

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
DOUTORADO EM PSICOLOGIA**

**APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL: TECENDO NOVAS FORMAS DE  
RELAÇÃO E INTERVENÇÃO**

**ALICE HIRDES**

**Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia.**

**Porto Alegre  
Dezembro, 2013**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**  
**DOUTORADO EM PSICOLOGIA**

**APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL: TECENDO NOVAS FORMAS DE  
RELAÇÃO E INTERVENÇÃO**

**ALICE HIRDES**

**ORIENTADOR: Profa. Dra. HELENA B. K. SCARPARO**

Tese de Doutorado realizada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Psicologia. Área de Concentração em Psicologia social.

**Porto Alegre**  
**Dezembro, 2013**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**  
**DOUTORADO EM PSICOLOGIA**

**APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL: TECENDO NOVAS FORMAS DE  
RELAÇÃO E INTERVENÇÃO**

**ALICE HIRDES**

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

**ERNESTO VENTURINI – OMS**

**OSWALDO YOSHIMI TANAKA – USP**

**PEDRINHO ARCIDES GUARESCHI – UFRGS**

**Porto Alegre**  
**Dezembro, 2013**

## DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado à Lisandra da Silva (*in memoriam*), colega que se dedicou a qualificar a Atenção Primária e a docência.

Aos profissionais anônimos dos serviços de saúde e saúde mental, que trabalham no cotidiano para aliviar o sofrimento humano.

Às pessoas atendidas nos serviços nas práticas acadêmicas, com as quais aprendemos e ressignificamos o conceito de cuidado.

## AGRADECIMENTOS

Aos profissionais participantes deste estudo que se dedicam a transformar cenários e sofrimentos. O meu agradecimento à disponibilidade em diferentes momentos para compartilhar de uma prática inovadora e singular. Assim como pela generosidade de acolher acadêmicos, para que estes possam, no futuro, trabalhar para a descentralização em saúde mental e a integralidade da atenção.

À minha família, que no último ano teve que conviver com a minha presença “ausente”, e pelo apoio incondicional durante o processo de escrita. Ao Elton, pelo amor, suporte, companheirismo e dedicação à nossa família. À minha mãe, pessoa doce, meiga, que soube ser presença silenciosa e amorosa. Ao Max, à Emília e Osmar (*in memoriam*) pelos valores e princípios que souberam transmitir. A eles agradeço o amor e os aprendizados de generosidade e cuidado.

À minha orientadora, Dra. Helena B. K. Scarparo, pelos muitos aprendizados durante o percurso do doutorado. Pelo acolhimento e pela liberdade na construção do projeto e da escrita da tese e por ter respeitado os meus momentos. Sobretudo, pela compreensão de que existe “vida”, leia-se no caso família, além do doutorado.

À Dra. Ângela Leggerini de Figueiredo, por ter-me apresentado à minha orientadora e pelo incentivo ao ingresso no doutorado.

À Maira Kelly pelo comprometimento e dedicação na transcrição das entrevistas. Desejo que esta primeira experiência na introdução da pesquisa possa levá-la a alcançar outros voos no futuro, independente da área de atuação profissional.

Aos colegas e amigos do grupo de pesquisa, pelos momentos compartilhados durante esses três últimos anos. A Thaís Sottili, pela transcrição dos grupos focais. À amizade estabelecida com colegas de outros grupos.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PUCRS, o meu agradecimento pelas trocas e aprendizados.

À Universidade de Caxias do Sul, nas pessoas dos Professores Tanara Michielin e Rossano Sartori, pela liberação das atividades acadêmicas pelo período de dois anos. Sem isso, possivelmente não teria finalizado a tese em três anos.

Aos alunos de graduação e pós-graduação, pelas trocas que enriquecem a vida pessoal e profissional e redimensionam o meu fazer. A opção pela docência, para além da transmissão de conhecimentos, envolve o olhar para as dificuldades e potencialidades de cada pessoa, para

que possam tornar-se empreendedoras de si mesmas. Assim, cabe a constatação de que tenho recebido muito mais dos meus alunos, em termos de reconhecimento, afeto e amizade do que poderia supor no início de minha carreira. Nesse sentido, expresso a minha felicidade e realização na opção pela carreira docente.

Ao Gerson, pelo aprendizado de olhar o cenário mais amplo e introduzir-me à comunicação não violenta. Sobretudo, por semear a comunicação dialógica nos diferentes espaços do território. Ela faz a diferença nos grupos e junto ao trabalho como apoiador matricial. Pela sabedoria de agir com compassividade frente à aridez nas relações e interações do mundo contemporâneo, marcado pela pressa, pela indiferença ao outro. E por proporcionar que as pessoas do seu convívio – usuários, colegas e acadêmicos – possam optar por formas de comunicação inclusivas.

À Dra. Mariana Barcinzki, pela leitura minuciosa e pelas contribuições como relatora do projeto. E também pela disponibilidade de fazer-se presente na banca de defesa.

Ao Dr. Pedrinho Arcides Guareschi, por ter integrado a banca de qualificação e pelas contribuições e sugestões ao projeto. Assim como por sua disponibilidade e generosidade na leitura e avaliação da tese durante as férias.

Ao Dr. Oswaldo Tanaka, pelo aceite e disponibilidade em compor a banca. Agradeço particularmente os rápidos retornos.

Ao Dr. Ernesto Venturini, da Itália, pela amizade de mais de uma década e por ter aceito contribuir com a sua *expertise* na área. Sinto-me honrada e privilegiada por tão ilustre avaliação “basagliana”.

Ao Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante, pelas sugestões por ocasião da banca da qualificação da tese. Apesar da impossibilidade de estar junto presencialmente neste momento, agradeço a sua disponibilidade e generosidade também em outros empreendimentos realizados em parceria.

Ao Dr. Alberto Minoletti, do Chile, pelo trabalho pioneiro realizado para a integração da saúde mental na Atenção Primária naquele país, e o compartilhamento da experiência para outros lugares do mundo. Agradeço a disponibilidade manifestada para compor a banca em outro momento.

À Secretaria de Saúde de Gravataí, pela liberação do campo e das diferentes categorias profissionais para a participação na pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pela concessão da bolsa doutorado.

## RESUMO

A pesquisa teve por objetivo geral investigar o processo de trabalho Apoio Matricial em Saúde Mental na Atenção Primária, levando em conta as diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica, com vistas à identificação das diretrizes, princípios profissionais e valores que permeiam o processo. O delineamento do estudo é qualitativo. Os participantes foram profissionais especialistas em saúde mental e generalistas da Estratégia Saúde da Família de Gravataí/RS, Brasil. Os instrumentos utilizados foram entrevistas semiestruturadas e grupos focais. Os resultados evidenciam que o trabalho sustenta-se no trabalho relacional em ato, mediante as relações personalizadas instituídas entre apoiadores e generalistas; nos recursos imateriais; e na ampliação da clínica. Dois outros paradigmas foram identificados, o psicossocial e o de produção de vida. A sistematicidade dos encontros, o viés de saúde pública dos especialistas, a identificação com o trabalho, a descentralização como um ideal de vida foram identificados como elementos que subsidiam o trabalho. Um achado, que encontra ressonância na literatura internacional, é a existência de liderança em saúde mental, reconhecida pelos pares e profissionais da APS, que mobiliza pessoas e intermedia as relações com os demais serviços da rede. A complexidade decorre em razão dos diferentes desejos, interesses e forças dos distintos agentes envolvidos, que remete às questões de ordem estrutural, organizacional e de gestão. Estes podem atuar como obstáculos ao processo. Dentre os fatores facilitadores estão as relações personalizadas entre os profissionais; a disponibilidade; o comprometimento; a comunicação fluida e dialógica; e a corresponsabilização. Os princípios profissionais que subjazem às práticas organizam-se em torno do desejo de trabalhar na comunidade; não centralizar funções; conhecer a rede; ter habilidades de escuta; e de construir consensos. Os valores presentes nas relações e interações pautam-se no acolhimento; nas relações de cuidado intra e interequipes e com os usuários; na humildade; na generosidade de partilhar o saber; e no comprometimento. Com relação aos profissionais da APS, o aporte de conhecimentos e a retaguarda assistencial contribuem para a abordagem conjunta e resolução de casos, que anteriormente eram referenciados a serviços especializados. Evidencia-se que esta metodologia qualifica as intervenções em saúde mental, mediante a troca de experiências e saberes, colaborando para a integralidade da atenção. O vínculo com o apoiador, a comunicação, a estrutura das equipes de Saúde da Família, a sistematicidade dos encontros, a longitudinalidade e a corresponsabilização foram apontadas como fatores facilitadores. Um obstáculo ao trabalho diz respeito à imposição de barreiras de acesso ao Centro de Atenção Psicossocial, após a instituição do Apoio Matricial. Os resultados dos dois grupos investigados evidenciam que o enfoque não é sobre o processo propriamente dito, mas primordialmente sobre as pessoas envolvidas nele. Os dados permitem inferir que a qualidade das relações, as características dos profissionais, os princípios e valores profissionais e pessoais envolvidos sustentam uma prática com contornos singulares.

**Palavras-Chave:** Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde; Assistência Integral à Saúde; Gestão em Saúde; Estratégias locais.

**Área conforme classificação CNPq:** 7.07.00.00-1 - Psicologia

**Subárea conforme classificação CNPq:** 7.07.05.00-3 – Psicologia Social

## **ABSTRACT**

### **MATRIX SUPPORT IN MENTAL HEALTH: CONSTRUCTING NEW WAYS OF RELATION AND INTERVENTION**

This study aimed at investigating the work process called Matrix Support in Mental Health in Primary Health Care by taking into account the guidelines issued by the Brazilian Unified Health System and Psychiatric Reform so that its guidelines, professional principles and values could be identified. This qualitative study was carried out with both experts in mental health and generalist professionals who work in Family Health in Gravataí, RS, Brazil. Tools were semi-structured interviews and focal groups. Results show that the work gets support on collective work carried out between the expert and the generalist, through personalized relations developed among supporters and generalists, on immaterial resources and on assistance broadening. The psychosocial paradigm as well as the one that deals with life production was also identified. The systematicity of meetings, experts' bias in public health, identification with the work itself and decentralization as a life ideal were considered the elements that lever work. One of the findings, in agreement with literature published worldwide, is the existence of leadership in mental health; it has been acknowledged by Primary Health Care peers and professionals who deal with people and mediate relations with other services in the network. Complexity results from different wishes, interests and forces expressed by all agents involved in the process; thus, structural, organizational and managerial issues, which may become obstacles, also have to be addressed. Factors that boost the process are professionals' personalized relations, availability, commitment, clear communication and co-responsibilization. Professional principles that underlie the practice trigger the wish to work in a community, to decentralize positions, to know the network, to know how to listen and to reach consensus. Values found in the relations and interaction are based on reception, on care relations among professionals in their teams, with other teams and users, on humbleness, on generosity regarding knowledge sharing and on commitment. Concerning Primary Health Care professionals, knowledge and background assistance contribute to solve cases collectively, rather than take them to specialized services, as before. It must be highlighted that this methodology qualifies interventions in mental health because, when experience and knowledge are shared, care is provided as a whole. Boosting factors were the bond with the supporter, communication, the structure of the Family Health teams, the systematicity of meetings, the longitudinality, the co-responsibilization and the support itself. An obstacle to the work is the imposition of barriers to access the Psychosocial Care Center after the Matrix Support was institutionalized. Results of both groups under investigation show that the focus is on the people involved in the process, rather than on the process itself. Data infer that the quality of relations, the professionals' characteristics and the personal and professional principles and values involved in the process support this practice which has such specific features.

**Keywords:** Mental Health; Primary Health Care; Comprehensive Health Care; Health Management; Local Strategies.

**Area according to CNPq classification:** 7.07.00.00-1 - Psicologia

**Sub-area according to CNPq classification:** 7.07.05.00-3 - Psicologia Social

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>12</b>
<b>1.2. Contextualizando o estado da arte.....</b>	<b>15</b>
<b>1.3. Saúde Mental, Atenção Primária e Apoio Matricial.....</b>	<b>20</b>
<b>1.4. Problema.....</b>	<b>26</b>
<b>1.5. Objetivos.....</b>	<b>27</b>
<b>1.5.1. Objetivo Geral.....</b>	<b>27</b>
<b>1.5.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>27</b>
<b>1.6. PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>28</b>
<b>2. ESTUDOS EMPÍRICOS.....</b>	<b>33</b>
<b>2.1. Estudo 1: Apoio Matricial em Saúde Mental: a perspectiva dos especialistas sobre o processo de trabalho.....</b>	<b>36</b>
<b>2.2. Estudo 2: Apoio Matricial e Articulação em Rede Intersetorial.....</b>	<b>65</b>
<b>2.3. Estudo 3: Apoio Matricial em Saúde Mental: princípios e valores que dão sustentação às práticas.....</b>	<b>93</b>
<b>2.4. Estudo 4: Apoio Matricial em Saúde mental na Atenção Primária: barreiras e fatores facilitadores.....</b>	<b>121</b>
<b>2.4. Estudo 5: A Perspectiva dos Profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre o Apoio Matricial em Saúde Mental.....</b>	<b>151</b>
<b>2.5. Artigo teórico: O labirinto e o Minoatauro: Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde.....</b>	<b>168</b>
<b>3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>184</b>
<b>4. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>191</b>
<b>5. ANEXOS.....</b>	<b>199</b>
Anexo A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	199
Anexo B. Carta de Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa – PUCRS.....	201
Anexo C. Roteiro Semiestruturado.....	203

## INTRODUÇÃO

A tese aborda a temática da integração da Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde, por meio do Apoio Matricial. Pesquisadores em âmbito nacional e internacional buscam respostas de como a saúde mental poderá ser inserida na Atenção Primária à Saúde (APS). Assim, a pesquisa tem como escopo responder ao “como”, mediante a análise de uma experiência em curso de descentralização em saúde mental por meio do Apoio Matricial, com vistas à apreensão das especificidades deste processo, na perspectiva dos participantes envolvidos, especialistas e generalistas da APS. Nesse contexto, a pesquisa realizada em um momento histórico específico, no qual organismos e agências internacionais discutem um Plano de Ação Global de Saúde Mental (WHO, 2013), é estratégica para documentar as práticas inovadoras em curso.

Uma série de publicações realizada em 2007 (The Lancet, 2007) alerta para o peso dos transtornos mentais na população mundial: os transtornos neuropsiquiátricos, que incluem, além dos transtornos mentais, a epilepsia e outros transtornos neurológicos, corresponderam em 2005, a 28% das doenças. Ou seja, esses transtornos equivaleram quantitativamente em 2005, no mundo, pelo maior contingente de adoecimento por doenças não comunicáveis. Apesar da gravidade de tal situação, os problemas de saúde mental ainda são subestimados pelos governos. Segundo dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2003), aproximadamente 20% da população brasileira necessita algum cuidado na área da saúde mental. Entretanto, em razão da ausência de dados fidedignos, estes números podem estar subestimados.

Em 2012, para fazer frente ao panorama mundial que se descortina, foi aprovado o *Global Mental Health Action Plan 2013-2020* (WHO, 2013). O documento recomenda que a integração da saúde mental nos serviços de saúde requer a capacitação dos profissionais e a redefinição dos papéis para incluir o tratamento e o cuidado em saúde mental. Nesse contexto, sugere a ampliação do papel dos profissionais especializados, para fornecer supervisão e apoio aos profissionais generalistas que prestam cuidado em saúde mental (WHO, 2013). O documento defende os seguintes princípios transversais: o acesso universal e equidade; o respeito aos direitos humanos; a prática baseada em evidências; as abordagens de curso da vida; a abordagem multissetorial e o empoderamento de pessoas com transtornos mentais.

A referência à supervisão e ao suporte, abordada no documento, remete à prática em curso em alguns municípios do Brasil denominada de apoio matricial em Saúde Mental. O apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações de saúde na APS, no caso específico, em

saúde mental, mediante a corresponsabilização dos casos. A responsabilização compartilhada dos casos modifica a lógica dos encaminhamentos, estimula a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica (Brasil, 2003).

A integração de serviços de saúde mental com serviços gerais de saúde tem múltiplas implicações para o desenvolvimento de recursos humanos, incluindo a necessidade de capacitação das equipes de saúde para intervenções em saúde mental, para detectar transtornos mentais, estabelecer cuidados básicos e referir casos complexos para especialistas. Assim, também, a necessidade de treinamento para especialistas em saúde mental para o trabalho conjunto com equipes de saúde generalistas e o estabelecimento de supervisão e suporte para estes últimos (WHO, 2005).

Comumente a capacitação é pensada em termos dos profissionais especialistas para os generalistas. Por outro lado, a mudança de perspectiva referida anteriormente permite o desenvolvimento de novas competências dos especialistas em espaços comunitários. A mudança de modelos de cuidados implica mudança dos papéis profissionais. A mudança de papéis traz à tona questões de poder e controle, que atuam como barreiras à reforma. Nisso estão implicados a perda da identidade profissional, do *status*, dos ambientes profissionais familiares e dos modos de trabalho familiares (WHO, 2005).

As barreiras a serem superadas para uma agenda Global de Saúde Mental incluem: o estigma contra pessoas com transtornos mentais; o fraco engajamento dos profissionais com a agenda mundial de saúde mental; o estado de conhecimento atual sobre a natureza dos transtornos mentais; e o arsenal de tratamentos eficazes. Nesta última barreira está a reduzida vontade política de priorizar e agir de acordo com a agenda mundial de saúde mental. Apesar de países como o Brasil e a Índia terem as suas próprias agendas de saúde, e alocarem recursos para a saúde mental, estes ainda são insuficientes quando comparados com as necessidades não satisfeitas (Patel, 2012).

Na mesma linha, outras pesquisas defendem (Ngo; Rubinstein; Ganju *et al.*, 2013) a necessidade investir na concepção de sistemas de cuidados de saúde que reconheçam e tratem a comorbidade entre os transtornos mentais e as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs). A inclusão da saúde mental nas DCNTs requer cuidado integrador primário, plataformas e abordagens de cuidados colaborativos para a gestão de múltiplas condições. O desenvolvimento destes modelos de intervenção integrados deve levar em conta as diferenças nos parâmetros sociais, políticos, culturais e de saúde do sistema. Além disso, a integração da saúde mental com as agendas de DCNTs deve abordar tanto a mudanças demográficas globais

como o efeito da exposição a condições mentais no início da vida, que refletem as condições de saúde em toda a vida. Nessa perspectiva, a necessidade de pesquisas que especifiquem o papel que os generalistas devem ter, o treinamento e supervisão de que necessitam e a maneira com que eles se relacionam com o sistema geral de saúde são questões que necessitam ser avaliadas (Ngo; Rubinstein; Ganju et al., 2013).

Os serviços de saúde possuem como metas a otimização da saúde da população, pelo manejo das doenças e pela maximização da saúde e a minimização das disparidades entre determinados grupos populacionais, de modo que esses grupos não se encontrem em desvantagem com relação ao acesso aos serviços de saúde (Starfield, 2002). Dessa forma, a inclusão das ações de saúde mental na Atenção Primária vem ao encontro da proposta de organismos internacionais e de políticas de saúde nacionais de cuidado a uma população que historicamente se encontrava excluída. A proposta também vem ao encontro das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) – a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade –, assim como obedece aos princípios de universalidade e equidade. Sobretudo, obedece a um imperativo ético.

Para subsidiar algumas reflexões acerca do processo de trabalho em saúde, pôde-se encontrar aporte teórico e epistemológico nas obras relacionadas à temática das redes de atenção à saúde (Mendes, 2011); da gestão em saúde (Campos, 2000; 2003); das tecnologias em saúde e os processos de trabalho (Merhy, 2005; Thornicroft & Tansella, 1999, 2008, 2009). Essas leituras foram complementadas por autores da tradição basagliana (Rotelli, 1990; Amarante, 2009; Saraceno, 2011), além de autores que abordam o processo de trabalho Saúde Mental na APS (Tanaka & Lauridson Ribeiro, 2006; Campos & Dimitti, 2007; Dimenstein et al., 2009; Onocko Campos et al., 2011; 2012; Cunha & Campos, 2011; Patel; 2012). Também serviram de subsídio à elaboração da tese documentos e publicações oficiais do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da saúde.

### **Justificativa**

A efetiva integração da saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS) está sendo considerada por organizações mundiais como um empreendimento de vulto, nesta época de dificuldades econômicas e sociais. Dentre as razões para a integração: o peso dos transtornos mentais nas populações, pessoas acometidas e famílias, produzindo dificuldades econômicas e sociais importantes; a ocorrência simultânea de transtornos físicos e mentais; a disparidade entre a prevalência de transtornos mentais e o número de pessoas que recebem tratamento; a

melhora no acesso ao tratamento na APS; a proteção dos direitos humanos; a redução dos custos na APS, tanto para a comunidade como para os governos; e os resultados sanitários gerados em decorrência da integração saúde mental na APS, sobretudo quando vinculados a uma rede de serviços de nível secundário (*Federación Mundial para la Salud Mental*, 2009).

Dados da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2012) evidenciam que pessoas com depressão e esquizofrenia têm 40 a 60% mais chances de morte prematura por comorbidades (câncer, doenças cardiovasculares, diabetes, HIV) do que a população em geral. Assim como há evidência da relação entre depressão e infarto do miocárdio e diabetes – pessoas que sofreram infarto do miocárdio e diabetes são mais propensas a desenvolver depressão e vice-versa. O suicídio é a segunda causa de morte dentre os jovens no mundo. Outros dados que evidenciam a necessidade da inclusão da saúde mental na APS: 76% a 85% das pessoas com transtornos mentais severos não recebem tratamento em países de média e baixa renda; a metade da população mundial dispõe de um psiquiatra para mais de 200.000 habitantes e profissionais de Saúde Mental com capacitação escassa para intervenções psicossociais.

Os determinantes de saúde ou doença mental incluem não somente os atributos individuais, mas também os fatores sociais, econômicos e ambientais. A crise econômica global em curso constitui-se em um exemplo de um fenômeno macroeconômico com consequências significativas para a saúde mental, como o aumento do número de suicídios e o abuso de álcool (WHO, 2012). Assim, a repercussão dos fatores econômicos e sociais e as consequências do adoecimento por transtornos mentais justificam a inclusão da saúde mental na APS.

Outra razão para incluir a saúde mental na Atenção Primária diz respeito à relação transtornos mentais e pobreza. Transtornos mentais e pobreza estão intimamente relacionados e interagem num complexo ciclo negativo. Estudos conduzidos nos últimos 20 anos indicam a estreita interação entre pobreza e saúde/doença mental. A depressão é 1,5 a 2.0 vezes mais prevalente entre a população de baixa renda. As evidências indicam que a relação entre saúde e doença mental é cíclica: a pobreza aumenta o risco de transtornos mentais e ter um transtorno mental aumenta as probabilidades de descer para a pobreza. Pessoas que vivem num ambiente com dificuldades financeiras para a manutenção de condições básicas de vida têm menos possibilidades de estudo e emprego, são expostas a condições e ambientes de vida adversos e têm menos acesso a serviços de saúde. Estas condições de vida estressantes expõem as pessoas a um alto risco para o desenvolvimento de um transtorno mental. Pessoas que têm um transtorno mental muitas vezes também não estão aptas para trabalhar, em razão

da doença. Outras, pela discriminação, têm sistematicamente negadas as oportunidades de trabalho ou perdem o emprego existente. Nesse sentido, redes de suporte na comunidade ajudam na proteção contra os efeitos adversos da doença e pobreza (WHO, 2004). No caso do Brasil, esta é uma razão relevante que justifica a defendida inclusão.

A necessidade da atenção integral à saúde já estava na pauta desde o final dos anos setenta, na Declaração de Alma-Ata, assim como na Carta de Ottawa, de 1986, ao defender a garantia de oportunidades e recursos igualitários para todas as pessoas. Nos países em desenvolvimento, com escassez de profissionais de saúde mental, essa estratégia tem contribuído para aumentar o acesso das populações aos cuidados de saúde mental. Assim, serão incrementadas mudanças no modelo de cuidado com foco na comunidade, nas abordagens inter e/ou transdisciplinares, na colaboração intersetorial, na necessidade de mudança de papéis profissionais. Este último item é apontado como um problema significativo da reforma psiquiátrica. Para os profissionais da saúde, o desafio é desenvolver novas competências, para trabalhar de forma mais flexível com outras disciplinas, incorporando a mudança como uma oportunidade para o aprendizado e o desenvolvimento pessoal e profissional (WHO, 2005; *Federación Mundial para la Salud Mental*, 2009).

Nesse sentido, o apoio matricial configura-se como um recurso potente para construir novos saberes e, sobretudo, novas práticas no território, local por excelência onde as pessoas moram, estabelecem relações, trabalham, vivem, compartilham sonhos, desejos, e adoecem. O estabelecimento de uma rede de cuidados de saúde mental no território não pode prescindir da Atenção Primária, considerando ser esta a porta de entrada do sistema de saúde. Entretanto, para além da questão de gestão, o apoio matricial poderá subsidiar práticas psicossociais orientadas à pessoa e ao entorno, e não somente à doença. Assim, uma questão central à referida inclusão diz respeito aos recursos humanos e ao processo de trabalho.

A Saúde Mental na Atenção Primária envolve um processo complexo em razão de diferentes forças que se contrapõem e que se situam no âmbito profissional (generalistas e especialistas), político, ideológico, epistemológico e de gestão. A oferta de serviços perpassa as relações de trabalho e a organização e integração dos serviços (interna e externa). Em última análise, esses fatores remetem aos recursos humanos dos serviços. Dessa forma, a investigação do apoio matricial em saúde mental na APS justifica-se porque poderá revelar diretrizes e elementos essenciais da prática do ponto de vista dos atores sociais, para a construção de uma base conceitual e subsidiar a formulação de políticas públicas. Nesse sentido, trata-se de uma pesquisa estratégica.

## Contextualizando o estado da arte

O estudo situa-se na interface da Saúde Mental e Atenção Primária. Dessa forma, trago uma breve contextualização da reforma psiquiátrica brasileira. Assim como os desafios e as implicações decorrentes da descentralização em Saúde Mental para a sustentabilidade e a revitalização das práticas. A reforma psiquiátrica brasileira, sob a forte perspectiva basagliana, junto com a Saúde Coletiva, construiu um novo paradigma do conhecimento. Entretanto, Campos (2008) entende que as discussões no campo epistemológico não foram acompanhadas da construção de um novo paradigma para a Saúde Mental. Isso se observa na babel epistemológica nos serviços: psicanálise misturada com psicofarmacologia psiquiátrica, abordagens sistêmicas designadas sob o rótulo de reabilitação psicossocial. O autor considera a avaliação em saúde mental um imperativo e um elemento estratégico para a consolidação de políticas públicas.

A Reforma Psiquiátrica brasileira organiza-se com base nos pressupostos da Reforma Sanitária e da Psiquiatria Democrática italiana, que preveem a desinstitucionalização como desconstrução do modelo manicomial, modificando o *status quo* por meio de novas estratégias que oferecem novas soluções (Barros, 1994). Amarante (1996) considera que por Reforma Psiquiátrica se entendam as transformações administrativas, organizativas e modernizantes do aparato prático-discursivo e, sobretudo, a sua operacionalidade prática. “Torna-se um processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações. Por isso, é, acima de tudo, um processo ético-estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos, novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos” (Amarante, 2009:1).

Amarante (1996) estabelece um comparativo entre a reforma psiquiátrica e a sanitária. A primeira produziu transformações qualitativas no âmbito do modelo de saúde, mediante o questionamento e a crítica epistemológica ao saber médico constituinte da psiquiatria, enquanto que a reforma sanitária, distanciando-se da perspectiva inicial de crítica quanto à natureza do saber médico, torna-se um conjunto de medidas de reorganização administrativa das instituições, sem o questionamento das técnicas centradas quase exclusivamente em sintomas, do especialismo, da cultura medicalizante e do intervencionismo diagnóstico e terapêutico (Amarante, 1996).

Para Rotelli (2001), a base da instituição inventada com origem nos projetos de desinstitucionalização reside na ruptura da causalidade linear doença-cura, problema-solução, e na reconstrução do objeto como sujeito histórico. O autor ressalta que as novas instituições

deverão estar à altura da complexidade da tarefa de intervir na existência – sofrimento das pessoas, remetendo ao processo da constante reconstrução desse sujeito. A instituição inventada torna-se o conjunto de possibilidades de produção de vida e de produção social que não são apenas técnicas, mas sociais, políticas e existenciais.

A Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990, foi um marco para o setor de saúde mental, em nível nacional e internacional. Ela possibilitou mudanças no Ministério da Saúde no Brasil, como, por exemplo, a revisão do papel hegemônico dos hospitais psiquiátricos como única modalidade assistencial. A Declaração de Caracas, produto das discussões dessa conferência, estabeleceu como eixo de reestruturação da assistência a estratégia da Atenção Primária em Saúde (APS) no contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Ou seja, ainda na década de noventa discutia-se a descentralização dos serviços de saúde mental. Posteriormente, a OMS ratificou que a obtenção de soluções efetivas perpassa pela concepção da abordagem da saúde mental pelo prisma da saúde pública (OMS, 2001).

Em 2005, Ministério da Saúde do Brasil, a OPAS e a OMS convocaram a “Conferência Regional para a Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois da Declaração de Caracas”, para avaliar os resultados obtidos desde 1990. O documento final, a Carta de Brasília, constata a existência de experiências exitosas, que são referência para a OMS, como o Brasil e o Chile. A reforma psiquiátrica brasileira, mediante a constituição de redes comunitárias e redução de leitos em hospitais psiquiátricos; o Chile, por ter promovido a integração da saúde mental nas redes de serviços de saúde pública. O documento reafirma a necessidade de vínculos sólidos com os serviços de Atenção Primária, os quais devem ter alta capacidade resolutiva.

As conquistas no campo da saúde mental, implementadas com a reforma psiquiátrica, mediante a constituição de uma rede assistencial (CAPS, residências terapêuticas, oficinas terapêuticas, leitos de internação em hospitais gerais) são inquestionáveis. Bezerra Jr (2011) avalia que este é um desafio complexo, em razão de a reforma psiquiátrica ter vivido em um campo adjacente ao da atenção básica em saúde. Entretanto imperioso, mediante a expansão e consolidação de uma rede alternativa ao modelo manicomial. A complexidade se dá não por se tratar de escolher a qual modelo de relação entre saúde mental e atenção básica aderir, mas em criar as condições em cada contexto, levando em conta as particularidades de cada um.

Levav (2011) defende a extensão da reforma psiquiátrica no Brasil por meio de novas ações de saúde mental. Afirma que, apesar dos progressos dos últimos anos no que diz

respeito aos aspectos que envolvem os direitos humanos, a reforma não tem abraçado outras áreas, além da curativa e a de reabilitação. Embasado na avaliação da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2007 do sistema de saúde mental no país, o autor aponta que a reforma psiquiátrica se revitalizaria, mediante ações de promoção da saúde mental, sobretudo nos primeiros anos de vida. Esse relatório evidencia que o acesso à atenção em saúde mental não é equitativo, assim como a disponibilidade de recursos humanos não é equitativa em zonas rurais e urbanas, ficando as primeiras sem oportunidades de igualdade de acesso.

Pesquisa realizada com especialistas em saúde mental e líderes que exercem influência na organização de serviços apontam barreiras à inclusão da saúde mental nos serviços de saúde, quais sejam: a agenda de prioridades prevalentes de saúde pública e os efeitos sobre o financiamento; a complexidade e a resistência à descentralização dos serviços de saúde mental; os desafios para a implementação de cuidados de saúde mental no contexto da atenção primária; os números baixos de profissionais que recebem treinamento e supervisão em saúde mental; a frequente escassez de lideranças de saúde mental na perspectiva de saúde pública (Saraceno, 2007).

A descentralização em saúde mental demanda a superação de outras barreiras para o desenvolvimento dos serviços que incluem: a organização dos serviços de saúde mental; a integração da saúde mental na atenção primária; os recursos humanos básicos inadequados para a intensificação das intervenções em saúde mental; a escassez de liderança eficaz de saúde mental pública na maioria dos países. Esta última barreira também foi listada no estudo anteriormente citado, assim como a questão dos recursos humanos na atenção primária (*Lancet Global Mental Health Group*, 2007).

Avaliando o processo de reforma psiquiátrica no Brasil, Saraceno (2011) traz três desafios a serem superados por gestores e profissionais, quais sejam: existe a necessidade de uma maior coordenação entre os novos serviços de saúde mental comunitária e o restante da rede, incluindo a rede de atenção primária, mediante a capacitação em intervenções inovadoras para os profissionais, em razão da dimensão territorial do país; avaliar a qualidade dos serviços e a documentação rigorosa das práticas inovadoras; evitar os conflitos e antagonismos entre profissionais da reforma – fenômeno denominado “guerras fratricidas” – que trazem consequências nefastas para a evolução da reforma e criam espaços culturais regressivos e conservadores. Esses conflitos se dão em razão de opiniões mais radicais ou mais moderadas – de radicais que estão fora da prática e de moderados que estão na prática, e esta última em construção e imperfeita. Ou simplesmente por conflitos de personalidade e de

protagonismo. O autor considera que os embates e antagonismos entre profissionais da reforma, ou seja, dos profissionais que estão do mesmo lado, contribui para fortalecer os que estão contra a reforma, trazendo consequências nefastas.

Thornicroft e Tansella (2008) elencaram nove princípios-chave para o desenvolvimento de serviços comunitários de saúde mental, a saber: autonomia, continuidade transversal (pela equipe e entre equipes) e longitudinal (no tempo), eficácia, acessibilidade, acolhimento horizontal (o grau em que um serviço é oferecido no curso de um transtorno mental) e vertical (disponibilidade para o cuidado), equidade, responsabilização, coordenação transversal (coordenação da informação e serviços no interior de um episódio de atenção) e longitudinal (interconexões entre os membros das equipes e serviços) e eficiência. Os princípios anteriormente citados aproximam-se dos princípios do SUS, que são também os princípios que norteiam a reforma psiquiátrica: universalidade, equidade, descentralização, integralidade e controle social.

Os autores anteriormente citados trazem os *inputs* visíveis e invisíveis. Os *inputs* conceituados como os recursos que são alocados no sistema de cuidados de saúde mental distinguem-se das atividades realizadas pelos serviços. Esses recursos são categorizados em três níveis geográficos – regional, local e do paciente –, assim como são visíveis e invisíveis. Os primeiros referem-se aos prédios, equipamentos e profissionais. Nesse sentido, a área da saúde mental, comparada a outras especialidades, depende pouco com equipamentos, e os gastos centram-se em torno de gastos com pessoal. Destaco os *inputs* invisíveis, que incluem, numa primeira categoria, as relações profissionais estabelecidas entre especialistas e generalistas e entre serviços, assim como o estilo de trabalho. Uma segunda categoria de *inputs* invisíveis inclui a política de trabalho na qual o serviço é autorizado a operar. Uma terceira categoria diz respeito aos arranjos organizacionais de como o processo de trabalho será realizado (Thornicroft & Tansella, 1999: 67-8).

Os *inputs* específicos ao nível do usuário são: as habilidades e os conhecimentos da equipe, o conteúdo do tratamento e a disponibilidade em prover informação a pacientes e seus cuidadores (Thornicroft & Tansella, 1999). Estes últimos mostram semelhança com o modelo proposto por Merhy (2005) no que se refere às tecnologias leves. Os *inputs* invisíveis, normalmente não considerados nas avaliações de serviços de saúde, irão influenciar os processos de trabalho e, por conseguinte, as relações estabelecidas com os usuários dos serviços.

Merhy (1997) levanta a possibilidade do autogoverno dos trabalhadores para imprimir mudanças a partir das intersubjetividades no processo de trabalho. O autor classifica a tecnologia em saúde em dura, leve-dura e leve. Tecnologia dura refere-se ao instrumental complexo em seu conjunto, englobando todos os equipamentos para tratamentos, exames e a organização de informações; a leve-dura refere-se aos saberes profissionais bem estruturados como a clínica, a epidemiologia e os de demais profissionais que compõem a equipe, estando inscrita na maneira de organizar sua atuação no processo de trabalho. A tecnologia leve produz-se no trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, no encontro entre o trabalhador em saúde e o usuário/paciente. Nesse momento de falas, escutas, criam-se cumplicidades, relações de vínculo, aceitação, e produz-se a responsabilidade em torno do problema que vai ser enfrentado.

A tecnologia leve produzida no trabalho em ato e as leve-duras constituem-se por excelência no trabalho desenvolvido em saúde mental, quer seja nos serviços especializados ou na atenção primária. Essa tecnologia pode ser produzida entre profissionais e pacientes, assim como entre profissionais (generalistas e especialistas). Sobretudo, a tecnologia leve, mediante o exercício da disponibilidade, da abertura, de novos modos de operar, das possibilidades de criação de novos cenários, poderá modificar a vida de profissionais e pessoas portadoras de transtornos mentais na atenção primária.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, os recursos humanos são o ativo mais importante de um serviço de saúde mental. Os serviços dependem da competência e da motivação dos profissionais para promover a saúde mental, prevenir doenças e prestar assistência às pessoas com transtornos mentais. No entanto grandes dificuldades são frequentemente encontradas no planejamento e capacitação de recursos humanos para a saúde mental (WHO, 2005). Um dos pressupostos do apoio matricial diz respeito à responsabilização compartilhada de casos. Assim, o apoio matricial demanda uma abordagem inter e/ou transdisciplinar, mediante o diagnóstico, a formulação de projetos terapêuticos e abordagem conjunta, mediados pela comunicação e relações estabelecidas entre diferentes profissionais. Desse modo, diferentes perspectivas podem ser levantadas, com o enriquecimento das intervenções terapêuticas.

Entretanto, Onocko Campos e Gama (2008) relacionam uma série de fatores que dificultam o acolhimento e o tratamento do usuário: a falta de diretrizes do Ministério da Saúde, a falta de preparo técnico do profissional, a incipiente sistematização de experiências e de novos modelos de intervenção, as dificuldades na troca de conhecimentos entre os

profissionais, a falta de investimento dos gestores. Os autores levantam a necessidade de reflexão e sistematização de experiências, problematizando o fazer dos profissionais, o que motiva o estudo proposto. Além destes, evidencia-se a não clareza quanto à coordenação da rede, ocorrendo inclusive a sobreposição de papéis (Brasil, 2004; Brasil, 2011). Inicialmente, os CAPS deveriam assumir o papel de articulador da rede. Atualmente, com a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), este foi delegado à APS. Entretanto, na prática, ainda não se visualizam movimentos nesse sentido, mesmo mediante a instituição de processos de descentralização.

Documento da Organização Mundial da Saúde/Organização Mundial de Médicos de Família informa que a integração da saúde mental na atenção primária é um processo. Mesmo que a política exista, sua implementação leva tempo e envolve uma série de desdobramentos. Após a ideia da integração ter sido aceita, foram realizadas a capacitação dos profissionais, a contratação de profissionais adicionais, a triagem de instrumentos e manuais de treinamento, assim como a elaboração e disseminação de diretrizes para o tratamento (WHO/WONCA; 2008).

A ênfase das ações de saúde mental no território constitui-se a própria essência da desinstitucionalização da psiquiatria. A inserção das ações de saúde mental na atenção primária, mais especificamente na Estratégia Saúde da Família, constitui-se em estratégia adotada pelo Ministério da Saúde. Entretanto essas ações devem transpor a centralização das ações no modelo biomédico, na doença, mediante uma abordagem que articule tratamento, a reabilitação psicossocial, a clínica ampliada e os projetos terapêuticos individualizados.

### **Saúde Mental, Atenção Primária e Apoio Matricial**

Diversos autores têm estudado a questão da saúde mental na atenção primária (Lancetti, 2001; Sampaio & Barroso, 2001; Campos & Soares, 2003; Machado & Mocinho, 2003; Souza, 2004; Consoli *et al.*, 2006; Tanaka & Lauridsen-Ribeiro, 2006; Almeida, 2010; Bertolino Neto, 2011; Onocko Campos *et al.*, 2011). Ao relatar a experiência no projeto *Qualis* de São Paulo, que introduziu a saúde mental no então denominado Programa Saúde da Família (PSF), atualmente Estratégia Saúde da Família, Lancetti (2001) reforça que no PSF não é possível referenciar todos os casos, apesar do encaminhamento de algumas pessoas para tratamentos mais complexos, em razão de esses pacientes morarem no território onde o posto se situa. Assim, o vínculo e a continuidade exigem lidar com o sofrimento humano, processo

para o qual a maioria dos técnicos ainda não está preparada, exigindo dos profissionais um trabalho psíquico e uma capacitação continuada.

Quanto mais a Estratégia Saúde da Família (ESF) estabelecer-se e capilarizar-se no município, mais deve integrar-se à rede de relações que se construa em torno da atenção à saúde mental. A construção que acontece é a de uma rede de relações sociais em busca de uma nova atitude diante dos problemas referentes ao processo saúde mental/sofrimento psíquico/doença mental. Não está apenas ligado ao modelo biomédico, que visa prevenir agravos individuais, concebidos como naturais e produto de uma história natural, mas articulada à cidade e ao cidadão, centro ativo de políticas e percepções críticas sobre a cultura. A parceria ESF e saúde mental não quer dizer treinamento das equipes de saúde da família em procedimentos simplificados de psiquiatria. Requer, sobretudo, uma construção recíproca e responsável de uma teoria, de uma prática e de uma ética, mediante o estabelecimento de um acordo político. Saúde mental e ESF implicam transformações profundas nas práticas do Estado, em todos os seus níveis (Sampaio & Barroso, 2001).

Campos e Soares (2003), investigando a produção de serviços de saúde mental, descrevem as concepções de saúde mental de trabalhadores de diferentes serviços de saúde mental do Município de São Paulo. No âmbito hospitalar, ambulatorial e unidade básica de saúde, a concepção de saúde/doença é multifatorial e centrada no indivíduo, enquanto que, no Centro de Atenção em Psicossocial (CAPS), a concepção aproximou-se da teoria da determinação social. Quanto ao processo de trabalho, os objetos recortados foram predominantemente o indivíduo doente e o sintoma da doença. Os autores concluem que o desafio é avançar o entendimento da concepção do processo saúde/doença e a formulação de processos de trabalho pautados no âmbito dos determinantes, por meio da compreensão de que a saúde mental também tem suas raízes no âmbito da reprodução social e não somente nos resultados do processo saúde/doença.

Estudo realizado por Machado e Mocinho (2003), com o objetivo de mostrar os limites e as possibilidades da atuação dos profissionais das equipes de PSF em um município de pequeno porte do RS, evidenciou que as ações em saúde mental se concentravam em uma clínica tradicional hospitalocêntrica e medicalizada, em razão de os sujeitos do estudo operarem com a lógica da exclusão e com conceitos psiquiátricos reducionistas e organicistas.

Souza (2004) defende a ampliação da projeção dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS perante as políticas sociais de uma forma mais ampla, por meio da articulação e da integração com as equipes de Saúde da Família. Considera a ESF potente para promover

mudanças sociais e culturais em relação à loucura, assim como para a produção de novas formas de cuidado e de respostas às situações de crises. Entretanto a autora traz a necessidade de ter clareza do referencial, para agenciar o processo de inovação das práticas pela solidificação de princípios fundamentais, para que não se incorra no erro de reproduzir as técnicas tão questionadas do modelo hospitalocêntrico ao se aproximar das comunidades. Nesse sentido, considera a capacitação das equipes da ESF e dos CAPS como um dos maiores desafios para um pensar e agir voltado à Atenção Psicossocial.

Consoli *et al.* (2006) investigaram as características dos cuidados em saúde mental na região do Alto Uruguai, levando em conta as diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Os resultados apontam a inserção marginal dos profissionais na questão da saúde mental, embora a totalidade dos municípios disponha do PSF, as consultas clínicas como base da intervenção em saúde mental, a utilização da ambulancioterapia como solução para os casos agudos e crônicos e a centralização dos atendimentos no modelo da doença. Os autores concluem que a questão da municipalização da saúde mental na região norte do Rio Grande do Sul é ainda incipiente e sua concretização depende fundamentalmente da vontade política dos gestores, da capacitação técnica dos profissionais e da real inserção das ações de saúde mental no PSF.

Com o objetivo de avaliar a atenção em saúde mental na atenção básica, Tanaka e Lauridsen-Ribeiro (2006) realizaram um estudo comparativo entre os diagnósticos de problemas de saúde mental feitos pelos pediatras e os prováveis problemas de saúde mental identificados por meio da aplicação de um questionário padronizado aos pais. Os resultados encontrados apontam para necessidade de mudanças na formação profissional do médico, otimizando sua capacidade de diagnósticos precoces e encaminhamentos adequados. A pesquisa evidencia escores positivos para problemas de saúde mental identificados pelos pais, o que denota sensibilidade. Porém os médicos, por sua vez, reconheceram que relegaram ao segundo plano os aspectos emocionais e reconheciam deficiências em sua formação. O estudo aponta para a necessidade do aperfeiçoamento do processo de trabalho, no que tange ao atendimento em si, como na articulação entre as diferentes instâncias da rede.

As pesquisas anteriormente citadas trazem diferentes aspectos da inserção da saúde mental na atenção primária, quais sejam: a constituição da rede, apontando para uma fraca inserção de ações de saúde mental na Estratégia de Saúde da Família; a falta de preparo dos profissionais para o cuidado em saúde mental, evidenciando a centralização no modelo da doença (modelo biomédico); a necessidade de mudanças na formação profissional, que deve ser estendida não somente à formação da área médica, mas também para outras áreas da

saúde; a questão de visualizar a saúde mental numa rede intersetorial, que transcende o campo da saúde, e a necessidade de ampliação da projeção dos CAPS junto às equipes de saúde da família. Essa ampliação e o trabalho em rede poderão se dar mediante o apoio matricial em saúde mental às equipes de referência da APS.

Estudos dos últimos quatro anos sobre a temática saúde mental na APS (Almeida, 2010; Bertolino Neto, 2011) evidenciam dificuldades similares às trazidas pelas pesquisas anteriores realizadas durante os últimos dez anos. Almeida (2010), investigando as possibilidades e os impasses do acolhimento e do tratamento de pacientes com esquizofrenia na Atenção Primária, concluiu que os profissionais não estão preparados para acolher e atender a casos, com exceção dos casos leves ou compensados. Dentre os fatores que impedem ou dificultam o atendimento, a autora relata a falta de capacitação, de supervisão, de pessoal, de escuta de qualidade, a sobrecarga de trabalho e a ausência de um sistema de referência operante. Ao descrever o acompanhamento de pessoas com problemas de saúde mental por equipes da ESF, Bertolino Neto (2011) concluiu que os profissionais que acompanham pessoas com problemas de saúde mental operam no paradigma doença-cura, focando o objeto da atenção na doença e não no sujeito em sofrimento. Ou seja, o estudo demonstra que modelo biomédico respalda o fazer dos profissionais.

Outras pesquisas enfocaram aspectos específicos da questão da implementação do apoio matricial em saúde mental na Atenção Primária (Figueiredo, 2006; Morais, 2010; Nascimento, 2007; Campos & Dimitti, 2007; Cunha & Campos, 2011; Pinto *et al.*; 2012). Esses estudos abordaram: o funcionamento do arranjo de apoio matricial da saúde mental no Programa Paideia Saúde da Família de Campinas/SP (Figueiredo, 2006); o atendimento à saúde mental na atenção básica, tendo o apoio matricial como estratégia de melhoria da qualidade do serviço (Morais, 2010). Outros estudos discutiram a representação e o significado do apoio matricial para as equipes da atenção básica que vivenciam esse modelo (Nascimento, 2007); a descrição do arranjo organizacional, os conceitos e as teorias sobre os quais se apoiam a metodologia de trabalho e os obstáculos epistemológicos e de estrutura dos serviços (Campos & Dimitti, 2007). Cunha e Campos (2011) abordaram a equipe de referência e o apoio matricial e os desafios epistemológicos, organizacionais e políticos envolvidos no processo; Pinto *et al.* (2012) analisaram a articulação das ações de saúde mental entre as equipes da ESF e do CAPS pelo processo de matriciamento em saúde mental, com enfoque sobre a integralidade do cuidado e da resolutividade.

Campos (2003), contextualizando a coprodução do singular no processo saúde/doença,

valendo-se dos conceitos de clínica e saúde coletiva compartilhadas, dentro de uma perspectiva de reformulação ampliada do trabalho em saúde, defende a Teoria Paideia. O conceito de Paideia é antigo, originário dos gregos e significa o desenvolvimento integral do ser humano. O conceito de Paideia foi utilizado pelo autor para pensar instituições que cumpram tanto funções pedagógicas, como de reconstrução da subjetividade das pessoas. Para a Teoria Paideia as mudanças são inevitáveis, mesmo quando em resistência ao novo. Nesse sentido, o método Paideia tem a finalidade de aumentar o coeficiente de intencionalidade dos sujeitos, de compreenderem e interferirem na ampliação, na corresponsabilidade pela constituição de contextos singulares. A coprodução do singular decorre da interação entre fatores universais e particulares, resultando em sínteses específicas. O singular é o contexto situacional, produto do encontro entre sujeitos em um dado contexto organizacional, cultural, político e social. Diferentes fatores (biológicos, psicológicos, socioeconômicos) exercem influência na constituição dos modos de vida dos sujeitos e nos seus estados de saúde e de doença. A diferença está no grau com que cada fator atua em uma situação específica. O desafio consiste em captar essa variabilidade e propor projetos singulares adequados a cada situação.

Nessa perspectiva, Campos (2008) apresenta o apoio matricial baseado no método Paideia. A lógica matricial seria a possibilidade de que profissionais de referência e especialistas mantivessem uma relação horizontal – e não apenas vertical, como recomenda a tradição dos sistemas de saúde –, em que o apoiador e a equipe de referência possam trabalhar em forma de planejamento, construindo uma visão multi e transdisciplinar para o trabalho em equipe, compartilhando dos saberes de seu núcleo de conhecimento, de sua experiência e visão de mundo, incorporando as demandas trazidas pelos outros profissionais e pelo próprio paciente, criando espaços coletivos que permitam a interação dessas diferenças, para a construção de novos conceitos e novas práticas de saúde mental.

O apoio matricial em saúde objetiva oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Implica a construção compartilhada de diretrizes sanitárias entre profissionais de referência e os especialistas que oferecem o apoio matricial. O profissional ou a equipe de referência têm a responsabilidade pela condução de um caso, quer seja individual, familiar ou comunitário. Ambos, apoio matricial e equipe de referência compreendem arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde que objetivam a ampliação da clínica e a interação dialógica entre diferentes especialidades e profissões (Campos & Domitti, 2007).

Equipes de referência e apoio matricial manterão relações longitudinais no tempo com os usuários, e horizontais, entre os profissionais. As relações horizontais, diferentes da proposta do modelo biomédico, justificam-se porque buscam deslocar o poder das profissões e especialistas para a equipe interdisciplinar. O funcionamento da equipe de referência pressupõe um espaço coletivo de discussão de casos clínicos, sanitários ou de gestão. O apoiador matricial é um especialista que detém um perfil e conhecimentos distintos dos profissionais de referência, que pode contribuir com intervenções para o aumento da capacidade de resolução de problemas de saúde da equipe responsável pelo caso. Os profissionais do apoio matricial devem construir um espaço para o compartilhamento de conhecimento entre equipe de referência e apoiadores (Campos & Domitti, 2007).

Os autores anteriormente citados defendem que o apoio matricial implica sempre a construção de um projeto terapêutico integrado que poderá ser desenvolvido sob a forma de três planos fundamentais: atendimento e intervenção conjunta entre profissionais de referência e especialista matricial; atendimento ou intervenções específicas do apoiador, porém mantendo esse contato com a equipe de referência e troca de conhecimentos e orientações entre apoiador e equipe, cabendo à equipe de referência o seguimento complementar do cuidado; e, por último, a troca de conhecimentos e de orientações entre a equipe e o apoiador na avaliação do caso e orientação de condutas, permanecendo o caso sob a responsabilidade e o cuidado da equipe de referência.

Pesquisa realizada por Dimenstein *et al.* (2009) com o objetivo de conhecer a perspectiva de técnicos das Unidades de Saúde da Família de Natal/RN sobre o processo de matriciamento em saúde mental traz a predominância do paradigma biomédico na atenção à saúde, mediante a prescrição indiscriminada de psicotrópicos, a visão fragmentada do trabalho que fortalece a lógica do encaminhamento, a ausência de articulação entre unidade básica e serviços especializados. Esses achados são corroborados por Campos e Domitti (2007): uma lógica de fragmentação do cuidado e de estrutura, que cria dificuldades gerenciais para a adoção do método de apoio matricial.

Outro estudo mais recente, que objetivou avaliar a articulação entre as redes de atenção primária e de saúde mental em regiões de alta vulnerabilidade social de Campinas/SP mostrou ser o apoio matricial em saúde mental potente para definir fluxos, qualificar as equipes, ampliar o poder resolutivo local, alterar a lógica compartimentada de referência e contrarreferência, construir projetos terapêuticos em conjunto, promover a assistência conjunta e compartilhada. A pesquisa evidenciou o papel estratégico do agente comunitário de

saúde (ACS) para intervenções de promoção à saúde e vínculo com os familiares no território. O estudo identificou também dois paradigmas em confronto: o biomédico e o da ampliação da clínica. Os autores consideram a necessidade de investimento nos profissionais e nos processos de transformação das práticas para a sustentabilidade dos avanços conseguidos (Campos *et al.*, 2011).

Entretanto, há que se considerar que Campinas foi um dos municípios pioneiros no país na implantação do apoio matricial em saúde mental. Esse fato o coloca em uma situação diferenciada em relação aos demais municípios brasileiros. Dessa forma, as pesquisas anteriores evidenciam e refletem em alguma medida a realidade nacional no que tange à Saúde Mental na APS. Cabe considerar, também, que as diferentes realidades investigadas retratam processos instituídos. Desse modo, em outras localidades distantes dos centros urbanos e em regiões com pouca ou nenhuma disponibilidade de especialistas o cenário que se descortina mostra-se ainda menos promissor.

No presente estudo, a utilização da denominação APS, ao invés de Atenção Básica, decorre das seguintes razões: a expressão Atenção Primária à Saúde refere-se ao primeiro contato das pessoas com o sistema de saúde, atributo fundamental da APS; como uma estratégia de organização do SUS, porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde (RAS), e para aproximar a denominação brasileira do que é regra em todo o mundo (Mendes, 2011). Nesse sentido, a utilização da denominação APS, para além de uma questão semântica, vem ao encontro da compreensão de que um processo de trabalho como o AM em saúde mental é um processo complexo, mediado pelos atributos primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural. A APS deverá, ainda, cumprir três funções essenciais, a resolubilidade, a comunicação e a responsabilização. Esses elementos são a base estrutural e funcional do sistema de saúde (Mendes, 2011).

## **PROBLEMA**

Os recursos humanos são uma questão central para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária, tanto no que tange aos profissionais especialistas, que podem prover supervisão e suporte mediante o apoio matricial, como para os generalistas que integram as equipes de Saúde da Família. Esses últimos lidam no cotidiano com problemas de saúde mental da população, muitas vezes sem subsídios teórico-práticos para situações mais complexas. Nesse sentido, defendo a tese de que o trabalho vivo em saúde operacionalizado

mediante “tecnologias leves e leve-duras” (Merhy, 2005:49), a clínica ampliada (Campos, 2003:157) e os *inputs* invisíveis (Thornicroft & Tansella, 1999: 67-8) desempenham um papel central na operacionalização do cuidado em saúde mental na Atenção Primária.

As tecnologias leves e leve-duras (Merhy, 2005:49) são fundamentais para o trabalho, quer seja de especialistas ou generalistas. Também fundamental é a noção de clínica ampliada, que permite uma “redefinição ampliada do objeto, do objetivo e dos meios de trabalho da assistência individual, familiar ou a grupos” (Campos, 2003:157-59). Essa noção pressupõe a superação do modelo centrado na doença, a partir de intervenções que podem se situar no plano biológico, no subjetivo ou no social. A intervenção sobre um irá produzir impacto nos demais. Os *inputs* invisíveis (Thornicroft & Tansella, 1999), como as relações de trabalho, usualmente esquecidos, ignorados ou subvalorizados, podem inibir ou potencializar os recursos (*inputs*) visíveis. Considero que os *inputs* invisíveis podem qualificar as relações de trabalho entre profissionais e o atendimento conjunto, bem como as relações entre profissionais e usuários, materializados no cuidado ao usuário.

Assim, considerando que serão os profissionais (especialistas e generalistas) que poderão provocar novos modos de operar e produzir arranjos organizacionais mediante o seu trabalho e que esses processos de trabalho são “atravessados” por questões de saber, poder, ideologia e política, emergiu a questão: Como as diretrizes e os princípios fundantes do SUS e da Reforma Psiquiátrica se expressam nas práticas e justificativas dos profissionais para estabelecer estratégias e processos de trabalho de apoio matricial em saúde mental na atenção primária?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo geral**

Investigar o processo de trabalho apoio matricial em saúde mental na Atenção Primária, levando em conta as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica, com vistas à identificação das diretrizes, princípios profissionais e valores que permeiam o processo.

### **Objetivos específicos**

a) Investigar os princípios que regem o trabalho em saúde mental nas equipes;

- b) descrever as ações de saúde mental desenvolvidas;
- c) identificar se o processo de trabalho contempla a clínica ampliada;
- d) explicitar os valores profissionais que permeiam o processo;
- e) compreender como ocorre a articulação em rede;
- f) descrever os fatores que promovem ou dificultam o trabalho interdisciplinar e intersetorial.

## **PERCURSO METODOLÓGICO**

### **Caracterização do campo**

A pesquisa ocorreu no Município de Gravataí/RS, Brasil. A escolha do local ocorreu em razão de este ser um dos municípios pioneiros no Brasil, depois de Campinas/SP e Sobral/CE, no apoio matricial em saúde mental. O vínculo e o interesse pelo campo de pesquisa decorrem da inserção da pesquisadora em processos de desinstitucionalização e descentralização em saúde mental há mais de duas décadas. Assim como do envolvimento com projetos de ensino, pesquisa e extensão com alunos de graduação das áreas da saúde e de humanas (Enfermagem, Medicina e Psicologia) com esta metodologia de trabalho. Desta proximidade emergiram questionamentos, problematizados anteriormente, sobre o processo de trabalho.

O referido município possui o sexto maior Produto Interno Bruto (PIB) e a sexta maior população do estado, com cerca 255.660 mil habitantes, além de uma estimativa de vida que ultrapassa os 70 anos (IBGE, 2013). É constituído por área urbana e rural, apresentando características e problemas típicos dessas duas realidades. Em 1998, o município habilitou-se à Gestão Plena da Atenção Básica em Saúde, nos termos da Norma Operacional Básica – NOAS/SUS/1996. A partir de 2004, iniciou o processo da Distritalização/Regionalização da Saúde, pela implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF). Em 2006, o município habilitou-se, também, para o processo de gestão plena municipal da atenção à saúde. A rede de atenção primária à saúde é composta por 12 postos com equipes de Saúde da Família, além de 14 postos de saúde que operam com unidades de saúde tradicionais (Prefeitura Municipal de Gravataí, 2012).

Com relação ao panorama da saúde mental na atenção primária no município em tela, a partir de 1997, com a criação do Grupo Violeta, coordenado por um psicólogo, inicia-se o

processo da "descentralização" de grupos de saúde mental na rede. Atualmente existem 24 grupos com frequência quinzenal ou mensal abertos entre si, ou seja, se o usuário desejar e no ritmo de sua necessidade, pode participar de todos os grupos. Os grupos são coordenados por três psicólogos e pelas equipes das unidades de saúde. Anteriormente, ocorria o encaminhamento dos casos de saúde mental para serviços especializados, mediante o sistema instituído de referência e contrarreferência.

A partir de 2007, foi instituído o matriciamento em saúde mental na rede. Anteriormente à configuração dessa metodologia de trabalho, um psicólogo assessorava e acompanhava semanalmente os profissionais dos postos de saúde nas questões referentes à saúde mental, acompanhado de forma não sistemática por um enfermeiro, terapeuta ocupacional, assistente social, neurologista e/ou psicólogos. A participação assistemática destes profissionais ocorreu em razão da escassez de estabilidade nos contratos de trabalho.

Assim, desde 2007, as 12 Unidades de Saúde da Família (USFs) do município são acompanhadas pelas equipes matriciais de saúde mental e, mais recentemente, as 14 Unidades de Saúde (UBS) também passaram a ter esta metodologia instituída, num total de 26 Unidades de Saúde (USFs e UBS). Em razão de características demográficas e sanitárias, o Município de Gravataí é subdividido em quatro regiões distritais. Os apoiadores matriciais em saúde mental são profissionais vinculados ao CAPS II (três psiquiatras e um psicólogo) e ao Serviço de Urgência e Emergência (um psiquiatra). Estes, mediante supervisão e/ou atendimento conjunto propiciam a retaguarda assistencial nos casos considerados de maior complexidade pelas equipes da APS. Dois profissionais, um psicólogo e um psiquiatra, são responsáveis por cada região e realizam sistematicamente o trabalho conforme agenda semestral previamente estabelecida. A rede secundária contempla três CAPS: o CAPS II (atendimento de adultos com transtornos mentais graves e persistentes); o CAPS ad (atendimento de pessoas em uso e dependência de substâncias psicoativas), o CAPSi (atendimento de crianças e adolescentes). Na atenção terciária existe no município um serviço de emergência com dez leitos psiquiátricos e seis leitos de internação de saúde mental no hospital geral.

### **Delineamento de Pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa descritivo-analítica, com abordagem qualitativa. Os sujeitos do estudo foram seis profissionais especialistas (dois psicólogos e quatro psiquiatras) atuantes no Apoio Matricial em saúde mental e oito profissionais das equipes de Unidades de Saúde da Família (sete médicos e uma enfermeira). Realizaram-se no total catorze entrevistas

semiestruturadas e dois grupos focais.

### **Critérios de inclusão dos sujeitos**

Foram elencados como critérios de inclusão dos apoiadores matriciais: atuar no apoio matricial em saúde mental há pelo menos dois anos, independente da modalidade de intervenção (discussão de casos, supervisão ou atendimento conjunto; atendimento ou intervenções específicas do apoiador, com posterior cuidado pela equipe de referência). Em concordância com esse critério, somente um profissional especialista integrava a equipe havia menos de dois anos e foi excluído da pesquisa.

Os critérios de inclusão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família contemplaram: atuar em Unidades Básicas de Saúde que contam com equipes da Estratégia Saúde da Família e apoio matricial em Saúde Mental acompanhadas há pelo menos dois anos pela equipe matricial. Critérios de exclusão: técnicos inseridos há menos de dois anos neste projeto; profissionais que não participam sistematicamente das atividades e reuniões da equipe matricial. Cabe ressaltar que a amostra contempla profissionais das áreas urbanas e rural. Essa opção decorre das especificidades das duas realidades.

### **Coleta dos dados**

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e grupo focal (GF) (Minayo, 2010; Barbour, 2009), no período compreendido entre junho e setembro de 2013. Para ambas as técnicas utilizou-se um guia de tópicos, contendo questões norteadoras. A pesquisadora realizou todas as entrevistas e GF. A entrevista semiestruturada obedece a um roteiro previamente elaborado pelo pesquisador, assegurando que os pressupostos estarão cobertos na conversa. Minayo (2010) aponta que a entrevista semiestruturada difere apenas em grau da entrevista não estruturada (aberta) em razão de que nenhuma interação se coloca de forma totalmente fechada ou aberta. A autora defende a importância de analisar não somente os temas previamente estabelecidos, mas também de explorar as estruturas de relevância dos entrevistados que provêm do campo.

Grupos focais proporcionam *insights* dos processos, de atitudes e dos mecanismos envolvidos, bem como da interrogação e modificação de visões. Também são úteis para desvendar o que os participantes pensam, mas, sobretudo, por que os participantes pensam como pensam (Barbour, 2009). Nesse sentido, mediante a escolha da amostragem os grupos

focais poderão trazer diferentes perspectivas, preocupações e pressupostos dos profissionais envolvidos no apoio matricial, assim como inconsistências e contradições do processo.

A opção metodológica pela utilização de grupos focais reside em estudar os processos grupais envolvidos entre os profissionais (inter e intragrupos), com o intuito de maximizar o potencial de comparação. Dessa forma, por meio de um processo de interrogação dos dados, a contextualização, a formulação de tentativas de explicação, a submissão de novas interrogações e refinamentos produzem análises que ultrapassam a descrição (Barbour, 2009). Assim, a escolha pelas diferentes categorias de profissionais descritas anteriormente tem por objetivo produzir achados analíticos com potencial de comparação inter e intragrupos. Entretanto, para além da ideia de produzir dados que possam ser comparados para confirmar ou contradizer os resultados dos dois métodos (entrevistas narrativas e grupos focais), a triangulação de métodos na pesquisa poderá fornecer *insights* adicionais e dados analíticos que poderão ser utilizados como um recurso para produzir bases de dados paralelas (Barbour, 2009).

### **Procedimentos de coleta de dados**

A entrada em campo ocorreu após a aprovação do Comitê de Ética da PUC. Fez-se contato prévio com os serviços e os sujeitos entrevistados, observando os critérios de amostragem previamente estabelecidos. As entrevistas aconteceram mediante agendamento prévio com os profissionais nas Unidades de Saúde da Família (ESFs) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Foi realizada a adequabilidade do instrumento de pesquisa (entrevista semiestruturada) mediante a aplicação de um instrumento piloto. Utilizou-se um protocolo de entrevista, com a elaboração de um roteiro, tanto para as entrevistas semiestruturadas como para os grupos focais. As entrevistas foram realizadas pelo pesquisador e tiveram um tempo médio de uma hora. Ao término, os sujeitos foram convidados a participar em outro momento do GF.

Agendaram-se os grupos focais previamente em concordância com o gestor/coordenador do serviço. Quanto à composição dos grupos focais, os profissionais foram agrupados em especialistas e generalistas da ESF. Esse agrupamento teve por objetivo maximizar o potencial de comparação inter e intragrupos. Foram realizados em local e horário previamente acordado com os participantes, participando do GF dos especialistas cinco apoiadores, de um total de seis. Do GF dos generalistas da ESF participaram cinco profissionais de um total de oito. Neste último, a realização do grupo coincidiu com o período

de férias de três profissionais. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Os GFs foram filmados com a anuência dos participantes e posteriormente transcritos, também na íntegra.

### **Análise e discussão dos dados**

Em relação aos procedimentos analíticos das entrevistas semiestruturadas e GFs, optei por utilizar a análise de conteúdo, na modalidade temática, proposta por Minayo (2010), que compreende: a ordenação, a classificação e a análise final dos dados. A ordenação dos dados consistiu na transcrição das entrevistas; na releitura do material; na organização dos relatos em determinada ordem, de acordo com a proposta analítica. Foram criados vários subconjuntos de dados (especialistas, generalistas da ESF) objetivando buscar homogeneidades e diferenciações.

A etapa seguinte, a classificação dos dados, foi operacionalizada pela leitura horizontal e repetida dos textos. Por meio deste “exercício inicial, denominado por alguns autores como leitura flutuante, permite-se apreender as ‘estruturas de relevância’ dos atores sociais” (Minayo, 2010: 357-8). Nelas estão contidas as ideias centrais dos entrevistados sobre o tema, das quais emergirão as categorias empíricas. No segundo momento, ocorreu a leitura transversal dos dados de cada subconjunto e do conjunto em sua totalidade, que deu origem às áreas temáticas.

A análise final permitiu fazer uma inflexão sobre o material empírico e o analítico, num movimento incessante que se eleva do empírico para o teórico e vice-versa. Esta dança que promove relações entre o teórico e o empírico, o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática é o verdadeiro movimento dialético visando ao concreto pensado (Minayo, 2010). A análise e discussão dos dados deram-se à luz das evidências científicas recentes em âmbito nacional e internacional. A análise final permitiu esclarecer a lógica interna dos sujeitos do estudo sobre o tema em pauta.

### **Considerações Éticas**

Foram respeitados os aspectos éticos referentes à pesquisa com seres humanos, conforme determinam a Resolução nº 466 de 2012 e a Declaração de Helsinque (Brasil, 2012; *World Medical Association*, 2008). A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul antes da entrada em campo sob o n. 15813213.5.0000.5336.

Respeitaram-se a autonomia, a privacidade e o anonimato dos sujeitos envolvidos na amostra, cabendo salientar que, ao concordarem em participar da pesquisa, deveriam assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esse documento foi entregue pelo pesquisador, em duas vias de igual teor, tendo sido assinadas pelo participante do estudo e pelo pesquisador. Uma dessas vias retornou ao pesquisador, e a outra foi disponibilizada ao participante como comprovação e como instrumento de contato com o pesquisador. Os entrevistados foram identificados por letras e números, de forma a preservar o anonimato (PESF1, PESF2, PESF3... AM1, AM2, AM3..., profissional da ESF e Apoiador Matricial, respectivamente). Os sujeitos das falas dos GFs são designados de forma igual, porém precedidos de GF. Os procedimentos para esclarecimentos sobre a pesquisa foram realizados pelo pesquisador entrevistador, mediante informação individual e também no início dos GFs.

Em razão de considerar que os aspectos éticos não se encerram com a coleta e análise dos dados, a devolução dos resultados dar-se-á aos profissionais e gestores após a defesa da tese, assim como para gestores da Política Nacional de Saúde e Saúde Mental. Após a defesa da tese, será realizado um evento objetivando a devolução dos dados primeiramente aos participantes da pesquisa e gestores do município objeto da pesquisa.

Em razão do extenso e denso material empírico, após a sistematização dos dados conforme a proposta analítica, os dados provenientes dos Apoiadores Matriciais (AMs) e profissionais da APS foram reduzidos e agrupados em cinco estudos empíricos, quais sejam: (1) Apoio Matricial em Saúde Mental: a perspectiva dos especialistas sobre o processo de trabalho; (2) Apoio Matricial em Saúde Mental: princípios e valores que dão sustentação às práticas; (3) Apoio Matricial e Articulação em Rede Intersetorial; (4) Apoio Matricial em Saúde Mental na Atenção Primária: barreiras e fatores facilitadores; (5) A Perspectiva dos Profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre o Apoio Matricial em Saúde Mental. Consta ainda da tese um artigo teórico (6) submetido à *Revista Ciência & Saúde Coletiva* intitulado: “O Labirinto e o Minotauro: Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde” (no prelo). Estes dois últimos artigos estão formatados em *Vancouver*, de acordo com as normas de publicação da revista. Na sequência, estão as considerações finais da tese.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tese teve como objetivo geral investigar o processo de trabalho Apoio Matricial em saúde mental na Atenção Primária, levando em conta as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica, com vistas à identificação das diretrizes, princípios profissionais e valores que permeiam o processo. Cabe reconhecer que a realidade estudada revelou-se mais rica e complexa do que qualquer tentativa de aproximação desta. Dessa forma, procurou-se iluminar alguns pontos estabelecidos nos objetivos específicos da pesquisa. Outros desdobramentos e releituras são possíveis.

Este estudo procurou contribuir para as discussões acerca da descentralização em saúde mental. Este tema tem pautado organismos internacionais, comunidade científica e lideranças públicas na busca por soluções para a integração da saúde mental nos serviços gerais de saúde, particularmente na Atenção Primária à Saúde. Publicações científicas internacionais focalizam a necessidade de pesquisas que respondam à questão “como” realizar a referida integração. Na América Latina um exemplo emblemático que responde à questão anterior vem do Chile. No Brasil, alguns municípios têm implantado o Apoio Matricial, com vistas à integralidade da atenção, preconizada pelo SUS, objeto do presente estudo. Nesse sentido, a pesquisa reúne evidências dos resultados da referida integração, fundamentada na práxis dos diferentes atores envolvidos.

Os resultados do *corpus* evidenciam que o trabalho interdisciplinar desenvolvido no Apoio Matricial sustenta-se nas diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde. Entretanto, pôde-se observar que estas são operacionalizadas de diferentes modos, na dependência de UBS com equipes de Saúde da Família (ESF) ou em Unidades de Saúde tradicionais (UBS). Essas diferenças ocorrem em razão da constituição dos diferentes modos de trabalho e das diferentes lógicas de trabalho. Nos postos sem equipes da ESF, os resultados evidenciam um trabalho orientado para o atendimento da demanda, de cunho assistencial, geralmente sob a forma de interconsulta. Nas unidades onde existem as equipes de Saúde da Família, ocorrem a discussão de casos clínicos, a planificação de projetos terapêuticos, a participação de mais de um membro das equipes, gerando intervenções mais complexas. Os apoiadores reconhecem a complexidade da construção conjunta e processual do método de trabalho. Essa complexidade inerente à proposta no contexto amplo também guarda especificidades – nas UBS a complexidade maior deve-se aos arranjos intraequipe, enquanto que, na ESF, a complexidade é relacionada com as intervenções propostas.

As diferentes configurações do AM em UBS e na ESF remetem às instituições e aos modos de trabalho instituídos. Historicamente, a lógica de trabalho fragmentado, a cisão mente-corpo, o foco na doença (e não no sujeito) e na reagudização de sintomas marcaram o campo de interação. Dessa forma, nas UBS ainda prevalece a lógica do atendimento da demanda, resquício de um sistema tradicional. Enquanto que na ESF há um direcionamento da atenção centrada nas pessoas e na família, na longitudinalidade e no ciclo de vida. A disponibilidade das equipes é um atributo primordial ao compartilhamento de casos. Assim, o interagir emerge como uma ferramenta de trabalho. No trabalho realizado em diferentes espaços do cotidiano, vislumbram-se os círculos hermenêuticos intercomunicáveis entre apoiadores, profissionais da APS e usuários.

As entrevistas e grupo focais evidenciam que os profissionais utilizavam a clínica ampliada no seu processo de trabalho. Cabe destacar que o faziam sem a apropriação do construto conceitual. Independente das diferentes formações e orientações (psicanálise, cognitivo-comportamental, junguiana transpessoal, psiquiátrica dinâmica), os resultados configuram práticas ancoradas no paradigma psicossocial e na clínica ampliada, distanciando-se do paradigma biomédico. Pôde-se constatar que, independente das diferentes perspectivas teóricas em jogo, estas, ao invés de levarem à defesa ferrenha da sua corrente, são utilizadas para ampliar o olhar e produzir intervenções embasadas em diferentes pontos de vista. Estas relações alicerçadas no respeito entre os apoiadores e ajuda mútua talvez expliquem a sobrevivência do projeto, mesmo em condições adversas, no que tange aos aspectos de ordem estrutural, operacional e de gestão. Os dados empíricos permitem inferir que o processo de trabalho está ancorado nas relações interpessoais personalizadas estabelecidas entre os especialistas e os profissionais e equipes de referência da APS. As características dos integrantes das equipes possibilitam a construção de um trabalho pautado em relações dialógicas. Nesse sentido, a valorização de um processo de trabalho como o AM na Atenção Primária é construído no cotidiano, no trabalho em ato, nas relações e interações estabelecidas entre as pessoas.

Há também outro paradigma que perpassa as atividades no cotidiano dos grupos nos diferentes locais do território, que é o paradigma da produção de vida. Este se caracteriza por ampliar as potencialidades das pessoas, por meio de ações e relações com vistas à produção de significado de vida aos sujeitos. Apesar de os grupos na comunidade não serem o objeto da pesquisa, nas falas dos entrevistados e no GF há referência a este trabalho. Isso talvez ocorra em razão de os grupos terem sido os precursores da descentralização. Assim, existe em

algumas situações um *continuum*, o usuário é avaliado pela equipe matricial e posteriormente pode ser vinculado a algum grupo na comunidade. Ou, ainda, em caso de reagudização, ocorrer o encaminhamento para avaliação com a equipe matricial da unidade de referência ou um serviço especializado. Entretanto, cabe o reconhecimento de que são atividades distintas, complementares em algumas situações, não podendo o grupo ser caracterizado como AM.

O trabalho realizado nos grupos, interligado e complementar ao AM, não se reduz aos aparelhos de saúde ou sociais institucionais formais. Os encontros e atividades ocorrem em diferentes espaços no território, mediante a conformação de uma rede descentralizada e distribuída. Essa rede permite a circulação das pessoas em diferentes pontos, na dependência das necessidades singulares de cada indivíduo, criando as condições de potência de cuidado no campo de interação, por meio de composições não regulatórias. Nesse sentido, além do potencial terapêutico dos grupos, configuram-se outros paradigmas como o psicossocial e o de produção de vida. O primeiro remete à compreensão da complexidade do processo saúde/doença, o objeto da intervenção deixa de ser exclusivamente a doença, para incluir o sujeito. Ocorrem então o alargamento das intervenções sobre o campo (rede social, trabalho, família) e a contextualização da biografia de vida, que comporta uma doença, mas não se resume a ela. O segundo, o de produção de vida, da tradição basagliana, pode ser tomado como a radicalização do primeiro. Na pesquisa esse paradigma é operacionalizado e sustentado no cotidiano mediante a teia social formada nas comunidades, a utilização dos espaços coletivos para a coemergência de novos cenários, internos e externos na vida das pessoas. Tanto o paradigma psicossocial, quanto o de produção de vida são importantes para a ruptura com o paradigma biomédico ainda hegemônico nas práticas de saúde no país.

Um dado relevante diz respeito ao AM ser um processo sistemático longitudinal e não esporádico ou eventual. Ou seja, gestores e profissionais necessitam ter clareza desta informação quando da possibilidade de instituição desta metodologia, em razão das implicações decorrentes. Um desses aspectos refere-se à contratação adicional de profissionais especializados na área para prover supervisão e suporte aos profissionais generalistas. No que tange aos apoiadores matriciais, estes precisam ter a compreensão ampla da rede de saúde (e saúde mental); identificar-se com o trabalho no território; disponibilizar-se para o trabalho compartilhado. Outros atributos incluem lidar com a incerteza, ser flexível e ser generoso para socializar o conhecimento. Além de construir projetos de intervenção escutando as perspectivas dos profissionais das equipes de referência, ao invés de adotar a postura de

detentor do conhecimento. Isso leva a outro atributo (valor) identificado pelos participantes, a humildade.

Ou seja, não basta ser especialista para o trabalho como apoiador. Este precisa reunir um conjunto de características pessoais, princípios e valores que irão permear as práticas. Assim, a humildade, a generosidade, a flexibilidade, a empatia, a solidariedade e a sensibilidade emergem como valores primordiais para o trabalho. Os princípios que atravessam as práticas centralizam-se em torno da integralidade, do desejo de trabalhar com profissionais da APS, do conhecimento da rede (saúde, social e serviços de apoio), da habilidade de construir consensos e de escuta. Com relação à escuta, esta não se restringe às pessoas atendidas, mas estende-se aos profissionais intraequipe (apoiadores) e intequipes (apoiadores e equipes da APS). Nesse sentido, evidenciou-se que as mudanças ocorrem também no universo pessoal dos profissionais. Outro princípio diz respeito à responsabilidade para com os profissionais e equipes de referência, mediante o exercício da disponibilidade, do comprometimento e cumprimento da agenda de trabalho pré-estabelecida de encontros. Um aspecto reportado pelos profissionais da APS diz respeito ao canal de comunicação com os apoiadores. Ele se dá no contato face a face ou ainda por meios de mídia eletrônica, preferencialmente de forma direta e personalizada com o apoiador e não com o serviço de referência. Este é um aspecto expresso pelos generalistas, que chama a atenção e corrobora o vínculo com os apoiadores. Do material empírico pôde-se depreender que o conhecimento, por si só, não dará conta da complexidade da tarefa. Dito de outra forma, o profissional especialista pode ter um arcabouço teórico robusto e consistente, mas se não detiver algumas características anteriormente descritas, podem surgir obstáculos à realização do trabalho conjunto. Isso decorre em razão de o trabalho ser eminentemente centrado em tecnologias leves, relacionais. De forma alguma se advoga a não necessidade de conhecimentos de ponta, pelo contrário, mas que a estes sejam incorporados habilidades e atitudes imprescindíveis à realização de um trabalho articulado.

Esses achados corroboram o enunciado da tese, de que o “trabalho vivo” em saúde, operacionalizado mediante “tecnologias leves e leve-duras” (Merhy, 2005:49), a clínica ampliada (Campos, 2003:157) e os *inputs* invisíveis (Thornicroft & Tansella, 1999: 67-8) desempenham um papel central na operacionalização do cuidado em saúde mental na Atenção Primária. Entretanto, conforme discutido anteriormente, cabe salientar que as tecnologias leves assumem relevância e preponderam sobre as leves-duras. Para além dos recursos (*inputs*) invisíveis, como as relações profissionais estabelecidas, a questão central remete à

qualidade das relações e interações do grupo, ao cuidado com os membros da equipe e à personalização das relações. Estes são elementos invisíveis que subjazem às práticas.

A pesquisa evidenciou que o trabalho realizado pelos profissionais envolvidos no Apoio Matricial (especialistas e generalistas) confere valor, sentido de vida e realização profissional e pessoal. O trabalho da descentralização em saúde mental como um ideal e uma filosofia dos apoiadores talvez explique a manutenção deste, mesmo perante os obstáculos de ordem estrutural, operacional e de gestão. Disso decorre a preocupação manifestada pelos especialistas e alguns generalistas, no que tange à manutenção do trabalho, após a aposentadoria de alguns profissionais. Também foi externada a necessidade de repassar os aprendizados adquiridos para a próxima geração, para a continuidade do trabalho. Entretanto, existe a convicção de que um concurso público não consegue aferir as características necessárias ao futuro apoiador.

Com relação à rede de saúde, os profissionais relataram facilidade de acesso ao Serviço de Urgência e Emergência (SUE), quando da necessidade de encaminhamento de pessoas que demandam atenção especializada ou cuidados intensivos. Assim também com relação ao CAPS ad (álcool e drogas), mediante o livre acesso da demanda, e ao CAPSi (crianças e adolescentes). Uma especificidade do trabalho na rede se refere ao agendamento de atividades do AM em diferentes locais. Assim, é prática corrente a realização de reuniões de discussão de casos clínicos reunindo profissionais de duas unidades de saúde em sistema de rodízio. Ou ainda em locais diferentes, como a Casa do Idoso, o SUE, a farmácia municipal ou no próprio CAPS. Essa sistemática foi introduzida com o objetivo de ampliar o olhar de diferentes pessoas ao AM, trabalhar as dificuldades *in loco*, desburocratizar as relações, ter um olhar atento no cuidado ao cuidador e auxiliar na gestão do processo. Essa sistemática parece explicar o trânsito e a receptividade dos profissionais nos diferentes espaços da rede.

Especificamente com relação ao CAPS II, os profissionais da APS defendem este serviço como referência e retaguarda em saúde mental. Entretanto, apontam para a necessidade de este ser estruturado nos moldes propostos pelo Ministério da Saúde, e não como um ambulatório de saúde mental. Assim também a reestruturação interna, mediante a oferta do acolhimento não sob agendamento prévio, conforme estabelecido nos moldes atuais, mas disponibilizado de acordo com as necessidades individuais e singulares às pessoas em sofrimento. No estudo, na análise das instituições, pôde-se identificar que os mecanismos de institucionalização estavam presentes nas relações assimétricas entre operadores e usuários. Identificou-se, também, nas falas dos profissionais da APS e apoiadores, a necessidade da

permeabilidade e articulação do CAPS com a rede de atenção primária, mediante o exercício da abertura, da participação em reuniões com as equipes e da construção conjunta e compartilhada de diretrizes e protocolos de atendimento.

Nesse sentido, as contradições emergem quando nas falas evidencia-se a separação entre apoiadores matriciais e o CAPS, apesar de os profissionais estarem vinculados a este serviço (com exceção de um apoiador lotado no serviço de emergência). A análise e o cruzamento dos dados de ambos os grupos investigados, especialistas e generalistas, remetem às formas simbólicas que atravessam o campo de interação. Desse modo, depreende-se que o não reconhecimento diz das relações de poder estabelecidas. No momento do reconhecimento pelo trabalho realizado com as equipes da APS, confere-se valor aos profissionais e à coordenação. Assim, mediante o emprego de regras, convenções e estratégias implícitas e tácitas são determinadas as relações entre o CAPS e os profissionais da APS. Uma dessas regras explícitas, contestada por todos os profissionais da APS entrevistados, diz do imperativo da avaliação do paciente pela equipe matricial, mesmo nas situações em que há a necessidade de uma avaliação especializada. Nesta situação, é realizado contato com o apoiador matricial que realiza a intermediação e o agendamento para atendimento no CAPS. Ou seja, a partir da instituição do AM não existe mais a possibilidade de referência ao CAPS, pelo profissional da APS. Isso foi reportado como uma fragilização do processo. Essa fragilidade perpassa a relação com os profissionais da APS, quando, no momento da necessidade de encaminhamento, este ser realizado preferencialmente via contato com o apoiador e não diretamente com alguém da equipe do CAPS. Há de se lembrar que a instituição de um trabalho como o AM reduz a demanda para serviços especializados. Entretanto, não elimina a necessidade de encaminhar pessoas que, pela gravidade da doença, riscos ou benefícios adicionais, necessitem ser referenciadas. Dessa forma, o AM não prescinde da atenção secundária ou terciária. Pelo contrário, para serem efetivas e eficientes, as intervenções de saúde mental na APS demandam a articulação em rede com os demais serviços de saúde e saúde mental.

Para que haja a inclusão efetiva do cuidado em saúde mental na APS, o desejo de todos os agentes envolvidos (especialistas, generalistas, gestores) será crucial e irá redimensionar novos espaços para o sofrimento psíquico no território. Nesse sentido, o Brasil, um país de dimensões continentais, com um celebrado sistema de saúde pública, universal e gratuito, poderá servir de inspiração a outros países. Sobretudo, as experiências, os modos de trabalho, as relações e interações estabelecidas poderão propiciar aos profissionais e gestores

envolvidos novas leituras e interpretações, propiciando também a outros profissionais e gestores *insights* sobre a prática. Os estudos apresentados trazem diferentes perspectivas e campos de reflexão, cada um destes campos pode configurar novas pesquisas, tendências metodológicas e epistemológicas diferenciadas.

**REFERÊNCIAS**

- Almeida, G.H. (2010). *Acolhimento e tratamento de portadores de esquizofrenia na atenção básica: a visão de gestores, terapeutas, familiares e pacientes. (Tese de doutorado). Pós-Graduação em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. Retrieved from <http://www.teses.usp.br/>*
- Amarante, P. (1996). *O Homem e a Serpente - outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2009). Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. *Cad. Bras. Saúde Mental*, 1, (1), jan-abr. (CD-ROM).
- Barbour, R. (2009). *Grupos Focais*. Porto Alegre: Artmed.
- Barros, D.D. (2002). Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução de um saber. In: Amarante, P. (Org.) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. (pp. 171-195). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Bertolino Neto, M.M. (2011). *Atenção em Saúde Mental: identificação e acompanhamento de pessoas com problemas de saúde mental por equipes da Estratégia de Saúde da Família*. (dissertação). Pós-Graduação em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. Retrieved from <http://www.teses.usp.br/>
- Bezerra Junior, B. (2011). É preciso repensar o horizonte da reforma psiquiátrica. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16 (12), pp. 4598-4600. doi.org/10.1590/S1413-81232011001300007.
- Brasil. (1996). Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 196, de 1996*. Dispõem sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: *O Conselho*.
- Brasil. (2012). Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466, de 2012*. Dispõem sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: *O Conselho*.
- Brasil. (2002). Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. *Diário Oficial da União*, Seção I: Brasília. 20 de

fevereiro de 2002.

- Brasil. (2003). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental e coordenação da Atenção básica. Saúde mental e Atenção Básica. *O vínculo e o diálogo necessários. Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica*. Circular conjunta nº 01/03 de 13/11/2003.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2005). *Carta de Brasília*. Retrieved from [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ACTA\\_BRASILIA\\_PORTUGUES\\_final.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ACTA_BRASILIA_PORTUGUES_final.pdf)
- Campos, G.W.S. (2000). *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec.
- Campos, G.W.S. (2003). *Saúde Paidéia*. (2nd ed.). São Paulo: Hucitec.
- Campos, C.M.S., & Soares, C.B. (2003). A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 8 (2), pp. 621- 628. doi.org/10.1590/S1413-81232003000200022.
- Campos, G.W.S. & Domitti, AC. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*; 23 (2), pp. 399-407. doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016.
- Campos, G.W.S. (2008). Produção de conhecimento, avaliação de políticas públicas em saúde mental: notas reflexivas. In: Onocko Campos, R., Furtado, J.P., Passos, E. & Benevides, R. (Orgs.) *Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental – desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores.
- Consoli, G.L., Hirdes, A. & Costa, J. S. D. (2009). Saúde Mental nos Municípios do Alto Uruguai, RS, Brasil: um diagnóstico da Reforma Psiquiátrica. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14 (1), 117-128. doi.org/10.1590/S1413-81232009000100017.
- Creswell, J.W. (2007). *Projeto de Pesquisa – métodos qualitativo, quantitativo e misto*. (2nd ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Cunha, G.T. (2005). *A Construção da clínica ampliada na Atenção Básica*. São Paulo: Hucitec.

- Cunha, G.T., & Campos, G. W.S. (2011). Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde e Sociedade*, 20 (4), pp. 961-970. doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013
- Dimenstein, M., Severo, A.K., Brito, M., Pimenta, A. L., Medeiros, V. & Bezerra, E. (2009). O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, 18 (1), pp 63-74. doi.org/10.1590/S0104-12902009000100007.
- Entrevista com Benedetto Saraceno por Domingos Sávio Alves. (2011). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (12), pp. 4695-4700. doi.org/10.1590/S1413-81232011001300018.
- Federación Mundial para la Salud Mental. (2009). *Atención primaria y salud mental, salud mental em la atención primária: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental*. Retrieved from <http://www.wfmh.org/WMHD%2009%20Languages/SPANISH%20WMHD09.pdf>
- Figueiredo, M.D. (2006). *Saúde Mental na Atenção Básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas (SP)*. (dissertação). Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Campinas.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010. Retrieved from <http://censo2010.ibge.gov.br/>
- Lancet Global Mental Health Group. (2007). Scale up services for mental disorders: a call for action. *The Lancet* (vol 370, pp. 1241–52). doi:10.1016/S0140-6736(07)61263-X.
- Lancetti, A. (2001). Saúde mental e Saúde da Família. (2nd ed.). In Lancetti, A. *SaúdeLoucura*. (Vol. 7. pp. 117-120). São Paulo: Hucitec.
- Levav, I. (2001). Extender la Reforma por Médio de Nuevas Acciones de Salud Mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (12): pp. 4590-4602. doi.org/10.1590/S1413-81232011001300004.
- Machado, A.P.C. & Mocinho, R.R. (2003). Saúde Mental: um desafio no Programa de Saúde da Família. *Boletim da Saúde*. 17 (2) pp. 159-170.

- Mendes, E.V. (2010). As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2297-2305. doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005.
- Mendes, E.V. (2011). *As redes de atenção à saúde*. (2nd). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Merhy, E.E. (1997). Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: E.E. Merhy & R. Onocko (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público* (p.197-228). São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E.E. (2005). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.
- Morais, A.P.P. Saúde Mental na Atenção Básica: o desafio da implementação do apoio matricial. (tese de doutorado). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2010. Retrieved from <http://www.teses.usp.br/>
- Morais, A.P.P., & Tanaka, O.Y. (2012). Apoio Matricial em Saúde Mental: alcances e limites na atenção básica. *Saúde e Sociedade*, 21 (1): 161-170.
- Morin, E. (2010). *Ciência com consciência*. (13th ed.). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Minayo, M.C.S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (12th ed.). São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco.
- Nascimento, C.C. (2007). *Apoio matricial em saúde mental: possibilidades e limites no contexto da reforma psiquiátrica*. (dissertação). Escola de enfermagem. Universidade de São Paulo. Retrieved from <http://www.teses.usp.br/>
- Ngo, V.K., Rubinstein, A., Ganju, V., Kanellis, P., Loza, N., Rabadan-Diehl, C., & Daar, A.S. (2013). Grand Challenges: Integrating Mental Health Care into the Non-Communicable Disease Agenda. *PLoS Medicine*, 10(5). doi:10.1371/journal.pmed.1001443.
- Neves Filho, J. M. (2009). *Saúde mental, atenção primária e a Estratégia Saúde da família: a implantação de unidades básicas de apoio à saúde mental na região sul do município de São Paulo – um estudo de caso*. (dissertação). Universidade de São Paulo. Retrieved from <http://www.teses.usp.br/>

- Organização Mundial de Saúde. *Relatório Mundial da Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários - Agora mais que nunca*. Genebra: OMS, 2008.
- Onocko Campos, R. & Gama, C. (2008). Saúde mental na atenção básica. In: Campos, G. W. S. & Guerreiro, A. V.P. *Manual de práticas de Atenção Básica - saúde ampliada e compartilhada*. (pp. 221-246). São Paulo: Hucitec.
- Onocko Campos, R., Gama, C.A., Ferrer, A. L., Santos, D.V.D., Stefanello, S., Trapé, T.L., Porto, K. (2011). Saúde mental na atenção primária à saúde: um estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (2), 4643-4652. doi.org/10.1590/S1413-81232011001300013
- Onocko-Campos, R. T., Campos, G.W.S., Ferrer, A.L, Corrêa, C.R.S., Madureira, P.R., Gama, C.A.P, Dantas, D.V., Nascimento, R. (2012). Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. *Revista de Saúde*, 46 (1): pp. 43-50. doi.org/10.1590/S0034-89102011005000083
- Organização Mundial de Saúde/Organização Panamericana de Saúde. (1990). *Declaração de Caracas*. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Caracas, OMS/OPAS.
- Organização Mundial da Saúde. (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. OMS/OPAS: Gráfica Brasil.
- Organização Mundial da Saúde. (2008). *Relatório Mundial da Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários - Agora mais que nunca*. Genebra: OMS.
- Patel, V. et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *Lancet* vol 370 September 15, 2007; 370: 991–1005.
- Patel, V. (2012). Global Mental Health: from science to action. *Harvard Rev Psychiatry*, 20(1), 6-12. doi: 10.3109/10673229.2012.649108.
- Pope C. & Mays N. (2009). *Pesquisa qualitativa na Atenção à Saúde*. (3rd ed.). Porto Alegre: Artmed.

- Pinto A.G.A., Jorge, M.S.B., Vasconcelos, M.G.F., Sampaio, J.J.C., Lima, G.P., Bastos, V.C., Sampaio, H.A.C. (2012). Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (3): 653-660. doi.org/10.1590/S1413-81232012000300011.
- Prefeitura Municipal de Gravataí. *Cidade – Secretaria municipal de saúde*. Retrieved from <http://www.gravatai.rs.gov.br/site/secretarias/saude/ubs.php>.
- Rotelli F, DE Leonardis O. & Mauri, D. (2001). *Desinstitucionalização*. (2nd ed.). São Paulo: Hucitec.
- Sampaio, J.J.C & Barroso, C. M. C. (2001). Centros de Atenção Psicossocial e Equipes de Saúde da Família: diretrizes e experiências no Ceará. In: Lancetti, A. (Org.). *Saúde Loucura - saúde mental e saúde da família*. (2nd ed., Vol. 7, pp. 199 -220). São Paulo: Hucitec.
- Santos, B. S. (2010). Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. In: Santos, B.S. & Menezes, M.P. (pp. 1- 27). *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez.
- Saraceno, B. (1999). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te Corá.
- Saraceno, B., Ommeren, M., Batniji, R., Cohen, A., Gureje, O., Mahoney, J., Sridhar, D., Underhill, C. (2007). Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 37(9593), 1164-1174). doi:10.1016/S0140-6736(07)61263-X.
- Starfield B. (2002). *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília. (DF): UNESCO/ Ministério da Saúde.
- Souza, A.C. (2004). *Em Tempos de PSF... Novos Rumos para Saúde Mental*. (Dissertação de mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.
- Tanaka, O.Y. & Lauridsen-Ribeiro, E. (2006). Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, 22 (9), pp.1845-1853. doi.org/10.1590/S0102-311X2006000900015.

- Thompson, J.B. (2002). *Ideologia e Cultura Moderna - teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Thornicroft, G. & Tansella, M. (1999). *The mental health matrix. A manual to improve services*. New York: Cambridge University Press.
- Thornicroft, G. & Tansella, M. (2008, Agosto). Quais são os argumentos a favor da atenção comunitária à saúde mental? *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 3(1). Retrieved from [http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapip/volume3\\_n1/pdf/Thornicroft\\_Tansella.pdf](http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapip/volume3_n1/pdf/Thornicroft_Tansella.pdf)
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2009). *Better mental Health*. United Kingdom: Cambridge University Press.
- Veronese, M.V. & Guareschi, P.A. (2006, Maio-Agosto). Hermenêutica de Profundidade na Pesquisa Social. *Ciências Sociais Unisinos*. (Vol. 42, Num. 002, pp. 85-93). Retrieved from <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/938/93842201.pdf>
- World Health Organization (2004). *Promoting Mental Health: concepts, emerging evidence, practice*. World Health Organization/Victoria Health Promoting Foundation/University of Melbourne. Geneva, Switzerland: Tushita Graphic Vision Sàrl.
- World Health Organization. (2005). *Human Resources and Training in Mental Health. Mental Health Policy and Service Guidance Package*. (PDF reader version). Retrieved from [http://www.who.int/mental\\_health/policy/Training\\_in\\_Mental\\_Health.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/Training_in_Mental_Health.pdf)
- World Health Organization and World Organization of Family Doctors (WONCA). (2008). *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. Retrieved from [http://www.who.int/mental\\_health/policy/Integratingmhintprimarycare2008\\_lastversion.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/Integratingmhintprimarycare2008_lastversion.pdf)
- World Health Assembly. (2012). *The global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level*. Presented at the Sixty-fifth World Health Assembly, Geneva, May 21–26, 2012 Retrieved from [http://www.who.int/mental\\_health/WHA65.4\\_resolution.pdf](http://www.who.int/mental_health/WHA65.4_resolution.pdf).

World Health Organization. Zero Draft Global Mental Health Action Plan 2013-2020.(2012).

This WHO Discussion Paper does not represent an official position of WHO.

Retrieved from

[http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/mental\\_health\\_action\\_plan\\_EN\\_27\\_08\\_12.pdf](http://www.who.int/mental_health/mhgap/mental_health_action_plan_EN_27_08_12.pdf)

World Health Organization. (2013a). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2013b). *Comprehensive mental health action plan 2013–2020*. Geneva: WHO.

World Medical Association. (2008, Outubro). *Ethical principles for medical research involving human subjects*. Retrieved from [http://data.unaids.org/publications/External-Documents-Restored/helsinki-decl\\_en.pdf](http://data.unaids.org/publications/External-Documents-Restored/helsinki-decl_en.pdf)

## ANEXO A

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado (a) entrevistada/ entrevistado:

Sou doutoranda do Programa de Pós-graduação de Psicologia, área Psicologia Social, na Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada **APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL: TECENDO NOVAS FORMAS DE RELAÇÃO E INTERAÇÃO**.

O objetivo da entrevista é ouvi-lo (a) a respeito da temática de estudo. Sua participação envolve uma entrevista, que será gravada e que tem a duração aproximada de 90 minutos. Da mesma forma, ao longo da entrevista, poderão ser feitas anotações que estarão a sua disposição durante e após o processo de pesquisa. Posteriormente, em outro momento, você será convidado para participar de, pelo menos, um grupo focal, com duração média de, aproximadamente, 2 horas. O grupo focal consiste da interação de pessoas e discussão de tópicos afins à temática do estudo, conduzido pelo pesquisador e por um moderador. A participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo. Na publicação de resultados de pesquisas originadas dessa coleta serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo (a). Os dados serão utilizados para fins desta pesquisa, assim como poderão ser utilizados para outros estudos na mesma temática. O material de áudio será guardado por cinco anos e depois destruído.

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a produção de conhecimento científico sobre a temática, assim como, para melhorar a inclusão do cuidado à saúde mental no Sistema Único de Saúde - SUS, com vistas à qualificação das práticas.

Desde já, agradecemos sua participação neste estudo, e se o (a) Senhor (a) tiver dúvidas, poderá conversar com um membro da equipe ou contatar:

1) Alice Hirdes

e-mail: alicehirdes@gmail.com

telefone: (51) 9364 0036 ou ainda, pela entidade responsável e Professora orientadora:

2) Profa Dra. Helena B. K. Scarparo

e-mail: scarparo@pucrs.br

telefone: (51) 9962 0773

3) Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS

telefone: (51) 3320 3345.

---

Alice Hirdes

Coren/RS: 054322

Matrícula: 11190744-0

---

Dra. Helena B. K. Scarparo

Professora do PPGP/PUCRS

CRP/RS 07/1324

**Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.**

---

Nome e assinatura do participante

---

Local e data

## ANEXO B

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL: TECENDO NOVAS FORMAS DE RELAÇÃO E INTERVENÇÃO.

**Pesquisador:** HELENA BEATRIZ KOCHENBORGER SCARPARO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 15813213.5.0000.5336

**Instituição Proponente:** UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 304.227

**Data da Relatoria:** 03/05/2013

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de uma pesquisa descritivo-analítica, com abordagem qualitativa, da qual farão parte como sujeitos do estudo 24 profissionais do município de Gravataí-RS, sendo 08 profissionais de nível superior (03 psicólogos e 05 psiquiatras) atuantes no processo de matriciamento em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), 08 profissionais (médicos e enfermeiros) das equipes dos postos de saúde com a Estratégia Saúde da Família (ESF) implantada e acompanhados pelos profissionais especialistas do apoio matricial em saúde mental, 08 profissionais (médicos e enfermeiros) das Unidades Básicas de Saúde sem profissionais da ESF acompanhados pelos profissionais especialistas do apoio matricial em saúde mental. Os mesmos serão entrevistados individualmente e participarão de grupos focais.

**Objetivo da Pesquisa:**

Investigar o processo de trabalho apoio matricial em saúde mental na Atenção Primária, levando em conta as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica, com vistas à identificação das diretrizes, princípios profissionais e valores que permeiam o processo.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Risco mínimo, pois a pesquisa envolve entrevistas e grupos focais.

**Endereço:** Av. Ipiranga, 6681  
**Bairro:** CEP: 90.619-900  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (513)320--3345 **Fax:** (513)320--3345 **E-mail:** cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 304.227

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto de pesquisa relevante e muito bem elaborado.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos documentos foram devidamente apresentados.

**Recomendações:**

Nenhuma.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto aprovado.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

PORTO ALEGRE, 14 de Junho de 2013

---

**Assinador por:**  
caio coelho marques  
(Coordenador)

**Endereço:** Av.Ipiranga, 6681  
**Bairro:** CEP: 90.619-900  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (513)320--3345 **Fax:** (513)320--3345 **E-mail:** cep@puhrs.br

## ANEXO C

### **Roteiro para as entrevistas semiestruturadas:**

1. Fale sobre o apoio matricial e as ações em saúde mental que são desenvolvidas na APS.
2. Explique de que maneira ocorre a articulação em rede.
3. Comente sobre o seu entendimento sobre a clínica, o fazer clínico, o diagnóstico e o tratamento.
4. Explique o que é para você clínica ampliada.
5. No seu cotidiano, de que forma vc operacionaliza a clínica ampliada no seu processo de trabalho?
6. Fale sobre os princípios que regem o trabalho em saúde mental nas equipes.
7. Na sua compreensão, esses princípios são operacionalizados independentemente das diferentes categorias profissionais envolvidas. Justifique e explique sua resposta.
8. Detalhe os valores profissionais que permeiam o processo de trabalho apoio matricial em saúde mental na Atenção Primária.
9. Discorra sobre os fatores que promovem ou dificultam o trabalho interdisciplinar e intersetorial.