 a 8), em eSF COM e SEM apoio matricial em saúde mental. Brasil, 2012.----- 92

Tabela 3: Distribuição proporcional das estratégias de cuidados segundo a realização da ação 2 de matriciamento (discussão de casos clínicos/eventos sentinelas/casos difíceis) em eSF com apoio matricial em saúde mental. Brasil, 2012.----- 94

Tabela 4: Distribuição proporcional das estratégias de cuidados segundo a realização da ação 3 de matriciamento (ações clínicas compartilhadas com profissionais da atenção básica) em eSF com apoio matricial em saúde mental. Brasil, 2012.----- 95

Tabela 5: Distribuição proporcional das estratégias de cuidados segundo a realização da ação 4 de matriciamento (construção conjunta dos Projetos Terapêuticos Singulares) em eSF com apoio matricial em saúde mental. Brasil, 2012.----- 96

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM - Apoio Matricial
AB - Atenção Básica
ACS – Agente Comunitário de Saúde
APS - Atenção Primária à Saúde
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CIR - Comissão Intergestores Regional
CNS – Conselho Nacional de Saúde
DAB - Departamento de Atenção Básica
DNT – Desenvolvimento de Novas Tecnologias
DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
eSB – Equipe de Saúde Bucal
ESF - Estratégia da Saúde da Família
eSF - equipe de Saúde da Família
FNS - Fundação Nacional de Saúde
GC – Gestão do Caso
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB – Norma Operacional Básica
OMS - Organização Mundial de Saúde
OR - Odds Ratio
PAB - Piso da Atenção Básica
PABV - Piso de Atenção Básica Variável
PACS - Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PEC - Proposta de Emenda à Constituição
PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PSF - Programa Saúde da Família
PTS – Projeto Terapêutico Singular
QC – Qualificação da Clínica

QR – Qualificação do Registro

RAPS - Rede de atenção psicossocial

Siab - Sistema de Informação da Atenção Básica

SM - Saúde Mental

SUS - Sistema Único de Saúde

WONCA - World Organization of Family Doctors

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 JUSTIFICATIVA	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO	22
3.1 Atenção Básica e sua relevância	22
3.2 Cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica: Apoio Matricial como estratégia de cuidado	27
3.3 Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF	38
3.4 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).....	42
4 OBEJTIVOS.....	52
4.1 Objetivo Geral.....	52
4.2 Objetivos Específicos.....	52
5 METODOLOGIA	53
5.1 Fontes de informação	53
5.2 Aspectos operacionais	53
5.3 Análise estatística dos dados	63
6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	63
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	64
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
10 APÊNDICE.....	72
11 ANEXO.....	80

1 INTRODUÇÃO

O Brasil passa por um processo de transição epidemiológica nas últimas décadas que se caracteriza pela predominância de doenças não-transmissíveis (66,3%) em substituição aos adoecimentos e mortes relacionadas às doenças transmissíveis (23,5%). Esta transformação exige mudanças também nos modos de produzir saúde que devem se adequar às novas necessidades das populações.

Os transtornos mentais, inseridos no contexto das doenças não-transmissíveis, representam grande proporção das causas de adoecimento e incapacidade na população brasileira, superando até mesmo as doenças cardiovasculares e o câncer, como demonstra (SCHRAMM et al., 2004)). Numa perspectiva mundial, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001) sinaliza que mais de 450 milhões de pessoas sofrem em decorrência de transtornos mentais – com projeção de aumento deste número – e que estes representam quatro entre as dez principais causas de incapacidade no mundo todo.

O cuidado em Saúde Mental (SM), portanto, é de suma relevância, pois além de atingir um número expressivo de indivíduos, não possui uma população alvo específica. Pessoas de todas as idades, de ambos os sexos, inseridas nos diversos contextos sociais e econômicos podem desenvolver em qualquer época da vida algum tipo de transtorno mental. Estima-se que uma a cada quatro pessoas no mundo desenvolverão ao longo de suas vidas alguma forma de adoecimento psíquico (OMS, 2001).

O modelo de cuidado à saúde mental sofreu importantes mudanças no decorrer de seu desenvolvimento, principalmente com o surgimento da Reforma Psiquiátrica (a partir da década de 1970, no Brasil) onde passou a ser preconizado o cuidado com base territorial, tratando os sujeitos em suas comunidades, próximos de seus familiares e de suas redes de relações sociais e afetivas. A direção tomada a partir de então é que o enclausuramento nos grandes manicômios seja substituído por (re)inserção social e

laborativa, e que, a internação seja o último recurso a ser utilizado, assim como prevê a Lei 10.2016/2001, que redefiniu o modelo de atenção psiquiátrica no Brasil.

Neste novo contexto de reformulação da assistência, as internações manicomiais são substituídas (ou deveriam ser) por tratamento de base territorial, formado não por uma instituição total, mas por uma multiplicidade de serviços. Outra característica é que a partir das proposições da Reforma Psiquiátrica o cuidado das questões psíquicas passa a não estar desvinculado da atenção ao corpo. Há também o entendimento de que este cuidado deve ser realizado em rede, numa articulação entre os diferentes serviços de saúde, e de outros setores, para que desta forma seja realizado um cuidado integral que seja mais eficiente diante de tantos determinantes e complexidade do processo saúde-doença.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), política implantada no Brasil com o objetivo de redirecionar o modelo assistencial em saúde com foco na atuação da Atenção Básica (AB), tem papel fundamental no cuidado em saúde mental. Isto porque além de se conformar como porta de entrada preferencial ao Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção básica atua numa perspectiva de cuidado territorial, responsabilidade sanitária sobre sua população e deve promover ações de maneira longitudinal, dentre outros aspectos.

Além de apresentar muitos pontos de consonância com as proposições da Reforma Psiquiátrica, aproximadamente 80% da população terá, pelo menos, um atendimento com seu médico de família durante um ano (KATES, 2017a) o que torna a AB um nível privilegiado para identificação de necessidades de cuidado em saúde mental e tratamento. Estudos mostram que mais de 50% dos pacientes em atendimento em unidades da ESF apresentam sofrimento emocional importante e 40% também

preenchem critério para serem considerados casos suspeitos de transtornos depressivo-ansiosos (GONÇALVES et al., 2014).

Diante deste protagonismo atual da ESF no cuidado aos sujeitos em sofrimento psíquico é de suma relevância que seja pesquisado como as equipes de atenção básica fornecem tal assistência. Este estudo abordará o cuidado em saúde mental prestado na atenção primária por intermédio do trabalho do Apoio Matricial (AM) em saúde mental realizado pelas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Para tal, serão utilizados os dados obtidos pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) que é, atualmente, a principal ferramenta de avaliação e monitoramento das ações da Atenção Básica no Brasil.

É de suma relevância salientar que como demonstra Giovanella (2012), há um debate nacional em torno dos termos “Atenção Básica” (AB) e “Atenção Primária à Saúde” (APS). Este último é o termo utilizado internacionalmente. Atenção Básica, é uma terminologia adotada no Brasil e quem a defende toma por base que, em português, básico significa algo que é fundamental, enquanto primário pode significar simples ou rude. Neste trabalho tais termos serão utilizados como sinônimos, com predominância da terminologia “Atenção Básica” por ser a encontrada no instrumento utilizado pra desenvolvimento desta pesquisa.

2 JUSTIFICATIVA

De acordo com a OMS (2001) 70 milhões de pessoas no mundo fazem uso prejudicial de álcool, 24 milhões de indivíduos aproximadamente tem esquizofrenia, a depressão grave é a principal causa de incapacidade em todo planeta e um milhão de pessoas cometem suicídios todos os anos. Contudo o cuidado em saúde mental não tem a devida relevância, motivo pelo qual se justifica a projeção crescente do número de sujeitos acometidos pelo sofrimento psíquico em todo mundo.

Apesar de estimativas demonstrarem que aos transtornos mentais pesam cerca de 12% das doenças mundiais (OMS, 2001), os recursos financeiros direcionados ao tratamento de tais morbidades não ultrapassam a marca de 1% na maioria dos países. Ainda segundo a OMS, a defasagem no tratamento é também expressa pela ausência de políticas públicas específicas de saúde mental em 40% dos países e pela falta de programas detalhados em mais de 30% destes.

Ainda que a lacuna de tratamento esteja constatada, o movimento é que ela seja superada e para tal houve avanços significativos no que toca à concepção de saúde mental, não se restringindo apenas a ausência de doença, bem como foram incorporados avanços terapêuticos e um olhar mais atento das agências internacionais de saúde. A OMS, por exemplo, em 2001, em seu Relatório Mundial da Saúde, focou a temática da saúde mental e em 2008 publicou documento que apresenta um novo modo de cuidar do sofrimento psíquico: a integração da saúde mental nos cuidados ofertados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Seguindo a perspectiva mundial, no Brasil, em 2003, a Gestão de Saúde Mental e Gestão de Atenção Básica veicularam documento recomendando a integração de ações de saúde mental na Atenção Básica (BRASIL, 2003). Porém, somente em 2008 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) foram criados para implementar este

trabalho. Em 2011, a Portaria número 3.088 (BRASIL, 2011c) estabelece a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que organiza os pontos formais de acesso que conformam a rede de atenção ao sujeito em sofrimento psíquico e com necessidades devido ao uso prejudicial de álcool, crack e outras drogas e traz como primeiro ponto de acesso a Atenção Básica, reforçando o papel da AB no cuidado em saúde mental.

Contudo, observam-se algumas dificuldades no cuidado em SM na AB como a falta de capacitação dos profissionais da AB na intervenção aos sujeitos em sofrimento psíquico (LIMA FG et al., 2012). Apesar de se sentirem preparados para o acolhimento do sofrimento apresentado, não possuem ferramentas teóricas e práticas para uma intervenção que considerem ser de qualidade e que promova cuidado para além do emergencial (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009). Há também a baixa detecção de transtornos mentais, apresentando uma lacuna que pode alcançar 50% dos casos, além dos frequentes erros diagnósticos (CHAZAN et al., 2016) e o uso inadequado de psicotrópicos, como por exemplo, a prescrição inapropriada de benzodiazepínicos.

O cuidado colaborativo (*colaborative care*) emerge como proposta de intervenção no desenvolvimento de práticas que visam proporcionar relações de trabalho mais estreitas entre profissionais especializados e da atenção primária, para integrar os cuidados em saúde mental na AB (IVBIJARO et al., 2014). Os cuidados colaborativos, além de se mostrarem muito eficazes no tratamento dos transtornos mentais comuns, também são menos onerosos aos sistemas de saúde. Eles dizem respeito ao compartilhamento de conhecimento, competências, recursos e tomadas de decisão, e vêm sendo realizados ao redor do mundo.

O modelo de cuidados colaborativos implementado no Brasil é o Apoio Matricial (FORTES et al., 2014) que se propõe a ser uma tecnologia inovadora em saúde. O matriciamento é o processo de trabalho em que especialistas prestam suporte

para as equipes da atenção básica de modo a produzir melhor assistência aos usuários atendidos neste nível de atenção, por intermédio de ações conjuntas e atividades pedagógicas.

Embora qualquer unidade de saúde possa realizar o matriciamento, Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), implementados em 2008, são formados por equipes em que realizar o apoio matricial é parte intrínseca de seu trabalho, integrando e dando mais robustez à atenção básica prestada no Brasil e seguem suas mesmas diretrizes (RAMOS, 2014). O trabalho realizado pelos Nasf se traduz em ações clínicas conjuntas com os usuários e atividades de educação permanente com os profissionais da ESF, que de maneira frequente ocorrem simultaneamente. Ressalta-se que o AM se implementa a partir de uma pluralidade de novas tecnologias em saúde tais como: consultas conjuntas, discussão de casos, construção conjunta de projeto terapêutico; realização de intervenções específicas de SM na AB (tais como grupos terapêuticos); ou ainda, para fortalecimento da integração entre o nível especializado e a AB.

Contudo, a realização do presente estudo ancora-se no fato de que se verificam situações onde ações são realizadas e nomeadas como apoio matricial de maneira equivocada (CHIAVERINI et al., 2011). Ainda persiste a ideia de que o suporte especializado é mais uma oferta na cesta de serviços das unidades básicas, funcionando sob a lógica de encaminhamentos, com agenda para marcação de atendimentos com especialistas, em que predominam as relações verticais entre os profissionais, como constado em JORGE et al. (2014). Ademais, diante da relevância do tema para a saúde pública, apesar da existência de uma vasta quantidade de produções científicas que se debruçam a estudar integração da saúde mental na atenção básica através do apoio matricial, até os dias atuais, não existe nenhum estudo quantitativo sobre o impacto do apoio matricial no cuidado em saúde mental na Atenção Básica, no Brasil.

Bonfim, Bastos, Góis e Tófilo (2013) realizaram estudo qualitativo com revisão bibliográfica e pesquisa documental da produção intelectual sobre o apoio matricial durante os anos de 1998 e fevereiro de 2012 (BONFIM et al., 2013). Na etapa final da metodologia proposta no estudo, os autores definiram duas categorias para os 26 artigos encontrados nas bases de dados, sete artigos publicados em periódicos e livros de saúde coletiva e para os 9 documentos do Ministério da Saúde (MS), quais sejam: diretrizes do apoio matricial e apoio matricial em saúde mental na atenção básica. Esta subdividiu-se em outras duas subcategorias: integração entre saúde mental e APS e desafios e potencialidades do apoio matricial e do Nasf na saúde mental.

Machado e Camatta (2013) também realizaram estudo baseado na revisão bibliográfica de artigos que abordassem a temática do apoio matricial, durante os anos de 1999 e 2013, que fossem em português, inglês e espanhol. Após a leitura dos 21 artigos que se encaixaram nos critérios definidos pelos autores, foram definidas duas categorias: aspectos que dificultam o matriciamento e aspectos potencializadores do apoio matricial (MACHADO; CAMATTA, 2013).

Em pesquisa bibliográfica realizada por Athié, Fortes e Delgado (2013) das publicações entre os anos de 2000 e 2010 sobre a articulação entre a saúde mental e a atenção primária no Brasil, de acordo com os critérios definidos pelos autores foram analisados 86 artigos que foram distribuídos em três categorias: a articulação entre a saúde mental e atenção básica na percepção dos especialistas, dos não especialistas e, por fim, artigos que abordam o processo de trabalho e a relação entre especialistas e generalistas.

Em revisão mais atual também realizada por Athié (2017) que utilizou o recorte temporal entre os anos de 2011 e 2017, foram encontrados 14 artigos, em português, que abordam a temática do matriciamento, e desta vez, o agrupamento temático foi realizado

da seguinte forma: saúde mental no processo de trabalho coletivo da equipe do Nasf; matriciamento em saúde mental pelas profissões específicas; matriciamento de situações prevalentes por profissões não específicas; matriciamento como facilitador da construção de redes de cuidado; matriciamento de situações complexas; matriciamento de situações complexas de saúde mental.

Nenhum dos descritores das pesquisas acima utilizou “PMAQ-AB” como palavra chave e, para efeitos de complementação, foi realizada procura com os descritores “PMAQ-AB”, “saúde mental” e “matriciamento” para elaboração deste trabalho. As bases acessadas foram: BVS, Scielo, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e o Google Acadêmico. Foi encontrada apenas uma dissertação¹ que utiliza os dados do PMAQ-AB, mas faz uma avaliação do processo de trabalho das equipes dos Nasf’s (2016) e somente um artigo² que relaciona o apoio matricial e o resultado da certificação recebida pelas equipes de Saúde da Família (eSF) em algumas áreas numa perspectiva que estima o grau de apoio matricial recebido e associa este com as estratégias de cuidado.

Este detalhamento sobre os temas das revisões já realizadas é de suma relevância. Abarca um espaço temporal vasto – desde que o apoio matricial foi apresentado como proposta de trabalho até o ano de 2017 – e serve para ratificar a inovação a que se pretende o atual estudo. A proposta é que se realize uma pesquisa quantitativa que analise os efeitos das ações de matriciamento em saúde mental no cuidado aos sujeitos em sofrimento psíquico atendidos pela ESF. Para tal serão

¹ Lima, Reíza Stéfany de Araújo e. Avaliação do processo de trabalho das equipes NASF: análise dos indicadores do 2º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. 2016. 94f. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

² SOBRINHO, D. DA F. et al. Compreendendo o Apoio Matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/hipertensão e saúde mental. Saúde em Debate, v. 38, n. especial, 2014.

utilizados os dados do PMAQ-AB (1º ciclo/2012), que têm abrangência nacional. Nestes aspectos este estudo apresenta como inovações: a análise quantitativa do matriciamento em saúde mental sobre os efeitos no cuidado aos usuários e a utilização dos dados do PMAQ-AB no estudo sobre o matriciamento em saúde mental.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Atenção Básica e sua relevância

Os cuidados básicos em saúde começaram a tomar relevância mundial na década de 1970 em um contexto de questionamentos sobre a eficiência do tratamento biomédico, com tendência a especialização extrema, e também sobre as ações da OMS, entendidas como muito verticalizadas no combate às endemias nos países em desenvolvimento (GIOVANELLA, 2012). Iniciou-se, na segunda metade da referida década, alguns movimentos ao redor do mundo que questionavam o modelo de atenção à saúde preconizado pelos Estados Unidos da América, hegemônico até então. Muitos destes movimentos impulsionados pelo final das ditaduras na Espanha e em Portugal, pela efervescência das lutas pelo processo de democratização dos países da América Latina, além da pressão para a libertação das colônias africanas,

Em 1973 a OMS passou a ser dirigida por um médico, Halfdan Mahler, que renovou a organização, pois entendia que “as intervenções verticais não respondiam às principais necessidades de saúde das populações e seria preciso avançar desenvolvendo concepções mais abrangentes, dentre elas a de APS” (GIOVANELLA, 2012, p. 495). As propostas seguiam na direção de que fossem adotados modelos de saúde que valorizassem as culturas locais, as práticas populares, o compartilhamento do conhecimento médico para aumento da autonomia dos sujeitos em relação a sua própria saúde. Destacava-se também neste cenário a importância dos determinantes sociais no processo saúde-doença e não mais a predominância somente de fatores biológicos.

Nesta conjuntura é que se realiza, em 1978, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, entendida como um marco histórico mundial da APS. Organizada pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), foi

sediada em Alma-Ata, no Cazaquistão, e contou com a representantes de 134 governos, sem representação brasileira. A Conferência culminou na elaboração de um documento intitulado “Declaração de Alma-Ata” que em sua primeira proposição afirma uma concepção ampliada de saúde, que integra bem-estar físico, psíquico e social, localiza a saúde como um direito fundamental de todos e que só será alcançando com suporte intersectorial. (BUSS; FERREIRA, 2001).

A Declaração evidencia a grande desigualdade nos níveis de saúde vivenciada pelas populações, principalmente na comparação entre os países desenvolvidos e aqueles em desenvolvimento, e como tentativa de minimizá-la apresenta como meta “Saúde para Todos no Ano 2000”. Tal propósito pressupunha, até o ano 2000, níveis de saúde que permitissem a todas as nações o gozo de uma vida social e economicamente ativa e situou os cuidados primários em saúde como elementos centrais de tal processo. De acordo com (GIOVANELLA, 2012) a Declaração de Alma-Ata

“considera a APS como função central do sistema nacional de saúde e como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico das comunidades, o que envolve a cooperação com outros setores de modo a promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde mais amplos de caráter socioeconômico” (GIOVANELLA, 2012, p. 497).

Barbara Starfield (2002) define atenção primária como o primeiro nível de acesso ao sistema de saúde, no qual o cuidado tem como foco o sujeito, não somente a enfermidade, que deve ser prestado ao longo do tempo de modo a resolver os problemas de saúde mais comuns apresentados pela comunidade. Para tal, a autora também aponta, que a APS precisa ser acessível (não só em sua estrutura física, mas também em relação ao seu horário de funcionamento e às facilidades quanto ao acesso por transporte público).

A longitudinalidade do cuidado, a integralidade e a coordenação da atenção completam os aspectos exclusivos da atenção primária, de acordo com referida autora. Somam-se a estes atributos, *aspectos derivativos* decorrentes da abrangência da implementação daqueles, são estes: a centralização na família, a competência cultural e a orientação para a comunidade (STARFIELD, 2002, p.486). As orientações propostas em Alma-Ata, e as características apontadas por Starfiel (2002), não se conformam em um protocolo a ser seguido, desta forma, suas apropriações variam de acordo com a realidade local de cada nação (JORGE; CARVALHO; SILVA, 2014, p. 33).

No Brasil, foi a partir da década de 1990 – já sob vigência do SUS – que a atenção básica passou a ocupar posição de destaque no cenário nacional. Mais especificamente, a primeira iniciativa do que hoje se constituiu como Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implementado em 1991, pela Fundação Nacional de Saúde (FNS). Institucionalizado a partir do desenvolvimento de práticas regionais isoladas o PACS foi um Programa emergencial, com o objetivo de impactar sobre a redução das taxas de mortalidade infantil e materna, com foco nas regiões Norte e Nordeste.

A década de 1990 é marcada pelas estratégias voltadas para uma redefinição do modelo de saúde voltado para ações preventivas, com foco na família, visando não mais somente a cura das doenças, mas principalmente a promoção da saúde. Neste sentido é instituído o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, composto por equipe multiprofissional (médico generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde) para prestar cuidado a população definida, cadastrada para acompanhamento periódico (longitudinal). O PSF transformou-se em Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 1997 dada a importância adquirida no cenário nacional – inserida num contexto mundial de valorização da atenção primária em saúde – como

demarcação de uma política voltada a reorientação e reorganização do SUS, não somente como um Programa (GIOVANELLA, 2012).

A atenção básica foi adotada como agenda política prioritária desde o governo de Fernando Henrique Cardoso, em 1995. A Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96) definiu financiamento específico para atenção básica (Piso da Atenção Básica – PAB), e a partir disto a ESF expandiu-se consideravelmente nos anos 2000 por todo território nacional. Alcançou em 2011, cobertura populacional de 52% dos habitantes e em 2017, aproximadamente, 60% de cobertura, segundo dados do Departamento de Atenção Básica (DAB).

De acordo com Castro e Fausto (2012), de 1995 a 2002 o fortalecimento da atenção básica esteve em destaque na agenda política e quando o ex presidente Luiz Inácio Lula da Silva assumiu seu primeiro governo em 2003 boa parte da política de atenção primária e de seu escopo já estavam desenvolvidos. Ao novo governo coube expandir a ESF nos grandes centros urbanos e qualificar seus profissionais e ações. Algumas ações foram implementadas com destaque para a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente de 2003, o Programa Bolsa Família (2004), O Pacto pela Saúde (2006), a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006, a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) em 2008, etc.

Cabe especial destaque à PNAB, pois se constitui no elemento formal e jurídico que inseriu a Estratégia de Saúde da Família como modelo substitutivo e reorganizador da atenção básica no país. Em sua formulação reafirma também a ESF como porta de entrada preferencial do SUS e ponto inicial para estruturação das redes de saúde, além de ampliar a concepção de atenção básica. Foi revisada em 2011 e trouxe avanços quanto a ratificação da importância do lugar de destaque da atenção básica na organização do SUS e das redes de saúde, amplia as possibilidades de formatação das

equipes multiprofissionais de modo a tentar atender as diversidades encontradas (Consultório na Rua, Unidade Básica de Saúde fluvial, ESF para populações ribeirinhas, ampliação dos Nasf's) e incrementa as transferências de recursos financeiros aumentando o PAB fixo e os repasses do PAB variável, entre outras características.

Sob a presidência de Michel Temer (2016-2018), o país tem vivenciado reformas estruturais nas políticas sociais e cortes orçamentários, que vão na contramão da construção de um sistema de saúde universal, público e de qualidade e prejudicam drasticamente o avanço das políticas públicas. Como exemplo de mudança macropolítica pode-se citar a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 241, proposta pelo governo federal e aprovada em dezembro de 2016, que aponta como saída à crise econômica o congelamento dos gastos públicos nas políticas sociais por até 20 anos. Dentre as políticas afetadas encontra-se o SUS que se defronta atualmente com um desafio macroestrutural posto de desmonte das políticas públicas que o atinge de maneira radical.

A atenção básica já foi afetada pelas mudanças em curso e a PNAB sofreu nova modificação em agosto de 2017. A minuta da PNAB, de julho do mesmo ano, foi posta em consulta pública sem ampla divulgação para a sociedade e, apesar de muitas críticas recebidas por vários setores, a Portaria nº 2.436 foi publicada em setembro de 2017. A nova PNAB atinge diretamente a ESF ao romper com a sua centralidade na organização do SUS, instituindo repasse financeiro a outros modelos de equipe de atenção básica formadas somente por médicos, enfermeiros e técnicos ou auxiliares de enfermagem. Também abre brechas organizativas orientadas por princípios de focalização e seletividade; ameaça a presença dos ACS's nas equipes e os profissionais de saúde bucal, modifica a proposta inicial do Nasf, dentre outras alterações, conforme salientado em parecer técnico da ABRASCO (2017).

3.2 Cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica: Apoio Matricial como estratégia de cuidado

A atenção básica e a saúde mental, levando-se em consideração suas especificidades, têm pontos de consonância no que diz respeito ao tratamento na comunidade, fomentando as ações com outros serviços e setores de cada território, por exemplo. A importância da integração entre tais cuidados tem sido abordada internacionalmente há algumas décadas. A OMS, em 2001, em seu Relatório sobre a Saúde no Mundo “Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança” abordou esta temática. Este relatório aponta dez recomendações para que se desenvolvam qualitativamente as políticas de saúde mental para a população, e a primeira recomendação é proporcionar cuidado em saúde mental nos dispositivos da atenção primária.

No Brasil, as Gestões de Saúde Mental e Atenção Básica recomendaram em circular conjunta a integração dos cuidados em SM na AB, desde 2003. Entretanto as equipes responsáveis pelo desenvolvimento desta integração (Nasf) só foram regulamentadas em 2008. A Rede de Atenção Psicossocial (Portaria nº 3.088), instituída em 2011, aponta a atenção básica como primeiro ponto de acesso aos sujeitos em sofrimento psíquico e que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, sendo um marco regulatório importante para dar mais subsídio a integração pretendida.

Os cuidados em saúde mental na atenção básica se fazem a partir do entendimento de que a saúde do corpo e da mente estão intimamente correlacionadas. É preciso considerar também que “nenhum serviço individualmente pode prover o cuidado integral para atender às necessidades da população, sendo fundamental a articulação de diferentes níveis de atenção” (JORGE; CARVALHO; SILVA, 2014, p. 63).

A integralidade no cuidado é um princípio do SUS comportando diversas ações a fim de promover saúde, prevenir seus agravos e fornecer assistência. Diz respeito a articulação de serviços e setores diferentes com a perspectiva de que seja criado uma rede capaz de “manter uma governança comum de atores e organizações autônomas, com o propósito de coordenar sua interdependência, permitindo-lhes cooperar para a realização de um projeto (clínico) coletivo” (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004, p. S332).

A integração dos cuidados em saúde mental na atenção primária acarreta em muitos benefícios para os usuários e para os sistemas de saúde. Como reforça o relatório intitulado “Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global” realizado em conjunto entre a OMS e a Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA) de 2008. Os cuidados em saúde mental fornecidos na atenção básica colaboram para diminuição do déficit de tratamento existente, que pode alcançar a marca dos 75% nos países pobres, e oneram menos os governos, se comparados aos custos de implementação e manutenção dos serviços especializados em saúde mental.

"Os serviços ao nível de cuidados primários são geralmente os mais acessíveis, baratos e aceitáveis para as comunidades. Quando a saúde mental está integrada como parte destes serviços, o acesso é melhorado, é mais provável que as perturbações mentais sejam identificadas e tratadas, e os problemas de comorbidade física e mental sejam geridos de uma maneira contínua."(POLETTTO; GONTIJO, 2008, p.19)

Há um vasto escopo de cuidados em saúde mental a serem desenvolvidos na atenção primária. Neste nível de atenção há o predomínio dos transtornos mentais comuns - principalmente depressão, ansiedade generalizada, uso abusivo e crônico de álcool e perturbações de somatização (OMS E WONCA, 2008). O acompanhamento de usuários da saúde mental estabilizados, a identificação dos adoecimentos de maneira

precoce, bem como do início das situações mais agudizadas de sofrimento mental, também compõem as possibilidades de cuidado em saúde mental na atenção básica.

Não há um modelo específico que sirva como guia para a integração dos cuidados em saúde mental na atenção primária, mas relatório da OMS e WONCA (2008), citado acima, apresenta dez princípios gerais para a prática deste trabalho, são eles: a incorporação dos cuidados em saúde mental na atenção primária no âmbito político formal e legal; a divulgação de informações relevantes que atestem a eficiência da integração do cuidado em saúde mental na atenção básica; a formação qualificada dos profissionais da atenção básica; o estabelecimento de ações bem delimitadas e possíveis de serem realizadas por generalistas; disponibilidade dos serviços especializados em fornecer suporte; necessidade de haver nos serviços de atenção primária medicações psicotrópicas essenciais; o entendimento de que integração é um processo, não um acontecimento; a importância de haver um coordenador de serviços de saúde mental; o valor crucial da intersetorialidade e a importância de que sejam garantidos recursos financeiros e humanos para que o trabalho seja realizado com qualidade e continuidade. (OMS e WONCA, 2008).

Como pode-se constatar, o incentivo aos cuidados colaborativos vem sendo desenvolvidos pelas agências internacionais de saúde. O Apoio Matricial, termo utilizado inicialmente no final do século XX (CAMPOS; OTHERS, 1999), é o modelo de cuidados colaborativos brasileiro (FORTES et al., 2014). É tido concomitantemente como “arranjo organizacional e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde” (CAMPOS; DOMITTI; OTHERS, 2007, p. 400) e deve ser entendido como um suporte especializado com vistas a auxiliar o cuidado em saúde mental na atenção básica.

Como salientam Cunha e Campos (2011), o matriciamento é uma retaguarda assistencial e de fornecimento de suporte técnico-pedagógico para que as equipes de aten-

ção básica sintam-se preparadas para intervir, ofereçam cuidado qualificado e consigam agir de maneira a não encaminhar desnecessariamente sujeitos para unidades de saúde de maior complexidade. Desta maneira, ampliando e qualificando o campo de atuação e ações das equipes da atenção básica. Deve ser privilegiado um espaço de compartilhamento de saberes junto com a equipe de atenção básica numa perspectiva horizontal, de trocas, e não em uma direção verticalizada em que só os especialistas pretensamente teriam conhecimento a ser transmitido.

O termo “apoio” expõe o conteúdo horizontal em que a comunicação entre as equipes deve ocorrer, em que o especialista não é tido como o possuidor do conhecimento, mas aquele que, com sua especificidade deve contribuir e também incorporar novos saberes. Tal termo sugere diálogo ao invés de transmissão. Já “matricial” foi proposto para contrapor as ideias clássicas de hierarquização da saúde em que os casos são encaminhados, quando necessário, de acordo com graus hierárquicos de complexidade e com transferências de responsabilidades.

De acordo com os autores

Esse estilo de relação entre trabalhadores foi concebido pela administração clássica, induzindo sistemas burocráticos e pouco dinâmicos. Ao criticar esse modelo de gestão do trabalho, alguns teóricos sugeriram pensar-se as organizações como uma matriz, em que a inevitável departamentalização, que estipula uma linha de comando e de gestão vertical, induzindo uma fragmentação do processo de trabalho, poderia ter seus efeitos atenuados se fossem criadas ações horizontais que atingissem vários desses departamentos. Pensavam em projetos, comissões ou supervisores que atuassem de maneira horizontal, em vários departamentos, mas sem autoridade gerencial sobre as pessoas que constituem esses departamentos. (CAMPOS; DOMITTI; OTHERS, 2007, p. 402)

O matriciamento é um novo modo de produzir saúde, com compartilhamento do cuidado entre duas ou mais equipes que tem o potencial de modificar não só o processo saúde-doença, mas incide também sobre a realidade das equipes envolvidas e nas comunidades. Sua efetivação exige a criação de novas tecnologias de trabalho que se

pautem na construção do vínculo, permitam a apreensão das singularidades de cada indivíduo e também os contextos em que elas estão inseridas, tecnologias leves, de acordo com a definição de Mehry e Onocko (2006).

Matriciamento é uma prática, por excelência, interdisciplinar em que profissionais da AB e especialistas de diferentes áreas atuam juntos, com vistas a qualificação do cuidado fornecido na AB e a diminuição de encaminhamentos desnecessários. Entende-se, portanto, que "o processo de saúde-enfermidade-intervenção não é monopólio nem ferramenta exclusiva de nenhuma especialidade, pertencendo a todo campo da saúde" (CHIAVERINI et al., 2011, p. 16). Nesta característica encontra-se ancorado o potencial do matriciamento em ampliar o escopo de ações das equipes já que o compartilhamento de saberes amplia o olhar sobre as concepções de adoecimento e as possibilidades de atuação dos profissionais.

As equipes envolvidas neste processo são denominadas de equipe de referência e equipe de apoio matricial. O processo de compartilhamento do cuidado entre elas traz à tona a diferenciação entre campo e núcleo. Este relacionado ao saber específico determinado por cada profissão, com limites bem definidos, e aquele caracterizado pela fluidez dos conhecimentos, com limites menos delimitados. Segundo Sousa e Campos (2000) "o núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas" (SOUSA CAMPOS, 2000, p. 2). As equipes de atenção básica – reconhecidas como as equipes de referência – representam os saberes do campo da saúde; já as equipes de apoio matricial são determinadas pela presença de diferentes núcleos de saber.

O apoio matricial se faz necessário em uma pluralidade de situações como por exemplo, aquelas quando a equipe de atenção básica precisa esclarecer uma dúvida

diagnóstica e construir o projeto terapêutico; quando é preciso realizar intervenções específicas com pacientes da saúde mental na atenção primária (como grupos terapêuticos); ou ainda quando a integração entre o nível especializado e a atenção básica precisa ser fortalecida para melhor adesão ao projeto terapêutico dos pacientes. Em contrapartida o matriciamento não é encaminhamento ao especialista, atendimento individual exclusivo pelo profissional de saúde mental ou ainda intervenção psicossocial coletiva realizado apenas pelo profissional de saúde mental.

Existem algumas ações de matriciamento desenvolvidas na atenção básica e, sobre algumas delas, cabem considerações.

- Construção Conjunta do Projeto Terapêutico Singular (PTS)

Uma ação de suma importância é a construção conjunta do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e para sua elaboração é necessário voltar-se para uma definição diagnóstica, pois ela orienta as direções terapêuticas de cada caso. Porém, a definição diagnóstica não deve ser engessada, uma vez que na saúde mental, de maneira frequente, os diagnósticos são temporários e é necessário que se compreenda todos os elementos que influenciam no caso. O Guia de Matriciamento (2011) sugere a formulação de um "diagnóstico ampliado multiaxial" (2011, p. 22) que não se restringe aos critérios diagnósticos encontrados no DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), e sim, adapta a construção diagnóstica com elementos da atenção básica, numa perspectiva interdisciplinar. A formulação diagnóstica multiaxial sugerida identifica como pontos a serem abordados: sintoma e transtornos mentais; estilo e transtornos de personalidade e do desenvolvimento; problemas de saúde geral; avaliação de incapacidade e problemas sociais.

Diante de um esclarecimento maior sobre as condições gerais de adoecimento de cada sujeito o projeto terapêutico singular deve ser revisto com certa periodicidade e

abarcam abordagens biológicas e farmacêuticas; estratégias de cuidado psicossocial e familiar; apoio intersetorial (considerando também a rede comunitária) e, a divisão de responsabilidades entre as equipes para que o PTS seja posto em prática. (CHIAVERINI et al., 2011, p. 24).

- Interconsulta

A interconsulta é outra ação de matriciamento de muita relevância e é tida como "o principal instrumento do apoio matricial na atenção primária sendo, por definição, uma prática interdisciplinar para a construção do modelo integral do cuidado" (CHIAVERINI et al., 2011, p. 25) e visa a estruturação de cada projeto terapêutico. Tal prática se define pela ação conjunta e colaborativa de profissionais de diferentes áreas, que com seus saberes e focos distintos buscar construir uma atenção integral na elaboração dos PTS. Ainda segundo o Guia de Matriciamento a interconsulta pode se dar de diferentes modos, como por intermédio de consultas conjuntas ou ainda pela discussão de casos e realização de visitas domiciliares compartilhadas.

A discussão de casos é o processo de trabalho primordial e a forma mais conhecida e usual da interconsulta e, como deve ocorrer com profissionais de diferentes áreas, é necessário que a pluralidade de saber se conforme em diversidade de abordagens terapêuticas. A utilização de tal tecnologia de cuidado, contudo, tem campo limitado a medida em que ocorre entre profissional de referência e matriciador, somente. Já a discussão de casos em equipe interdisciplinar amplia os olhares sobre as situações apresentadas possuindo, assim, a possibilidade da existência de um caráter mais amplo das intervenções propostas, dando maiores recursos para indicações e direcionamentos terapêuticos para os casos complexos.

- Consulta conjunta

A consulta conjunta é uma estratégia da interconsulta e trata-se de uma técnica com fins terapêuticos, mas principalmente de aprendizagem, em que profissionais de categorias diferentes intervêm junto ao paciente e, se necessário, a sua família também. Tal procedimento é solicitado por um profissional quando há dúvidas no cuidado a determinados indivíduos e para definição de um projeto terapêutico.

Ainda de acordo com o Guia de Matriciamento (2011), já é sabido que a demanda de saúde mental na atenção básica ultrapassa a capacidade dos matriciadores de estarem em consultas conjuntas, mas seu potencial ancora-se em seu caráter pedagógico, pois o esperado é que consultas conjuntas bem realizadas tenham um potencial de desenvolver novas competências aos profissionais generalistas. (2011, p. 29). É também um espaço singular de trocas de saberes entre matriciadores e matriciados.

Para que a consulta seja conjunta ela deve conter no mínimo um representante da equipe de referência e um matriciador em saúde mental, além do paciente e podendo estar também familiares, acompanhantes e outros profissionais como estagiários. Porém é de suma importância destacar a importância de que seja compartilhado com o paciente sobre o desenvolvimento deste tipo de procedimento devido ao desconforto que pode ser causado diante de uma consulta com muitos atores envolvidos. A consulta conjunta é um instrumento de cuidado complexo, no qual deve-se superar dificuldades como torná-la uma consulta individual com um especialista e deve envolver as seguintes etapas: contato prévio entre as equipes; discussão antes do atendimento; explicitação do modelo ao usuário; solicitação de permissão; realização da consulta; discussão de uma conduta compartilhada e organização da revisão do caso. (CHIAVERINI et al., 2011, p. 33).

- Visita domiciliar conjunta

A visita domiciliar é uma estratégia de cuidado utilizada tanto pela atenção básica quanto pelas equipes de saúde mental, porém sua motivação difere de acordo com as especificidades de cada equipe. As equipes de saúde mental costumam realizar visitas domiciliares às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e com dificuldades de chegarem ao serviço especializados ou de manutenção do tratamento. Já as equipes da atenção básica possuem um escopo grande de situações que realizam visitas domiciliares, mas um grande volume se concentra em pacientes idosos e com dificuldades de locomoção. Posteriormente, para estas equipes, vêm as visitas realizadas a casos que apresentam maior complexidade social ou psicossocial e a equipe de apoio matricial deve tomar os mesmos cuidados quanto à possibilidade da visita conjunta tomar um caráter muito especializado.

As fases a serem cumpridas para realização da visita domiciliar conjunta deve seguir as mesmas da consulta conjunta, com algumas características particulares como a reflexão coletiva dos casos que serão priorizados a depender das particularidades de cada território, levando-se em conta os grupos de risco, os perfis de usuários com dificuldade de acesso ao serviço, definição da periodicidade das visitas. (CHIAVERINI et al., 2011, p. 36). A visita domiciliar conjunta exige um grau bem complexo de organização do trabalho, mas quando executadas com competência técnica podem trazer à tona elementos preciosos para auxiliar na condução dos casos, principalmente naqueles em que as equipes estejam encontrando maiores dificuldades.

- Desenvolvimento de grupos

A realização de grupos é uma importante ferramenta terapêutica que pode ampliar a capacidade assistencial com manutenção da qualidade desde que se observe

alguns aspectos como, por exemplo, o número de participantes que não deve ser tão grande de modo que impeça o contato visual de todos e deve conter no mínimo quatro integrantes. O apoio matricial ocorre no desenvolvimento de grupos que tenham como coordenadores ao menos um profissional da atenção básica e um da saúde mental de modo a auxiliar os primeiros no trato aos aspectos mais subjetivos que aparecem nos grupos. Aos coordenadores cabe conhecer os objetivos dos grupos, promover um trabalho contínuo e que inspire confiança, auxiliar no desenvolvimento da autonomia e cidadania dos participantes, entre outras características como bem aponta o Guia Prático de Matriciamento (2011).

Os ganhos pretendidos com as atividades de grupos são inúmeros que vão desde o alcance de um número maior de pessoas até se conformarem em espaços de suporte social e apoio ao estabelecimento de uma verdadeira "mente grupal", que reforça fatores existenciais humanistas e altruístas" fenômenos extremamente importantes para pessoas em sofrimento psíquico que encontram de maneira recorrente dificuldades (suas ou de seus pares) de estabelecer laços e de serem incluídas no cenário social. Tais aspectos incidem diretamente na adesão e responsabilização dos sujeitos a seu tratamento, no aumento da consciência de morbidade, no melhor entendimento dos direitos e deveres, entre outros aspectos importantes a todo usuário e em especial às pessoas em sofrimento psíquico que muitas vezes são tratadas como incapazes, a despeito do seu real quadro psíquico.

- Educação Permanente

É uma ação de suma relevância, pois, há uma lacuna acadêmica no tratamento as pessoas em sofrimento psíquico que fica praticamente restrita aos espaços hospitalares e ambulatoriais especializados sem que o conhecimento produzido sobre o adoecimento

psíquico seja dividido na atenção básica. Diante de tal fato, a educação permanente deve ser um espaço de ampliação do conceito de saúde mental, que não se restringe à doença mental, em que o matriciador tenha habilidade de demonstrar o quanto as atividades rotineiras já desenvolvidas nas unidades de atenção básica têm alto potencial de refletir em saúde mental, como por exemplo os grupos de atividade física e momentos de ações comemorativas junto a comunidade, ações tão comumente realizadas nas unidades de atenção básica. (CHIAVERINI et al., 2011).

É necessário esclarecer também que independente do grau de sofrimento psíquico que o sujeito apresente os profissionais da atenção básica desenvolvem papel importante no cuidado ao auxiliarem na adesão ao tratamento, ao realizarem procedimentos clínicos e no próprio momento de acolhimento ao usuário nas unidades. É preciso que o matriciador ajude na compreensão de que tais ações também são intervenções em saúde mental.

- Intervenções terapêuticas da atenção básica

São muitas as intervenções na atenção primária que podem ser terapêuticas, mas nem sempre são assimiladas em seu potencial pelos profissionais. A escuta feita por intermédio de um acolhimento bem realizado, por exemplo, é uma intervenção que pode ser muito efetiva no cuidado. É trabalho do matriciador legitimar as ações já desenvolvidas na atenção básica em seu potencial terapêutico.

Pela facilidade de acesso aos profissionais e devido ao cuidado longitudinal característico da atenção primária o acolhimento e a construção de vínculo entre os profissionais e os usuários são ferramentas essenciais no tratamento e para o "sucesso" das intervenções. Estas atuam "na redução do sofrimento emocional e até mesmo na reestruturação pessoal e na resolução dos transtornos mentais presentes nos pacientes"

(CHIAVERINI et al., 2011, p. 64) e também aumentando a capacidade dos sujeitos em lidar com as adversidades da vida e fortalecendo sua autoestima e resistência.

Por fim, cabe destacar que as intervenções terapêuticas na atenção básica apresentam dificuldades como a tendência dos profissionais em tentar solucionar os problemas trazidos e aconselhar os usuários, a expectativa dos profissionais no que entendem de melhora do quadro e do tempo necessário para tal, bem como as dificuldades advindas da relação entre paciente-profissional (transferência) e profissional-paciente (contratransferência). Todos estes aspectos devem ser tratados cuidadosamente pelo matriciador.

3.3 Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Nasf

Os Núcleos de Apoio à Saúde da família (Nasf), instituídos em 2008 pela Portaria nº 154, foram criados para complementar com qualidade a atuação e ações das unidades básicas de saúde – sua regulamentação teve alteração em 2012 (Portaria nº 3.124). Eles não são porta de entrada do sistema de saúde, nem devem se tornar um recurso ambulatorial, e portanto, os contatos feitos entre os profissionais do Nasf e os usuários das unidades básicas devem ser mediados por profissionais destas unidades.

Os Nasf foram criados em duas modalidades: Nasf 1 e Nasf 2, com orientação normativa de que não fossem implementados concomitantemente no mesmo município. O Nasf 1 deveria responder por no mínimo 8 e no máximo 20 equipes de atenção básica (com exceção dos estados da Região Norte do país onde o mínimo de equipes vinculadas ao Nasf reduz para cinco). Sua composição deveria contemplar no mínimo cinco profissionais diferentes das seguintes categorias: assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista,

terapeuta ocupacional, além de médico ginecologista, homeopata, pediatra e acupunturista.

Já o Nasf 2 tinha como orientação a vinculação mínima a três equipes e sua composição deveria contemplar no mínimo três profissionais das seguintes áreas: assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional. Esta modalidade só poderia ser implementada nos municípios com baixa densidade demográfica (abaixo de 10 habitantes por quilômetro quadrado de acordo com os dados de 2007 do IBGE).

A composição dos Nasf é de escolha do gestor municipal que deve seguir critérios que atendam às necessidades de saúde de cada território. Contudo, na normativa de criação do Nasf já é apontada a amplitude dos transtornos mentais na população e já indicava expressamente que as equipes especializadas tivessem em sua composição ao menos um profissional de saúde mental.

Após quatro anos da regulamentação do Nasf a Portaria nº 3.124 de dezembro de 2012 realiza algumas alterações importantes. Cria o Nasf 3, uma nova classificação além dos dois existentes – destinada ao trabalho com equipes de consultório na rua, equipes ribeirinhas e fluviais – e diminui consideravelmente o número máximo de equipes da Saúde da Família a que cada Nasf pode estar vinculada. A partir de então o Nasf 1 pode ser vinculado a no mínimo cinco e no máximo nove equipes de saúde da família, o Nasf 2 referenciado a no mínimo três e no máximo a quatro equipes e finalmente o Nasf 3 a pelo menos uma e não ultrapassando o quantitativo de duas equipes.

O Nasf é mais um componente da atenção básica e é o dispositivo responsável por prestar suporte pedagógico e assistencial especializado às equipes de Saúde da Família (eSF), operacionalizando, desta maneira, o apoio matricial. Este apoio se traduz

em ações clínicas com os usuários e atividades de educação permanente com os profissionais das eSF, que de maneira frequente ocorrem simultaneamente. As equipes do Nasf, portanto, têm responsabilidades distintas que dizem respeito aos usuários e aos profissionais generalistas (BRASIL, 2010).

No cuidado aos usuários devem ser priorizadas abordagens coletivas, para que haja de fato intervenções interdisciplinares com troca de saberes e construção de responsabilidades mútuas. O atendimento individual realizado somente por profissional especializado só deve ocorrer em casos de extrema necessidade e tomando-se o cuidado para que não se perca a articulação do que está sendo trabalhado individualmente com a equipe da atenção básica.

Quanto a organização do trabalho a primeira publicação do Ministério da Saúde, de 2010, que aborda o trabalho do Nasf de maneira mais específica (Cadernos da Atenção Básica) sugere que “a organização dos processos de trabalho do Nasf tendo como foco o território sob sua responsabilidade, deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas” (BRASIL, 2010, p. 8). Pautado nestes direcionamentos o trabalho do Nasf é desenvolvido em algumas áreas estratégicas, quais sejam: saúde mental; saúde da criança, adolescente e do jovem; saúde do idoso; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/práticas corporais; e práticas integrativas e complementares.

O Caderno da Atenção Básica número 39, de 2014, que aborda novamente o trabalho do Nasf aponta que a vinculação com as eSF deve ocorrer em menor número possível, para garantir que o trabalho tenha regularidade de encontros para um trabalho longitudinal, e respeitando a proximidade geográfica entre as equipes de atenção básica de modo a garantir menor tempo de deslocamento de membros da equipe no Nasf,

quando necessário, entendendo que há possibilidades de que uma mesma equipe esteja vinculada a unidades de atenção básica diferentes e a integração entre necessidades de saúde da população e recursos do território (BARROS; PILLON, 2004, p. 32).

Todo trabalho do Nasf é pautado nas diretrizes da atenção básica, e portanto, deve planejar o cuidado continuado, de maneira longitudinal perseguindo a integralidade no cuidado, considerando os diversos aspectos familiares, econômicos e sócio-culturais que incidem sobre o processo saúde-doença e também implementado práticas que incluam ações de promoção, prevenção, habilitação e cura. A equipe especializada deve desenvolver suas ações respeitando a territorialização (em suas várias dimensões naturais e artificiais, agregando indivíduos e instituições), a responsabilidade sanitária, o trabalho em equipe e a autonomia dos indivíduos e coletivos (BRASIL, 2014). As ações do Nasf devem apontar na direção da constituição e/ou fortalecimento de redes de cuidado que devem ser pensadas levando-se em consideração os serviços prestados nas próprias unidades básicas de saúde, os serviços especializados e de maior complexidade (quando necessário), os recursos de outros setores das políticas públicas (trabalho intersetorial) e aqueles encontrados em cada território (recursos informais).

Os recursos federais para os Nasf são alocados no componente variável do financiamento da atenção básica (Piso da Atenção Básica - PAB Variável) e se restringem ao apoio da implementação de somente uma modalidade de Nasf por município. A Portaria nº 548 de 2013 define o valor do financiamento federal para cada modalidade de Nasf e estabelece os seguintes padrões orçamentários: para o Nasf 1 são transferidos mensalmente R\$ 20.000,00, para o Nasf 2 R\$ 12.000,00 e para os Nasf 3 R\$ 8.000,00.

Até outubro de 2017 a cobertura nacional dos Nasf, de acordo com dados do Departamento de Atenção Básica (DAB), é de 2.733 unidades de Nasf 1, 914 Nasf da modalidade 2 e 1.108 Nasf 3. No ano de 2012 – ano que este trabalho focará - a quantidade de Nasf 1 e 2³ ao final do ano, eram respectivamente: 1.536, 393.

3.4 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

Instituído através da Portaria nº 1.654 (BRASIL, 2011b) – revogada pela Portaria de mesmo número em 2015 – o PMAQ-AB foi proposto em um contexto de reformulação da Política Nacional da Atenção Básica, em que a Atenção Básica foi reafirmada como modelo de saúde a ser fortalecido. Em 2011 as movimentações do Ministério da Saúde em direção à priorização da AB resultaram na síntese de um cenário de desafios a serem superados e contemplados nas proposições futuras com o objetivo de que fossem superados.

Ampliação do acesso e da qualidade dos serviços prestados nas unidades de atenção básica; incentivo às ações de promoção da saúde com integração intersetorial; incremento no financiamento da política; melhora da infraestrutura das unidades e qualificação profissional foram algumas características apontadas como os desafios a serem ultrapassados. Para tal, diretrizes foram apresentadas pelo Conselho Nacional de Saúde, pela Resolução nº 439 (BRASIL, 2011a), com vistas a reorientação e aprimoramento da PNAB. Programas e ações, então, forneceram o desenho concreto para que seguindo as diretrizes apontadas os desafios fossem superados, dentre os quais está inscrito o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), mas também a reformulação da própria PNAB, a criação do novo

³ A portaria de criação do Nasf 3 é de dezembro de 2012, o que justifica sua não implementação neste ano.

Sistema de Informação da Atenção Básica, o Programa Mais Médicos, A Política de Educação Permanente do SUS para os profissionais da AB, entre outras ações.

Naquela conjuntura, o PMAQ-AB foi formulado pelo Ministério da Saúde como “principal estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde” (BRASIL, 2015), contido nas iniciativas do “Saúde Mais Perto de Você”. O Programa explicita em seus objetivos o propósito de conduzir alterações tanto no modelo de atenção quanto na gestão, de modo a promover impactos positivos nas situações de saúde da população e implicar mais os trabalhadores e usuários nestas mudanças. As pretensões do Programa dizem respeito a uma mobilização que seja permanente gerando um processo gradual de modificações que implique na construção de uma nova cultura de gestão, atenção à saúde e controle social.

Após seis anos da aplicação do primeiro ciclo do PMAQ-AB já pode ser identificado alguns de seus impactos efetivos na consolidação da atenção primária e um destaque toca em uma questão primordial para a progressão do fortalecimento da referida política: o financiamento. O Programa inaugurou um elemento qualitativo ao financiamento ao certificar as equipes de saúde da AB de acordo não só com as características burocráticas do funcionamento de uma unidade de saúde, mas também levando-se em conta a qualidade dos serviços e ações prestadas, ouvindo gestores, trabalhadores e os usuários. Ou ainda, “ Com o PMAQ-AB, o ‘o que faz’, o ‘como faz’ e ‘que resultados alcança’, do município e da equipe, passaram a ser decisivos no financiamento” (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014, p. 362)

O incentivo financeiro que resulta da certificação do PMAQ-AB incide sobre o Piso de Atenção Básica Variável (PABV), denominado componente de qualidade do PAB, e o município recebe por cada equipe de atenção primária (incluindo as equipes de

saúde bucal) um acréscimo em seu orçamento mensal. Esse incremento no financiamento repercutiu em uma elevação de repasse de 70 milhões de reais em 2011 e de aproximadamente 700 milhões de reais em 2012, de acordo com Pinto, Sousa e Ferla (2014) favorecendo maior robustez a política.

O PMAQ-AB também apresenta desde sua formulação uma face política importante, atuando como instrumento de mobilização, pois sua adesão implica a afirmação de compromissos a serem alcançados no que toca a melhoria de indicadores de saúde da população que envolve gestores locais e estaduais, além do incentivo à participação dos usuários por intermédio do controle social. Em seu 1º ciclo (2012) houve um teto estabelecido da quantidade de equipes participantes, o que não ocorreu no 2º ciclo (2014). Em 2012 cerca de 30 mil equipes de atenção primária aderiram ao Programa (17.482 eSF e 12.436 Equipes de Saúde Bucal – eSB) e em seu segundo ciclo este número praticamente dobrou, em 2014 aproximadamente 53.000 equipes aderiram ao PMAQ-AB em todo país (30.424 eSF, 19.898 eSB, 1.808 equipes do Nasf e 860 do Centro de Especialidades Odontológicas - CEO).

É preciso realizar algumas considerações acerca deste acréscimo de equipes que aderiram ao Programa. A primeira delas diz respeito a verificação de seu potencial de mobilização o que é um grande ganho para saúde pública, uma vez que além do investimento financeiro, a adesão ao PMAQ-AB representa qualificação do cuidado pois necessariamente está vinculada a melhorias nos padrões de acesso e indicadores de saúde. Outro ponto importante é que no segundo ciclo equipes que não puderam participar em 2012 foram incluídas (Nasf e CEO) o que gera um aumento quantitativo, mas também qualitativo uma vez que mais compromissos em diferentes áreas da saúde foram sendo firmados.

Por fim, é de suma importância frisar que a qualificação no cuidado na adesão ao PMAQ-AB é também trazida à cena em razão de seus padrões estarem intimamente correlacionados às diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) para a atenção primária, e porque através do programa são consideradas as características particulares de cada local. Não há neutralidade em relação as direções das mudanças que se pretende alcançar e sim uma valoração sobre ações e resultados que se pretende alcançar levando-se em conta os contextos particulares e as prioridades definidas por cada um deles. Nas palavras de Pinto, Sousa e Ferla (2014):

“Assim, se, em uma perspectiva mais ampla, o PMAQ-AB busca gerar movimento, é através da valoração dos padrões que tenta conduzir a direção desse movimento, em cada contexto local, ao indicar diretrizes de ação e resultados esperados em cada problema abordado”. (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014, p. 365).

Cada ciclo do PMAQ-AB, quando foi formulado, era constituído por 4 fases: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação externa e Recontratualização.

- Adesão e Contratualização

Na fase inicial do ciclo, cada equipe que estivesse de acordo com os princípios da atenção básica e com os critérios definidos pela Manual Instrutivo do PMAQ-AB podia, de maneira voluntária, aderir ao Programa. A formalização da adesão era realizada através de formulário eletrônico a ser homologado na Comissão Intergestores Bipartite, após ser submetido ao Conselho Municipal de Saúde e à Comissão Intergestores Regional.

O processo de adesão era permanente, sem haver data limite de ingresso no programa para as equipes e os gestores municipais (com exceção dos anos em que houver eleições municipais em que a adesão tem o final do mês de fevereiro como limite) e envolvia pactual a nível local, regional e estadual além da participação do

controle social. A adesão de novas equipes de atenção básica só poderia ser realizada uma vez por ano, respeitando o intervalo de seis meses entre cada adesão, e cada município poderia escolher quantas equipes incluir no PMAQ-AB.

Cabia ao Ministério da Saúde homologar os municípios e equipes que aderissem ao programa e, a cargo do gestor, ficava a responsabilidade de informar a homologação ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), à Comissão Intergestores Regional (CIR) e à Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Após a homologação da adesão o município passava a receber 20% do valor integral do Componente de Qualidade do Piso da Atenção Básica (PAB Variável), mensalmente, por equipe participante.

A permanência das equipes de atenção básica no PMAQ-AB estava condicionada a cinco exigências, como disposto no Manual do referido programa

I – Às mesmas exigências que disciplinam o pagamento do PAB Variável previstas na Política Nacional de Atenção Básica vigente. Entre elas, destaca-se o cadastramento e atualização regular, por parte dos gestores, de todos os profissionais das equipes de atenção básica no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), assim como o cumprimento de carga horária de acordo com o informado;

II – À alimentação mensal do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), inclusive de novo relatório PMA2-Complementar, por meio da utilização do transmissor simultâneo pelo município, para o envio da base de dados do Siab; do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan); e do Módulo de Gestão do Programa Bolsa-Família na Saúde¹², permitindo, com isso, o efetivo monitoramento dos indicadores contratualizados no âmbito do programa;

III – À não piora em mais de um desvio-padrão por três meses ou mais no escore dos indicadores de monitoramento alcançado e considerado no processo de certificação;

IV – À não verificação, por órgãos de controle e sistema nacional de auditoria, de que as condições certificadas não estão mais presentes, devendo, nesse caso, ser realizado processo conforme as disposições do sistema nacional de auditoria;

V – À garantia, por gestores e equipes, da identificação visual estabelecida pelo Ministério da Saúde, contendo informações tais como a carteira de serviços ofertados pela equipe, o horário de funcionamento da Unidade Básica de Saúde, o nome e escala dos profissionais, o telefone da ouvidoria do município (quando houver) e do Ministério da Saúde, além do endereço na internet em que se encontram informações a respeito dos resultados alcançados pela equipe.” (BRASIL, 2012).

Era nesta fase que as equipes se comprometiam com um conjunto de 47 indicadores que podiam ser monitorados e avaliados através do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), que é o sistema que acompanha as equipes de forma individualizada. Tais indicadores eram subdivididos em sete áreas estratégicas – saúde da mulher, saúde da criança, controle de *diabetes mellitus* e hipertensão arterial sistêmica, saúde bucal, produção geral, tuberculose e hanseníase e saúde mental – e recebiam duas classificações: indicadores de desempenho e indicadores de monitoramento. Os primeiros utilizados para a classificação das equipes, conforme seu desempenho definido na avaliação externa, e os indicadores de monitoramento, de acompanhamento regular, para complementar as informações sobre a oferta de serviços e resultados alcançados por equipe, porém não interferiam na pontuação fornecida após o processo de avaliação externa.

As áreas estratégicas foram definidas levando-se em consideração os focos de atuação da atenção básica e os programas de maior relevância do Ministério da Saúde para que os indicadores do PMAQ-AB tivessem associados às questões de saúde de interesse nacional. Cabe destacar que todas as áreas estratégicas possuíam indicadores de desempenho e de monitoramento, exceto duas: a área de tuberculose e hanseníase e a área de saúde mental. Isto quer dizer que os indicadores de tuberculose e hanseníase e saúde mental⁴ eram os únicos que não influenciam na avaliação do desempenho das equipes.

- Desenvolvimento

Esta fase era tida como a fase central do programa (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012), pois era nela que as transformações ocorriam operacionalizadas

⁴ Indicadores de monitoramento: proporção de atendimento em Saúde Mental, exceto usuários de álcool e drogas; proporção de atendimentos de usuário de álcool; proporção de atendimentos de usuário de drogas; taxa de prevalência de alcoolismo.

pelas equipes de atenção básica e pela gestão. Esta fase era organizada através da Autoavaliação, Monitoramento, Educação Permanente e Apoio Institucional.

A autoavaliação era realizada pelo instrumento intitulado “Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade (AMAQ)” do Ministério da Saúde. Considerada uma ação crítico-reflexiva, era o primeiro passo da segunda fase como meio de que as equipes comesçassem suas ações reconhecendo seus dificuldades e potencialidades, como demonstra o Manual Instrutivo do PMAQ-AB (2012). A dimensão do monitoramento tem particular importância na medida em que a melhoria do acesso e da qualidade está intimamente ligada a melhor avaliação dos indicadores e do desempenho das equipes. Portanto “o acompanhamento sistemático daquilo que tem sido produzido pelas equipes permitirá a verificação do alcance de resultados mínimos nos indicadores contratualizados” (BRASIL, 2012, p. 43).

A Educação Permanente se fazia necessária já que a reorientação do modelo de saúde, localizando na atenção básica ponto de organização do sistema de saúde, implicava a necessidade de mudanças contínuas no funcionamento dos serviços e nos processos de trabalho com vistas ao aprimoramento das análises e intervenções dos profissionais. Por fim, o Apoio Institucional foi tido como uma função gerencial que visava o aumento do grau de autonomia dos profissionais com o objetivo de contribuir que as equipes coloquem suas práticas sob análise e se tornem mais criativas na construção de novas intervenções.

- Avaliação Externa

A Avaliação era realizada por pessoas vinculadas a instituições de ensino e pesquisa selecionadas pelo Ministério da Saúde. Nela eram verificadas as condições de acesso e de qualidade em todas as equipes de atenção básica que participam do

programa. Esta etapa era solicitada pelo gestor municipal respeitando o prazo entre dois e seis meses para o desenvolvimento desta ação. A partir do segundo ciclo do PMAQ-AB a equipe passaria a ser avaliada a cada 18 meses.

Esta fase de implementação do PMAQ-AB era composta por duas dimensões. Realizava-se a certificação do desempenho das equipes da atenção básica e de sua gestão municipal, por intermédio do monitoramento dos indicadores pactuados e pela verificação de padrões de qualidade nas próprias unidades básicas de saúde. E também uma avaliação, independente da certificação, que buscava conhecer a análise que as próprias equipes da atenção básica faziam acerca da rede de saúde constituída, com objetivo de apoiar a gestão local. Procurava-se nesta dimensão conhecer ainda os níveis de satisfação dos usuários das unidades (controle social), realizando estudo populacional sobre questões de acesso, utilização dos serviços e também sobre a qualidade do cuidado prestado.

O processo de certificação das equipes “deve ser entendido como um momento de reconhecimento do esforço de melhoria do acesso e da qualidade da AB desenvolvido pelas equipes participantes e pelo gestor municipal” (BRASIL, 2012, p. 50) e o desempenho era avaliado de acordo com três dimensões: implementação de processos autoavaliativos; verificação do desempenho alcançado para os indicadores contratualizados e verificação de evidências para os padrões de qualidade. A nota final⁵ da certificação era composta da seguinte maneira: 10% da nota era referente a realização da autoavaliação; os desempenhos alcançados em relação aos indicadores contratualizados poderiam receber até 20% da nota final e as evidências que

⁵ Considerando a multiplicidade de cenários e realidades dos municípios do país, que acarretam em diferentes situações de saúde, respeitava-se primeiro a ordenação dos municípios em estratos de acordo com suas características semelhantes, conforme critérios abordados no Manual Instrutivo do PMAQ-AB (BRASIL, 2012), para que então as equipes pertencentes ao mesmo estrato de município fossem comparadas.

comprovassem os padrões de qualidade atingidos poderiam somar até 70% para composição da nota final.

De acordo com o alcance das melhorias pactuadas, as equipes de atenção básica, poderiam ser certificadas com desempenho insatisfatório, regular, bom ou ótimo. A proposta era que a cada ciclo do PMAQ-AB fossem definidos novos parâmetros de qualidade e, a partir do segundo ciclo nas mesmas equipes, o desempenho fosse comparado entre as demais equipes e também com seu próprio desempenho anterior.

Quando a equipe recebia certificação insatisfatória o gestor municipal deixaria de receber o incentivo desta equipe. Classificada como regular, o gestor continuaria recebendo, por meio de repasse fundo a fundo, 20% do Componente de Qualidade do PAB Variável (R\$ 1.300,00). A classificação da equipe como boa gerava repasse de 60% (R\$ 3.900,00) do referido Componente e, quando classificada como ótima a equipe passava a ter o direito ao repasse de 100% do valor do Componente (R\$ 6.500,00).

Este componente de qualidade do PMAQ-AB não estava relacionado ao alcance de patamares, mas do incentivo ao estabelecimento de um fluxo de mudanças com participação intensa e efetiva dos gestores e trabalhadores na mudança do cenário de saúde das populações do país. Ou ainda, nas palavras dos autores:

“A qualidade não é apreendida com *topos* ou *platô* e sim como “fluxo” e “movimento” devendo, por isso, ser fruto da atuação dos atores implicados, com capacidade de mudar o cenário e, portanto, exigir permanente adaptação e evolução da Política, de suas estratégias e instrumentos [...]”. (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012, p. 3).

- Recontratualização

Por fim, a ‘Recontratualização’ dizia respeito ao acordo com novos padrões e indicadores de qualidade, em cada município, em que as equipes se comprometiam com

a progressão da qualidade dos serviços prestados e das ações desenvolvidas, com vistas a evolução nos padrões de saúde da população.

Como citado anteriormente, a Portaria atual que regulamenta o PMAQ-AB é a de nº 1.645 de outubro de 2015. Ela não traz alterações substanciais no conteúdo do programa, mas modifica sua organização em alguns pontos. As principais transformações dizem respeito a divisão das fases de cada ciclo e sobre as categorias de certificação. A partir de 2015 cada ciclo do PMAQ-AB passou a ser dividido em três fases, não mais quatro, e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento.

As três fases são: Adesão e Contratualização; Certificação e Recontratualização. O Eixo Estratégico, que deve ser implementado em todas as fases do programa, engloba as ações de monitoramento, educação permanente, apoio institucional e cooperação horizontal entre as equipes de atenção básica e os gestores. Em relação a certificação houve um aumento nas possibilidades. Agora, as equipes podem ter seu desempenho avaliado em ótimo, muito bom, bom, regular e ruim. Maiores detalhamentos sobre as mudanças na Portaria de 2015 não se fazem necessários por fugirem ao foco temporal deste estudo.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

- Analisar o efeito das ações de matriciamento em saúde mental no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na atenção básica, no Brasil em 2012.

4.2 Objetivos Específicos

- Investigar a compatibilização das variáveis “ações de matriciamento” e “estratégias de cuidado” nos dois ciclos do PMAQ-AB (2012 e 2014).
- Descrever e analisar a distribuição das ações de matriciamento e das estratégias de cuidado segundo presença/ausência de apoio matricial em saúde mental realizado pelo Nasf nos serviços;
- Mensurar e analisar a magnitude e direção do efeito de cada uma das ações de matriciamento em relação às estratégias de cuidado, em nível agregado e desagregado, nos contextos com e sem matriciamento em saúde mental.

5 METODOLOGIA

5.1 Fontes de informação

Para o desenvolvimento deste estudo será utilizado como fonte os dados secundários do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), de 2012. O instrumento era dividido em três módulos: o primeiro direcionado aos gestores (Observação da Unidade de Saúde), o segundo aos profissionais (Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde) e o terceiro aos usuários (Entrevista na Unidade de Saúde com Usuário).

Este estudo terá como base de observação os dados obtidos por questões trazidas no módulo II – entrevistas com profissionais da atenção básica. Este recorte se deu pois, neste módulo é que se pode analisar aspectos referentes ao desenvolvimento do apoio matricial e de seu impacto sobre a qualidade do cuidado aos usuários em sofrimento psíquico. O módulo I restringe-se a questões mais burocráticas e estruturais e o módulo III, por sua vez, não contempla nenhum aspecto do cuidado em saúde mental, especificamente, verifica junto aos usuários questões relacionadas à infraestrutura das unidades e o acesso que possuem as mesmas.

5.2 Aspectos operacionais

Para iniciar a pesquisa foi criada a variável “Apoio Matricial em Saúde Mental” nas equipes de Nasf, que não constava no banco de dados original do PMAQ-AB. Para defini-la utilizamos como critério a presença no Nasf de pelo menos um profissional das seguintes categorias: psicólogo, assistente social, psiquiatra e terapeuta ocupacional.

Tais categorias são elencadas no Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental (2011) como matriciadores em saúde mental na atenção básica. (CHIAVERINI et al., 2011, p. 16).

As oito ações de matriciamento, como definidas no questionário na pergunta de código II 12.5 (Quais ações os profissionais do apoio matricial realizam junto a sua equipe?) são: consultas clínicas de pacientes da atenção básica; discussão dos casos e eventos sentinelas; ações clínicas compartilhadas; construção conjunta dos Projetos Terapêuticos Singulares; desenvolvimento de ações de educação permanente; discussão sobre o processo de trabalho e do apoio matricial posto em prática; a organização de ações territoriais conjuntas e a realização de visitas domiciliares com integrantes das equipes de atenção básica e matriciadores.

Como qualificação do cuidado foram utilizadas as quatro variáveis definidas como estratégias específicas de cuidado (questão II 29.3 – A equipe utiliza alguma estratégia específica para cuidar destes casos?), quais sejam: consulta específica com tempo maior; registro da história de vida; oferta de algum tipo de atendimento em grupo e atendimento com profissionais de saúde mental.

Variáveis pertencentes a outras categorias do PMAQ-AB, foram também entendidas como qualificadoras do cuidado, e com isso, utilizadas para análise. São elas: a existência de protocolos que definam diretrizes terapêuticas para o acolhimento das demandas espontâneas e urgências identificadas como sendo relacionadas a problemas de saúde mental (II 15.7.3); a preparação das equipes no trato com os usuários com transtorno mental no cotidiano (II 29.4); a existência de registro dos casos mais graves de usuários com transtorno mental (II 29.5); o registro de casos de usuários com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (II 29.6); registro dos usuários que fazem uso crônico de benzodiazepínicos (II 29.7); bem como a

identificação das equipes que realizam ações direcionadas a diminuição da dose de benzodiazepínicos (II 29.8)

Para efeito de análise e discussão da temática, a partir dos dados optou-se por agregar as dez variáveis referentes às estratégias de cuidado descritas anteriormente, formando quatro novas categorias, elaboradas conforme a seguinte agregação:

Qualificação da Clínica (QC);

- “consulta específica com tempo maior”
- “registro da história de vida”

Desenvolvimento de Novas Tecnologias (DNT);

- “oferta de algum tipo de atendimento em grupo”
- “atendimento com profissionais de saúde mental”
- “a equipe realiza ações para pessoas que fazem uso crônico de benzodiazepínicos e necessitam desmame (diminuição da dose)?”

Gestão do Caso (GC); e

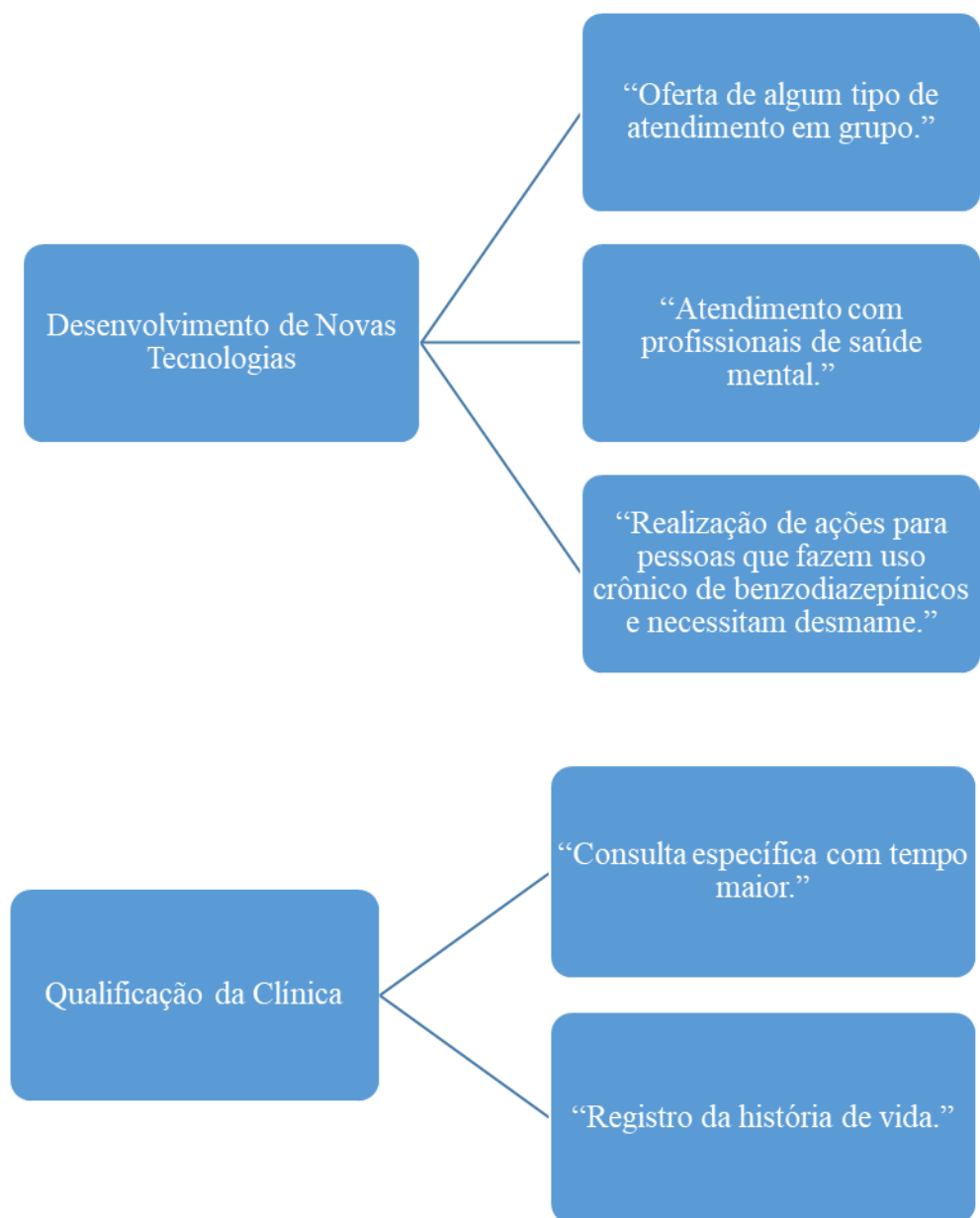
- “a equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea/urgência para problemas relacionados à saúde mental?”,
- “a eSF teve preparação para o atendimento dos usuários com transtorno mental?”

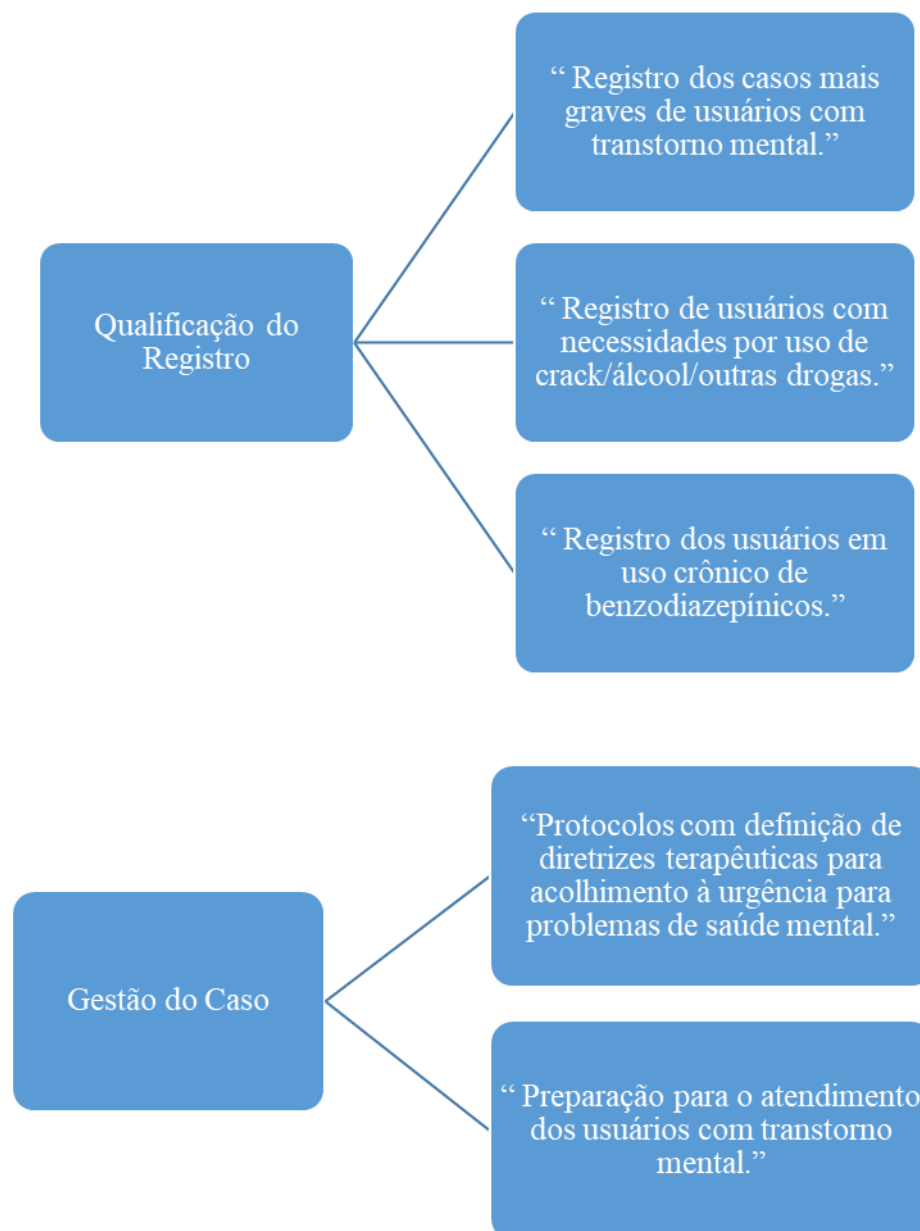
Qualificação do Registro (QR).

- “a eSF possui registro dos casos mais graves de usuários com transtorno mental?”,
- “há registro de usuários com necessidades por uso de crack/álcool/outras drogas?”,

- “a equipe possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos?”.

Para melhor visualização da agregação das novas categorias criadas, foram desenvolvidos os seguintes fluxogramas:





A escolha de pautar a análise nos dados do primeiro ciclo (2012), em detrimento do segundo (2014), se deu devido a fatores que tocam diretamente no objetivo geral desta pesquisa. Numa perspectiva de estudar os efeitos da articulação entre a atenção básica e a saúde mental no cuidado aos usuários em sofrimento psíquico na atenção básica nas perguntas relacionadas às ações compartilhadas entre as duas equipes em 2012, tem-se um refinamento nas questões que se referem às ações de cuidado direto

aos usuários. O principal destaque encontra-se na construção conjunta do Projeto Terapêutico Singular (PTS), ferramenta de suma importância no cuidado que envolve as indicações terapêuticas dos profissionais de saúde, mas que também leva em consideração as opiniões e aspirações dos usuários.

Em 2014, a variável que diz respeito à construção conjunta do PTS está associada ao questionamento sobre a realização de discussão de casos entre as equipes, na mesma variável (III 33.17 – Dentre as seguintes ações, quais acontecem nos encontros entre eSF e Nasf: discussão de casos e construção conjunta do PTS). Em 2012, no entanto, estas mesmas ações são interrogadas separadamente (II 12.5.2 – discussão de casos e II 12.5.4 – construção conjunta de PTS), o que permite uma investigação mais apurada da influência destas na atenção aos usuários.

Cabe salientar que, as outras questões relacionadas ao bloco de estratégias do cuidado são semelhantes no primeiro e segundo ciclo. Apesar de em 2014 o campo das ações compartilhadas entre as equipes obter mais ações, quantitativamente, elas não dizem respeito ao cuidado com usuário, mas a processos de trabalho – o que não se configura foco desta pesquisa.

Outro ponto importante diz respeito a investigação do uso de psicotrópicos. Em 2012, há uma questão sobre o registro de usuários que fazem uso crônico de benzodiazepínicos (II 29.7) e sobre o cuidado a estas pessoas quando necessitam de redução da dose desta classe de medicamento (II 29.8). Contudo, em 2014, há um grande equívoco metodológico que inviabiliza a pesquisa, pois são inseridos o questionamento sobre a existência de registro (II 23.9) e sobre as ações de cuidado ao uso crônico (II 29.10) de medicamentos de classes muito diferentes, em uma mesma variável, quais sejam: benzodiazepínicos, anti-psicóticos, anticonvulsivantes, anti-depressivos, estabilizadores de humor e ansiolíticos. Na análise desta questão

pressupõem-se que todos os psicotrópicos têm a mesma indicação clínica, o mesmo padrão ouro de uso e induzem dependência da mesma forma, o que se configura em um grande equívoco teórico sobre o tema.

Por fim, outro aspecto relevante que direcionou o foco desta pesquisa para o ano de 2012 foi o fato de só neste ciclo conter questão que investiga se as equipes estabelecem protocolos e diretrizes terapêuticas para o atendimento da demanda espontânea, quando esta é identificada pela apresentação de questões de saúde mental.

Abaixo, os dois primeiros quadros apresentados trazem as questões abordadas acima, como constam no instrumento do PMAQ-AB, para melhor visualização.

Quadro 1. Questões acerca das ações e estratégias de cuidado aos usuários em saúde mental – PMAQ-AB 2012/2014.

Código 2012	Pergunta 2012	Resposta 2012	Código 2014	Pergunta 2014	Resposta 2014
II.12.5	Quais ações os profissionais do apoio matricial realizam junto a sua equipe?		NIII.33.17	Dentre as seguintes ações, quais acontecem nos encontros eSF e o NASF?	
	II.12.5.1 Consultas clínicas de pacientes da atenção básica II.12.5.2 Discussão de casos clínicos, eventos sentinelas, casos difíceis e desafiadores II.12.5.3 Ações clínicas compartilhadas com os profissionais da equipe de atenção básica II.12.5.4 Construção conjunta de projetos terapêuticos com os profissionais da equipe de atenção básica II.12.5.5 Atividades de educação permanente conjuntamente com os profissionais da equipe de atenção básica II.12.5.6 Discussões sobre o processo de trabalho da equipe de atenção básica e também do próprio apoio matricial II.12.5.7 Organizam intervenções no território em conjunto com sua equipe II.12.5.8 Realizam visitas com os profissionais da sua equipe	1 Sim 2 Não 999 Não Sabe/Não Respondeu 998 Não se aplica		. Consultas compartilhadas . Consultas individuais do profissional do NASF . Planejamento e avaliação de ações . Grupos terapêuticos ou de educação em saúde . Visitas domiciliares . Intervenções na comunidade . Discussão de casos e construção de planos terapêuticos (projetos terapêuticos singulares) . Gestão de encaminhamentos e/ou de listas de espera para especialistas . Organização da demanda para atendimentos individuais a serem realizados pelos profissionais do NASF . Discussão de temas / ações de educação permanente . Definição de critérios de acesso, fluxos, atribuições de cada profissional . Monitoramento e avaliação de resultados da atenção compartilhada . Apoio à organização do processo de trabalho da equipe	1 Sim 2 Não 999 Não Sabe/Não Respondeu 998 Não se aplica

Código 2012	Pergunta 2012	Resposta 2012	Código 2014	Pergunta 2014	Resposta 2014
II.29.3	A equipe utiliza alguma estratégia específica para cuidar destes casos:		II.23.4	A equipe utiliza alguma estratégia específica para cuidar destes casos:	
	II.29.3.1 Consulta específica com tempo maior II.29.3.2 Registro da história de vida II.29.3.3 Oferta de algum tipo de atendimento em grupo II.29.3.4 Atendimento com profissionais de saúde mental II.29.3.5 Outro(s)	1 Sim 2 Não 999 Não Sabe/Não Respondeu		.Consulta específica com tempo maior . Registro da história de vida .Oferta de algum tipo de atendimento em grupo . Atendimento com profissionais de saúde mental (NASF ou outro apoio matricial) Outro(s) .Não realiza nenhuma estratégia específica para cuidar desses casos	1 Sim 2 Não 999 Não Sabe/Não Respondeu
II.29.4	A equipe teve preparação para o atendimento dos usuários com transtorno mental?	1 Sim 2 Não 999 NSI/NR	II.23.5	A equipe teve preparação para o atendimento dos usuários em sofrimento psíquico?	Sim Não
II.29.5	A equipe de atenção básica possui registro do número dos casos mais graves de usuários com transtorno mental?	1 Sim 2 Não 999 NSI/NR	II.23.6	A equipe de atenção básica possui registro do número dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico..	Sim Não
II.29.6	A equipe de atenção básica possui registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas?	1 Sim 2 Não999 NSI/NR	II.23.7	A equipe de atenção básica possui registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas?	Sim Não
-	-	-	II.23.8	A equipe realiza ações para pessoas com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas?	Sim Não
II.29.7	A equipe possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos? Se NÃO, passar para questão II.29.8. Se NÃO SE APLICA, passar para o bloco II.29	1 Sim / 2 Não 3 Ninguém em uso crônico de benzodiaz. 999 NSI/NR	II.23.9	A equipe possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, anti-psicóticos, anticonvulsivantes, anti-depressivos, estabilizadores de humor ou ansiolíticos de um modo geral	Sim Não
II.29.8	A equipe realiza ações para pessoas que fazem uso crônico de benzodiazepínicos e necessitam desmame (diminuição da dose)?	1 Sim 2 Não 999 NSI/NR 998 NSA	II.23.10	A equipe realiza ações para pessoas que fazem uso crônico dos medicamentos citados acima para o acompanhamento e avaliação dos casos e diminuição das doses?	Sim Não

Quadro 2. Questões acerca da qualificação do cuidado aos usuários em saúde mental, incluídas apenas em ciclo 1 do PMAQ-AB (2012).

- | |
|---|
| <p>15.6 A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea/urgência? (S/N)</p> <p>II.15.7 O protocolo de acolhimento à demanda espontânea considera: (essa pergunta pode ter mais de uma resposta)</p> <p>15.7.3 Problemas relacionados à saúde mental</p> <p>17.4 A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para:</p> <p>17.4.9 Saúde mental</p> <p>17.4.10 Álcool e drogas</p> |
|---|

5.3 Análise estatística dos dados

De modo a identificar a existência ou não de associação (influência) entre as ações de matriciamento e as estratégias de cuidado será aplicado o teste qui-quadrado, ao nível de significância de 95%, utilizando o programa SPSS, considerando-se a presença ou não de apoio matricial em saúde mental. Para mensurar e analisar a magnitude e direção do efeito de cada uma das ações de matriciamento separadamente em relação às estratégias de cuidado serão calculados seus Odds Ratio (OR), e respectivos intervalos de confiança, em nível agregado e desagregado.

6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo fonte (PMAQ-AB) utilizado para elaboração desta pesquisa já foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/ FIOCRUZ, e recebeu o parecer nº 32.012 em 06/06/2012. Ademais, os dados do PMAQ-AB, de 2012, são de acesso público e estão disponíveis no site do Ministério da Saúde, pelo link http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão decorrentes do processo de construção de conhecimento e elaboração desta dissertação estão apresentados em forma de artigo científico (em anexo) que será submetido à revista Ciência e Saúde Coletiva, após considerações da banca de avaliação.

Resumo do artigo:

A prevalência de sofrimento emocional na população atendida pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é alta, mas a capacitação dos profissionais da Atenção Básica (AB) para o cuidado em Saúde Mental (SM) é inadequada. O Apoio Matricial (AM), através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), tem sido considerado como fundamental na qualificação deste cuidado. Objetivo: Analisar a qualificação do cuidado em SM na AB através das ações de Apoio Matricial em Saúde Mental (AM em SM). Método: Estudo quantitativo (corte transversal) em base de dados secundária do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), de 2012. Foram analisadas as associações entre a realização das diversas ações de matriciamento em SM e o desenvolvimento das estratégias de cuidado integral, avaliadas no instrumento. Resultados: Verificou-se que 60% das equipes realizam ações de AM em SM e que as estratégias de cuidado qualificadas em SM são realizadas pelo menos duas vezes mais quando estas ações estão presentes, destacando-se as ações de discussões de caso, consultas conjuntas e construção de projetos terapêuticos (PTS). Conclusão: Este estudo traz evidências quantitativas de que o desenvolvimento de ações compartilhadas é determinante para qualificação do cuidado em SM na AB.

Palavras-chave: apoio matricial; saúde mental; atenção básica.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado em saúde mental permeia todas as ações em saúde e deveria ser uma temática minimamente conhecida por todos os profissionais de saúde. Os transtornos mentais afetam grande parte da população mundial. Aos que sofrem de algum tipo de transtorno psíquico severo e persistente continuamos na luta para que possam viver com qualidade e em liberdade.

Na busca desta qualidade de vida e tratamento muitas estratégias foram criadas e reformuladas no desenvolvimento do complexo, admirável e singular Sistema Único de Saúde e no percurso da Reforma Psiquiátrica. Os cuidados colaborativos se conformam em ferramentas cruciais para que as práticas de atenção aos sujeitos em sofrimento psíquico na Atenção Básica sejam qualificadas. É uma ferramenta a mais de melhora da AB e um ganho também para Reforma Psiquiátrica ao possibilitar que mais serviços de saúde se ocupem do cuidado ao sofrimento psíquico no território dos usuários, não se limitando às unidades especializadas.

Este estudo buscou demonstrar as evidências de que as ações de matriciamento em saúde mental qualificam o cuidado prestado. De maneira inovadora foram utilizados para tal dados quantitativos e, sua potência para análise de qualidade de políticas públicas foi um dos grandes ensinamentos apreendidos no desenvolvimento deste trabalho.

Os dados do PMAQ-AB demonstraram as associações positivas e fortes existentes entre as ações de AM em SM e a qualificação do cuidado aos usuários da AB que precisam de atenção especial devido a algum tipo de sofrimento mental, com forte influência também sobre a qualificação dos profissionais da AB. Ou seja, de acordo com as respostas dos profissionais da AB, no ano de 2012, o Apoio Matricial cumpriu com seus objetivos mais primordiais. Esse resultado corrobora com o apreendido pela literatura internacional e

nacional, mas ainda não haviam pesquisas científicas de caráter quantitativo, de abrangência nacional, que ratificassem que o AM em SM estava sendo efetivo no cuidado, no Brasil.

Contudo, apesar dos resultados serem animadores ainda precisam ser melhorados, uma vez que somente 60% das equipes respondentes alegaram realizar as ações de matriciamento em saúde mental. As estratégias de cuidados foram realizadas por no máximo 73% das equipes. Diante da grande incidência de transtornos mentais na população esses percentuais deveriam estar próximos de 100%.

O PMAQ-AB é o único instrumento à nível nacional a se debruçar sobre o trabalho desenvolvido na AB, portanto tem grande valor estratégico para análise do trabalho implementado. Contudo, algumas de suas características devem ser problematizadas como o fato dos resultados estarem associados somente às respostas dos profissionais e a não possibilidade de avaliação da percepção dos usuários em relação ao apoio matricial. No decorrer deste estudo avaliou-se também não ser possível a comparação dos dados entre os ciclos do PMAQ-AB por terem havido mudanças de conteúdo nas variáveis que prejudicariam a qualidade da investigação, por este fato este estudo se debruçou nos dados apenas de 2012, que foram entendidos ser de maior qualidade.

Mesmo diante das limitações há que se considerar que o PMAQ-AB é, desde a sua implementação, o principal instrumento de avaliação da AB no país e ainda não haviam sido desenvolvidos outros estudos quantitativos analisando os resultados referentes ao Apoio Matricial em Saúde Mental. Importante salientar que objetivo de avaliação do referido instrumento fica frágil se os dados não são explorados em sua potência máxima. É de suma importância que mais estudos sejam realizados abordando a temática do apoio matricial através de metodologia quantitativa, pois a ausência destes dados enfraquece a análise do modelo de cuidado e a avaliação de sua implementação nas políticas públicas.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. (ED.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2a. ed., ampliada ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 1998.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 3.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

ATHIÉ, K.; FORTES, S.; DELGADO, P. G. G. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 26, p. 64–74, 2013.

ATHIÉ, K, S. **A integração do cuidado em saúde mental na atenção primária: um estudo sobre o matriciamento na área programática 2.2 do município do Rio de Janeiro**. Tese (Doutorado em Ciências Médicas). Universidade do Estado do Rio de Janeiro/RJ. 2017.

BARROS, C. F.; PILLON, S. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde–SUS**, v. 1, 2004.

BONFIM, I. G. et al. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº10.216, de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 de abril de 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acessado em: 12 de novembro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003 disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf>. Acessado em: 28 de outubro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acessado em: 5 de agosto de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Diário oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 de janeiro de 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acessado em: 6 de janeiro de 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad27.pdf. Acessado em: 10 de janeiro de 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 439, de 7 de abril de 2011. Ducentésima Vigésima Reunião Ordinária. 2011a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2011/res0439_07_04_2011.html. Acessado em: 12 de dezembro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de julho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável**. 2011 a. Diário oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 19 de julho de 2011b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html. Acessado em: 8 de novembro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 23 de dezembro de 2011c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acessado em: 3 de novembro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de dezembro de 2012. **Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências**. Diário oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 28 de dezembro de 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html. Acessado em: 14 de dezembro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ: Manual Instrutivo)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf.

Acessado em: 28 de dezembro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_39.pdf. Acessado em: 11 de dezembro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de outubro de 2015. **Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. Diário oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2 de outubro de 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html. Acessado em: 15 de janeiro de 2018.

BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R. Atenção primária e promoção da saúde. **BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Promoção da Saúde**. Brasília, DF: MS, p. 7–14, 2001.

CAMPOS, G. W. DE S.; OTHERS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 1999.

CAMPOS, G. W. DE S.; DOMITTI, A. C.; OTHERS. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de saúde pública**, 2007.

CAMPOS G. W. de S. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas**. Sociedade e Cultura, Goiânia, v. 3, n. 1/2, p. 51-74, jan/dez. 2000.

CASTRO, A. L. B. DE; FAUSTO, M. C. R. **A política brasileira de atenção primária à saúde**. p. 173–196, 2012.

CHAZAN, L. F. et al. Trabalho colaborativo em saúde mental. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 15, n. 3, 19 set. 2016.

CHIAVERINI, D. H. et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. [s.l.] Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa Coletiva, 2011. Disponível em: www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/29453. Acessado em: setembro de 2018.

COUTO, M.C.V.; MARTINEZ, R.G (orgs). **Saúde Mental e Saúde Pública: questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica**. NUPPSAM/IPUB/UFRJ, Rio de Janeiro, 2007.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. DE S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 961–970, dez. 2011. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013.

Acessado em: 24 de agosto de 2017.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 129–138, fev. 2009; 14(1):129–38.

FORTES, S. et al. Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1079–1102, dez. 2014.

GIOVANELLA, L. (ED.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2a ed. rev. e ampliada ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz: Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 2012.

GONÇALVES, D. A. et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 3, p. 623–632, mar. 2014.

HARTZ, Z. M. DE A.; CONTANDRIOPOULOS, A.-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S331–S336, 2004. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800026.

Acessado em: 7 de agosto de 2017.

IVBIJARO, G. O. et al. Collaborative Care: Models for Treatment of Patients with Complex Medical-Psychiatric Conditions. **Current Psychiatry Reports**, v. 16, n. 11, 2014. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-014-0506-4>.

Acessado em: julho de 2017.

JORGE, M. A.; CARVALHO, M. C. DE A.; SILVA, P. R. F. DA (EDS.). **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro, RJ: Editora FIOCRUZ, 2014.

JORGE, M. S. B. et al. Possibilidades e desafios do apoio matricial na atenção básica: percepções dos profissionais. **Psicologia: teoria e prática**, v. 16, n. 2, p. 63–74, ago. 2014.

KATES, N. Mental Health and Primary Care: Contributing to Mental Health System Transformation in Canada. **Canadian Journal of Community Mental Health**, v. 36, n. 4, p. 33–67, dez. 2017.

LIMA, F. G.; SICILIANI, C. C.; DREHMER, L. B. R. O perfil atual da saúde mental na atenção primária brasileira. **Com. Ciências Saúde**. 2012; 24(2):143-148.

MACHADO, R. **Ciência e saber: A trajetória da arqueologia de Michel Foucault**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

MACHADO, D. K. DE S.; CAMATTA, M. W. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a saúde mental e a atenção primária à saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, p. 224–232, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n2/18.pdf>. Acessado em: 7 de julho de 2017.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: OPAS/OMS; 2001.

PINHEIRO, R. et al. (EDS.). **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. 1a ed. Rio de Janeiro: EDUCS: CEPESC : IMS/UERJ, 2006.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORENCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 6, n. 2, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0358.pdf>. Acessado em: 12 de outubro de 2017.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A. DE; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, v. 38, n. especial, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext_pr&pid=S0103-11042014000600358&tlng=pt. Acessado em: 3 de outubro de 2017.

POLETTI, A. R.; GONTIJO, L. A. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: Uma perspectiva global**. 2008.

REIS, V. **Parecer Abrasco para a Consulta Pública sobre a PNAB**. ABRASCO, 3 ago. 2017. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/parecer-abrasco-para-consulta-publica-sobre-pnab/29951/>>. Acesso em: 4 out. 2017.

SCHRAMM, J. M. DE A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a11v9n4.pdf>. Acessado em: 23 de outubro de 2017.

SOUSA CAMPOS, G. W. DE. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, 2000.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf. Acessado em: 14 de janeiro de 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Mental Health and Substance Abuse. **Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders**. Geneva: WHO Press, 2008.

10 APÊNDICE

A 1. Distribuição proporcional das estratégias de cuidados segundo a realização da ação de matriciamento (consultas clínicas de pacientes da atenção básica) em eSF COM e SEM apoio matricial em saúde mental. Brasil, 2012.

Variáveis de investigação: Ações de matriciamento		Consultas clínicas de pacientes da atenção básica.							
		Resposta	Sim	Não	Total	OR	IC 95%		p_valor (x2)
			%Col	%Col	%Col		inferior	Superior	
Estratégias de cuidado									
COM Apoio Matricial em Saúde Mental	Consulta específica com tempo maior.	Sim	46.3	39.1	45.4	1.35	1.18	1.53	.000
	Registro da história de vida.	Sim	49.6	44.3	48.9	1.24	1.09	1.40	.001
	Oferta de algum tipo de atendimento em grupo.	Sim	35.3	29.6	34.6	1.30	1.13	1.49	.000
	Atendimento com profissionais de saúde mental.	Sim	68.2	59.2	67.1	1.48	1.30	1.68	.000
	A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea/urgência para problemas relacionados à saúde mental?	Sim	82.7	74.1	81.7	1.67	1.33	2.09	.000
	A eSF teve preparação para o atendimento dos usuários com transtorno mental?	Sim	39.3	34.4	38.7	1.23	1.08	1.41	.002
	A eSF possui registro dos casos mais graves de usuários com transtorno mental?	Sim	46.7	41.1	46.0	1.26	1.11	1.43	.000
	Há registro de usuários com necessidades por uso de crack/álcool/outras drogas?	Sim	28.0	23.5	27.4	1.27	1.09	1.47	.002
	A equipe possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos?	Sim	48.2	40.1	47.2	1.39	1.22	1.58	.000
	A equipe realiza ações para pessoas que fazem uso crônico de benzodiazepínicos e necessitam desmame (diminuição da dose)?	Sim	27.1	21.8	26.4	1.41	1.21	1.65	.000
Estratégias de cuidado									
SEM Apoio Matricial em Saúde Mental	Consulta específica com tempo maior.	Sim	38.8	36.5	38.4	1.10	.966	1.26	.147
	Registro da história de vida.	Sim	39.1	40.0	39.2	.963	.844	1.10	.579
	Oferta de algum tipo de atendimento em grupo.	Sim	20.2	17.2	19.7	1.22	1.03	1.44	.023
	Atendimento com profissionais de saúde mental.	Sim	57.6	43.1	54.9	1.79	1.57	2.04	.000
	A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea/urgência para problemas relacionados à saúde mental?	Sim	77.2	76.9	77.1	1.01	.756	1.36	.930
	A eSF teve preparação para o atendimento dos usuários com transtorno mental?	Sim	29.4	27.3	29.0	1.11	.960	1.28	.161
	A eSF possui registro dos casos mais graves de usuários com transtorno mental?	Sim	38.4	33.5	37.5	1.24	1.08	1.42	.002
	Há registro de usuários com necessidades por uso de crack/álcool/outras drogas?	Sim	22.4	17.2	21.4	1.40	1.18	1.65	.000
	A equipe possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos?	Sim	42.0	34.3	40.5	1.39	1.21	1.59	.000
	A equipe realiza ações para pessoas que fazem uso crônico de benzodiazepínicos e necessitam desmame (diminuição da dose)?	Sim	19.5	15.5	18.7	1.40	1.17	1.67	.001

A 2. Distribuição proporcional das estratégias de cuidados segundo a realização da ação de matriciamento (discussão de casos clínicos/eventos sentinelas/casos difíceis) em eSF COM e SEM apoio matricial em saúde mental. Brasil, 2012.

Variáveis de investigação: ações de matriciamento		Discussão de casos clínicos/eventos sentinelas/casos difíceis							
		Resposta	Sim	Não	Total	OR	IC 95%		p_valor (x2)
			%Col	%Col	%Col		inferior	Superior	
Estratégias de cuidado									
COM Apoio Matricial em Saúde Mental	Consulta específica com tempo maior.	Sim	49.6	31.3	45.4	2.16	1.95	2.40	.000
	Registro da história de vida.	Sim	54.2	31.0	48.9	2.64	2.38	2.94	.000
	Oferta de algum tipo de atendimento em grupo.	Sim	40.7	14.2	34.6	4.15	3.63	4.74	.000
	Atendimento com profissionais de saúde mental.	Sim	73.0	47.3	67.1	3.01	2.71	3.33	.000
	A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea/urgência para problemas relacionados à saúde mental?	Sim	84.0	66.8	81.7	2.60	2.13	3.17	.000
	A eSF teve preparação para o atendimento dos usuários com transtorno mental?	Sim	43.6	22.1	38.7	2.72	2.42	3.05	.000
	A eSF possui registro dos casos mais graves de usuários com transtorno mental?	Sim	51.1	28.8	46.0	2.59	2.33	2.88	.000
	Há registro de usuários com necessidades por uso de crack/álcool/outras drogas?	Sim	31.0	15.3	27.4	2.49	2.18	2.83	.000
	A equipe possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos?	Sim	50.3	36.7	47.2	1.75	1.58	1.93	.000
	A equipe realiza ações para pessoas que fazem uso crônico de benzodiazepínicos e necessitam desmame (diminuição da dose)?	Sim	30.2	13.7	26.4	2.77	2.41	3.18	.000
Estratégias de cuidado									
SEM Apoio Matricial em Saúde Mental	Consulta específica com tempo maior.	Sim	43.9	29.7	38.4	1.86	1.66	2.07	.000
	Registro da história de vida.	Sim	45.6	29.3	39.2	2.02	1.81	2.26	.000
	Oferta de algum tipo de atendimento em grupo.	Sim	24.9	11.4	19.7	2.58	2.23	2.99	.000
	Atendimento com profissionais de saúde mental.	Sim	62.9	42.3	54.9	2.31	2.08	2.57	.000
	A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea/urgência para problemas relacionados à saúde mental?	Sim	80.1	69.0	77.1	1.81	1.44	2.27	.000
	A eSF teve preparação para o atendimento dos usuários com transtorno mental?	Sim	35.2	19.3	29.0	2.27	2.01	2.57	.000
	A eSF possui registro dos casos mais graves de usuários com transtorno mental?	Sim	43.0	28.8	37.5	1.87	1.67	2.09	.000
	Há registro de usuários com necessidades por uso de crack/álcool/outras drogas?	Sim	26.3	13.7	21.4	2.24	1.95	2.58	.000
	A equipe possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos?	Sim	44.9	33.5	40.5	1.62	1.45	1.80	.000
	A equipe realiza ações para pessoas que fazem uso crônico de benzodiazepínicos e necessitam desmame (diminuição da dose)?	Sim	22.5	12.8	18.7	1.89	1.62	2.19	.000

A 3. Distribuição proporcional das estratégias de cuidados segundo a realização da ação de matriciamento (ações clínicas compartilhadas com profissionais da atenção básica) em eSF COM e SEM apoio matricial em saúde mental. Brasil, 2012.

Variáveis de investigação: ações de matriciamento		Ações clínicas compartilhadas com os prof da equipe de AB							
		Resposta	Sim	Não	Total	OR	IC 95%		p_valor (x2)
			%Col	%Col	%Col		inferior	Superior	
Estratégias de cuidado									
COM Apoio Matricial em Saúde Mental	Consulta específica com tempo maior.	Sim	49.8	30.8	45.4	2.22	2.00	2.47	.000
	Registro da história de vida.	Sim	54.0	32.1	48.9	2.48	2.24	2.75	.000
	Oferta de algum tipo de atendimento em grupo.	Sim	39.8	17.5	34.6	3.11	2.75	3.52	.000
	Atendimento com profissionais de saúde mental.	Sim	72.2	50.0	67.1	2.60	2.35	2.88	.000
	A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea/urgência para problemas relacionados à saúde mental?	Sim	83.9	68.9	81.7	2.35	1.93	2.85	.000
	A eSF teve preparação para o atendimento dos usuários com transtorno mental?	Sim	43.0	24.1	38.7	2.38	2.12	2.66	.000
	A eSF possui registro dos casos mais graves de usuários com transtorno mental?	Sim	50.3	31.7	46.0	2.18	1.69	2.41	.000
	Há registro de usuários com necessidades por uso de crack/álcool/outras drogas?	Sim	30.5	17.3	27.4	2.09	1.85	2.37	.000
	A equipe possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos?	Sim	50.5	36.1	47.2	1.81	1.63	2.00	.000
	A equipe realiza ações para pessoas que fazem uso crônico de benzodiazepínicos e necessitam desmame (diminuição da dose)?	Sim	29.8	15.3	26.4	2.39	2.09	2.73	.000
Estratégias de cuidado									
SEM Apoio Matricial em Saúde Mental	Consulta específica com tempo maior.	Sim	44.0	30.2	38.4	1.82	1.63	2.03	.000
	Registro da história de vida.	Sim	45.4	30.2	39.2	1.92	1.72	2.14	.000
	Oferta de algum tipo de atendimento em grupo.	Sim	24.8	12.1	19.7	2.38	2.06	2.75	.000
	Atendimento com profissionais de saúde mental.	Sim	62.6	43.5	54.9	2.17	1.95	2.41	.000
	A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea/urgência para problemas relacionados à saúde mental?	Sim	79.9	70.4	77.1	1.67	1.33	2.08	.000
	A eSF teve preparação para o atendimento dos usuários com transtorno mental?	Sim	34.3	21.3	29.0	1.93	1.71	2.17	.000
	A eSF possui registro dos casos mais graves de usuários com transtorno mental?	Sim	42.2	30.5	37.5	1.67	1.49	1.86	.000
	Há registro de usuários com necessidades por uso de crack/álcool/outras drogas?	Sim	25.9	14.8	21.4	2.01	1.76	2.31	.000
	A equipe possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos?	Sim	45.2	33.6	40.5	1.63	1.47	1.82	.000
	A equipe realiza ações para pessoas que fazem uso crônico de benzodiazepínicos e necessitam desmame (diminuição da dose)?	Sim	23.1	12.3	18.7	2.09	1.80	2.43	.000

A 4. Distribuição proporcional das estratégias de cuidados segundo a realização da ação de matriciamento (construção conjunta dos Projetos Terapêuticos Singulares) em eSF COM e SEM apoio matricial em saúde mental. Brasil, 2012.

Variáveis de investigação: ações de matriciamento		Construção conjunta dos Projetos Terapêuticos Singulares.							
		Resposta	Sim	Não	Total	OR	IC 95%		p_valor (x2)
			%Col	%Col	%Col		inferior	Superior	
Estratégias de cuidado									
COM Apoio Matricial em Saúde Mental	Consulta específica com tempo maior.	Sim	52.1	34.8	45.4	2.04	1.87	2.23	.000
	Registro da história de vida.	Sim	57.7	34.9	48.9	2.54	2.33	2.78	.000
	Oferta de algum tipo de atendimento em grupo.	Sim	44.9	18.3	34.6	3.64	3.29	4.03	.000
	Atendimento com profissionais de saúde mental.	Sim	75.7	53.5	67.1	2.71	2.48	2.97	.000
	A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea/urgência para problemas relacionados à saúde mental?	Sim	85.9	69.4	81.7	2.68	2.27	3.16	.000
	A eSF teve preparação para o atendimento dos usuários com transtorno mental?	Sim	46.9	25.7	38.7	2.55	2.32	2.80	.000
	A eSF possui registro dos casos mais graves de usuários com transtorno mental?	Sim	53.6	33.9	46.0	2.25	2.06	2.46	.000
	Há registro de usuários com necessidades por uso de crack/álcool/outras drogas?	Sim	33.5	17.9	27.4	2.31	2.08	2.56	.000
	A equipe possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos?	Sim	52.4	38.9	47.2	1.73	1.58	1.88	.000
	A equipe realiza ações para pessoas que fazem uso crônico de benzodiazepínicos e necessitam desmame (diminuição da dose)?	Sim	32.9	16.2	26.4	2.64	2.36	2.94	.000
Estratégias de cuidado									
SEM Apoio Matricial em Saúde Mental	Consulta específica com tempo maior.	Sim	49.0	31.4	38.4	2.10	1.89	2.33	.000
	Registro da história de vida.	Sim	52.0	30.9	39.2	2.43	2.18	2.70	.000
	Oferta de algum tipo de atendimento em grupo.	Sim	28.8	13.7	19.7	2.55	2.24	2.90	.000
	Atendimento com profissionais de saúde mental.	Sim	66.6	47.2	54.9	2.22	2.00	2.48	.000
	A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea/urgência para problemas relacionados à saúde mental?	Sim	82.1	71.3	77.1	1.85	1.49	2.29	.000
	A eSF teve preparação para o atendimento dos usuários com transtorno mental?	Sim	40.8	21.3	29.0	2.55	2.27	2.86	.000
	A eSF possui registro dos casos mais graves de usuários com transtorno mental?	Sim	46.7	31.5	37.5	1.91	1.71	2.12	.000
	Há registro de usuários com necessidades por uso de crack/álcool/outras drogas?	Sim	28.7	16.6	21.4	2.02	1.78	2.28	.000
	A equipe possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos?	Sim	48.9	35.0	40.5	1.77	1.60	1.97	.000
	A equipe realiza ações para pessoas que fazem uso crônico de benzodiazepínicos e necessitam desmame (diminuição da dose)?	Sim	27.1	13.2	18.7	2.24	1.95	2.57	.000

A 5. Distribuição proporcional das estratégias de cuidados segundo a realização da ação de matriciamento (atividades de educação permanente) em eSF COM e SEM apoio matricial em saúde mental. Brasil, 2012.

Variáveis de investigação: ações de matriciamento		Atividades de educação permanente.							
		Resposta	Sim	Não	Total	OR	IC 95%		p_valor (x2)
			%Col	%Col	%Col		inferior	Superior	
Estratégias de cuidado									
COM Apoio Matricial em Saúde Mental	Consulta específica com tempo maior.	Sim	50.3	35.0	45.4	1.88	1.72	2.07	.000
	Registro da história de vida.	Sim	54.7	36.6	48.9	2.09	1.91	2.29	.000
	Oferta de algum tipo de atendimento em grupo.	Sim	40.6	21.9	34.6	2.44	2.20	2.70	.000
	Atendimento com profissionais de saúde mental.	Sim	72.3	56.1	67.1	2.04	1.86	2.24	.000
	A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea/urgência para problemas relacionados à saúde mental?	Sim	84.6	72.0	81.7	2.12	1.79	2.52	.000
	A eSF teve preparação para o atendimento dos usuários com transtorno mental?	Sim	45.3	24.7	38.7	2.53	2.29	2.79	.000
	A eSF possui registro dos casos mais graves de usuários com transtorno mental?	Sim	51.6	34.2	46.0	2.06	1.87	2.25	.000
	Há registro de usuários com necessidades por uso de crack/álcool/outras drogas?	Sim	31.6	18.7	27.4	2.00	1.80	2.23	.000
	A equipe possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos?	Sim	51.9	37.3	47.2	1.82	1.66	1.99	.000
	A equipe realiza ações para pessoas que fazem uso crônico de benzodiazepínicos e necessitam desmame (diminuição da dose)?	Sim	30.9	16.9	26.4	2.28	2.03	2.55	.000
Estratégias de cuidado									
SEM Apoio Matricial em Saúde Mental	Consulta específica com tempo maior.	Sim	45.2	32.5	38.4	1.71	1.54	1.90	.000
	Registro da história de vida.	Sim	47.5	32.1	39.2	1.91	1.72	2.12	.000
	Oferta de algum tipo de atendimento em grupo.	Sim	26.1	14.0	19.7	2.17	1.90	2.47	.000
	Atendimento com profissionais de saúde mental.	Sim	63.1	47.8	54.9	1.87	1.68	2.07	.000
	A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea/urgência para problemas relacionados à saúde mental?	Sim	83.4	68.4	77.1	2.32	1.87	2.87	.000
	A eSF teve preparação para o atendimento dos usuários com transtorno mental?	Sim	38.0	21.3	29.0	2.23	2.02	2.54	.000
	A eSF possui registro dos casos mais graves de usuários com transtorno mental?	Sim	44.2	31.7	37.5	1.71	1.54	1.90	.000
	Há registro de usuários com necessidades por uso de crack/álcool/outras drogas?	Sim	26.5	17.1	21.4	1.75	1.55	1.98	.000
	A equipe possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos?	Sim	47.0	34.9	40.5	1.65	1.49	1.84	.000
	A equipe realiza ações para pessoas que fazem uso crônico de benzodiazepínicos e necessitam desmame (diminuição da dose)?	Sim	24.5	13.8	18.7	1.97	1.71	2.26	.000

A 6. Distribuição proporcional das estratégias de cuidados segundo a realização da ação de matriciamento (discussões sobre o processo de trabalho e também do próprio apoio matricial) em eSF COM e SEM apoio matricial em saúde mental. Brasil, 2012.

Variáveis de investigação: ações de matriciamento		Discussões sobre o processo de trabalho/próprio apoio matricial.							
		Resposta	Sim	Não	Total	OR	IC 95%		p_valor (x2)
			%Col	%Col	%Col		inferior	Superior	
Estratégias de cuidado									
COM Apoio Matricial em Saúde Mental	Consulta específica com tempo maior.	Sim	54.5	42.5	45.4	1.62	1.47	1.79	.000
	Registro da história de vida.	Sim	58.6	45.8	48.9	1.68	1.52	1.85	.000
	Oferta de algum tipo de atendimento em grupo.	Sim	47.0	30.6	34.6	2.01	1.83	2.22	.000
	Atendimento com profissionais de saúde mental.	Sim	78.9	63.3	67.1	2.17	1.93	2.43	.000
	A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea/urgência para problemas relacionados à saúde mental?	Sim	89.8	77.9	81.7	2.50	2.05	3.06	.000
	A eSF teve preparação para o atendimento dos usuários com transtorno mental?	Sim	48.6	35.5	38.7	1.72	1.56	1.90	.000
	A eSF possui registro dos casos mais graves de usuários com transtorno mental?	Sim	59.0	41.8	46.0	2.00	1.82	2.21	.000
	Há registro de usuários com necessidades por uso de crack/álcool/outras drogas?	Sim	38.0	24.0	27.4	1.95	1.76	2.16	.000
	A equipe possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos?	Sim	53.6	45.1	47.2	1.40	1.27	1.55	.000
	A equipe realiza ações para pessoas que fazem uso crônico de benzodiazepínicos e necessitam desmame (diminuição da dose)?	Sim	30.4	25.1	26.4	3.53	3.10	4.09	.000
Estratégias de cuidado									
SEM Apoio Matricial em Saúde Mental	Consulta específica com tempo maior.	Sim	41.8	37.7	38.4	1.19	1.04	1.36	.011
	Registro da história de vida.	Sim	43.5	38.3	39.2	1.24	1.08	1.41	.002
	Oferta de algum tipo de atendimento em grupo.	Sim	22.7	19.0	19.7	1.26	1.07	1.47	.005
	Atendimento com profissionais de saúde mental.	Sim	64.2	52.8	54.9	1.60	1.40	1.83	.000
	A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea/urgência para problemas relacionados à saúde mental?	Sim	84.8	74.6	77.1	1.90	1.44	2.49	.000
	A eSF teve preparação para o atendimento dos usuários com transtorno mental?	Sim	33.4	28.0	29.0	1.29	1.12	1.48	.000
	A eSF possui registro dos casos mais graves de usuários com transtorno mental?	Sim	41.7	36.6	37.5	1.24	1.08	1.42	.002
	Há registro de usuários com necessidades por uso de crack/álcool/outras drogas?	Sim	26.0	20.4	21.4	1.37	1.18	1.60	.000
	A equipe possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos?	Sim	47.2	39.1	40.5	1.39	1.22	1.59	.000
	A equipe realiza ações para pessoas que fazem uso crônico de benzodiazepínicos e necessitam desmame (diminuição da dose)?	Sim	21.4	18.1	18.7	2.87	2.38	3.48	.000

A 7. Distribuição proporcional das estratégias de cuidados segundo a realização da ação de matriciamento (organizam intervenções no território) em eSF COM e SEM apoio matricial em saúde mental. Brasil, 2012.

Variáveis de investigação: ações de matriciamento		Organizam intervenções no território.							
		Resposta	Sim	Não	Total	OR	IC 95%		p_valor (x2)
			%Col	%Col	%Col		inferior	Superior	
Estratégias de cuidado									
COM Apoio Matricial em Saúde Mental	Consulta específica com tempo maior.	Sim	50.4	33.7	45.4	2.00	1.82	2.20	.000
	Registro da história de vida.	Sim	54.6	35.5	48.9	2.19	1.99	2.40	.000
	Oferta de algum tipo de atendimento em grupo.	Sim	40.3	21.4	34.6	2.47	2.22	2.75	.000
	Atendimento com profissionais de saúde mental.	Sim	72.1	55.3	67.1	2.09	1.91	2.30	.000
	A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea/urgência para problemas relacionados à saúde mental?	Sim	85.3	68.8	81.7	2.63	2.21	3.12	.000
	A eSF teve preparação para o atendimento dos usuários com transtorno mental?	Sim	43.7	27.0	38.7	2.09	1.89	2.31	.000
	A eSF possui registro dos casos mais graves de usuários com transtorno mental?	Sim	50.9	34.4	46.0	1.98	1.80	2.18	.000
	Há registro de usuários com necessidades por uso de crack/álcool/outras drogas?	Sim	31.2	18.7	27.4	1.97	1.77	2.21	.000
	A equipe possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos?	Sim	51.5	37.1	47.2	1.98	1.64	1.97	.000
	A equipe realiza ações para pessoas que fazem uso crônico de benzodiazepínicos e necessitam desmame (diminuição da dose)?	Sim	30.8	16.3	26.4	2.33	2.07	2.63	.000
Estratégias de cuidado									
SEM Apoio Matricial em Saúde Mental	Consulta específica com tempo maior.	Sim	44.5	32.1	38.4	1.70	1.53	1.88	.011
	Registro da história de vida.	Sim	46.2	32.1	39.2	1.81	1.63	2.01	.002
	Oferta de algum tipo de atendimento em grupo.	Sim	24.4	14.7	19.7	1.87	1.64	2.13	.005
	Atendimento com profissionais de saúde mental.	Sim	61.9	47.7	54.9	1.78	1.61	1.97	.000
	A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea/urgência para problemas relacionados à saúde mental?	Sim	82.4	68.7	77.1	2.13	1.72	2.64	.000
	A eSF teve preparação para o atendimento dos usuários com transtorno mental?	Sim	35.4	22.4	29.0	2.90	1.70	2.13	.000
	A eSF possui registro dos casos mais graves de usuários com transtorno mental?	Sim	43.8	31.1	37.5	1.73	1.55	1.92	.002
	Há registro de usuários com necessidades por uso de crack/álcool/outras drogas?	Sim	26.3	16.3	21.4	1.83	1.61	2.08	.000
	A equipe possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos?	Sim	46.4	34.5	40.5	1.64	1.48	1.82	.000
	A equipe realiza ações para pessoas que fazem uso crônico de benzodiazepínicos e necessitam desmame (diminuição da dose)?	Sim	23.5	13.9	18.7	1.90	1.66	2.19	.000

A 8. Distribuição proporcional das estratégias de cuidados segundo a realização da ação de matriciamento (realizam visitas com os profissionais da sua equipe) em eSF COM e SEM apoio matricial em saúde mental. Brasil, 2012.

Variáveis de investigação: ações de matriciamento		Realizam visitas com os profissionais da sua equipe.							
		Resposta	Sim	Não	Total	OR	IC 95%		p_valor (x2)
			%Col	%Col	%Col		inferior	Superior	
Estratégias de cuidado									
COM Apoio Matricial em Saúde Mental	Consulta específica com tempo maior.	Sim	48.3	34.8	45.4	1.75	1.58	1.94	.000
	Registro da história de vida.	Sim	52.2	37.2	48.9	1.85	1.67	2.05	.000
	Oferta de algum tipo de atendimento em grupo.	Sim	37.9	22.7	34.6	2.08	1.85	2.33	.000
	Atendimento com profissionais de saúde mental.	Sim	70.3	55.5	67.1	1.90	1.71	2.11	.000
	A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea/urgência para problemas relacionados à saúde mental?	Sim	82.7	76.7	81.7	1.45	1.19	1.77	.000
	A eSF teve preparação para o atendimento dos usuários com transtorno mental?	Sim	41.7	27.6	38.7	1.88	1.68	2.09	.000
	A eSF possui registro dos casos mais graves de usuários com transtorno mental?	Sim	49.5	33.4	46.0	1.96	1.76	2.17	.000
	Há registro de usuários com necessidades por uso de crack/álcool/outras drogas?	Sim	29.8	18.8	27.4	1.83	1.62	2.07	.000
	A equipe possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos?	Sim	50.2	36.5	47.2	1.76	1.58	1.95	.000
	A equipe realiza ações para pessoas que fazem uso crônico de benzodiazepínicos e necessitam desmame (diminuição da dose)?	Sim	29.2	16.5	26.4	2.08	1.82	2.38	.000
Estratégias de cuidado									
SEM Apoio Matricial em Saúde Mental	Consulta específica com tempo maior.	Sim	41.7	34.1	38.4	1.38	1.24	1.54	.011
	Registro da história de vida.	Sim	42.9	34.4	39.2	1.43	1.29	1.59	.002
	Oferta de algum tipo de atendimento em grupo.	Sim	23.0	15.2	19.7	1.67	1.46	1.91	.005
	Atendimento com profissionais de saúde mental.	Sim	60.0	48.1	54.9	1.62	1.46	1.80	.000
	A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea/urgência para problemas relacionados à saúde mental?	Sim	79.7	72.1	77.1	1.52	1.22	1.89	.000
	A eSF teve preparação para o atendimento dos usuários com transtorno mental?	Sim	33.9	22.6	29.0	1.76	1.57	1.98	.000
	A eSF possui registro dos casos mais graves de usuários com transtorno mental?	Sim	42.5	30.9	37.5	1.66	1.49	1.85	.002
	Há registro de usuários com necessidades por uso de crack/álcool/outras drogas?	Sim	25.9	15.5	21.4	1.91	1.67	2.18	.000
	A equipe possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos?	Sim	45.6	33.7	40.5	1.65	1.48	1.83	.000
	A equipe realiza ações para pessoas que fazem uso crônico de benzodiazepínicos e necessitam desmame (diminuição da dose)?	Sim	22.1	14.3	18.7	1.71	1.48	1.97	.000

11 ANEXO

Matriciamento em Saúde Mental – Análise do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na Atenção Básica

**Giselle Fagundes
Mônica Campos
Sandra Fortes**

Resumo: A prevalência de sofrimento emocional na população atendida pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é alta, mas a capacitação dos profissionais da Atenção Básica (AB) para o cuidado em Saúde Mental (SM) é inadequada. O Apoio Matricial (AM), através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), tem sido considerado como fundamental na qualificação deste cuidado. **Objetivo:** Analisar a qualificação do cuidado em SM na AB através das ações de Apoio Matricial em Saúde Mental (AM em SM). **Método:** Estudo quantitativo (corte transversal) em base de dados secundária do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), de 2012. Foram analisadas as associações entre a realização das diversas ações de matriciamento em SM e o desenvolvimento das estratégias de cuidado integral, avaliadas no instrumento. **Resultados:** Verificou-se que 60% das equipes realizam ações de AM em SM e que as estratégias de cuidado qualificadas em SM são realizadas pelo menos duas vezes mais quando estas ações estão presentes, destacando-se as ações de discussões de caso, consultas conjuntas e construção de projetos terapêuticos (PTS). **Conclusão:** Este estudo traz evidências quantitativas de que o desenvolvimento de ações compartilhadas é determinante para qualificação do cuidado em SM na AB.

Palavras-chave: apoio matricial; saúde mental; atenção básica.

Abstract: Prevalence of emotional distress in the population assisted by teams of the Family Health Strategy is high, but the training of professionals for the primary care for Mental Health care is inadequate. The Matrix Support, enabled through the Family Health Support Centers, is considered fundamental in qualifying mental health care. **Aim:** to assess the qualification of Mental Health care in primary care through the Matrix Support activities in Mental Health. **Methods:** we carried out a quantitative study (crosscutting) in the secondary database from the National Program for Improving Access and Quality of Primary Health Care, 2012. We analyzed associations among many matrix activities in Mental Health and the development of integral care strategies. **Results:** we found out that 60% of the teams carry out Matrix Support activities in Mental Health, and qualified care strategies in Mental Health are performed at least

twice more than regularly when those activities are present. The most prominent activities being discussion of cases, joint doctor's appointments, and construction of therapeutic projects. Conclusion: this study shows quantitative evidence that the development of shared actions is crucial for qualification of Mental Health care in primary care.

Keywords: matrix support; mental health, primary care.

INTRODUÇÃO

O Brasil passa por um processo de transição epidemiológica, desde a década de 1960, que se caracteriza pela predominância de doenças não-transmissíveis (66,3%) em substituição aos adoecimentos e mortes relacionadas às doenças transmissíveis (23,5%). Os transtornos mentais, inseridos no primeiro contexto, representam grande proporção das causas de adoecimento e incapacidade na população brasileira, superando até mesmo as doenças cardiovasculares e o câncer (1).

Em uma perspectiva global, a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2) sinaliza que mais de 450 milhões de pessoas sofrem em decorrência de transtornos mentais, que estes representam quatro entre as dez principais causas de incapacidade no mundo todo e que uma a cada quatro pessoas no mundo desenvolverão ao longo de suas vidas alguma forma de adoecimento psíquico. Apesar de estimativas demonstrarem que aos transtornos mentais pesam cerca de 12% das doenças mundiais (2), os recursos financeiros direcionados ao tratamento de tais morbidades não ultrapassam a marca de 1% na maioria dos países e há grande ausência de políticas públicas específicas de saúde mental em 40% dos países.

A lacuna de tratamento verificada pode superar a marca dos 75% nos países mais pobres (3) e a integração de cuidados em saúde mental na AB colaboram significativamente para amenizar esta realidade (4). A OMS apontou, em relatório

sobre a saúde no mundo, como primeira recomendação para que se desenvolvam qualitativamente as políticas de saúde mental para a população proporcionar cuidado em saúde mental nos dispositivos da atenção primária (5). Aproximadamente 80% da população terá, pelo menos, um atendimento com seu médico de família durante um ano, o que torna a AB um nível privilegiado para identificação de necessidades de cuidado e tratamento.

No Brasil, a AB ganhou destaque no sistema de saúde a partir da década de 1990, quando passou a redirecionar o modelo de assistência no Brasil (6). Com a prerrogativa de ser a coordenadora da rede de saúde e promover cuidado integral, longitudinal e resolver 80% dos problemas de saúde da população do território de sua abrangência (7), a AB já se depara com esta questão. Estudos mostram que mais de 50% dos pacientes em atendimento em unidades da ESF apresentam sofrimento emocional importante e 40% também preenchem critério para serem considerados casos suspeitos de transtornos depressivo-ansiosos (8).

Contudo, observam-se algumas dificuldades no cuidado em SM na AB como a falta de capacitação dos profissionais da AB na intervenção aos sujeitos em sofrimento psíquico. Apesar de se sentirem preparados para o acolhimento do sofrimento apresentado, não possuem ferramentas teóricas e práticas para uma intervenção que considerem ser de qualidade e que promova cuidado para além do emergencial, onde prevalecem sentimentos de medo e incapacidade em relação ao sofrimento psíquico (9)(10). Há também a baixa detecção de transtornos mentais, apresentando uma lacuna que pode alcançar 50% dos casos, além dos frequentes erros diagnósticos (11) e o uso inadequado de psicotrópicos, como por exemplo, a prescrição inapropriada de benzodiazepínicos.

O cuidado colaborativo (*collaborative care*) emerge como proposta de intervenção no desenvolvimento de práticas que visam proporcionar relações de trabalho mais estreitas entre profissionais especializados e da atenção primária, para integrar os cuidados em saúde mental na AB (12). Os cuidados colaborativos, além de se mostrarem muito eficazes no tratamento dos transtornos mentais comuns, também são menos onerosos aos sistemas de saúde. Eles dizem respeito ao compartilhamento de conhecimento, competências, recursos e tomadas de decisão, vêm sendo realizados ao redor do mundo e tem na experiência desenvolvida no Canadá (13) grande inspiração.

O modelo de cuidados colaborativos implementado no Brasil é o Apoio Matricial – AM, termo utilizado inicialmente no final do século XX (14). Propõe um novo modo de organização da saúde, com a estruturação de novos processos de trabalho que envolvam diferentes equipes no cuidado aos sujeitos, numa perspectiva de corresponsabilização dos casos, integrando diferentes especialidades e níveis de cuidado. Como uma concepção inovadora em saúde, o matriciamento é o processo de trabalho em que especialistas prestam suporte para as equipes da AB de modo a produzir melhor assistência aos usuários atendidos neste nível de atenção, por intermédio de ações terapêuticas conjuntas e atividades pedagógicas, assumindo assim um caráter técnico-pedagógico (15).

O matriciamento é uma prática interdisciplinar e a proposta é que profissionais da AB e especialistas de diferentes áreas atuem juntos, com vistas a qualificação do cuidado fornecido na AB e a diminuição de encaminhamentos desnecessários (16), sem de fato haver uma demanda claramente estabelecida que justifique a atenção especializada. A organização do trabalho deve ser dar de modo a fomentar parcerias, onde o ambiente favoreça que os profissionais possam trocar seus saberes, ampliando assim suas concepções sobre adoecimento e formas de tratamento aos sujeitos.

Há, desta maneira, um novo modo de produzir saúde com o compartilhamento do cuidado entre duas ou mais equipes que tem o potencial de modificar não só o processo saúde-doença, mas incide também sobre a realidade das equipes envolvidas e nas comunidades (15). Sua efetivação exige a criação de novas tecnologias de trabalho que se pautem na construção do vínculo, permitam a apreensão das singularidades de cada indivíduo e também os contextos em que elas estão inseridas.

Embora qualquer unidade de saúde possa realizar o matriciamento, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) são equipes em que realizar o apoio matricial é parte intrínseca de seu trabalho. Eles foram implementados em 2008 (17) integrando e dando mais robustez à AB prestada no Brasil, seguindo suas mesmas diretrizes (18). O trabalho realizado pelos Nasf se traduz em ações clínicas conjuntas com os usuários e atividades de educação permanente com os profissionais da ESF, que de maneira frequente ocorrem simultaneamente. Ressalta-se que o AM se implementa a partir de uma pluralidade de novas tecnologias em saúde tais como: consultas conjuntas, discussão de casos, construção de projeto terapêutico; realização de intervenções específicas de SM na AB (tais como grupos terapêuticos); ou ainda, para fortalecimento da integração entre o nível especializado e a AB.

Contudo, a realização do presente estudo ancora-se no fato de que se verificam situações onde ações são realizadas e nomeadas como apoio matricial de maneira equivocada (CHIAVERINI et al., 2011). Ainda persiste a ideia de que o suporte especializado é mais uma oferta na cesta de serviços das unidades básicas, funcionando sob a lógica de encaminhamentos, com agenda para marcação de atendimentos com especialistas, em que predominam relações verticais entre os profissionais (19).

Ademais, diante da relevância do tema para a saúde pública, apesar da existência de uma vasta quantidade de produções científicas que se debruçam a estudar a

integração dos cuidados em SM na AB, por meio do apoio matricial, não foram encontrados estudos quantitativos acerca do impacto do apoio matricial no cuidado em SM na AB, no Brasil.

Deste modo, o presente artigo propõe a realização de uma pesquisa quantitativa que analise os efeitos das ações de matriciamento em saúde mental no cuidado aos sujeitos em sofrimento psíquico na AB.

METODOLOGIA

Fonte de Informação:

Este estudo usa como banco de dados uma fonte de informação secundária que é o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), em seu 1º ciclo de aplicação - 2012. O PMAQ-AB é, atualmente, a principal ferramenta de avaliação e monitoramento das ações da atenção básica que abrange todo país e um instrumento de consolidação da Atenção Básica ao inaugurar um elemento qualitativo ao financiamento ao certificar as equipes de saúde da AB de acordo não só com as características burocráticas do funcionamento de uma unidade de saúde, mas também levando-se em conta a qualidade dos serviços e ações prestadas, ouvindo gestores, trabalhadores e os usuários (20).

O PMAQ-AB, em 2012, era dividido em três módulos: o 1º. direcionado aos gestores (Observação da Unidade de Saúde), o 2º. aos profissionais (Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde) e o 3º. aos usuários (Entrevista na Unidade de Saúde com Usuário). Este estudo terá como base de observação os dados obtidos por questões trazidas no módulo II, uma vez que é neste módulo que podem ser analisados aspectos referentes ao

desenvolvimento do apoio matricial e de seu impacto sobre a qualidade do cuidado aos usuários em sofrimento psíquico.

Variáveis e Indicadores:

Para iniciar a pesquisa foi criada a variável “Apoio Matricial em Saúde Mental” para caracterizar as equipes de Nasf pois esta definição não constava no banco de dados original do PMAQ-AB. Para defini-la utilizou-se como critério a presença no Nasf de pelo menos um profissional das seguintes categorias: psicólogo, assistente social, psiquiatra e terapeuta ocupacional. Tais categorias são elencadas no Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental (2011) como matriciadores em saúde mental na atenção básica. (CHIAVERINI et al., 2011, p. 16).

No PMAQ-AB, em relação ao matriciamento, são definidas 8 ações: consultas clínicas (ação 1); discussão dos casos (ação 2); ações clínicas compartilhadas (ação 3); construção de PTS (ação 4); educação permanente (ação 5); discussão sobre o processo de trabalho (ação 6); ações territoriais (ação 7) e a visitas domiciliares (ação 8). As estratégias de cuidado são definidas por quatro variáveis, quais sejam: consulta específica com tempo maior; registro da história de vida; oferta de algum tipo de atendimento em grupo e atendimento com profissionais de saúde mental – que se referem a qualificação do cuidado pela equipe da ESF. Consideramos então que estudar as associações entre as ações de matriciamento e as estratégias de cuidado permitiria o entendimento da influência daquelas na qualificação do cuidado em SM prestado na AB.

Variáveis pertencentes a outras categorias foram também utilizadas para análise por se referirem diretamente a cuidados da área de saúde mental. São elas: a existência de protocolos que definam diretrizes terapêuticas para o acolhimento das demandas espontâneas e urgências identificadas como sendo relacionadas a problemas de saúde

mental; a preparação das equipes no trato com os usuários com transtorno mental no cotidiano; a existência de registro dos casos mais graves de usuários com transtorno mental; o registro de casos de usuários com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; registro dos usuários que fazem uso crônico de benzodiazepínicos; bem como, a identificação das equipes que realizam ações direcionadas a diminuição da dose de benzodiazepínicos.

Para efeito de análise e discussão da temática, a partir dos dados optou-se por agregar as dez variáveis referentes às estratégias de cuidado descritas anteriormente, formando quatro novas categorias, elaboradas conforme a seguinte agregação:

Qualificação da Clínica (QC);

- “consulta específica com tempo maior”
- “registro da história de vida”

Desenvolvimento de Novas Tecnologias (DNT);

- “oferta de algum tipo de atendimento em grupo”
- “atendimento com profissionais de saúde mental”
- “a equipe realiza ações para pessoas que fazem uso crônico de benzodiazepínicos e necessitam desmame (diminuição da dose)?”

Gestão do Caso (GC) e

- “a equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea/urgência para problemas relacionados à saúde mental?”,
- “a eSF teve preparação para o atendimento dos usuários com transtorno mental?”

Qualificação do Registro (QR).

- “a eSF possui registro dos casos mais graves de usuários com transtorno mental?”,
- “há registro de usuários com necessidades por uso de crack/álcool/outras drogas?”,
- “a equipe possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos?”.

De modo a identificar a existência ou não de associação (influência) entre tais ações de matriciamento e as estratégias de cuidado será aplicado o teste qui-quadrado, ao nível de significância de 95%, utilizando o programa SPSS, considerando-se a presença ou não de apoio matricial em saúde mental (AM em SM). Para mensurar e analisar a magnitude e direção do efeito de cada uma das ações de matriciamento separadamente em relação às estratégias de cuidado serão calculados seus Odds Ratio (OR), e respectivos intervalos de confiança, em nível agregado e desagregado.

Cabe ressaltar que quando não há presença de AM em SM significa que existem outros tipos de matriciamento sendo executados. Por isso, nenhuma das respostas “não” tem como valor o zero.

RESULTADOS

Em 2012 participaram do PMAQ-AB 15.120 eSF e destas 9.057 informaram realizar ações de AM em SM, ou seja, 60% das equipes formam o universo de análise deste estudo. Dentre as oito ações de matriciamento em SM aqui investigadas, aquela declarada como a mais frequente entre as eSF foi a “ação 1” (consultas clínicas), realizada por 85% das equipes, enquanto que a menos executada foi a “ação 6” (discussão sobre o processo de trabalho), apenas em 24,5%. Em relação ao efeito quando há ou não apoio AM em SM, observa-se que todas as oito ações têm maior

chance de serem realizadas quando têm-se também a presença do AM em SM. Por exemplo, para a “ação 8” (visitas domiciliares) é possível notar-se que ao se desconsiderar o AM em SM tem-se cerca de 60% de realização desta, porém quando há AM em SM esta proporção atinge aproximadamente 80% (OR = 2,72 – **Tabela 1**).

No tocante às estratégias de cuidado, observa-se que o “Desenvolvimento de Novas Tecnologias” é a mais realizada, em 65,1% das equipes, enquanto que a “Gestão do Caso” é realizada em apenas 47,7% das equipes, sendo assim a menos realizada. Essas duas categorias também são as que sofrem maior influência da realização ou não do AM em SM. O DNT é realizado por 56,3% das eSF quando não há AM em SM e esta percentagem salta para 73% na presença do AM (OR=2,09), como é demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 Distribuição proporcional das ações de matriciamento e estratégias de cuidados segundo a eSF ter ou não apoio matricial em saúde mental (profissionais do NASF). Brasil, 2012.

Variáveis de investigação		Apoio Matricial em Saúde Mental - NASF (*)					
		Sim	Não	Total	OR	IC 95%	
		%Col	%Col	%Col		Inf	Sup
Ações de matriciamento	Resposta	N=9057	N=6063	N=15120			
Ação 1 - Consultas clínicas de pacientes da atenção básica (AB).	Sim	87.6	81.0	85.0	1.65	1.51	1.80
Ação 2 - Discussão de casos clínicos, eventos sentinelas, casos difíceis e desafiadores.	Sim	77.0	61.1	70.6	2.13	1.98	2.29
Ação 3 - Ações clínicas compartilhadas com profissionais da equipe de AB.	Sim	76.8	59.5	69.8	2.25	2.10	2.42
Ação 4 - Construção conjunta de projetos terapêuticos com profissionais da AB.	Sim	61.1	39.5	52.5	2.40	2.25	2.57
Ação 5 - Atividades de educação permanente conjuntamente com profissionais da AB	Sim	67.8	46.3	59.2	2.43	2.28	2.60
Ação 6 - Discussões sobre o processo de trabalho da equipe de atenção básica e também do próprio apoio matricial.	Sim	24.5	18.1	21.9	1.46	1.35	1.59
Ação 7 - Organizam intervenções no território em conjunto com sua equipe.	Sim	70.0	50.7	62.3	2.26	2.12	2.42
Ação 8 - Realizam visitas domiciliar com os profissionais da sua equipe.	Sim	78.2	56.8	69.6	2.72	2.53	2.92
Estratégias de cuidado							
Qualificação da Clínica (QC)	Sim	57.4	46.8	52.4	1.52	1.43	1.62
Desenvolvimento de novas tecnologias (DNT)	Sim	73.0	56.3	65.1	2.09	1.96	2.23
Gestão do Caso (GC)	Sim	55.5	38.8	47.7	1.96	1.85	2.09
Qualificação do registro (QR)	Sim	64.2	53.1	59.0	1.57	1.48	1.67

* Todas as associações (OR's) são estatisticamente significativas com p_valor < 5%.

O principal destaque da *Tabela 2*, que traz a distribuição das razões de chance (OR) entre as estratégias de cuidados e as ações de matriciamento com e sem AM em SM, diz respeito ao fato de que todas as associações entre as oito ações de AM em SM com as quatro categorias de estratégias de cuidado mostraram-se positivas e significativas estatisticamente ($p_valor < 5\%$), apontando para ocorrência de uma melhor atenção ao cuidado em saúde mental na ESF quando estas ações são realizadas. Além disso, é importante ressaltar que tais associações se expressaram de forma mais acentuada, ou seja, mais fortes (com maiores valores) na situação na qual contou-se com o AM em SM, à exceção da “ação 1” (consultas clínicas), frente à estratégia de cuidado DNT, $OR=1.54$ x $OR= 1,71$ em situação com apoio matricial x sem apoio matricial, respectivamente.

Quanto à “Qualificação da Clínica”, sem apoio matricial, ao realizar-se a “ação 1” (consultas clínicas), observa-se uma associação invertida e tênue (bem próximo de 1 com $OR=0,96$), mais uma vez apontando para a força do AM em SM ($OR=1,28$). Considerando-se apenas as eSF respondentes que declararam ter AM em SM, ao comparar-se o efeito das oito ações conjuntamente sobre às 4 categorias de estratégia de cuidado, observa-se que a “ação 2” (discussão de casos clínicos) foi a que se mostrou como a mais eficiente (associada com maior magnitude) em todas as estratégias de cuidado. Está foi seguida de perto, quanto à eficiência pela “ação 4” (construção de PTS) e a “ação 3” (ações clínicas compartilhadas). Por outro lado, a “ação 1” (consultas clínicas), foi a que teve menor efeito, embora positivo (*Tabela 2*).

Tabela 2 Distribuição das razões de chance (OR) entre as estratégias de cuidados e as ações de matriciamento na atenção básica (ação 1 a 8), em eSF COM e SEM apoio matricial em saúde mental. Brasil, 2012.

Estratégias de cuidado*		Resposta	Ação 1 OR	Ação 2 OR	Ação 3 OR	Ação 4 OR	Ação 5 OR	Ação 6 OR	Ação 7 OR	Ação 8 OR
COM Apoio Matricial em Saúde Mental	Qualificação da Clínica	Sim	1.28	2.45	2.42	2.30	1.98	1.71	2.10	1.88
	Desenvolvimento de novas tecnologias	Sim	1.54	3.27	2.82	3.10	2.24	2.10	2.29	2.04
	Gestão do Caso	Sim	1.34	3.27	2.80	3.15	2.66	2.20	2.45	1.97
	Qualificação do registro	Sim	1.36	2.20	2.11	2.14	1.97	1.72	2.02	1.95
Estratégias de cuidado*										
SEM Apoio Matricial em Saúde Mental	Qualificação da Clínica	Sim	0.96	1.95	1.83	2.20	1.85	1.17	1.71	1.41
	Desenvolvimento de novas tecnologias	Sim	1.71	2.38	2.21	2.47	2.02	1.60	1.86	1.67
	Gestão do Caso	Sim	1.26	2.47	2.17	2.80	2.43	1.70	2.22	1.97
	Qualificação do registro	Sim	1.30	1.85	1.75	1.90	1.77	1.26	1.70	1.69

* Todas as associações (OR's) são estatisticamente significativas com p_valor < 5%.

Nota: **ação 1**- Consultas clínicas de pacientes da atenção básica (AB); **ação 2** - Discussão de casos clínicos, eventos sentinelas, casos difíceis e desafiadores; **ação 3** - Ações clínicas compartilhadas com profissionais da equipe de AB; **ação 4** - Construção conjunta de projetos terapêuticos com profissionais da AB; **ação 5** - Atividades de educação permanente conjuntamente com profissionais da AB; **ação 6** - Discussões sobre o processo de trabalho da equipe de atenção básica e também do próprio apoio matricial; **ação 7** - Organizam intervenções no território em conjunto com sua equipe; **ação 8** - Realizam visitas com os profissionais da sua equipe.

Devido ao fato de que as ações 2 (discussão de casos), 3 (ações clínicas compartilhadas) e 4 (construção de PTS) terem se mostrado as mais eficientes na obtenção de melhores resultados nas estratégias de cuidado, essas ações foram analisadas de forma mais detalhada (*Tabela 3*,

Tabela 54 e *Tabela 5*). Os resultados apresentam os efeitos de cada uma das referidas ações em particular sobre as estratégias de cuidado, considerando as categorias em dois níveis de análise: agregadas e desagregadas.

De modo geral, nas três tabelas apresentadas a seguir vê-se que as ações nelas destacadas tem maiores efeitos nas seguintes estratégias de cuidado: Desenvolvimento de Novas Tecnologias e Gestão do Caso, com indicadores de associação de forte magnitude. Observa-se três vezes mais chance de ocorrência dessas estratégias ao realizar-se discussão de casos graves, ações clínicas compartilhadas, bem como ao fazer-se a construção conjunta do PTS. Além disso, descendo-se no nível de análise mais desagregado dessas estratégias, verifica-se que a maior influência de todas as ações é sobre a “oferta de algum tipo de atendimento em grupo” (OR= 4,15 para a ação 2; OR=3,11 para ação 4 e OR= 3,64 para a ação 3).

Tabela 3 Distribuição proporcional das estratégias de cuidados segundo a realização da **ação 2** de matriciamento (discussão de casos clínicos/eventos sentinelas/casos difíceis) em eSF COM apoio matricial em saúde mental. Brasil, 2012.

Variáveis de investigação: ações de matriciamento		Discussão de casos clínicos/eventos sentinelas/casos difíceis						
		Resposta	Sim	Não	Total	OR*	IC 95%	
			%Col N=	%Col N=	%Col N =		Inferior	Superior
COM Apoio Matricial em Saúde Mental	Qualificação da Clínica	Sim	62.6	40.5	57.5	2.45	2.22	2.71
	Consulta específica com tempo maior.	Sim	49.6	31.3	45.4	2.16	1.95	2.40
	Registro da história de vida.	Sim	54.2	31.0	48.9	2.64	2.38	2.94
	Desenvolvimento de novas tecnologias	Sim	79.0	53.5	73.1	3.27**	2.95	3.63
	Oferta de algum tipo de atendimento em grupo.	Sim	40.7	14.2	34.6	4.15**	3.63	4.74
	Atendimento com profissionais de saúde mental.	Sim	73.0	47.3	67.1	3.01**	2.71	3.33
	A equipe realiza ações para pessoas que fazem uso crônico de benzodiazepínicos e necessitam desmame (diminuição da dose)?	Sim	30.2	13.7	26.4	2.77	2.41	3.18
	Gestão do Caso	Sim	62.3	33.5	55.7	3.28**	2.96	3.63
	A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea/urgência para problemas relacionados à saúde mental?	Sim	84.0	66.8	81.7	2.60	2.13	3.17
	A eSF teve preparação para o atendimento dos usuários com transtorno mental?	Sim	43.6	22.1	38.7	2.72	2.42	3.05
	Qualificação do registro	Sim	68.7	49.9	64.3	2.20	1.99	2.43
	A eSF possui registro dos casos mais graves de usuários com transtorno mental?	Sim	51.1	28.8	46.0	2.59	2.33	2.88
	Há registro de usuários com necessidades por uso de crack/álcool/outras drogas?	Sim	31.0	15.3	27.4	2.49	2.18	2.83
	A equipe possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos?	Sim	50.3	36.7	47.2	1.75	1.58	1.93

* Todas as associações (OR's) são estatisticamente significativas com p_valor < 5%. ** OR>3.00.

Tabela 4 Distribuição proporcional das estratégias de cuidados segundo a realização da **ação 3** de matriciamento (ações clínicas compartilhadas com profissionais da atenção básica) em eSF com apoio matricial em saúde mental. Brasil, 2012.

Variáveis de investigação: ações de matriciamento		Ações clínicas compartilhadas com profissionais da AB					
		Respos ta	Sim %Col N=	Não %Col N=	Total %Col N =	OR*	IC 95% Inferior Superior
COM Apoio Matricial em Saúde Mental	Qualificação da Clínica	Sim	62.5	40.8	57.5	2.43	2.20 2.68
	Consulta específica com tempo maior.	Sim	49.8	30.8	45.4	2.22	2.00 2.47
	Registro da história de vida.	Sim	54.0	32.1	48.9	2.48	2.24 2.75
	Desenvolvimento de novas tecnologias	Sim	78.3	56.1	73.1	2.82*	2.55 3.13
	Oferta de algum tipo de atendimento em grupo.	Sim	39.8	17.5	34.6	3.11**	2.75 3.52
	Atendimento com profissionais de saúde mental.	Sim	72.2	50.0	67.1	2.60	2.35 2.88
	A equipe realiza ações para pessoas que fazem uso crônico de benzodiazepínicos e necessitam desmame (diminuição da dose)?	Sim	29.8	15.3	26.4	2.39	2.09 2.73
	Gestão do Caso	Sim	61.6	36.3	55.7	2.80*	2.53 3.10
	A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea/urgência para problemas relacionados à saúde mental?	Sim	83.9	68.9	81.7	2.35	1.93 2.85
	A eSF teve preparação para o atendimento dos usuários com transtorno mental?	Sim	43.0	24.1	38.7	2.38	2.12 2.66
	Qualificação do registro	Sim	68.5	50.7	64.3	2.17	1.92 2.34
	A eSF possui registro dos casos mais graves de usuários com transtorno mental?	Sim	50.3	31.7	46.0	2.18	1.69 2.41
	Há registro de usuários com necessidades por uso de crack/álcool/outras drogas?	Sim	30.5	17.3	27.4	2.09	1.85 2.37
	A equipe possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos?	Sim	50.5	36.1	47.2	1.81	1.63 2.00

* Todas as associações (OR's) são estatisticamente significativas com p_valor < 5%. ** OR > 2.80.

Tabela 5 Distribuição proporcional das estratégias de cuidados segundo a realização da **ação 4** de matriciamento (construção conjunta dos Projetos Terapêuticos Singulares) em eSF com apoio matricial em saúde mental. Brasil, 2012.

Variáveis de investigação: ações de matriciamento		Construção conjunta dos Projetos Terapêuticos Singulares					
		Respos ta	Sim %Col N=	Não %Col N=	Total %Col N =	OR*	IC 95% Inferior Superior
Estratégias de cuidado							
COM Apoio Matricial em Saúde Mental	Qualificação da Clínica	Sim	65.4	45.0	57.5	2.30	2.11 2.51
	Consulta específica com tempo maior.	Sim	52.1	34.8	45.4	2.04	1.87 2.23
	Registro da história de vida.	Sim	57.7	34.9	48.9	2.54	2.33 2.78
	Desenvolvimento de novas tecnologias	Sim	81.9	59.3	73.1	3.10*	2.82 3.41
	Oferta de algum tipo de atendimento em grupo.	Sim	44.9	18.3	34.6	3.64*	3.29 4.03
	Atendimento com profissionais de saúde mental.	Sim	75.7	53.5	67.1	2.71	2.48 2.97
	A equipe realiza ações para pessoas que fazem uso crônico de benzodiazepínicos e necessitam desmame (diminuição da dose)?	Sim	32.9	16.2	26.4	2.64	2.36 2.94
	Gestão do Caso	Sim	66.5	38.7	55.7	3.15*	2.89 3.44
	A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea/urgência para problemas relacionados à saúde mental?	Sim	85.9	69.4	81.7	2.68	2.27 3.16
	A eSF teve preparação para o atendimento dos usuários com transtorno mental?	Sim	46.9	25.7	38.7	2.55	2.32 2.80
	Qualificação do registro	Sim	71.2	53.6	64.3	2.14	1.95 2.33
	A eSF possui registro dos casos mais graves de usuários com transtorno mental?	Sim	53.6	33.9	46.0	2.25	2.06 2.46
	Há registro de usuários com necessidades por uso de crack/álcool/outras drogas?	Sim	33.5	17.9	27.4	2.31	2.08 2.56
	A equipe possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos?	Sim	52.4	38.9	47.2	1.73	1.58 1.88

Todas as associações (OR's) são estatisticamente significativas com p_valor < 5%. ** OR > 3,0.

DISCUSSÃO

O panorama geral deste estudo demonstra que pelo menos 60% das equipes declararam realizar as ações de matriciamento na presença de AM em SM, com exceção da “ação 6” (discussões sobre o processo de trabalho e do próprio apoio matricial) realizada por apenas 24% destas equipes. Já as estratégias de cuidado, são realizadas por pelo menos 55% das equipes, mas atinge no máximo 73% das equipes. Todas as ações de matriciamento e estratégias de cuidado são potencializadas quando há a realização do AM em SM, apresentando um aumento de duas vezes mais na sua frequência

Das oito ações de matriciamento, três destacam-se mais quanto a sua influência positiva na qualificação do cuidado: discussão de casos (ação 2), ações clínicas compartilhadas (ação 3) e construção conjunta de PTS (ação 4). Elas são realizadas por 77%, 76,8% e 61,1% das equipes, respectivamente. Quando tais ações são implementadas, todas as estratégias de cuidado são realizadas pelo menos duas vezes mais – as demais ações de matriciamento também apresentam associações positivas, porém mais fracas.

A discussão de casos (ação 2) é um procedimento altamente rotineiro nas unidades de saúde. Contudo, a riqueza da utilização desta ferramenta, com a presença de profissionais do apoio matricial, encontra-se no fato de uma equipe interdisciplinar se debruçar sobre os casos e com isso fazer emergir diferentes visões sobre o processo de adoecimento dos sujeitos, bem como múltiplas propostas de cuidado. Há, desta forma, uma ampliação do escopo da compreensão sobre os transtornos mentais. É indicado pelo Guia de Matriciamento (16) um roteiro para discussão de casos em AM de SM, que contempla uma vasta gama de elementos, como o problema apresentado, a configuração familiar e a rede social de cada indivíduo. As ações clínicas compartilhadas (ação 3) se configuram como a principal ferramenta do AM e objetivam o desenvolvimento de

práticas terapêuticas integrais. Elas integram os caracteres assistenciais e pedagógicos das ações de saúde, ao reunir diferentes atores e saberes em um processo de aprimoramento conjunto (21). Seu grande potencial está ancorado no fornecimento de bases de atuação para que os profissionais da AB desenvolvam competências para o cuidado das questões psíquicas apresentados por seus usuários (22), auxiliando na melhora da qualidade do atendimento prestado e na resolutividade dos casos sem a necessidade de encaminhamentos constantes.

Já o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um instrumento da Clínica Ampliada e resulta de trocas entre a equipe multidisciplinar em que são definidas diretrizes terapêuticas que incluam os recursos das unidades de saúde e intersetoriais, além das ferramentas existentes no território, na família e nos próprios usuários (23). Nas unidades de AB, a construção conjunta do PTS envolvendo as equipes da ESF e Nasf revela-se uma tecnologia inovadora e particularmente indicada nos casos mais graves e complexos (24).

Importante destacar que o Desenvolvimento de Novas Tecnologias e a Gestão do Caso são as estratégias de cuidado mais afetadas. Tais estratégias são implementadas mais vezes na ocorrência de todas as ações de AM em SM, sendo realizadas três vezes mais associadas às ações 2 (discussão dos casos) e 4 (construção de PTS), e pouco mais de duas vezes e meia associadas à ação 3 (ações clínicas compartilhadas).

Em análise num nível desagregado da categoria Desenvolvimento de Novas Tecnologias, observa-se que as três ações destacadas afetam, de maneira regular, cada estratégia de cuidado, mas têm influência mais efetiva sobre a oferta de atendimento em grupo. Desta forma, pode-se afirmar que o AM em SM proporciona uma maior oferta de atividades em grupo aos usuários em sofrimento psíquico atendidos na AB, chegando a ser oferecido quatro vezes mais na presença de AM em SM. Esta constatação é de suma

relevância um vez que a participação em grupos tem alto potencial transformador e pode auxiliar as pessoas com transtorno mental na criação de novos vínculos sociais, em sua melhor circulação pelo território e no desenvolvimento de maior autonomia em seu próprio tratamento (25).

O atendimento com profissionais de saúde mental aumenta em pelo menos duas vezes e meia, o que demonstra que o AM em SM proporciona mais acesso da população à profissionais especializados. Por fim, na categoria DNT, as intervenções para diminuição de doses de benzodiazepínicos são as menos afetadas, entretanto, ainda assim realizadas pelo menos duas vezes mais na presença do AM em SM. Segundo dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de 2007 a 2010 tal classe de medicamento controlado foi a mais utilizada pela população brasileira (25) e como seu uso inadequado e prolongado pode causar dependência, transformou-se em um problema de saúde pública no país.

Na Gestão do Caso, em nível desagregado, a diferença entre o efeito nas estratégias de cuidado é sutil. Destaca-se a preparação das equipes de AB para o atendimento à usuários com transtorno mental como estratégia mais implementada, sofrendo maior influência positiva das ações 2 (discussão de casos) e 3 (ações clínicas compartilhadas). A existência de diretrizes para o acolhimento inicial às demandas de saúde mental se associou positivamente, embora com menor intensidade, à ação 4 (construção conjunta do PTS).

Os efeitos nestas estratégias de cuidado são particularmente importante, pois interferem diretamente na capacidade resolutive da AB nos casos de SM e são determinantes na adesão ou não do usuário ao tratamento. Os dados evidenciam que o AM está conseguindo de fato fornecer subsídios aos profissionais da AB para que possam atuar com mais qualidade nos casos de SM, auxiliando na superação da falta de

capacitação dos profissionais da AB. A existência de diretrizes terapêuticas voltadas para o acolhimento é essencial. Trata-se de uma ação técnico-assistencial (26) com a proposta de qualificação da escuta e início da construção de vínculo dos usuários com os profissionais e serviços de saúde, o que faz total diferença para a adesão às propostas terapêuticas.

A Qualificação da Clínica, por sua vez, sofre maior influência das ações 2 (discussão de casos) e 3 (ações clínicas compartilhadas), respectivamente, seguida da ação 4 (construção conjunta do PTS), porém com diferença pequena na força da interferência entre as ações. Ao nível desagregado o registro mais detalhado sobre a história de vida dos usuários sofreu maior influência do que o maior tempo de consulta, na ocorrência das três ações.

A Qualificação do Registro, em comparação às outras três categorias de estratégias de cuidado, é a que demonstra menor efeito no desempenho, porém com associação positiva com todas as ações. Sob influência das três ações destacadas de AM em SM os registros são feitos duas vezes mais e tal padrão é visto também na análise desagregada desta estratégia de cuidado. A exceção está no registro das pessoas que fazem uso crônico de benzodiazepínicos, sendo realizado apenas uma vez mais.

O registro é algo altamente importante pois permite saber a situação de saúde dos indivíduos, famílias e território e fornece subsídios para que as ações sejam direcionadas para cada público alvo de maneira mais efetiva (27). Saber a quantidade de casos com transtorno mental grave, de pessoas que fazem uso prejudicial de algum tipo de droga e de benzodiazepínicos, por exemplo, auxilia na tomada de decisões sobre quais estratégias de cuidado são necessárias.

Todas as estratégias de cuidados são potencializadas sob a influência das ações de AM em SM. De modo geral, tanto em nível agregado como desagregado, são

implementadas de duas a três vezes mais. As três ações investigadas de maneira mais minuciosa apontaram seus efeitos relevantes, na qualificação do cuidado. Cabe, contudo, salientar que tanto a discussão de casos (ação 2), como a construção conjunta do PTS (ação 4) são atividades que fazem parte das ações clínicas compartilhadas. Este resultado demonstra que o AM em SM se faz mais eficaz quando envolve o trabalho conjunto entre os profissionais da AB e da saúde mental, pensando e atuando nos casos, e superam as atividades de educação permanente quando realizadas isoladamente.

Os resultados deste estudo confirmam e geram evidências de que o trabalho integrado e o modelo de cuidados colaborativos, com o desenvolvimento de ações compartilhadas de maneira interdisciplinar é o que realmente se traduz em efeitos na qualificação do cuidado em SM na AB. Foram utilizados para tal, de maneira inédita até o momento, dados obtidos através da aplicação do principal instrumento avaliativo da AB do Brasil. O presente estudo traz como inovação a investigação quantitativa acerca dos efeitos do apoio matricial no cuidado ao usuário e a utilização dos dados do PMAQ-AB para tal.

É importante ponderar que as ações de matriciamento ainda estão sendo implementadas de maneira insuficientes nas diferentes unidades do SUS. A amplitude da ocorrência de transtornos mentais na população e o entendimento que todas as ações de cuidado em saúde envolvem o cuidado em saúde mental, aponta que este não pode ser configurado como um campo em separado. Os resultados apresentados confirmam estas afirmativas, demonstrando que o cuidado em saúde mental se faz presente de 55% a 73% das equipes.

Soma-se a esta análise o fato de que os resultados são obtidos pelas respostas dos profissionais da AB. Frente a um cenário de precarização do SUS e diante de um sistema avaliativo que está associado a obtenção de recursos financeiros para o serviço,

há que se considerar a possibilidade de um viés que supervalorize as respostas fornecidas. Entende-se ainda como limitações deste estudo a impossibilidade de comparação entre os ciclos do PMAQ-AB, uma vez que as questões relacionadas ao apoio matricial sofreram alterações substanciais que prejudicaram a qualidade da investigação. Este estudo apresenta limitações em seu escopo pois não abordamos as avaliações de usuários ou de profissionais dos CAPS e Nasf. A falta de informações acerca da percepção dos usuários sobre as ações de matriciamento e o cuidado em SM na AB, baseia-se no fato de as perguntas do PMAQ-AB direcionadas aos usuários se referirem apenas a questões de acesso. E a falta de avaliação do AM desenvolvidas pelos CAPS's e Nasf a partir das respostas dos profissionais destas unidades só foi realizado em 2014, não fazendo parte do escopo do estudo.

É de suma importância que mais estudos sejam realizados abordando a temática do apoio matricial através de metodologia quantitativa, pois a ausência destes dados enfraquece a análise do modelo de cuidado e a avaliação de sua implementação nas políticas públicas. Tal constatação se evidenciada nas mudanças da proposta de trabalho atual do Nasf, com redução significativa da sua força de trabalho, justificada pela ausência de evidências de sua efetividade. Há que se acrescentar que o PMAQ-AB é o único instrumento de abrangência nacional que avalia de maneira tão extensa a política de atenção básica e seu objetivo de avaliação fica frágil se os dados não são explorados em sua potência máxima.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schramm JM de A, Oliveira AF de, Leite I da C, Valente JG, Gadelha ÂMJ, Portela MC, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(4):897.
2. Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OPAS/OMS; 2001.
3. World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse. Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. Geneva: WHO Press; 2008.
4. Poletto AR, Gontijo LA. Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: Uma perspectiva global. 2008 [citado 5 de outubro de 2017]; Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2013_TN_STO_180_026_23287.pdf
5. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo. 2001;Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança.
6. Giovanella L, organizador. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2a ed. rev. e ampliada. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz : Centro Brasileiro de Estudos da Saúde; 2012. 1097 p.
7. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002. 151 p.
8. Gonçalves DA, Mari J de J, Bower P, Gask L, Dowrick C, Tófoli LF, et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cad Saúde Pública*. março de 2014;30(3):623–32.
9. Lima FG, Siciliani CC, Drehmer LBR. O perfil atual da saúde mental na atenção primária brasileira. :6.
10. Figueiredo MD, Campos RO. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciênc Saúde Coletiva*. fevereiro de 2009;14(1):129–38.
11. Chazan LF, Impagliazzo SP, Silva AM, Alves KVG, Albuquerque AB, Ciuffo RS. Trabalho colaborativo em saúde mental. *Rev Hosp Univ Pedro Ernesto* [Internet]. 19 de setembro de 2016 [citado 31 de outubro de 2018];15(3). Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/29453>
12. Ivbijaro GO, Enum Y, Khan AA, Lam SS-K, Gabzdyl A. Collaborative Care: Models for Treatment of Patients with Complex Medical-Psychiatric Conditions. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. novembro de 2014 [citado 23 de setembro de 2018];16(11). Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s11920-014-0506-4>

13. Kates N. Mental Health and Primary Care: Contributing to Mental Health System Transformation in Canada. *Can J Commun Ment Health*. dezembro de 2017;36(4):33–67.
14. Campos GW de S, others. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 1999 [citado 5 de outubro de 2017]; Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v4n2/7121.pdf>
15. Campos GW de S, Domitti AC, others. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2007 [citado 4 de outubro de 2017]; Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v23n2/16.pdf>
16. Chiaverini DH, Gonçalves DA, Ballester D, Tófoli LF, Chazan LF, Almeida N, et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental [Internet]. Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa Coletiva; 2011 [citado 5 de outubro de 2017]. Disponível em: <http://repositorio.caminhosdocuidado.org/bitstream/handle/581/1/Guia%20pr%C3%A1tico%20de%20matriciamento%20em%20sa%C3%BAde%20mental.pdf>
17. Brasil. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF [Internet]. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html
18. BARROS CF, PILLON S. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. NÚCLEO APOIO À SAUDE Fam Ferram Para Gest E Para O Trab Cotid. 2014;1.
19. Jorge MA, Carvalho MC de A, Silva PRF da, organizadores. Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro, RJ: Editora FIOCRUZ; 2014. 295 p.
20. Pinto HA, Sousa ANA de, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: faces de uma política inovadora. *Saúde Em Debate* [Internet]. 2014 [citado 5 de outubro de 2017];38(special). Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-1104.2014S027>
21. Filho J de M. Consulta Conjunta: uma Estratégia de Capacitação para a Atenção Integral à Saúde. 2005;5.
22. Fortes, Sandra, Furlanetto, Letícia, Luiz Chazan. Modelo para a implantação de interconsulta e consulta conjunta com a equipe do Programa de Saúde da Família (PSF). 2005 [citado 6 de novembro de 2018]; Disponível em: http://www.congressoabp.org.br/boletim/exibBoletim/?bol_id=4&boltex_id=20
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. [Internet]. [citado 6 de

novembro de 2018]. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf

24. CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G. W. de S. (Org). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 837-868. [Internet]. [citado 13 de novembro de 2018]. Disponível em: <http://professor-ruas.yolasite.com/resources/Tratado%20de%20Saude%20Coletiva.pdf>

25. Minozzo F, Kammzetsler CS, Debastiani C, Fait CS, Paulon SM. Grupos de saúde mental na atenção primária à saúde. *Fractal Rev Psicol.* agosto de 2012;24(2):323–40.

26. Brasil, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília, D.F.: Editora MS; 2009.

27. Fraga L, Carneiro CCG, Fraga L, Carneiro CCG. Saúde coletiva: teoria e prática. Jairnilson Silva Paim e Naomar de Almeida-Filho (orgs.). 1.ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. 720p. *Trab Educ E Saúde.* março de 2016;14(1):313–5.