

Apoio matricial em saúde mental na percepção dos profissionais especialistas

Maria Rosalia Gerhardt Neto
Tássita Stefani Selau Medina
Alice Hirdes

Resumo: Este estudo teve como objetivo investigar o apoio matricial em saúde mental na Atenção Primária à Saúde, na perspectiva dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. Foi desenvolvido em um município da região metropolitana de Porto Alegre, RS, Brasil. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, realizado com os profissionais especialistas envolvidos no matriciamento em saúde mental. Na análise dos dados foi percorrido o caminho metodológico: ordenação, classificação e análise final. Os resultados apontam a articulação Centro de Atenção Psicossocial e Atenção Primária a partir do matriciamento; o território como espaço de coprodução de saúde; a clínica ampliada transcendendo o modelo centrado na doença e as dificuldades encontradas no processo. Conclui-se que o matriciamento é uma ferramenta que possibilita a inserção da saúde mental na Atenção Primária, qualificando a integralidade do cuidado, a corresponsabilização e a humanização da atenção.

Palavras-chave: Saúde mental, descentralização, atenção primária à saúde.

Matrix support in mental health: Building a new paradigm

Abstract: This study aimed at investigating matrix-based strategies in mental health in Primary Health Care from the perspective of professionals who work in a Psychosocial Care Center. It was developed in a city located in Greater Porto Alegre, RS, Brazil. It is a descriptive and exploratory qualitative study which was carried out with the professionals who work on matrix-based strategies in mental health. Data analysis comprised three steps: ordination, classification and final analysis. Results show that there is a connection between Psychosocial Care Center and primary care based on the matrix-based strategies; the place becomes a space for health co-production; and the broadened clinic goes beyond the model which focuses on illnesses and difficulties of the process. Therefore, matrix-based strategies are a tool that leads to the insertion of mental health in primary care, thus, it qualifies the integrality of care, co-responsibility and humanization of care.

Keywords: Mental health, decentralization, primary health care.

Introdução

No contexto mundial, organismos internacionais e documentos da Organização Mundial de Saúde têm defendido a inclusão das ações de saúde mental na Atenção Primária à Saúde (WHO/WONCA, 2008; World Health Organization, 2013a). Na América Latina, o Chile protagonizou uma experiência pioneira de descentralização em saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS), mediante a capacitação dos profissionais generalistas da APS (Minoletti, Rojas, & Horvitz-Lennon, 2012).

No Brasil, a reorientação do modelo assistencial em saúde mental foi fortemente influenciado e se fundamenta na experiência italiana, impulsionado por movimentos que

emergem ao final da década de 70, no contexto da democratização do país. A Reforma Psiquiátrica brasileira é considerada “um processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria” (Amarante, 2008).

Embora contemporânea ao processo de Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica segue uma história própria, conservando alguns dos princípios e diretrizes que orientam a Reforma Sanitária, em especial a universalidade, a integralidade, a descentralização dos serviços e a participação comunitária. Ao longo de sua progressão, observa-se a intensificação intercalada com períodos de lentificação dos esforços na perspectiva de resgatar o sentido original, sobretudo no que tange à implementação de uma rede integrada de assistência ao portador de sofrimento psíquico (Nunes, Jucá, & Valentim, 2007).

Para a superação das práticas fragmentadas e burocratizadas em saúde, Campos (1999) propôs os arranjos organizacionais e metodológicos apoio matricial e equipe de referência. “O apoio matricial tem uma dimensão de suporte técnico-pedagógico, pressupõe apoio educativo para a equipe de referência e ações realizadas conjuntamente com ela” (Campos, Figueiredo, Pereira Júnior, & Castro, 2014). Especificamente no campo da saúde mental possibilita a descentralização das ações no território, a capacitação das equipes de referência, a interdisciplinaridade, a retaguarda especializada, modificando a lógica do sistema de referência e contrarreferência.

Nesse sentido, as equipes de APS, em razão de estarem próximas às famílias e à comunidade, constituem um recurso estratégico para o enfrentamento de problemas importantes de saúde pública, como os agravos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, bem como de diversas outras formas de sofrimento psíquico. Vinculado a toda e qualquer doença há um componente de sofrimento subjetivo que, em alguns casos, atua como impasse à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudável. Nesse sentido, pode-se dizer que todo problema de saúde é, também, de saúde mental e, que toda saúde mental é produção de saúde. Para tanto, será sempre necessária a incorporação da saúde mental na Atenção Primária (Brasil, 2005).

Buscando estreitar esses laços, o Ministério da Saúde, de acordo com a atual política de saúde mental, define e estabelece o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que são considerados dispositivos estratégicos territorializados. Devem estar inscritos no espaço de convívio social daqueles usuários que os frequentam. Os CAPS assumem o papel de organizadores dentro da rede de atenção à saúde mental e devem integrar-se às equipes de Atenção Primária, oferecendo suporte e capacitação que visem à adequação da assistência ao sujeito portador de transtorno psíquico (Brasil, 2002).

Investimentos em saúde mental na Atenção Primária são importantes, mas não são susceptíveis de serem mantidos, a menos que sejam precedidos ou acompanhados pelo desenvolvimento dos serviços comunitários de saúde mental, para permitir a formação, a supervisão e o apoio contínuo para profissionais dos cuidados primários (Saraceno *et al.*, 2007). No Brasil, ainda existe uma grande lacuna entre as diretrizes propostas pela política de saúde mental e a realidade concreta, sobretudo no que diz respeito à clínica de saúde mental. A falta de familiarização com o universo de sofrimento psíquico constitui-se como um dos principais limitantes das ações de saúde mental no nível primário (Nunes *et al.*, 2007).

A saúde mental precisa ser reconhecida como um componente integral da prática em atenção primária e secundária. Além disso, os trabalhadores de cuidados primários de saúde precisam ser treinados no reconhecimento e tratamento de transtornos mentais, mediante apoio e supervisão adequados (Prince *et al.*, 2007). Assim, a partir de uma experiência pioneira de descentralização e apoio matricial em saúde mental no Rio Grande do Sul, algumas questões nortearam este estudo: Como ocorre a operacionalização do apoio matricial na APS? Que ações são desenvolvidas para a consolidação da saúde mental na Atenção Primária? Essas transcendem o modelo da doença e se configuram em uma clínica ampliada? Quais as dificuldades vivenciadas pelos apoiadores nesse processo?

Investigar o processo de trabalho Apoio Matricial (AM) em saúde mental na Atenção Primária à Saúde, na perspectiva dos profissionais do CAPS envolvidos no apoio e na supervisão.

Método

Para responder as questões da pesquisa, utilizou-se o método descritivo exploratório com abordagem qualitativa que, conforme Minayo (2007), “se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”.

O município do estudo fica localizado na região metropolitana de Porto Alegre, no Estado do Rio Grande do Sul. Possui o quinto maior PIB e a sexta maior população do Estado, com 270.689 habitantes, além de uma estimativa de vida que ultrapassa os setenta anos. É constituído por área urbana e rural, apresentando características e problemas típicos dessas duas realidades. Nota-se a convivência, lado a lado, da riqueza e da pobreza, ficando possível observar que a população local sofre problemas típicos de países subdesenvolvidos, como: transtornos psíquicos, desnutrição, doenças infecciosas, parasitárias, diarreias e, por outro lado, enfermidades típicas de países industrializados.

Em 1998, o município habilitou-se à Gestão Plena da Atenção Básica em Saúde, nos termos da Norma Operacional Básica – NOAS/ SUS/ 1996. Desde 2004, tem implementado o processo da Distritalização/ Regionalização da Saúde, pela implantação da estratégia de Saúde da Família (ESF). Já no ano de 2006, o município habilitou-se, também, para o processo de gestão plena municipal da atenção à saúde. De acordo com dados apresentados pelo município, no momento existem três CAPS: CAPS II (adultos com transtornos mentais severos e persistentes), CAPS ad (álcool e drogas) e o CAPSi (infantil) e mais onze equipes de saúde da família. Atualmente, cerca de 30% da população é atendida por essas equipes de Saúde da Família.

Os sujeitos da pesquisa foram cinco profissionais (um psicólogo e quatro psiquiatras) do CAPS, atuantes desde 2007 no AM em saúde mental do referido município. O número da amostra deveu-se em razão de serem esses cinco profissionais os diretamente envolvidos no matriciamento. Desses cinco profissionais, o psicólogo, que também é o coordenador do AM, atua com grupos na comunidade desde 1997 e tem uma formação junguiana, além de trabalhar com práticas integrativas complementares. Em relação aos psiquiatras, um deles tem também a formação

como médico sanitário, realizada posteriormente à especialização em Psiquiatria. Os outros três psiquiatras trabalham com psiquiatria clínica, com uma vertente mais tradicional, sendo que um deles fez a formação no Murialdo, em Porto Alegre. Uma especificidade do respectivo grupo, mesmo atuando com correntes teóricas diferentes, diz respeito à relação de respeito entre os integrantes e o desejo de descentralizar a atenção em saúde mental.

A coleta de dados ocorreu no CAPS, no mês de outubro de 2010, mediante agendamento prévio. Para realização desta pesquisa, foi utilizado instrumento próprio, do tipo semiestruturado. A entrevista semiestruturada consiste em um roteiro que objetiva apreender o ponto de vista dos atores sociais do objetivo da pesquisa. Esse roteiro contém poucas questões, de forma a orientar a orientar uma “conversa com fidelidade”. O roteiro semiestruturado permite o aprofundamento da comunicação, constituindo-se um guia para facilitar a entrevista (Minayo, 2007). As entrevistas tiveram um tempo médio de 50 minutos e foram gravadas em áudio.

Em relação à análise dos dados, foi percorrido o caminho metodológico (2007): ordenação, classificação e análise final dos dados. A ordenação dos dados englobou as entrevistas apreendidas. Essa etapa consiste na transcrição das entrevistas gravadas em meio digital (MP3); releitura do material; organização dos relatos em determinada ordem, de acordo com a proposta analítica. Na etapa seguinte, a classificação dos dados foi operacionalizada mediante a leitura exaustiva e repetida dos textos. Por meio desse exercício, foram apreendidas as “estruturas de relevância” das falas dos sujeitos do estudo. Nessas falas estão contidas as ideias centrais dos entrevistados. 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. Essa dinâmica 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.

O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob o protocolo n. 2010 - 369H. A entrada em campo somente ocorreu após a aprovação plena do projeto. Foram respeitados os aspectos éticos referentes à pesquisa com seres humanos, conforme determina a Resolução n. 196/96 (Brasil, 1996). Cabe salientar que os entrevistados, ao concordarem em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), entregue em duas vias de igual teor pela pesquisadora. Aos entrevistados, foi assegurado o anonimato de cada sujeito, os quais serão identificados no decorrer da análise de dados pelo pseudônimo de E1 a E5.

Resultados e discussão

Na análise dos dados, depois de extraídas as estruturas de relevância das falas dos entrevistados, foram identificadas as seguintes áreas temáticas: o processo de trabalho apoio matricial na Atenção Primária à Saúde; o território como espaço de coprodução de saúde; a clínica ampliada: transcendendo o modelo da doença e do dano; e as dificuldades encontradas no processo de trabalho.

O processo de trabalho apoio matricial na Atenção Primária à Saúde

Os profissionais do CAPS abordam, nesta área temática, a intervenção da saúde mental na Atenção Primária mediante um processo de capacitação e suporte às equipes do nível primário de assistência. Conforme a Portaria nº 336 de 2002, os CAPS assumem o papel de organizadores da rede substitutiva e buscam agregar os serviços de saúde mental na comunidade local. Para tanto, devem integrar-se às equipes de Atenção Primária oferecendo suporte e capacitação que visem à adequação da assistência ao sujeito portador de sofrimento psíquico (Brasil, 2002).

Dessa forma, o apoio matricial em saúde, proposto por Campos (1999), configura um arranjo organizacional que visa a assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde. As entrevistas evidenciam que o processo de trabalho contempla o atendimento conjunto e a discussão de casos clínicos, preconizado por Campos e Domitti (2007). “[...] *a gente faz consultorias, assim, com essas unidades de saúde da família para discutir casos, eventualmente atender o paciente junto, num regime de interconsulta*” (E 3). “[...] *a gente faz uma avaliação junto com os clínicos dos pacientes que estão sendo atendidos lá, e dá uma orientação, também, aos outros profissionais em relação a grupos de atendimentos e, tenta manter um canal aberto de duas vias entre o posto e o CAPS, aqui*”. (E 4). Outra modalidade de operacionalização do AM contempla o atendimento específico do apoiador, mantendo a equipe de referência o seguimento complementar do caso.

Para Dimenstein *et al.*, (2009) o apoio matricial surgiu da comprovação de que a Reforma Psiquiátrica não pode progredir, se a Atenção Primária não for inserida ao processo. Para tanto, não é possível somente dirigir esforços na rede substitutiva, mas pelo AM, implementar o cuidado em saúde mental para todos os níveis da assistência, principalmente, à Atenção Primária. “*Então o que a gente via, que muitos clínicos tratam coisas básicas de clínica geral, coisas básicas de cardiologia, tratam o básico da pneumologia, o básico da otorrino e não atendiam o básico da psiquiatria, a saúde mental. E, agora já estão fazendo isto, e agora nem tão básicos, tem vários clínicos atendendo coisas bem mais sérias e já estão assumindo*”. (E2).

De acordo com Campos e Domitti (2007), o AM ao ser incorporado como um método de trabalho visa a garantir suporte especializado, tanto no plano assistencial, quanto técnico pedagógico. Implica uma construção compartilhada entre os componentes da equipe de referência – os profissionais da Atenção Primária encarregados pela condução de problemas de saúde – e os especialistas que realizam o apoio matricial com o desafio de agregar conhecimentos à equipe de referência. “[...] *são promovidas consultorias com abordagens de casos diversos, com discussões diagnósticas e de planos terapêuticos que sirvam para multiplicar o conhecimento, e ampliar a assistência a outras pessoas, sempre comprometendo a equipe, e a rede de apoio do usuário próxima a sua residência*”. (E 5).

A responsabilização compartilhada exclui a lógica do encaminhamento, uma vez que essa responsabilização visa a aumentar a capacidade da equipe local, no caso de Atenção Primária, de buscar uma maior resolução aos problemas em saúde mental (Brasil, 2003). As recomendações propostas pela 8ª Conferência Nacional de Saúde

corroboram essa ideia, indicando a responsabilidade da Atenção Primária em atender às necessidades da população, incluindo a atenção em saúde mental (Brasil, 1986).

As entrevistas evidenciam as formas de interação entre as equipes de referência e os apoiadores, as reuniões periódicas e regulares, a fim de discutir casos complexos elencados pelas equipes de Atenção Primária, bem como a construção conjunta de projetos terapêuticos com vistas a estabelecer as intervenções junto com os profissionais envolvidos. “[...] a gente faz uma reunião a cada 30-45 dias, na prática 45 dias, e lá a gente discute os casos”. (E 2). “a gente vai dar consultoria em saúde mental para a equipe e estes pacientes, usuários, são vistos, então, de uma maneira multi, intertransdisciplinar, e aí, se constroem planos de ação e, geralmente, nesses planos de ação já inclui a participação do grupo e a capacitação da equipe para ter um outro olhar de como considerar a questão de saúde mental”. (E 1).

Campos *et al.*, (2014) defendem que o apoio aos profissionais visa ao desenvolvimento de uma postura analítica sobre si mesmos, sobre o outro e o seu contexto para que possam experimentar novas práticas que possam dar respostas à complexidade do trabalho em saúde. Esse apoio produz simultaneamente efeitos pedagógicos, terapêuticos e institucionais. O efeito pedagógico ocorre por meio do aprimoramento do repertório de conhecimentos, ampliando a capacidade técnica de intervenção; o efeito terapêutico é produzido pelas mudanças de valores e visões de mundo dos sujeitos. E, por último, os efeitos institucionais referem-se às mudanças nas relações e no contexto de trabalho.

Além desses encontros previamente agendados, também é possível o acionamento dos apoiadores por meios de contato direto, a fim de contemplar casos imprevistos e urgentes (Campos & Domitti, 2007). Os entrevistados mencionam a existência dessa retaguarda de suporte, quando da necessidade de contato para elucidar casos complexos, que demandam uma intervenção precoce ou quando da necessidade de realizar encaminhamento para o serviço especializado. “[...] consultoria via telefone, então a gente faz atendimento, deixa o telefone à disposição das coordenações para discutir casos ao longo do mês”. (E 2). “[...]fazendo consultoria e ligação, com os profissionais lá da unidade de saúde da família, tentando capacitar os mesmos para o trabalho e, se colocando à disposição destes”. (E 4).

Considerando a articulação em rede dos serviços de saúde, foi possível identificar nesta temática, a importância da instrumentalização e o apoio às equipes da APS, de forma a atender às necessidades da população pela qual assumem responsabilidade. Nesse caso, o apoio advindo dos profissionais do CAPS permite a inserção do componente saúde mental nas práticas desenvolvidas no espaço comunitário, refletindo no aumento da capacidade da equipe local em resolver os problemas de saúde mental. As entrevistas evidenciam também, que o AM proporciona a construção de abordagens interdisciplinares e a construção conjunta de projetos terapêuticos. Nesse sentido, o AM além do componente de suporte e apoio especializado, possibilita a educação permanente das equipes da APS.

O território como espaço de coprodução de saúde

A premissa básica para a consolidação da Reforma Psiquiátrica é a construção de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico centrada no espaço comunitário. Neste novo cenário, para a organização dessa rede é necessária a noção de território, não apenas como

área geográfica, mas estendendo-se às pessoas, às instituições, às redes e aos cenários onde a vida comunitária acontece. Para tanto, trabalhar no território implica apreender todos os recursos da comunidade disponíveis e construir coletivamente as soluções, considerando todos os saberes e potencialidades, bem como a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental (Brasil, 2005). “[...] *é sempre criar a ideia de que a pessoa vive num território e que neste território ela tem que ter consciência do que existe de recursos porque ali, é onde ela adoeceu [...] isso é trabalhar no território, fazer com que o território também seja mais apropriado e seja mais empoderado pelo usuário. A gente sempre tenta desenvolver que cada uma destas pessoas seja uma multiplicadora de saúde, então, é um trabalho de capacitação e ao mesmo tempo de psicoterapia em que a pessoa percebe, sim, que ela tem um refúgio saudável*”. (E 1). “[...] *isso ajuda a questão do sujeito e quais os recursos no meio da comunidade, até de fomento à saúde de melhoria das condições*”. (E3).

De acordo com as mudanças estabelecidas no processo saúde/doença, agora percebidas como o resultado de fatores atrelados à forma de vida e de trabalho dos indivíduos, emana o princípio da integralidade como o entendimento do homem biopsicossocial que se configura mediante estreita interação da diversidade de sua dimensão subjetiva e de sua relação com o meio (Silveira & Ribeiro, 2005). Nessa perspectiva, a saúde mental também é alvo de mudança, sobretudo no que concerne à forma de lidar com o sofrimento psíquico, elegendo o território como espaço de produção de saúde. “[...] *ele pode desenvolver a parte de habilidade social em que ele possa voltar para o mercado, se for o caso de trabalho e mantendo ele, também, para conviver na comunidade*”. (E 4). “[...] *privilegiar a presença do usuário mais próximo à Estratégia Saúde da Família, fazendo com que toda a equipe contribua com a promoção à saúde dele, abrangendo aspectos que não se limitem apenas à doença mental*”. (E 5). Assim, o apoio matricial é realizado no cotidiano das práticas profissionais e de modo compartilhado com os usuários, no contexto da clínica ampliada e da promoção da saúde (Campos, Cunha, & Figueiredo, 2013).

Pesquisa realizada com enfermeiros da ESF demonstra que as ações de saúde mental na Saúde da Família devem envolver acolhimento, cuidado e trocas sociais. A articulação com as redes de serviços específicos de saúde mental e a parceria com outras instituições e espaços da sociedade (Alcoólicos Anônimos – AA, Centro de Referência e Assistência Social – CRAS, CAPS) são identificados como questões positivas e importantes. A responsabilização dos profissionais generalistas pelo atendimento integral é fundamental para a constituição de respostas concretas às pessoas em sofrimento psíquico (Amarante, Lepre, Gomes, Pereira & Dutra, 2005). Nas falas dos entrevistados, verifica-se a preocupação destes em inserir a saúde mental nas atividades realizadas nas unidades de saúde, como os grupos de psicoterapia: “... *a ação dos grupos é importante, os grupos de psicoterapia nos postos [...] tu desestigmatizas, tu tiras a coisa de: se trata a questão da saúde mental lá naquele posto, não, a saúde mental faz parte da realidade de todo mundo. Gripe faz parte porque depressão não vai fazer?*”. (E 2).

Pessoas portadoras de transtornos mentais estão sujeitas a discriminação e ao estigma. Isso ocorre em razão de equívocos sobre a sua causa e natureza. Ao redor do mundo, as condições de saúde mental são vistas como manifestações de fraqueza pessoal,

ou como sendo causada por forças sobrenaturais. Elas também são identificadas como pessoas violentas, apesar do fato de serem muitas vezes vítimas e não autores de violência (WHO, 2010). Outros estudos abordam o estigma profissional como uma barreira para o tratamento de pessoas com transtornos mentais (Henderson, Evans-Lacko, & Thornicroft, 2013; Becker & Kleinman, 2013). O estigma constitui-se em uma barreira cultural e moral que afeta pacientes, familiares e cuidadores. O estigma anula a personalidade e constitui um abuso dos direitos humanos.

As entrevistas evidenciam que ocorrem dois processos em curso simultaneamente, o apoio matricial propriamente dito e os grupos terapêuticos na comunidade. Os grupos foram os precursores da descentralização em saúde mental no município e ocorrem em diferentes espaços do território. Tem como característica a não obrigatoriedade da adscrição da clientela a uma determinada unidade de saúde. Esse preceito foi instituído em razão da compreensão de que algumas pessoas não se sentem à vontade em grupos na sua comunidade de origem, pela questão de se sentirem expostas; outra razão decorre do entendimento da necessidade de oferecer múltiplas possibilidades de ampliar a rede social e; a compreensão de que algumas pessoas necessitam um acompanhamento mais intensivo, com a possibilidade de serem vistas várias vezes ao mês. *“A gente primeiro faz o trabalho de grupos em psicoterapia, cada grupo destes representa o espaço em que a pessoa pode ter ajuda, ter um outro olhar sobre os sintomas, sobre a vida dela, com mais pessoas. É o momento que ela tem nessas unidades de saúde da família e que já é parte, assim, de uma rede, que ela está vinculada àquela unidade, mas todos os grupos são abertos às pessoas”*. (E 1). *“sendo ajudado na parte de grupos, falando sobre os problemas dele e também encaminhando para algumas oficinas”*. (E 4).

O princípio para a realização da tarefa tem origem na realidade dos pacientes, dos acontecimentos de sua vida cotidiana, que surgem conforme o grupo se desenvolve e o vínculo se constitui entre as pessoas; assim, as experiências trazidas são discutidas, valorizadas, associadas à questão saúde/doença, oportunizando o desvelamento de aspectos que poderiam passar despercebidos pelos atores envolvidos, tornando improdutiva a ação a favor da saúde (Silveira & Ribeiro, 2005). Nesse sentido, a psicoterapia de grupo reavalia essas experiências trazidas pelos membros e provém desses membros a força para a mudança, sendo eles agentes de sua própria modificação (Bechelli & Santos, 2005). *“[...] e que ele possa, então, perceber que a política se faz, não em Brasília, mas consigo próprio, no entorno onde ele está. Ele consegue fazer mudanças em si, no meio e no contexto da sociedade”*. (E 1).

Para Oliveira e Campos (2014) o AM demanda “perceber a política enquanto um elemento presente na clínica e nas relações interprofissionais e, principalmente, marcar o lugar do usuário como um sujeito que participa ativamente da construção do cuidado e dos serviços de saúde”. Esse processo contínuo de transformação desenvolve-se nos diferentes cenários que compõem o território, configurado pelas características das pessoas que, também sofrem as ações territoriais. Além disso, é no território que o cuidado deve ser desenvolvido, uma vez que é nele que as pessoas adoecem (Delfini, Sato, Antoneli, & Guimarães, 2009). Pesquisa realizada com o objetivo de compreender como as ações de matriciamento contribuem para a acessibilidade e resolubilidade dos casos de saúde

mental evidenciou que o AM pode ser uma ferramenta facilitadora da acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde. Assim como, a interação entre especialistas e profissionais da ESF propicia a detecção dos casos de saúde mental negligenciados (Quinderé, Jorge, Nogueira, Costa, & Vasconcelos, 2013).

Os entrevistados apontaram, nessa área temática, a importância de realizar práticas pautadas no território, nos cenários onde a vida acontece, haja vista essas práticas auxiliarem na compreensão das transformações e dos aspectos que envolvem o processo saúde/doença. Dessa forma, os grupos de psicoterapia valorizam as experiências das pessoas e permitem que elas sejam capazes de desenvolver caminhos para sua própria mudança. Assim, os grupos na comunidade e o AM propiciam ações de promoção da saúde que reverberam nos sujeitos e no seu entorno, oportunizando perspectivas de coprodução de saúde nos diferentes espaços do território.

A clínica ampliada: transcendendo o modelo da doença

Nesta área temática os profissionais do CAPS expõem seu entendimento em relação à clínica ampliada que é compreendida como a inclusão de diferentes perspectivas na abordagem ao sujeito. Nesse sentido, os profissionais reconhecem nesta abordagem sua singularidade, bem como sua complexidade ao considerar todos seus aspectos que, em determinadas situações, irá exigir uma atenção maior de um deles sem que implique a negação de outros (Brasil, 2009). *“Clínica ampliada ela implicaria que toda e qualquer circunstância ela é terapêutica, não somente, o psicólogo, o enfermeiro, o médico com seus procedimentos, com as suas metodologias e com seus instrumentos ou objetos de intermediação de cura, mas todo o fenômeno ele é um aspecto de abertura para expressão da vida, do cuidado”*. (E 1).

A clínica ampliada implica deslocar a ênfase na doença, de forma a estendê-la ao sujeito e ao contexto em que este está inserido. Há, portanto, a ampliação do objeto de conhecimento e intervenção, uma vez que os problemas de saúde agregados às doenças constituem situações que ampliam o risco ou a vulnerabilidade das pessoas (Campos, 2003). Assim, existe uma inter-relação da doença e do sujeito, por conseguinte trata-se de uma ampliação e não de uma troca do objeto, conforme se observa na fala dos entrevistados: *“[...] não se conectar só ao conceito de doença e, bom, fora as questões sociais todas, porque com todas as questões sociais as pessoas ficam doentes”*. (E 2). *“A observação e o cuidado de todos os aspectos inerentes à vida do sujeito, associando fatores causadores e contribuintes dos agravos de saúde dele, assim como suas consequências, ultrapassando as fronteiras do diagnóstico e tratamento”*. (E 5).

Reconhecer a complexidade do sujeito, para além da sua dimensão biológica e orgânica, implica reconhecer a necessidade de compartilhar diagnósticos de problemas e propostas de solução. Desse modo, diante de uma compreensão ampliada do processo saúde/doença, nem sempre é possível uma solução. Entretanto considera-se que o fazer de forma compartilhada é mais efetivo do que manter uma abordagem puramente individual (Brasil, 2009). *“[...] é um trabalho coletivo, é um trabalho não individualizado, é um trabalho em que cada um percebe que faz a sua parte e, cada um oferecendo um pouco vai diminuir um pouquinho o esforço do ser individual e se tem uma visão mais cooperativa”*. (E 1). *“É uma mudança de paradigma sair assim do sistema de atendimento imposto ou*

da forma, assim, mais como se fosse de consultório. Isso aí é o trabalho de multiplicação de esforços”. (E 3).

O apoio matricial propõem as seguintes diretrizes: instituir a lógica do apoio e da cogestão para as relações interprofissionais; lidar a partir do referencial da interdisciplinaridade e; construir equipes multiprofissionais com corresponsabilização no cuidado em saúde (Campos *et al.*, 2014). Para a superação da fragmentação do trabalho e a flexibilização das rígidas fronteiras entre as profissões da saúde, Cunha e Campos (2011) propõe os conceitos de núcleo e campo do conhecimento. O núcleo corresponde ao conjunto de conhecimentos e ações que são específicos de determinada categoria profissional. O conceito de campo representa a abertura da identidade profissional voltada à interdisciplinaridade e à interprofissionalidade. Entretanto, o saber interdisciplinar não surge por imposição, mas é resultado dos saberes e das práticas que, em um determinado contexto institucional, os profissionais adotam e operacionalizam por meio de sua relação com outros profissionais que integram as equipes de saúde (Martin, 2013).

A noção de clínica ampliada formulada por Campos (2003) “pressupõe, de início, desviar o foco de intervenção da doença e dos procedimentos, para recolocá-lo no sujeito, portador de doenças, mas também de outras demandas e necessidades” (Campos *et al.*, 2014). Nesse sentido, a clínica ampliada baseia-se na escuta e reconhece o saber, o desejo e o interesse das pessoas, e o sentido daquilo que estão vivenciando. A mudança do paradigma biomédico para o da clínica ampliada implica também no reconhecimento dos fatores psicológicos, culturais e econômicos além dos biológicos, no processo saúde-doença. O exercício dessa clínica pressupõe a existência de espaços coletivos de análise e intervenções conjuntas. Por conseguinte, a terapêutica não se limitará apenas à medicação, mas contará com diversos recursos além deste, como a valorização do poder terapêutico da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde, bem como do apoio psicossocial (Campos & Amaral, 2007). *Seria uma visão biopsicossocial do paciente, não só em relação à medicação [...] seria sair do modelo apenas médico e vendo ele como um todo”.* (E 4).

Considerada a complexidade da clínica, o Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Humanização, lança mão de dispositivos e ferramentas que devem ser transversais, a saber, de forma a favorecer a troca de informações e a ampliação das responsabilidades dos profissionais com a produção de saúde. Nessa perspectiva, o apoio matricial e as equipes de referência apresentam essas características de transversalidade por constituírem arranjos organizacionais que, além de aliar profissionais de áreas diversas do conhecimento, viabilizam a atuação destes profissionais de forma transdisciplinar, desconstruindo a lógica dos encaminhamentos (Brasil, 2004). *“a ideia é isso, quando tu conversas com as equipes é sempre poder capacitar as equipes para que possam reconhecer os problemas de saúde mental na comunidade e tratar a maioria dentro do que está no âmbito e, também, com isso a gente consegue diferenciar quais são os casos que ultrapassam essa capacidade técnica da equipe que precisam ser referenciados para uma unidade de mais especialização”.* (E 3). Esses arranjos organizacionais permitem o resgate do compromisso com o sujeito, reconhecendo toda a complexidade do seu adoecimento. Nesse sentido, ao se adotarem métodos e estratégias

que permitam a articulação de ações, saberes e sujeitos, potencializa-se a garantia da integralidade, da resolubilidade e da humanização da atenção (Brasil, 2009).

Essa área temática abordou, na perspectiva dos profissionais envolvidos no AM, sobre a sua compreensão da clínica ampliada. Dos dados empíricos pôde-se depreender que os apoiadores têm uma visão singular do sujeito, reconhecendo sua complexidade ao considerar todos os aspectos que envolvem o processo saúde/doença. Esses achados são consoantes com a construção teórica e os pressupostos que norteiam o AM em saúde mental. Além disso, as ações desenvolvidas de forma articulada com os profissionais da APS caminham em direção à ampliação da clínica, transcendendo as práticas centradas no modelo da doença e do dano, característico do modelo biomédico.

Dificuldades encontradas no processo de matriciamento

Nesta área temática, os entrevistados identificam os obstáculos existentes no processo de matriciamento em saúde mental. Percebe-se, nas falas, que um dos impasses apontados está relacionado à resistência dos profissionais tanto das equipes da APS, quanto da especializada: *“As dificuldades são grandes, o trabalho é de desafio constante, tem que tentar o contato com as equipes, tem que manter esse contato, às vezes tem resistência da gente mesmo, das equipes, na verdade tem a ver com a questão anterior da clínica ampliada, não é uma coisa dada tu tens que construir; então uma coisa que é mais prática, mais do dia a dia é o atendimento básico desse tipo de atender só em consultório, ambulatório, de atender de paciente a paciente”*. (E 3). A fala anterior reporta a resistência dos profissionais especialistas em descentralizar as ações de saúde mental. Usualmente essa resistência é atribuída aos profissionais generalistas. De acordo com o Ministério da Saúde, os CAPS devem ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico, sendo um de seus desafios à saída dos profissionais da instituição de forma a integrarem a rede em saúde mental, assumindo o papel de organizadores. Assim, a rede se configura à medida que se articula com outros serviços, setores e recursos do território, tornando-a capaz de constituir-se em um conjunto de referências que permita o acolhimento do sujeito portador de sofrimento psíquico (Brasil, 2005).

Campos *et al.*, (2104) sustentam que a recriação das relações institucionais e do trabalho em saúde com vistas a superação dos entraves à mudança nas instituições dependem de abertura, de disponibilidade e de receptividade. Lembram que a abertura não é dada *a priori*, mas necessita ser construída com os sujeitos e os grupos. Nesse sentido, reafirmam o pressuposto de que não se pretende mudar algo “para” o outro, senão “com” o outro. Assim, o AM demanda um trabalho sistemático, longitudinal onde são construídas novas possibilidades de relações e interações entre os sujeitos, quer este sujeito seja o profissional da APS ou o usuário do serviço.

A análise de outras produções nacionais que abordam o AM também demonstra a existência de resistências à adoção dessa metodologia de trabalho, tanto no que tange aos profissionais especialistas como os generalistas da APS (Bonfim, Bastos, Góis, & Tófoli, 2013; Hirdes & Scaparo, 2015; Hirdes, 2015), *“... existe resistência da saúde mental, mas por parte dos médicos, os médicos não se sentem preparados para isto, então inicialmente tem que enfrentar esta barreira de os médicos se abrirem para começar a ver a saúde mental”*. (E 2). *“... algumas resistências da equipe, de alguns*

clínicos de não quererem acompanhar os casos”. (E 4). Outros autores (Delfini & Reis, 2012; Mielke & Olchowsky, 2010) defendem a necessidade da construção de vínculo entre os próprios profissionais, o que favorece a integração da equipe, facilita a troca de informações e afetos e produz um ambiente mais rico em conhecimentos e sentimentos positivos.

Os processos de trabalho norteados pelo princípio da fragmentação levam ao desinteresse dos profissionais, à individualização, a não responsabilização do trabalho, da atenção e do cuidado (Bezerra & Dimenstein, 2008). Esta estruturação do modo de trabalho compõe quase que em balizas da Medicina moderna e dos serviços de saúde em aspecto mais geral (Brasil, 2009). “[...] *dificuldade em contemplar a participação de toda a equipe da Estratégia Saúde da Família no processo*”. (E 5). “[...] *às vezes dificuldades de horário, de encontrar os clínicos e os profissionais lá (na unidade) para discutir e acompanhar*”. (E 4). Os apoiadores usualmente realizam as discussões de casos clínicos com um profissional de referência de cada equipe da ESF, entretanto, reconhecem a potência do AM como um instrumento de educação permanente. À inclusão de outros membros, além do profissional da área médica permitiria ver diferentes perspectivas para a construção de projetos terapêuticos, além da capacitação em si. Ou seja, uma das dificuldades, mesmo na ESF, diz respeito à fragmentação dos processos de trabalho.

Os entrevistados atribuíram à política outra questão importante que tem servido de entrave à implementação do AM, fazendo-se necessário dar mais estrutura aos profissionais, de forma a superar os impasses decorrentes no dia a dia do processo de trabalho: “*Acho que uma das dificuldades é de se trabalhar com o SUS, trabalhar com o sistema público municipal, eu acho que é uma coisa complicada envolve todas as questões políticas que estão intrincadas no meio de trabalho, as questões de condições técnicas mesmo, condições de trabalho*”. (E 2). Campos e Domitti (2007) abordam a necessidade de conhecer, analisar e remover os obstáculos – no caso anterior, político e estrutural – para que seja possível trabalhar-se em equipes interdisciplinares e em sistemas de cogestão. No que tange ao obstáculo político, existem poucos serviços organizados em sistemas de cogestão, o que se constitui em um obstáculo, considerando que a metodologia do AM depende da existência de espaços coletivos e do estabelecimento de algum grau de cogestão ou democracia institucional.

O Ministério da Saúde aponta alguns problemas na consolidação do SUS, dentre eles os recursos financeiros insuficientes, os gastos irracionais, a baixa resolutividade e a dificuldade de acesso (Brasil, 2003). Nesse sentido, a disposição de serviços oferecidos à população, ainda é insuficiente, encontrando no apoio matricial o uso racional de recursos, uma vez que cria a oportunidade de um único especialista integrar-se a várias equipes de referência (Campos & Domitti, 2007). “*Política porque ela impede o desenvolvimento de um trabalho pela falta de investimento na estrutura. Hoje nós somos um setor público, mas nós temos uma participação privada, ou seja, nós entramos, profissionais, com as nossas estruturas materiais, eu dou exemplo disso: o carro é nosso, o combustível é nosso, as horas que se faz a mais não são recompensadas em termos de pagamento. Então, esta estrutura se não fosse pelo nosso perfil de nos doarmos generosamente ao trabalho, a estrutura não sustentaria vinda só do poder público*”.

(E 1). *“Transporte também não tem, a gente tem que usar o transporte próprio para ir nos horários e nos locais, para ir nos postos, para conversar com o pessoal, não disponibiliza o carro pra fazer isso”*. (E 4).

Além da carência dos recursos financeiros, é possível, também, identificar nas falas a escassez de recursos humanos: *“Restrição de recursos financeiros e humanos”*. (E 5). *“A gente tem uma agenda grande para atender, então é difícil conciliar o atendimento, o atendimento ambulatorial, o atendimento do caso e fazer o matriciamento, é um volume grande de preocupações”*. (E 2). Outra pesquisa, que investigou a proposta de matriciamento junto aos trabalhadores do CAPS na cidade de Natal/RN, identificou a restrição de recursos financeiros e humanos como obstáculo ao apoio matricial (Bezerra & Dimenstein, 2008). Assim, por se tratar de obstáculos estruturais, devem ser entendidos como resultados das políticas econômicas que, por sua vez, são o reflexo da economia do mundo e podem apenas ser superados com o envolvimento dos atores sociais na luta em defesa do SUS.

Apesar de muitos avanços em vários países, o desenvolvimento de serviços de saúde mental tem sido lento, sobretudo em países com renda média e baixa. As barreiras incluem a agenda de prioridades de saúde pública e seus 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 em contextos de cuidados primários, o número reduzido de profissionais com treinamento e a supervisão em saúde mental, além da escassez de perspectivas de saúde pública na liderança da saúde mental (Saraceno *et al.*, 2007).

A fim de remediar as lacunas existentes na alocação eficiente e justa dos recursos da sociedade, governos e outras partes interessadas podem realizar uma série de ações-chave, a saber: proporcionar uma melhor informação, sensibilização e educação sobre saúde e doença mental; qualificar os serviços de cuidados de saúde e sociais para populações carentes, com necessidades não satisfeitas; proporcionar uma melhor proteção social e financeira para pessoas com transtornos mentais, particularmente aqueles em grupos socialmente desfavorecidos; proporcionar uma melhor proteção legislativa e apoio social a pessoas, famílias e comunidades afetadas por distúrbios mentais (WHO, 2013b).

Os entrevistados apontaram a resistência de alguns profissionais em relação à implantação do AM como um desafio a ser superado. Essa resistência ocorre tanto por parte dos profissionais do CAPS em trabalhar no AM, como também dos generalistas da APS. No que tange aos primeiros, parece haver resistência em razão do abandono dos modos de trabalho familiares (atendimento ambulatorial). Com relação aos profissionais da APS, as resistências colocadas são dos médicos, em razão destes entenderem que estão assumindo uma especialidade. Além disso, a escassez de recursos humanos, financeiros e de ordem política traz dificuldades, uma vez que o AM é tratado com desinteresse pelos gestores, ao não prover condições adequadas para o seu funcionamento. Assim, pode-se depreender que no município em questão, o AM decorreu essencialmente da vontade de um grupo de especialistas em descentralizar a atenção em saúde mental.

Considerações finais

Nos últimos anos, a Reforma Psiquiátrica tem avançado progressivamente substituindo as formas de atenção ao portador de sofrimento psíquico, transformando o cuidado desenvolvido dentro dos hospitais por uma rede de serviços estendida ao espaço comunitário. Evidencia-se, com base nos relatos dos profissionais, o direcionamento de esforços para a consolidação dessa rede por meio da articulação dos profissionais do serviço especializado e da Atenção Primária.

O apoio matricial foi considerado pelos profissionais do CAPS um método de trabalho que permite a articulação dos serviços, pelo apoio dos especialistas e pela instrumentalização das equipes de Atenção Primária, refletindo na capacidade de estas reconhecerem os problemas de saúde mental no território sob sua responsabilidade. Esse aumento da capacidade em resolver os problemas fundamenta-se na ideia da responsabilização compartilhada que busca desconstruir a lógica dos encaminhamentos, assegurando maior resolubilidade do serviço. A pesquisa apontou que o AM ocorre mediante a discussão de casos clínicos, o atendimento conjunto e o encaminhamento de casos complexos para serviços especializados, com o posterior acompanhamento pela equipe da APS.

As entrevistas evidenciam a necessidade de serem desenvolvidas práticas no território onde as pessoas vivem, de forma que essas sejam capazes de compreender os diferentes aspectos que envolvem o processo saúde/doença. Os relatos evidenciaram a importância de os serviços se integrarem à rede social das comunidades a fim de conhecer os cenários e as pessoas que o constituem. Para tanto, os grupos de psicoterapia constituem uma ferramenta importante por valorizarem os recursos da comunidade, bem como a multiplicidade de trocas entre os participantes. Dessas trocas Cabe o reconhecimento de que no município em tela, o AM foi precedido pelos grupos terapêuticos em diferentes espaços do território. Nesse sentido, já havia uma lógica de descentralização do cuidado em saúde mental.

A clínica ampliada foi entendida pelos especialistas como uma maneira de visualizar a pessoa de forma integrada, considerando sua dimensão subjetiva, bem como seus aspectos biológicos e sociais. Dessa forma, considerá-lo como sujeito singular e complexo implica a abordagem de diferentes perspectivas que permitam atender a todas as suas necessidades, neste caso, mediante a construção de projetos terapêuticos singularizados com a corresponsabilização de todos os atores envolvidos.

A resistência de alguns profissionais do nível primário e do especializado foi apontada pelos entrevistados como um dos impasses para a implementação plena do AM. A necessidade de rever as práticas de trabalhar no coletivo se faz presente, haja vista que não é possível assegurar uma abordagem integral quando se trabalha de forma isolada. Outra questão levantada foi à carência de recursos destinados para essa finalidade, o que acaba dificultando o processo de trabalho, obrigando os profissionais a repararem esta questão de gestão mediante a utilização de materiais e recursos próprios. Os CAPS usualmente situam-se em diferentes espaços do território urbano, enquanto as unidades de saúde situam-se na região urbana e também em regiões rurais, distantes do centro. Ou seja, quando os profissionais optam em realizar o AM necessitam arcar com os custos do

transporte. Essa questão foi abordada como emblemática e reveladora da falta de apoio da gestão ao trabalho desenvolvido. A questão epistemológica evidencia-se na dificuldade em abandonar os modos de trabalho familiares – atendimento individual no ambulatório – e a necessidade de incorporar outros modos de fazer em equipe.

Esta pesquisa possibilitou a compreensão do processo de trabalho apoio matricial em saúde mental na Atenção Primária, assinalando as práticas desenvolvidas, as diferentes formas de operacionalização e as dificuldades encontradas no processo. Essas últimas podem ser superadas mediante a sensibilização e participação ativa de todos os atores envolvidos (gestores, profissionais e usuários). Este estudo também é um convite para que, por meio dos conselhos e das conferências de saúde, se ampliem as discussões nesta área e se construam propostas com vistas ao fortalecimento das ações de saúde mental na Atenção Primária como uma forma de atender às necessidades da população.

Uma limitação da pesquisa diz respeito à necessidade de estudos que investiguem a perspectiva dos profissionais generalistas da Estratégia Saúde da Família e das Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais sobre o apoio e a supervisão que tem recebido dos especialistas. Assim como a sua compreensão sobre os desdobramentos e especificidades das diferentes modalidades de apoio e os processos de trabalho decorrentes da articulação saúde mental e Atenção Primária.

Referências

- Amarante, A. L., Lepre, A. S., Gomes, J. L. D., Pereira, A. V., & Dutra, V. F. D. (2005). As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no Programa Saúde da Família. *Texto Contexto Enfermagem*, 20(1), 85-93.
- Amarante, P. (2008). O Homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. 2º ed. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz.
- Bechelli, L. P. C., & Santos, M. A. (2005). O paciente na psicoterapia de grupo. *Revista Latino-Americana. Enfermagem*, 13(1), 118-25.
- Becker, A.E., & Kleinman, A. (2013). Mental Health and the Global Agenda. *The New England Journal of Medicine*, 369(1), 66-73.
- Bezerra, E., & Dimenstein, M. (2008). Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 28(3), 632-45.
- Bonfim, I. G., Bastos, E. N. E., de Lima Góis, C. W., & Tófoli, L. F. (2013). Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde. *Interface*, 17(45), 287-300.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2003). Gerência de Desenvolvimento. Brasília. Disponível em: <<http://dev-gerdesenv.datasus.gov.br/GERDESENV/SUS.pdf>>.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2005). Reforma Psiquiátrica e Políticas de Saúde Mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Acessado em: 18 abr. 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002). Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece Diretrizes para o Funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União.

- Brasil. Ministério da Saúde. (1996). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Acessado em: 08 abr. 2010. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>>.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2003). Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Básica, Coordenação Geral de Saúde Mental, Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília. Acessado em: 23 mar. 2010>. Disponível em: <www.saude.gov.br>.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1986). VIII Conferência Nacional em Saúde, Relatório final. Brasília (DF). Acessado em: 11 dez. 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Relatorio%20Final.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica Ampliada e Compartilhada. Brasília (DF).
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Equipe de Referência e Apoio Matricial. Brasília (DF).
- Campos, G. W. S. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4 (2), 393-403.
- Campos, G. W. S. (2003). Saúde Paideia. São Paulo (SP): Hucitec.
- Campos, G. W. S., & Amaral, M. A. (2007). A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4), 849-59.
- Campos, G. W. S., Cunha, G. T., & Figueiredo, M. D. (2013). Práxis e formação Paideia: apoio e cogestão em saúde. São Paulo: Hucitec.
- Campos, G. W. S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos Saúde Pública*, 23(2), 399-407.
- Campos, G. W. S.; Figueiredo, M. D.; Junior, N. P., & Castro, C. P. (2014). A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface Interface (Botucatu)*, 18(1), 983-95.
- Cunha, G. T., & Campos, G. W.S. (2011). Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde e Sociedade*, 20(4), 961-970.
- Delfini, P. S. S., Sato, M. T., Antoneli, P. P., & Guimarães, P. O. S. (2009). Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 1483-92.
- Delfini, P. S. S., & Reis, A. O. A. (2012). Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infanto-juvenil. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(2), 357-366.
- Dimenstein, M., Severo, A. K., Brito, M., Pimenta, A. L., Medeiros, V., & Bezerra, E. O. (2009). Apoio matricial em unidades de saúde da família: Experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, 18(1), 63-74.
- Henderson, C., Evans-Lacko S., & Thornicroft, G. (2013). Mental Illness Stigma, Help Seeking, and Public Health Programs. *American Journal of Public Health*, 103,777-780.

- Hirdes, A. (2015). A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2), 371-382.
- Hirdes, A., & Scarparo, H. B. K. (2015). O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2), 383-393.
- Martin, L. (2013). Salud mental em la agenda de las políticas públicas de salud. *Aletheia*, 41, 8-23
- Mielke, F. B., & Olchowsky, A. (2010). Saúde mental na Estratégia da Saúde da Família: a avaliação de apoio matricial. *Revista Brasileira Enfermagem*, 63(6), 900-907.
- Minayo, M. C. S. (2007). O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10° ed. São Paulo (SP): Hucitec.
- Minoletti, A., Rojas, G., & Lennon, M. H. (2012). Salud mental em atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. *Cadernos Saúde Coletiva*, 20(4), 440-47.
- Nunes, M. O., Jucá, V. J. S., & Valentim, C. P. B. (2007). Ações de saúde mental no programa saúde da família: Confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(10), 375-84.
- Oliveira, M. M., & Campos, G. W. S. (2014). Apoio matricial e institucional: analisando suas construções. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1), 229-238.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maserko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). Global Mental Health. No Health Without Mental Health. *The Lancet*, 370, 859-77.
- Quinderé, P. H. D., Jorge, M. S. B., Nogueira, M. S. L., Costa, L. F. A., & Vasconcelos, M. G. F. (2009). Acessibilidade e Resolubilidade da Assistência em Saúde Mental: a experiência do Apoio Matricial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 2157-66.
- Saraceno, B., Ommeren, V. M., Batniji, R., Cohen, A., Gureje, O., Mahoney, J., & Underhill, C. (2007). Barriers to Improvement of Mental Health Services in Low-Income and Middle-Income Countries. *The Lancet*, 370, 1164-1174.
- Silveira, L. M. C., & Ribeiro, V. M. B. (2005). Grupo de adesão ao tratamento: Espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16), 91-104.
- World Health Organization and World Organization of Family Doctors (WONCA). (2008). Integrating mental health into primary care: a global perspective. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/policy/Integratingmhintoprimarycare2008_lastversion.pdf>.
- World Health Organization. (2010). Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2013a). Comprehensive mental health action plan 2013–2020. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2013b). Investing in mental health: evidence for action. Geneva: WHO.

Recebido em abril de 2015

Aceito em julho de 2015

Maria Rosalia Gerhardt Neto: Enfermeira, especialista em Saúde da Família.

Tássita Stefani Selau Medina: Psicóloga.

Alice Hirdes: Enfermeira, Doutora em Psicologia Social, Orientadora do Estudo (PUCRS).

Endereço para contato: alicehirdes@gmail.com