

Apoio matricial: um caminho para a integração saúde mental e atenção primária

Matrix support: a way to mental health and primary health care integration

Alice Hirdes¹, Maira Kelly da Rosa Silva²

RESUMO O ensaio aborda a integração da saúde mental na Atenção Primária à Saúde por meio do apoio matricial. Traz os diferentes aspectos da inserção da saúde mental na atenção primária e os fatores que atuam como barreiras ao processo. Discute os achados de pesquisas nacionais e internacionais sobre a temática e os elementos comuns à descentralização em saúde mental. Os resultados permitem inferir que a supervisão e o suporte de especialistas, a sistematicidade dos encontros, a longitudinalidade, a capacitação de profissionais generalistas e especialistas, os cuidados coordenados em rede e os recursos invisíveis desempenham um papel central para a integração saúde mental e atenção primária.

PALAVRAS-CHAVE Saúde mental; Atenção Primária à Saúde; Apoio matricial; Cuidado compartilhado; Gestão em saúde.

ABSTRACT *This essay tackles the integration of mental health in Primary Health Care through the matrix support. It brings the different aspects of integration of mental health insertion into primary care and the factors that act as barriers to the process. It discusses the findings of national and international researches about the theme and the common elements to decentralization in mental health. The results allow us to infer that the supervision and the support of experts, the systematic nature of the meetings, the longitudinality, the enablement of both generalist and expert professionals, the coordinated cares in network and the invisible resources perform a central role for the integration of mental health and primary care.*

KEYWORDS *Mental health; Primary Health Care; Matrix Support; Shared Care; Health management.*

¹ Doutora em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica (PUC) – Porto Alegre (RS), Brasil. Professora Adjunta da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) – Porto Alegre (RS), Brasil.
alicehirdes@gmail.com

² Graduanda em Enfermagem pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) – Porto Alegre (RS), Brasil.
mairakelly_8@hotmail.com

Introdução

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, destacam-se: 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 e APS, sobretudo quando vinculados a uma rede de serviços de nível secundário (FEDERACIÓN MUNDIAL PARA LA SALUD MENTAL, 2009).

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 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. 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 1970, 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, esta estratégia tem contribuído para aumentar o acesso das populações aos cuidados desta área. Assim, serão

incrementadas mudanças no modelo de cuidado com foco na comunidade, nas abordagens inter e/ou transdisciplinares, na colaboração intersetorial e na necessidade de mudança dos papéis profissionais. 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).

O estabelecimento de uma rede de cuidados de saúde mental no território não pode prescindir da APS, considerando ser esta a porta de entrada preferencial do sistema de saúde. Neste sentido, o apoio matricial configura-se como um recurso potente para construir novos saberes, e, sobretudo, novas práticas no território. Bezerra Junior (2011) avalia que este é um desafio complexo, em razão de a reforma psiquiátrica ter vivido em um campo adjacente ao da APS. Entretanto, imperioso mediante a expansão e a 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 primária aderir, mas em criar as condições em cada contexto, levando em conta as particularidades de cada um.

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 especialistas. O apoio matricial e a 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. Equipes de referência e apoio matricial manterão relações longitudinais no tempo com os usuários, e horizontais entre os profissionais (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

A saúde mental na atenção primária envolve um processo complexo em razão de diferentes forças que se contrapõem e que se situam nos âmbitos profissional (generalistas e especialistas), organizacional, estrutural, político, ideológico, epistemológico e de gestão. A descentralização em saúde mental e a oferta de cuidado integral perpassam as relações de trabalho e a organização e integração (interna e externa) dos serviços. Em última análise, estes fatores remetem aos recursos humanos dos serviços. Assim, uma questão central à referida inclusão diz respeito aos recursos humanos e ao processo de trabalho.

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; CAMPOS *ET AL.*, 2011). As pesquisas anteriormente citadas trazem diferentes aspectos da inserção da saúde mental na APS, quais sejam: a constituição da rede, apontando para uma fraca inserção de ações de saúde mental na Estratégia de Saúde da Família (ESF); 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 profissões da saúde; a questão de visualizar a saúde mental em uma rede intersetorial, que transcende o campo da saúde; e a necessidade de ampliação da projeção dos Centros de Atenção Psicossocial (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 tais casos, com exceção dos leves ou compensados. Dentre os fatores que impedem ou dificultam o atendimento, foram relatados 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 esse tipo de problema operam no paradigma doença-cura, focando o objeto da atenção na doença e não no sujeito em sofrimento. Ou seja, o estudo demonstra que o modelo biomédico respalda o fazer dos profissionais.

Outras pesquisas enfocaram aspectos específicos da questão da implementação do apoio matricial em saúde mental na APS (FIGUEIREDO, 2006; NASCIMENTO, 2007; CAMPOS; DOMITTI, 2007; MORAIS, 2010; 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); e 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); e 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; DOMITTI, 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.

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 e a falta de investimento dos gestores. Os autores levantam a necessidade de reflexão e sistematização de experiências, problematizando o fazer dos profissionais.

Entre as outras barreiras para integrar a saúde mental na APS estão os processos de trabalho fragmentados, ainda centrados na figura de um só profissional (o médico), assim como os fatores relacionados ao preconceito com o campo e o estigma sofrido pelos portadores de transtornos mentais. Entretanto, o apoio matricial tem potência para a construção de novos modelos de assistência à saúde, articulados ao Sistema Único de Saúde (SUS) (VASCONCELOS *ET AL.*, 2012). Para a superação das barreiras, a mobilização, a sensibilização e a capacitação da APS precisam ser incrementadas constantemente (MORAIS; TANAKA, 2012).

Em âmbito internacional, estudo evidencia que as intervenções clínicas baseadas em modelos de equipes colaborativas demandam comunicação efetiva entre os profissionais da APS, os membros da equipe de apoio e pacientes, para o sucesso das abordagens (DOBSCHA, 2007). Os resultados demonstram que os médicos clínicos com larga experiência são os que menos preferem as discussões em profundidade sobre os pacientes. Assim, as abordagens individualizadas da equipe de apoio com os médicos clínicos podem gerar desvios no tratamento, decorrentes de múltiplas vias de comunicação.

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 pelas relações estabelecidas entre diferentes profissionais. Deste modo, variadas perspectivas podem ser levantadas, com o enriquecimento das intervenções terapêuticas.

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 e a ausência de articulação entre unidade básica e serviços especializados. Estes 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 avaliou 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 e 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 (ONOCKO CAMPOS *ET AL.*, 2011).

Entretanto, há que se considerar que Campinas (SP) foi um dos municípios pioneiros no País, na implantação do apoio matricial em saúde mental. Este fato o coloca em uma situação diferenciada em relação aos demais municípios brasileiros. Desta 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. Deste 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.

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 na capacitação de recursos humanos para a saúde mental (WHO, 2005).

Pesquisa realizada em âmbito mundial, com especialistas em saúde mental e líderes que exercem influência na organização de serviços, apontam barreiras de diferentes ordens 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 APS; os números baixos de profissionais que recebem treinamento e supervisão em saúde mental; e a frequente escassez de lideranças de saúde mental na perspectiva de saúde pública (SARACENO, 2007).

No Brasil, ainda em 2003, foram publicadas as diretrizes para a inclusão da saúde mental na APS, por meio do apoio matricial (BRASIL, 2003). Entretanto, o financiamento do

AM só viria a ocorrer em 2008, mediante a instituição dos Núcleos de Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2008). Cabe o reconhecimento de que a instituição do apoio matricial em vários municípios brasileiros ocorreu independentemente da criação dos NASF. Bonfim *et al.* (2013) questionam se o número excessivo de equipes da ESF que um profissional do NASF deve apoiar não comprometeria a interdisciplinaridade e o vínculo, diretrizes basilares do AM, juntamente com a gestão colegiada.

Elementos essenciais à descentralização em saúde mental

As dificuldades e os desafios para instituir o apoio matricial foram abordados em diferentes estudos nacionais (CUNHA; CAMPOS, 2011; CAMPOS *ET AL.*, 2011; MORAIS; TANAKA, 2012; BONFIM *ET AL.*, 2013; HIRDES; SCARPARO, 2013). As diretrizes para instituir o apoio matricial em saúde mental como um processo de trabalho na APS estão documentadas em artigos (CAMPOS; DOMITTI, 2007; CAMPOS; CUNHA, 2011) e publicações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003; BRASIL, 2009; BRASIL, 2011). Ainda que estas diretrizes estejam subordinadas aos diferentes settings e arranjos organizacionais, a identificação de elementos comuns na experiência brasileira e na internacional poderá subsidiar o fazer dos profissionais e auxiliar os gestores e formuladores de políticas públicas.

As experiências bem-sucedidas de descentralização em saúde mental, em âmbito nacional e internacional, têm como elemento em comum a sistematicidade dos encontros e a longitudinalidade (WHO; WHONCA, 2008; PATEL *ET AL.*, 2010; EATON *ET AL.*, 2011; MINOLETTI, ROJAS, HORVITZLENNON, 2012; MORAIS; TANAKA, 2012; PRATES, GARCIA, MORENO; 2013). Pesquisa realizada enfocando a construção de intervenções em saúde mental em *Low and Middle Income Countries*, a partir de ações de capacitação e supervisão de

conselheiros leigos e supervisores, concluiu que o apoio contínuo (sistemático) é fundamental para a manutenção das intervenções na APS (MURRAY ET AL., 2011). Estes achados encontram ressonância em outros estudos que focalizam transtornos mentais graves (PATEL ET AL., 2010; MINOLLETTI; ROJAS; HORVITZ-LENNON, 2012; PRATES, GARCIA, MORENO; 2013). Ou seja, a continuidade do contato é fundamental para a operacionalização do processo de trabalho, assim como para a efetividade das intervenções.

Pesquisa nacional realizada com o objetivo de avaliar a efetividade de intervenções de saúde mental realizadas por generalistas da APS, mediante a instituição de um programa de capacitação, corrobora a necessidade de encontros sistemáticos e longitudinais. Os resultados evidenciam que a capacitação dos profissionais para a atenção compartilhada não está associada de forma consistente com o reconhecimento e a gestão de situações de saúde mental (GONÇALVES ET AL., 2013). Assim, ações pontuais ou eventos esporádicos, ainda que com um considerável investimento de tempo como do estudo anterior (acima de 96 horas), não darão conta da proposta de descentralização em saúde mental. As capacitações devem estar integradas a uma proposta sistemática e longitudinal de supervisão e apoio às equipes da APS. Cabe lembrar que o apoio matricial, mediante a discussão de casos clínicos e a planificação de projetos terapêuticos singularizados, também propicia a capacitação e a educação permanente.

Relatório da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2005) traz 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. Comumente, a capacitação é pensada em termos dos profissionais especialistas para os generalistas. Esta mudança de perspectiva permite o desenvolvimento de novas competências em espaços comunitários. A mudança de modelos de cuidados implica em mudança dos papéis profissionais. A mudança de

papéis traz à tona questões de poder e controle, que atuam como barreiras à reforma. Nisto estão implicados a perda da identidade profissional, do status, dos ambientes profissionais familiares e os modos de trabalho familiares (WHO, 2005). Neste sentido, a reavaliação do papel dos especialistas é um pré-requisito essencial para o modelo de cuidados compartilhados (KELLY ET AL., 2011).

Ou seja, não basta ser especialista para atuar como apoiador. Este precisa reunir um conjunto de características pessoais e profissionais, princípios e valores que irão permear as práticas como a humildade, a flexibilidade, a generosidade de partilhar o conhecimento. Os princípios organizam-se em torno da integralidade, do desejo de trabalhar com profissionais generalistas; o conhecimento da rede, a habilidade de construir consensos, a escuta de outros colegas especialistas, generalistas e usuários (HIRDES, 2013).

Oliveira (2008) enumera algumas condições para a operacionalização do apoio matricial: a necessidade de qualificação dos profissionais envolvidos; o número de profissionais disponíveis; a cultura organizacional dos gestores e dos profissionais; a rede de serviços; e os processos de trabalho nos serviços. Vasconcelos *et al.* (2012) sustentam que as tecnologias de relações, pautadas no acolhimento, no vínculo, na responsabilização e na resolubilidade do cuidado devem permear a organização dos processos de trabalho.

Neste sentido, a noção de acolhimento, tão cara para os profissionais de saúde e para a humanização do cuidado, necessita ser revista em suas quatro dimensões: a transversal (pela equipe e entre equipes), a longitudinal (no tempo), a horizontal (disponibilidade de serviços no curso de um transtorno) e, sobretudo, o acolhimento vertical (a disponibilidade para o cuidado) (THORNICROFT; TANSELLA, 1999).

Pesquisa internacional (FULLER ET AL., 2011) realizada com o objetivo de investigar os fatores que promovem a colaboração entre especialistas e generalistas identificou cinco

estratégias para promover a integração saúde mental e APS: (1) fornecer suporte organizacional para a integração; (2) facilitar o planejamento clínico das intervenções; (3) desenvolver um conjunto de diretrizes de cuidados locais, através de encontros regulares e de um processo de planejamento comum; (4) fornecer capacitação, suporte e supervisão; (5) dar feedback dos resultados aos serviços parceiros.

Outro estudo (KELLY ET AL., 2011) identificou cinco componentes basilares para o modelo de cuidados compartilhados (shared care models): (1) uma abordagem sistemática para o engajamento de generalistas e especialistas em direção aos objetivos comuns de melhorar a assistência em saúde mental; (2) um modelo de tratamento coerente com as necessidades da população; (3) uma abordagem clínica consensual e o monitoramento do desfecho, com a previsão de revisão de especialistas, quando necessário; (4) a atenção para as necessidades da equipe e a provisão de supervisão clínica, para apoiar o desenvolvimento de habilidades e a manutenção do modelo de tratamento; (5) uma estrutura de governança clínica bem estabelecida. Além desses, foi identificado um elemento comum no modelo de cuidados compartilhados – um coordenador que realiza o link entre a APS e os especialistas dos serviços de saúde mental. Os resultados apontam, também, que modelos efetivos de cuidados compartilhados incorporam o cuidado em rede nos diferentes níveis da atenção, promovem a continuidade e a abrangência dos serviços.

A análise das experiências de integração da saúde mental na APS (WHO; WONCA; 2008), em diferentes países e realidades, revela que o acompanhamento sistemático de especialistas, mediante cuidados colaborativos ou compartilhados, além da capacitação de equipes da APS e dos cuidados coordenados em rede, com o suporte com outros níveis de atenção e o encaminhamento de casos complexos para serviços especializados, são princípios que subjazem as práticas.

Um aspecto facilitador da integração é a abordagem de Medicina de Família, realizada no Brasil através da Estratégia Saúde da Família. Outro aspecto diz respeito à incorporação da integração por meio de política de saúde formal, não restrita à política de saúde mental. O relatório informa que a integração da saúde mental na APS 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, necessitam ser realizadas a capacitação dos profissionais, a contratação de profissionais adicionais e a triagem de instrumentos e manuais de treinamento, assim como a elaboração e disseminação de diretrizes para o tratamento.

Pesquisas nacionais (GALVÃO, 2012; HIRDES, 2013) evidenciam que a questão transcende o processo – os diferentes arranjos organizacionais e técnicos – e coloca na centralidade as pessoas envolvidas no processo. Os recursos humanos são uma questão central para o cuidado em saúde mental na APS. Diferentes autores (MERHY, 2005; THORNICROFT; TANSELLA, 1999), por meio de distintas construções teóricas, abordam os recursos humanos, as tecnologias relacionais e os recursos invisíveis. As tecnologias leves, (MERHY, 2005, p. 49) relacionais, produzidas no trabalho em ato, são fundamentais para a implementação do apoio matricial. Também é fundamental 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, p. 157-159). Esta 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.

Os recursos (inputs) invisíveis (THORNICROFT; TANSELLA, 1999) desempenham um papel central na operacionalização do cuidado em saúde mental na APS. Os inputs invisíveis incluem, em uma 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 será realizado.

Pode-se depreender que os recursos invisíveis, normalmente não considerados nas avaliações de serviços de saúde, irão influenciar os processos de trabalho e, por conseguinte, as relações estabelecidas entre profissionais generalistas, especialistas, gestores e usuários. Estes recursos, quando existentes, podem exprimir potência para transformações nas práticas de saúde e saúde mental, e engendrar processos de trabalho ricos e complexos de base territorial. Neste sentido, urge o investimento nos recursos humanos e nos processos de trabalho para a efetiva integração da saúde mental na APS.

Considerações finais

O material analisado traz diferentes perspectivas e campos de reflexão, e remete aos diferentes desafios e barreiras à integração da saúde mental na APS, evidenciando a complexidade do processo. Às questões de ordem estrutural no País, somam-se os desafios organizacionais, epistemológicos e políticos. Entretanto, a despeito do reconhecimento da complexidade dessa integração, a construção de uma agenda de trabalho conjunta, por meio do apoio matricial na APS, poderá ampliar o cuidado em saúde mental e promover a integralidade preconizada pelo SUS. Sobretudo, é uma

ferramenta importante para a sustentabilidade da reforma psiquiátrica brasileira.

Assim, algumas questões devem ser consideradas quando da implantação do apoio matricial: a sensibilização dos diferentes atores para a proposta (generalistas, especialistas e gestores); a capacitação de generalistas e especialistas; a supervisão e o apoio oferecidos de forma sistemática e longitudinal; e a identificação de liderança em saúde mental que possa sistematicamente mobilizar, escutar as demandas dos profissionais e articular a rede. Outras questões igualmente importantes dizem respeito à necessidade de contratação de profissionais especialistas para supervisão e apoio; ao perfil profissional dos especialistas; aos arranjos organizacionais de como o trabalho será operacionalizado; à construção conjunta de projetos terapêuticos; e à referência de casos complexos para serviços de atenção secundária ou terciária. Assim, a articulação em rede é fundamental à proposta.

No contexto micro, atenção especial deve ser dada aos elementos imateriais, particularmente ao aspecto relacional da interação entre profissionais e equipes da APS e especialistas. Assim, as habilidades de comunicação e de escuta, a flexibilidade, a disponibilidade e a capacidade de construir consensos nas abordagens aos usuários emergem como atributos não somente desejáveis, mas necessários ao desenvolvimento do trabalho. Por outro lado, as práticas estarão atravessadas pelos princípios e valores profissionais e pessoais dos diferentes atores envolvidos, nem sempre congruentes com os institucionais. ■

Referências

- ALMEIDA, G. H. *Acolhimento e tratamento de portadores de esquizofrenia na Atenção Básica: a visão de gestores, terapeutas, familiares e pacientes*. 2010. 160 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- BERTOLINO NETO, M. M. *Atenção em saúde mental: identificação e acompanhamento de pessoas com problemas de saúde mental por equipes da Estratégia de Saúde da Família*. 2011. 142 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
- BEZERRA JUNIOR, B. É preciso repensar o horizonte da reforma psiquiátrica. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4598-4600, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Progmáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.
- . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes NASF: núcleo de apoio à Saúde da Família*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.
- . Ministério da Saúde. Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 25 jan 2008. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/portaria_154.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2014.
- . 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*. 2003. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2013
- BONFIM, I. G. et al. Matrix support in mental health in primary health care: a review of scientific papers and official documents. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 17, n. 45, p. 287-300, 2013.
- CAMPOS, C. M. S.; SOARES, C. B. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 621- 628, 2003.
- CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 399-407, 2007.
- CAMPOS, R. O. et al. Saúde mental na Atenção Primária à Saúde: um estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 4643-4652, 2011.
- CONSOLI, G. L. et al. Saúde Mental nos municípios do Alto Uruguai, RS, Brasil: um diagnóstico da Reforma Psiquiátrica. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 117-128, 2009.
- CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.
- DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 63-74, 2009.
- DOBSCHA, S. K. et al. Primary care provider preferences for working with a collaborative support team. *Implementation Science*, New York, v. 2, p. 1-6, 2007.
- EATON, J. et al. Scale up of services for mental health in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, Londres, v. 378, n. 9802, p. 1592-603, 2011.
- FEDERACIÓN MUNDIAL PARA LA SALUD MENTAL. *Atención primaria y salud mental, salud mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental*. 2009. Disponível em: <<http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/12/SPANISH-WMHD09.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2014.
- FIGUEIREDO, M. D. *Saúde mental na Atenção Básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas (SP)*. 2006. 147 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2006.
- FULLER, J. D. et al. Building effective service linkages in primary mental health care: a narrative review part 2. *BMC Health Services Research*, New York, v. 11, p. 66, 2011.

- GALVÃO, C. A. V. *Saúde mental e atenção primária: as implicações e desafios do apoio matricial em saúde mental na perspectiva da gestão em saúde*. 2012. 161 f. Dissertação (Mestrado em Ciências). – Escola de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.
- GONÇALVES, D. A. et al. Evaluation of a mental health training intervention for multidisciplinary teams in primary care in Brazil: a pre-and posttest study. *General Hospital Psychiatry*, New York, v. 35, n. 3, p. 304-308, 2013.
- HIRDES, A.; SCARPARO, H. B. K. O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013. No prelo. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=13657>. Acesso em: 13 dez. 2013.
- HIRDES, A. *Apoio matricial em saúde mental: tecendo novas formas de relação e intervenção*. 2013. 203 f. Tese (Doutorado). – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.
- KELLY, B. J. et al. Shared care in mental illness: a rapid review to inform implementation. *International Journal of Mental Health Systems*, New York, v. 5, p. 31, 2011.
- LANCETTI, A. Saúde mental e Saúde da Família. In: _____. *SaúdeLoucura*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 117-120.
- MACHADO, A. P. C.; MOCINHO, R. R. Saúde Mental: um desafio no Programa de Saúde da Família. *Boletim da Saúde*, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 159-170, 2003.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- MORAIS, A. P. P. *Saúde mental na Atenção Básica: o desafio da implementação do apoio matricial*. 2010. 120 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- MORAIS, A. P. P.; TANAKA, O. Y. Apoio matricial em saúde mental: alcances e limites na Atenção Básica. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 161-170, 2012.
- MINOLETTI, A.; ROJAS, G.; HORVITZ-LENNON, M. Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 440-447, 2012.
- MURRAY, L. K. et al. Building capacity in mental health interventions in low resource countries: an apprenticeship model for training local providers. *International Journal of Mental Health Systems*, Londres, v. 5, n. 1, p. 30, 2011.
- NASCIMENTO, C. C. *Apoio matricial em saúde mental: possibilidades e limites no contexto da reforma psiquiátrica*. 2007. 177 f. Dissertação (Mestrado). – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- OLIVEIRA, G. N. Apoio matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERREIRO, A. V. P. (Ed.). *Manual de práticas de Atenção Básica à saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 273-282.
- ONOCKO CAMPOS, R.; GAMA, C. Saúde mental na Atenção Básica. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERREIRO, A. V. P. (Ed.). *Manual de práticas de Atenção Básica à saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 221-246.
- PATEL, V. et al. Reducing the treatment gap for mental disorders: a WPA survey. *World Psychiatry*, Milão, v. 9, n. 3, p. 169-76, 2010.
- PINTO, A. G. A. et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 653-660, 2012.
- PRATES, M. M. L.; GARCIA, V. G.; MORENO, D. M. F. C. Equipe de apoio e a construção coletiva do trabalho em Saúde Mental junto à Estratégia de Saúde da Família: espaço de discussão e de cuidado. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 642-652, 2013.
- SAMPAIO, J. J. C.; BARROSO, C. M. C. Centros de Atenção Psicossocial e Equipes de Saúde da Família: diretrizes e experiências no Ceará. In: LANCETTI, A. (Org.). *SaúdeLoucura: saúde mental e saúde da família*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 199-222.
- SARACENO, B. et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, Londres, v. 37, n. 9593, p. 1164-1174, 2007.
- SOUZA, A. C. *Em tempos de PSF... Novos rumos para saúde mental*. 2004. 167 f. Dissertação (Mestrado). – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

TANAKA, O. Y.; LAURIDSEN-RIBEIRO, E. Desafio para a Atenção Básica: incorporação da assistência em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1845-1853, 2006.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. *The mental health matrix: a manual to improve services*. New York: Cambridge University Press, 1999.

VASCONCELOS, M. G. F. et al. Práticas inovadoras de saúde mental na Atenção Básica: apoio matricial na redefinição do processo de trabalho em saúde. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 4, n. 8, p. 166-175, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Human Resources and Training in Mental Health. *Mental Health Policy and Service Guidance Package*. 2005. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/policy/Training_in_Mental_Health.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2013.

_____. *Zero Draft Global Mental Health Action Plan 2013-2020*. 2012. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/mhgap/mental_health_action_plan_EN_27_08_12.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS (WONCA). *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. 2008. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/policy/Integratingmhintopriarycare2008_lastversion.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2014.

Recebido para publicação em dezembro de 2013

Versão final em julho de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve