

## O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde

The maze and the minotaur: mental health in primary health care

Alice Hirdes<sup>1</sup>

Helena Beatriz Kochenborger Scarparo<sup>2</sup>

**Abstract** *The article aims to discuss the issue of integration of mental health in primary care by matrix support in mental health. We point out the main barriers in the use of this work method, as well as the facilitating factors of the matrix support of mental health in primary care. The first are within the scope of epistemological specificities, professional issues and management in the political and ideological dimensions. Among the second, we highlight: the care for people with mental disorders in the territory; the reduction of stigma and discrimination; the development of new skills for professionals in primary care; reduction of costs; simultaneous treatment of physical and mental illness, which often overlap; the possibility of incorporating mental health care in a perspective of extended clinical service using an inter/transdisciplinary approach.*

**Key words** *Mental Health, Primary health care, Matrix support, Organizational innovation, Management*

**Resumo** *O presente artigo tem por objetivo discutir a questão da integração da saúde mental na Atenção Primária mediante o apoio matricial em saúde mental. Apontamos as principais barreiras na utilização dessa metodologia de trabalho, bem como, os fatores facilitadores de apoio matricial em saúde mental na Atenção Primária. Os primeiros situam-se no âmbito das especificidades epistemológicas, das questões profissionais e de gestão, nas dimensões políticas e ideológicas. Dentre os segundos, destacamos: o atendimento de pessoas com transtornos mentais no território; a redução de discriminação e estigma; o desenvolvimento de novas competências para os profissionais da atenção primária; a redução dos custos; o tratamento simultâneo de doenças físicas e mentais, que muitas vezes se sobrepõem; a possibilidade de incorporar o cuidado em saúde mental numa perspectiva de clínica ampliada, mediante uma abordagem inter/transdisciplinar.*

**Palavras-chave** *Saúde mental, Atenção Primária à Saúde, Apoio matricial, Inovação organizacional, Gestão*

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Luterana do Brasil. Av. Farrroupilha 8001, São José. 92425-900 Canoas RS Brasil. 92425-900 alicehirdes@gmail.com

<sup>2</sup> Departamento de Psicologia Escolar, Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

## Introdução

O labirinto e o minotauro é um dos mitos gregos mais conhecidos. O minotauro, representado na arte clássica como um ser com corpo de homem e cabeça de touro, habitava o labirinto, no qual eram oferecidos tributos, inclusive jovens destinados ao sacrifício. Tratava-se de um acordo entre os reis Egeu de Atenas e Minos de Creta: o primeiro deveria enviar, a cada sete anos, quatorze jovens à Creta, para que Atenas não fosse invadida por Minos. Coube a Teseu, um jovem herói de Atenas, juntar-se ao grupo de oferendas e enfrentar o monstro. Desenrola-se, então, a aventura no labirinto, cujo sucesso dependeu também dos fios da jovem Ariadne que conduziram Teseu à saída do labirinto<sup>1</sup>.

A trama protagonizada por Teseu pode ser usada como metáfora de práticas na Atenção Primária à Saúde (APS). Apesar do princípio de integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS), o cotidiano reproduz a imagem do Minotauro: a cabeça para os especialistas da área da saúde mental e o corpo para os generalistas. Não é necessário esforço imaginativo para vislumbrar usuários e familiares em sofrimento perambulando no labirinto dos serviços para efetivar o tratamento, que, de acordo com as diretrizes do SUS, não pode prescindir do cuidado integral. No campo da saúde mental brasileira, nas últimas duas décadas, esse cuidado tem sido articulado às ideias de desinstitucionalização<sup>2</sup>, com a proposta de uma reforma psiquiátrica, alvo de acalorados debates em diferentes segmentos sociais. Vivemos hoje processos de expansão da rede de cuidado extra-hospitalar: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatórios, residenciais terapêuticos, leitos de atenção integral à saúde mental (em hospitais gerais e CAPS III), Programa de Volta para Casa, cooperativas de geração de renda e trabalho, centros de convivência e cultura e a saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS).

No contexto mundial, a Organização Mundial da Saúde (OMS) juntamente com a Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA)<sup>3</sup> e a Federação Mundial para a Saúde Mental<sup>4</sup> defendem a inclusão da saúde mental nos cuidados de saúde em geral, particularmente na APS. Na Inglaterra, Thornicroft e Tansella<sup>5</sup> postulam que o tratamento à saúde mental deve ser parte integral da Atenção Primária. Sobretudo os países com poucos recursos devem implementar a saúde mental na APS, com a retaguarda de especialistas para consultoria, avaliação e tratamento. Na Patagônia argentina, na Província de Neuquén,

médicos da Atenção Primária coordenam o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação de pessoas com transtornos mentais severos. O modelo implantando tem como premissa quatro elementos: coordenação por médicos da Atenção Primária, o atendimento comunitário, o cuidado holístico e o suporte de especialistas. Esses últimos proveem, além da revisão e do atendimento de casos complexos, a capacitação de médicos e enfermeiros da APS. O Chile, por sua vez, implantou em 2001, o Programa Nacional de Depressão na APS. Nesse país, 90% das pessoas com depressão recebem tratamento no território. Essa inclusão tem como pontos-chave o suporte de lideranças políticas e administrativas para alocação de recursos financeiros e humanos e a supervisão e suporte de profissionais de um centro comunitário de saúde mental<sup>3</sup>.

No Brasil, a experiência pioneira de Campinas (São Paulo), além de outras que a sucederam, como a de Sobral (CE), a de Belo Horizonte (BH) e a de Gravataí (RS) vêm sendo desenvolvidas com equipes matriciais de saúde mental. O apoio matricial prevê a integração e o suporte de profissionais especialistas e generalistas na Atenção Primária, considerando as especificidades de cada território<sup>6</sup>. Consideramos essa metodologia de trabalho relevante para a inclusão das ações de saúde mental na Atenção Primária. Ela vem ao encontro da integralidade da atenção preconizada pelo SUS e dos princípios e pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira.

O apoio matricial foi desenvolvido e conceituado por Campos<sup>7</sup> e Cunha e Campos<sup>8</sup> como uma metodologia de gestão do cuidado que objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais da saúde, de maneira personalizada e interativa. Busca oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Essa metodologia de trabalho depende da personalização da relação entre as equipes, da ampliação dos cenários onde se realiza a atenção especializada e da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre a equipe de referência e os especialistas do apoio matricial. Indissociável do conceito de apoio matricial tem-se a equipe e os profissionais de referência – aqueles que têm a responsabilidade pela condução de cada caso. Ambos, apoio matricial e equipes de referência possibilitam a ampliação da clínica e a integração dialógica entre diferentes especialidades e profissões.

O esforço em implementar a saúde mental na APS por meio do apoio matricial se justifica por diferentes razões que vão desde a diminuição do

sofrimento de usuários e familiares até as questões de ordem socioeconômica. Um argumento relevante para essa integração diz respeito à carga dos transtornos mentais que produzem dificuldades econômicas e sociais importantes para as pessoas afetadas e as famílias. Além disso, a integração da saúde mental na APS favorece as práticas de cuidado integral, pois contempla a concomitância de transtornos físicos e mentais, melhora o acesso aos serviços de saúde mental, promove os direitos humanos e reduz a lacuna entre a prevalência de transtornos mentais e o número de pessoas atendidas. As avaliações positivas dessa integração se evidenciam, sobretudo, quando o trabalho articula comunidades e redes de serviços de nível secundário<sup>3</sup>, o que fortalece os argumentos em prol da prática de apoio matricial em saúde mental na APS. Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde e a Associação Mundial de Médicos de Família<sup>3</sup> formularam os dez princípios para a integração da saúde mental na atenção primária: incorporar os cuidados de saúde mental na atenção primária na política de saúde; mudar atitudes e condutas por meio de assessoramento; capacitar trabalhadores da atenção primária, propor tarefas operacionalizáveis; contar com profissionais especializados em saúde mental; ter acesso a medicações psicotrópicas essenciais; ver a integração como um processo; contar com um coordenador de saúde mental; contar com a colaboração de outros setores governamentais, organizações não governamentais; dispor de recursos humanos e financeiros.

A integração da saúde mental na APS é o melhor caminho para garantir que as pessoas com transtornos mentais recebam o cuidado do qual necessitam. Ela favorece a criação de estratégias para incrementar os serviços, a inserção da saúde mental como prioridade de saúde pública; a reorganização dos serviços de saúde mental e sua integração aos serviços de saúde em geral; o desenvolvimento de recursos humanos e o fortalecimento de lideranças públicas de saúde mental<sup>9</sup>. Tais considerações nos levam a discutir as principais barreiras à implantação do Apoio Matricial (AM) em saúde mental, assim como fatores facilitadores da integração da saúde mental na APS. Este trabalho, independente das diferentes formas de abordagem que adote (supervisão e suporte de especialistas para generalistas ou atendimento conjunto de casos) poderá propiciar acesso ao cuidado integral no território e, conseqüentemente, a diminuição dos encami-

nhamentos para serviços especializados. Ao mesmo tempo, favorece o reconhecimento precoce de transtornos mentais e o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção.

### **Barreiras à implantação do Apoio Matricial**

#### **Resistência dos profissionais generalistas e especialistas**

Uma das barreiras à implantação do Apoio Matricial é a resistência das equipes da ESF à adesão a esta metodologia de trabalho. Tal resistência se evidencia apesar de o atendimento integral à saúde ser preconizado – o que, obviamente, inclui o atendimento à saúde mental. Os argumentos utilizados são de que problemas de ordem “mental” devem ser referenciados para especialistas; além disso, é constante a cobrança por produtividade pelo órgão gestor o que resulta em pouca disponibilidade para a escuta da elevada demanda por atendimento. Somam-se a isso aspectos da cultura de cada profissão e a disponibilidade pessoal para a tarefa, atributo que poderá promover mudanças nas histórias das pessoas, assim como na interação entre os profissionais. A escuta envolve considerar a alteridade, tarefa que exige constante preparo.

Algumas vezes o atendimento de transtornos mentais pode ser considerado acréscimo na demanda. Ainda que doenças físicas e psíquicas componham partes indissociáveis da vida das pessoas, o lema “não existe saúde sem saúde mental” defendido por organismos internacionais<sup>3</sup> evidencia esforços globais para a inclusão da saúde mental na APS. Para que tal ocorra, além da efetivação das políticas, é necessário sensibilizar os envolvidos para a mudança paradigmática.

Se, de um lado, abordamos resistências dos generalistas, de outro podemos constatar a nos especialistas para transformar suas práticas. Apesar do conhecimento da falta de especialistas e de lacunas na assistência nessa área, parece existir receio quanto aos efeitos das mudanças proporcionadas pela socialização de saberes. Nas regiões urbanas, onde o número de especialistas é maior, existem casos de não acesso a esses profissionais. Essa realidade é mais evidente em centros menores e na zona rural, que frequentemente não contam com especialistas ou são em número muito aquém do mínimo preconizado. Isso se reflete na vida das pessoas, que perambulam no labirinto dos serviços tendo como fio condutor uma folha de papel de referência ou contrarreferência, na melhor das hipóteses.

### **Gestão, liderança e políticas de saúde**

No âmbito da gestão, há necessidade de convencimento dos gestores da necessidade de valorizar o apoio matricial como proponente de alternativas de planejamento, gestão e avaliação do atendimento de pessoas em sofrimento psíquico. No âmbito político, nota-se a ausência de lideranças que defendam tais necessidades. Ao mesmo tempo, para que o trabalho seja efetivo é necessário o respaldo institucional do gestor local. Ele pode acontecer, por exemplo, pela alocação de um número maior de profissionais para o atendimento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e ambulatórios, uma vez que, usualmente os profissionais necessitam compatibilizar as funções de atendimento nos serviços especializados e apoio matricial às equipes.

Outra medida na descentralização das ações de saúde mental é a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) nos municípios. O processo de trabalho dos NASF deve ser realizado pelo apoio matricial, através da criação de espaços coletivos de discussão e planejamento com as equipes de referência. O NASF contempla atendimento compartilhado; intervenções específicas com usuários e famílias; ações comuns nos territórios de sua responsabilidade, desenvolvidas de forma articulada com os profissionais da ESF. As ferramentas tecnológicas para o desenvolvimento do processo desse trabalho são: o apoio matricial, a clínica ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Projeto de Saúde no Território (PST)<sup>10</sup>. Esses núcleos poderiam constituir-se em retaguarda importante às equipes da ESF, entretanto essa articulação é incipiente nos municípios. Sobretudo, deveria se dar entre os profissionais do CAPS, da ESF e dos NASF, com o devido cuidado para a não fragmentação do trabalho.

A integração da saúde mental na APS mostra-se um sucesso quando é incorporada numa política de saúde e legislativa, recebe suporte de lideranças públicas, recursos apropriados e governança em andamento<sup>3</sup>. Os aspectos anteriores são pontos frágeis no Brasil. Apesar de termos instituído um percentual mínimo a ser aplicado na saúde, isso se revela muito distante da realidade dos municípios brasileiros. A transformação de políticas de governo em políticas de Estado revelou-se uma fragilidade do setor saúde. Cada troca de governo, dependendo dos interesses e das lideranças públicas evidencia mudanças distantes dos processos dialógicos necessários à implementação da saúde integral. Precisamos discutir a rede, o tipo de cuidado a ser implementado, os princípios e os valores profissionais que

deveriam permear as práticas, porque esses irão refletir, em última instância, na qualidade do serviço oferecido.

### **Especificidades epistemológicas e recursos humanos**

Outra barreira ao AM na APS diz respeito à necessidade de transformações conceituais e paradigmáticas, mediante a formação permanente das equipes da ESF no campo da saúde mental, contemplando tratamento, reabilitação psicossocial, clínica ampliada e projetos terapêuticos singulares<sup>11</sup>. Implica o abandono da centralização do modelo biomédico para incorporar conhecimentos e modos de intervenção atinentes a uma perspectiva ampliada de cuidado. Esse também é um argumento a favor de novos modos de operar no campo em foco que inclui a crença nas potencialidades humanas e coloca a doença entre parênteses, como mencionou Basaglia<sup>12</sup>. Isso não significa negá-la, mas a transformar a clínica, e estabelecer outra relação com o sujeito da experiência<sup>13</sup>, um conceito chave para a ruptura paradigmática e para a construção de modos de operar. Essas transformações perpassam a inclusão da saúde mental numa perspectiva ampliada nos currículos dos cursos da área da saúde, sobretudo, nas disciplinas afins à Saúde Coletiva, Atenção Primária à Saúde e Psiquiatria/Saúde Mental. Não podemos esperar que profissionais formados no paradigma do tratamento, na centralização nos sintomas, no reducionismo terapêutico, tenham um desempenho de clínica ampliada, sem que para isso tenham formação na área. Alguns cursos já realizam movimentos nesse sentido, mas percebe-se que não são suficientes para efetivar práticas de cuidado integral. A integralidade do cuidado, para além do conceito constitucional, deve ser considerada como um valor<sup>10</sup> e se refletir na atitude do profissional. Essa implica reconhecer demandas e necessidades de saúde, assim como de ações de prevenção e de promoção e ações reabilitadoras. A oportunidade de acadêmicos de diferentes áreas do conhecimento vivenciarem o AM em saúde mental descortina possibilidades novas de trabalho e intervenção em sua prática profissional no futuro. Nesse sentido, a academia tem um papel importante para a mudança paradigmática.

Certas habilidades e competências são requisitos para avaliação, diagnóstico, tratamento e suporte. Para isso, é essencial que os trabalhadores de saúde mental da APS tenham suporte no trabalho em saúde mental<sup>3</sup>. Além disso, o êxito

no trabalho implica horizontalidade de relações e processos dialógicos. Neles todos aprendem, expõem suas posições e consideram a complexidade e a dinâmica das situações em foco. A prática do apoio matricial associada às noções de clínica ampliada e de projetos terapêuticos singulares favorece a óbvia inclusão da saúde mental na APS.

Não podemos desconsiderar a falta de recursos humanos – profissionais especialistas para a realização do apoio matricial a equipes de profissionais generalistas na APS. Usualmente, os especialistas são vinculados aos CAPS, com as demandas do próprio serviço. A alocação desses profissionais no apoio matricial implica o não atendimento às demandas internas do CAPS e o deslocamento para as equipes da APS. Isso implica contratar um efetivo maior de especialistas. Sobretudo, implica a sensibilização do gestor para a implantação das equipes matriciais em saúde mental. A instituição de equipes do NASF poderia suprir uma lacuna e ser realizada com as equipes de apoio matricial, mediante a delimitação do território de abrangência.

#### **Recursos financeiros e aspectos éticos**

Outra barreira ao AM em saúde mental na APS é a falta de repasse financeiro pelo Ministério da Saúde, mediante a inclusão de indicadores de saúde mental no sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). A alocação de recursos poderia se constituir num incentivo para a adoção da metodologia do apoio matricial nos municípios, sobretudo, para os gestores. A partir de 2006, as ações de saúde mental na atenção básica foram incluídas nas Diretrizes da Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI), publicada em Portaria Oficial no 1.097, de 22 de maio de 2006. Essa portaria ainda não vigora no que tange ao repasse de recursos financeiros, que é condicionado à inclusão de indicadores de saúde mental no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIAB) do SUS<sup>14,15</sup>.

A alocação de recursos financeiros para a saúde mental historicamente contemplou os serviços especializados, comumente os hospitais psiquiátricos em detrimento da rede de cuidados extra-hospitalares. Nos últimos anos esse cenário vem sofrendo considerável mudança. Entretanto, é necessário que esses recursos sejam aportados, sobretudo aos municípios com menos de vinte mil habitantes que não dispõem de serviços especializados como os CAPS.

Dentre os obstáculos éticos, cabe trazer a questão da confidencialidade, e um pressuposto básico do trabalho em equipe diz respeito à so-

cialização, discussão e planificação de um projeto terapêutico singular. Isso é desejável, mas necessita de discursos afinados e de práticas coerentes. A socialização de informações pessoais para um grupo tão heterogêneo (agentes de saúde, técnicos, profissionais e acadêmicos) implica considerar constantemente a ética que justifica tal prática. Situações graves como a violência doméstica, de gênero ou infantil, as populações em situação de vulnerabilidade ou excluídas mobilizam sentimentos nas equipes dos setores envolvidos.

#### **Fatores facilitadores para o Apoio Matricial em Saúde Mental**

##### **Atenção integral e redução do estigma**

Um dos argumentos potentes a favor do AM diz respeito ao atendimento de pessoas com transtornos mentais no território. O apoio matricial poderá garantir o acesso ao atendimento a pessoas que se encontram à margem do sistema de saúde, desassistidas, sem possibilidades de um atendimento especializado. Milhões de pessoas no mundo não têm possibilidade de cuidado em serviços especializados. Estes, usualmente estão concentrados em centros urbanos maiores. Dessa forma, a utilização do posto de saúde como porta de entrada do sistema poderá prover um atendimento qualificado, não sendo necessária a referência ao serviço especializado (em saúde mental) como primeira opção. As vantagens de um cuidado de base territorial incluem: conhecimento dos profissionais da situação de vida daquela pessoa (e não somente da doença), a questão do vínculo, a possibilidade de acionar recursos da própria comunidade, a conexão com outros setores – educação, assistência social, programas governamentais, entre outros.

Outro argumento a favor da inclusão de ações de saúde mental na APS por meio do AM diz respeito à diminuição do estigma associado à pessoa com um transtorno mental, no atendimento no território. Além do sofrimento de ter uma doença mental, o estigma acompanha as pessoas com transtornos mentais, como uma marca indelével, sobretudo para as pessoas que foram submetidas a hospitalizações em instituições psiquiátricas tradicionais. O conceito de estigma é necessário para compreender as experiências de exclusão social de pessoas com um transtorno mental. O estigma é conceituado Thornicroft et al.<sup>16</sup> como uma combinação de três problemas relacionados: de conhecimento (ignorância), de atitudes (prejudiciais) e de comportamento (discriminação). Os autores defendem que as evidências mais for-

tes para a redução do estigma decorrem do contato direto com pessoas com um transtorno mental.

O documento *Human Resources and Training in Mental Health*<sup>17</sup> traz que o atendimento em serviços gerais de saúde ajuda na redução do estigma quando comparado com a procura por serviços especializados de saúde mental. O documento aponta que o estigma é um problema importante para profissionais generalistas, em razão de esses serem o primeiro contato de pessoas com transtornos mentais. Atitudes estigmatizadoras que provêm desses profissionais podem se tornar uma barreira que impede as pessoas de receber o cuidado de que necessitam. Assim, no território poderão ser visualizadas diferentes formas de interação com o portador de transtorno mental: da convivência à exclusão, do não reconhecimento do outro. Mediante essas diferentes formas de interação, os profissionais do apoio matricial poderão implementar estratégias para incrementar as trocas relacionais entre os profissionais da APS e as pessoas com um transtorno mental e com a comunidade. O cuidado no território propicia a desmitificação da doença mental, assim como as ideias relacionadas a doentes mentais como pessoas perigosas, que necessitam serem isoladas, institucionalizadas.

#### **Suporte, capacitação e reformulação ampliada do trabalho em saúde**

O estabelecimento de suporte de especialistas em saúde mental para profissionais generalistas, conforme já relatado anteriormente nas experiências de países que conseguiram incluir a saúde mental na APS, é fundamental para o processo. O apoio matricial, como coletivos organizados em torno de um objetivo comum de trabalho<sup>18</sup>, propicia a corresponsabilização, a cogestão e o vínculo. O atendimento longitudinal, a responsabilização conjunta pelos casos, a cogestão de um projeto terapêutico individual, o vínculo estabelecido entre as diferentes categorias profissionais, assim como dos profissionais com as pessoas atendidas pressupõem o entendimento de que os generalistas terão suporte de especialistas para o atendimento de situações de maior complexidade. O investimento em reuniões objetivando explicar e conseguir a aderência ao projeto torna-se mister. De outra forma, o entendimento e a rejeição ocorrerão pela compreensão de que os profissionais generalistas das equipes terão que atender a mais uma demanda, que usualmente é encaminhada aos serviços especializados.

Campos<sup>7</sup> valoriza a coprodução do singular no processo saúde-doença. Para tanto, se vale dos

conceitos de clínica e de saúde coletiva compartilhada, para propor a reformulação ampliada do trabalho que se traduz na teoria e no método Paidéia. Neles, as mudanças são inevitáveis. Trata-se de um recurso para ampliar o potencial de intencionalidade dos sujeitos, considerando que, assim como as pessoas sofrem influência, também reagem e interagem com os sujeitos/situações. Ou seja, há uma corresponsabilização na constituição de contextos singulares. O singular é o contexto situacional, produto do encontro entre sujeitos em um dado contexto organizacional, cultural, político e social. A coprodução do singular decorre da interação entre fatores universais e particulares, resultando em sínteses específicas. Diferentes fatores (biológicos, psicológicos, socioeconômicos) exercem influência na constituição dos modos de vida dos sujeitos e nos seus estados de saúde e de doença. A diferença está no grau com que cada fator atua em uma dada situação específica. O desafio consiste em captar essa variabilidade e propor projetos singulares adequados a cada situação. Nesse sentido, a teoria e o método Paidéia de apoio têm como objetivo a constituição de sujeitos reflexivos, que, além de entender a si mesmos e ao mundo, tenham a capacidade de agir sobre ele. Sujeitos de reflexão e ação, que compreendam e interferiram na ampliação, na corresponsabilização pela constituição de contextos singulares.

A lógica do apoio matricial é uma possibilidade de que profissionais de referência e especialistas mantenham uma relação horizontal na qual o apoiador e a equipe de referência possam trabalhar em forma de planejamento, construindo uma visão multi e transdisciplinar para o trabalho em equipe, compartilhando dos saberes de seu núcleo de conhecimento, de sua experiência e visão de mundo, incorporando as demandas trazidas pelos outros profissionais e pelo próprio paciente, criando espaços coletivos que permitam a interação dessas diferenças, para a construção de novos conceitos e novas práticas de saúde mental<sup>6-8</sup>. Desta forma, mediante a adoção de um estilo de trabalho condizente com os pressupostos e princípios da reforma psiquiátrica brasileira e do SUS será possível consolidar práticas de apoio matricial no País.

A não detecção e o não tratamento de transtornos mentais na Atenção Primária à Saúde ocorrem por várias razões e podem ser divididos em: fatores dos pacientes, fatores relacionados aos trabalhadores de saúde, fatores relacionados ao sistema de saúde, assim como fatores da sociedade e do desenvolvimento. Muitos pacientes

não reconhecem que têm sintomas de um transtorno mental; em vez disso focam nos problemas de saúde física como sintomas de fadiga, dores de cabeça, insônia e sintomas gastrointestinais. Outros subestimam a severidade dos problemas e erroneamente acreditam que podem manejar a situação sem a ajuda de serviços formais de saúde. Os fatores relacionados aos trabalhadores dizem respeito ao não recebimento de capacitação adequada em problemas de saúde mental<sup>3</sup>.

Os fatores relacionados ao sistema de saúde compreendem os recursos financeiros e humanos inadequados, sobretudo a diferença entre o número de pessoas que necessitam de atendimento e aquelas que recebem cuidados na APS. Outros fatores incluem o inadequado reembolso para tratamentos de saúde mental pelas instâncias governamentais, os sistemas de saúde fragmentados e pobremente estruturados, a falta de tratamento, recursos e facilidades para populações vulneráveis. Os fatores relacionados à sociedade e ao desenvolvimento incluem a discriminação e o estigma. Ressaltamos a compreensão estigmatizada da população em geral, que tende a associar os transtornos mentais com comportamento violento e irracional<sup>3</sup>.

Por meio de AM, os profissionais da Atenção Primária podem reconhecer transtornos mentais, situações de vulnerabilidade psicossocial e de violência, uso/abuso de substâncias psicoativas para o estabelecimento de intervenções precoces. Nesse sentido, a lógica do AM propicia tanto a capacitação em serviço, mediante a discussão de casos clínicos, quanto o suporte aos profissionais generalistas, mediante o atendimento conjunto nos casos de maior complexidade. Thornicroft e Tansella<sup>5</sup> defendem que deve ser dada alta prioridade ao suporte em saúde mental aos profissionais da APS, para que as habilidades para o reconhecimento e o tratamento de transtornos mentais façam parte do núcleo de competências dos cuidadores.

#### **Aspectos processuais, corresponsabilização e liderança**

A metodologia do apoio matricial é um processo que demanda a construção coletiva. Nessa perspectiva, podem diminuir os riscos de institucionalização de condutas, assim como de condutas iatrogênicas. Dessa forma, existe a possibilidade de incorporar o cuidado em saúde mental numa perspectiva de clínica ampliada, mediante uma abordagem interdisciplinar e/ou transdisciplinar. O apoio matricial em saúde mental implica a construção coletiva do trabalho como um

processo. Assim, o apoio matricial gera possibilidades de “maiores coeficientes de transversalidade nas relações entre os profissionais das equipes de referência, entre equipes de vários serviços e entre estes e os profissionais de áreas especializadas”<sup>19</sup>.

Da interação do apoiador matricial com o profissional de referência, um afetando e sendo afetado pelo outro, compartilhando conhecimentos, experiências, visões de mundo, consonâncias e dissonâncias inclusive, emergem novas perspectivas, possibilidades produtivas e relações interpessoais. A riqueza desse processo diz respeito às intervenções ocorrerem não somente na vida dos usuários, mas, também, no universo existencial dos operadores. O processo implica a construção do trabalho em ato, na escuta e no compartilhamento de informações, na planificação de um projeto terapêutico singular e na corresponsabilização dos profissionais envolvidos. Algumas características são necessárias ou desejáveis: profissionais com capacidade de liderança sem, contudo, monopolizar ou centralizar o processo, capacidade de escutar opiniões e entendimentos diferentes, capacidade de valorizar a aquisição de domínio de outra área, capacidade de pactuar e conseguir consensos.

Nesse sentido, identificamos dois tipos de lideranças diferentes: um situado no contexto macro, que, em regra, está no âmbito da gestão – em nível municipal, estadual ou nacional –, e a liderança micro, que opera o processo de trabalho propriamente dito. A liderança no nível micro refere-se a quem lidera a equipe de especialistas de saúde mental das equipes matriciais, atuando nesse processo junto aos profissionais generalistas. Esta última liderança deve ter as características mencionadas anteriormente, mais características pessoais, como capacidade de agregar, empatia, flexibilidade, capacidade de resolução de conflitos e de síntese, além de ter qualificação técnica e experiência de trabalho na área. Os profissionais especialistas também deverão ter o cuidado de não se apresentarem como *experts* que tudo sabem e tratar os generalistas como não detentores de um conhecimento específico, os que “nada ou pouco sabem”. Ao contrário, devem estabelecer alianças, trocas disciplinares e propiciar o *empowerment* do grupo de generalistas e do grupo como um todo. Desse modo, pessoas marcadas pelas características acima elencadas agregam especialistas e generalistas em defesa do cuidado à pessoa com transtorno mental no território.

A ausência de lideranças públicas de saúde que defendam a inclusão da saúde mental na APS

já foi identificada pela OMS e por outros organismos internacionais<sup>3,4,9,17</sup>. Nesse sentido, compreendemos a figura do líder como aquela pessoa que consegue arregimentar estratégias políticas, administrativas, organizacionais e recursos que favoreçam tal inclusão. Sobretudo, que consiga estabelecer uma relação dialógica com a equipe, quer de especialistas, quer de generalistas. As considerações anteriores vêm ao encontro da proposta de Cunha e Campos<sup>20</sup> a coordenação interdisciplinar. Os autores apontam que as chefias por corporações tendem a fragmentação do trabalho das equipes. Assim como tendem a preocupar-se mais com uma atividade corporativa do que com o resultado final, além de reforçar a grupalidade entre diferentes categorias (de agentes comunitários de saúde, de médicos, de enfermeiros...) que pode levar à desvalorização ou à rivalidade. Os autores defendem que a coordenação da equipe de referência deve “cuidar da construção de uma interação positiva entre os profissionais, construindo objetivos e objetos comuns, apesar das diferenças (e não contra as diferenças)”<sup>20</sup>.

#### **Crises, urgências e mudança paradigmática**

A Saúde da Família constitui-se um recurso estratégico, por representar a porta de entrada do sistema de saúde para o manejo de diferentes tipos de transtornos, desde os transtornos mentais leves até transtornos mentais severos, uso e abuso de álcool e outras drogas, incluindo situações de risco (risco e tentativas de suicídio) e violência familiar. Nesse sentido, o “acolhimento dialogado”<sup>21</sup> como técnica de conversa passível de ser operada por qualquer profissional do serviço de saúde, em qualquer momento de atendimento, em qualquer dos encontros, possibilita a identificação precoce das diferentes situações mencionadas anteriormente. Para a autora, o acolhimento dialogado corresponde àquele componente das conversas que se dão nos serviços em que identificamos, elaboramos e negociamos as necessidades que podem ser satisfeitas.

Uma desconstrução importante que se faz necessária é a ideia da urgência em saúde mental/psiquiatria para uma ética do cuidado urgente à pessoa em crise. No atendimento de uma urgência psiquiátrica usualmente são enfocados sintomas, mediante a centralização e medicalização desses, em detrimento da história de vida<sup>22</sup>. Nesse novo paradigma, precisamos primeiramente modificar o modo de operar dos profissionais, em razão de esses terem sido capacitados a inter-

vir na urgência psiquiátrica, lançando mão, em regra, como primeira opção, dos recursos psicofarmacológicos. Reconhecemos a importância da psicofarmacologia e do quanto esse recurso revolucionou o tratamento de transtornos mentais. Entretanto devemos atentar para um uso parcimonioso, sob o ônus de um reducionismo e de uma simplificação do sofrimento humano. A essa simplificação corresponde o advento das “sociedades psicofarmacológicas”<sup>23</sup>, expressão cunhada pelo autor para a utilização sem precedentes de psicofármacos na contemporaneidade. Sobretudo, ao realizar um “diagnóstico de vida”, numa perspectiva ampliada, criam-se inúmeras possibilidades de intervenção no sofrimento que podem ter como local o território, alargando-se as possibilidades de atuar sobre os fatores sociais e econômicos.

Um argumento relevante a favor do AM em saúde mental na APS refere-se ao desenvolvimento de novas competências para os profissionais da atenção primária e para a equipe de apoio matricial, assim como a construção conjunta e participativa do saber-agir. Os mais significativos desafios são a integração das tecnologias leves e leve-duras<sup>24,25</sup> das diferentes categorias profissionais envolvidas. Os profissionais, além dos saberes específicos, carregam valores pessoais e profissionais, modos de agir próprios e características pessoais que irão influenciar os modos de operar. O desenvolvimento de novas competências profissionais, tanto dos especialistas como dos generalistas, requer abertura, flexibilidade, uma postura de aprendizagem, assim como a capacidade de colocar em prática o consenso.

A mudança do paradigma biomédico para o da ampliação da clínica perpassa a vivência da construção coletiva de um projeto terapêutico pela equipe, a corresponsabilização e o acompanhamento longitudinal. Ressaltamos uma distinção importante: não ter uma resposta, não saber o que fazer é diferente de não se envolver ou se mobilizar perante a situação posta e buscar conjuntamente alternativas. A questão processual perpassa essa metodologia de trabalho e esse é um aspecto importante que deve ser considerado pelos profissionais e gestores. Esses últimos comumente querem ver resultados palpáveis, aferíveis num curto período de tempo. A compreensão de que a inclusão da saúde mental é um processo que leva tempo, exige sensibilização para a aderência à proposta, enquanto que a mobilização e o investimento de todos os atores envolvidos são fundamentais.

### **Cuidado integral no território, promoção e prevenção**

O argumento do tratamento simultâneo de doenças físicas e mentais, que compõem um processo de vida e que muitas vezes se sobrepõem, deve figurar entre os mais fortes argumentos a favor do apoio matricial em saúde mental. A Saúde da Família prevê o atendimento integral à saúde, o que inclui a saúde/doença mental. Entretanto, apesar de ser preconizado o atendimento integral na perspectiva da ESF, na prática o cuidado em saúde mental ainda continua sendo compreendido, em muitos lugares, como atribuição de especialistas. Diversas razões concorrem para isso: o sentimento de não qualificação dos profissionais generalistas no atendimento às pessoas com transtornos mentais; a sobrecarga de trabalho, a pressão por produtividade (número de pessoas atendidas). Produtividade como é concebida comumente e atendimento qualificado em saúde mental não andam de mãos dadas. A escuta, o vínculo, o resgate da história de vida, o diagnóstico fica comprometido mediante um atendimento em série, centrado na medicalização dos sintomas.

A utilização de espaços do território, incluindo o conjunto de referências socioculturais e econômicas que fazem parte de seu cotidiano de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo<sup>26</sup> poderá ampliar o poder contratual, as trocas. A reabilitação se constitui como *um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de trocas de recursos e de afetos: é somente no interior de tal dinâmica das trocas que se cria um efeito 'habilitador'*<sup>27</sup>. O poder contratual da pessoa com um transtorno mental tende a ser invalidado pela família, pelo entorno e não raro pelos próprios profissionais. Os estereótipos tendem a se cristalizar, independente de a pessoa instituir modos de relação, de comportamento. Daí a importância do apoio matricial como um dispositivo capaz de agenciar espaços de negociação para todos os envolvidos.

A ampliação da clínica só será possível na reorganização do conhecimento, mediante um amplo processo de capacitação das equipes para lidarem com a subjetividade e uma reorganização dos modos de como se trabalha, que permita a construção de vínculo<sup>7</sup>. A ampliação da clínica também vem ao encontro dos princípios da reforma psiquiátrica, defendidos por Rotelli et al.<sup>28</sup> como a centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global; o cuidado como elemento-chave, para transformar os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente em sua con-

cretude no cotidiano. Sobre tudo essa ampliação da clínica encontra ressonância nos princípios do enriquecimento das competências profissionais e espaços de autonomia e decisão e na demolição da compartimentalização das terapias (médica, psicológica, social, farmacológica ...).

Os argumentos a favor do AM, abordados anteriormente, corroboram que a APS é um recurso imprescindível para a promoção da saúde mental. Documentos nacionais e internacionais relatam a prevenção e a promoção, porém, inserido num “pacote geral” e fazendo parte do rol de atribuições da saúde pública. O território é o local por excelência para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção de transtornos mentais, do uso e abuso de substâncias, da prevenção da violência, das patologias sociais, assim como a intervenção nas condições exacerbadoras de doenças físicas e mentais, como o desemprego, a pobreza, as condições de estresse no trabalho e a discriminação de gênero. A Organização Mundial da Saúde defende que a promoção da saúde mental pode ser desenvolvida mediante saúde pública efetiva e intervenções sociais. A colaboração intersetorial deve ser incrementada e fomentada, porque é a chave para programas efetivos de promoção da saúde mental<sup>29</sup>.

### **Considerações Finais**

A integração da saúde mental na APS, apesar de desejável, enfrenta diferentes forças que se contrapõem e que se situam no âmbito profissional (generalistas e especialistas), político, ideológico, epistemológico e de gestão. É um processo complexo, em razão de diferentes saberes, poderes e desejos, de diferentes atores, estarem em jogo. Retomando o mito do Minotauro, o carretel de linha tem nós que precisam ser desatados, abordados anteriormente nas principais barreiras ao apoio matricial. A bandeira branca a ser hasteada, esquecida por Teseu, é a da integração, profissionais generalistas, especialistas e gestores. Nesse sentido, os recursos humanos são fundamentais, o bem mais valioso para a inclusão da saúde mental na APS.

Entretanto, apesar das resistências, este é um processo em curso em vários lugares do Brasil e do mundo, em razão da compreensão da necessidade da inclusão da saúde mental na Atenção Primária à Saúde. Alguns argumentos contrários ao AM, como, por exemplo, a necessidade de transformações conceituais, paradigmáticas e epistemológicas são também argumentos a favor

de novos modos de operar no campo da saúde e saúde mental, tanto para os profissionais generalistas como para os especialistas. Ou seja, dependendo da perspectiva em questão, a dificuldade inicial com um núcleo específico de saber pode ser transformada em potência criadora produtora de novos cenários. As transformações ocorrem não somente na vida das pessoas com um transtorno mental, mas também na vida e visões de mundo dos profissionais.

O apoio matricial em saúde mental demanda a tecitura de uma rede de pessoas e serviços (tal qual o fio de Ariadne) e implica a construção de

um processo de trabalho interdisciplinar/transdisciplinar. A alocação de recursos financeiros pelo órgão gestor é parte importante do processo. Entretanto, para além da regulamentação de portarias, a efetivação dessa metodologia de trabalho deve ser compreendida como um processo e como tal, implica a construção coletiva e conjunta de profissionais generalistas e especialistas, mediante o respaldo dos gestores. Dessa forma, a saúde mental poderá ser incorporada aos cuidados de saúde na rede de atenção primária, oportunizando intervenções no sofrimento psíquico no território e produzindo novas relações.

### **Colaboradores**

A Hirdes participou da concepção do artigo, trabalhou na revisão da literatura, na redação da primeira versão, na revisão crítica e na elaboração da versão final do artigo. HBK Scarparo contribuiu na concepção do artigo, na revisão crítica e aprovou a versão a ser publicada.

## Referências

1. Abrão BS, Coscodai MU. *Dicionário de Mitologia*. 2ª ed. São Paulo: Editora Best Seller; 2000.
2. Amarante P. *O Homem e a Serpente - outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.
3. World Health Organization (WHO), World Organization of Family Doctors (WONCA). *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. Geneva: WHO; 2008. (WHO Library Cataloguing-in-Publication Data). [cited 2012 Dez 5]. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/policy/Integratingmhintoprimarycare2008\\_lastversion.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/Integratingmhintoprimarycare2008_lastversion.pdf)
4. 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*. [acessado 2012 mar 8]. Disponível em: [www.wfmh.org](http://www.wfmh.org).
5. Thornicroft G, Tansella M. *The mental health matrix. A manual to improve services*. New York: Cambridge University Press; 1999.
6. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saude Publica* 2007; 23(2):399-407.
7. Campos GWS. *Saúde Paidéia*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2003.
8. Cunha GT, Campos GWS. Apoio Matricial e Atenção Primária em saúde. *Saúde Soc*. 2011; 20(4):961-970.
9. Lancet Global Mental Health Group. Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet* [serial on the Internet]. 2007 Oct; [cited 2012 Aug 12]; 370 (9594):1241-52. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17804059>
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família*. Brasília: MS; 2009. [Série A. Normas e Manuais Técnicos/Cadernos de Atenção Básica, n. 27].
11. Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Cien Saude Colet* 2009; 14(1):297-305.
12. Basaglia F. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal; 1985.
13. Amarante P. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. *Cad. Bras. Saúde Mental* 2009; 1(1). (CD-ROM).
14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. 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: MS; 2003. Circular Conjunta nº 01/03, de 13 de novembro de 2003.
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. *Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde*. Brasília: MS; 2006.
16. Thornicroft G, Brohan E, Kassam A, Lewis-Holmes E. Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions. *Int J Ment Health Syst* [serial on the Internet] 2008 [cited 2012 Dez 5]; 2 (3): [about 16 p.]. Available from: <http://www.ijmhs.com/content/2/1/3>
17. World Health Organization (WHO). Department of Mental Health and Substance Abuse. Mental Health Policy and Service Guidance Package, Mental Health Policy and Service Development Team. *Human Resources and Training in Mental Health*. Geneva: WHO; 2005.
18. Campos GWS. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec; 2000.
19. Oliveira GN. Apoio matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: Guerreiro AP, Campos GWS, editors. *Manual de Práticas de Atenção Básica à Saúde Ampliada e Compartilhada*. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 273-282.
20. Cunha GT, Campos GWS. Método Paidéia para Co-Gestão de Coletivos Organizados para o Trabalho. *Org & Demo* 2010; 11(1):31-36.
21. Teixeira RR. Humanização e atenção primária à saúde. *Cien Saude Colet* 2005; 10(3):315-327.
22. Jardim K, Dimenstein M. Risco e Crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. *Psicologia em Revista* 2007; 13(1):169-190.
23. Rose N. Becoming neurochemical selves. In: Stehr N, editor. *Biotechnology, commerce and civil society*. Somerset: Transaction Press; 2004. p. 89-128.
24. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.
25. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 197-228.
26. Carvalho JM. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2002.
27. Saraceno B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, Te Corá; 1999.
28. Rotelli F, De Leonardis O, Mauri D. *Desinstitucionalização*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001.
29. World Health Organization (WHO). *Promoting Mental Health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva, Melbourne: WHO, Victoria Health Promoting Foundation, University of Melbourne, Tushita Graphic Vision Sàrl; 2005.

Artigo apresentado em 26/06/2013

Aprovado em 23/07/2013

Versão final apresentada em 26/07/2013

