

ARTICULAÇÃO ENTRE APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE¹

Alice Hirdes²

Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Canoas-RS, Brasil.

Maira Kelly da Rosa Silva

Hospital Dom João Becker, Gravataí-RS, Brasil.

RESUMO. Esta pesquisa teve como objetivo investigar o apoio matricial em saúde mental na Atenção Primária à Saúde e a articulação às Redes de Atenção à Saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada com apoiadores matriciais, tais como psicólogos e psiquiatras. Os instrumentos utilizados foram entrevistas semiestruturadas e grupo focal. Para o tratamento dos dados utilizou-se a análise de conteúdo na modalidade temática. Os resultados evidenciam as relações personalizadas e o estilo de trabalho das equipes como recursos imateriais que sustentam o trabalho; a potência do apoio matricial em Unidades de Saúde da Família; a necessidade de apoio sistemático longitudinal; a coordenação como um fator facilitador à descentralização em saúde mental. Os resultados mostram, também, a existência de três tipos de redes - centralizada, descentralizada e distribuída. Conclui-se que as redes imateriais construídas nas comunidades, por meio das relações e interações estabelecidas entre profissionais e usuários, sobrepõem-se às redes formais instituídas e apresentam potência de produção de vida.

Palavras-chave: Saúde mental; atenção primária à saúde; apoio matricial.

ARTICULATION BETWEEN MATRIX SUPPORT IN MENTAL HEALTH AND HEALTH CARE NETWORK

ABSTRACT. This research had as objective to investigate the matrix support in mental health in Primary Health Care and the articulation with the Health Care Networks. This is a qualitative research conducted with matrix supporters, such as psychologists and psychiatrists. The instruments used were semi-structured interviews and focus groups. Content analysis in the thematic modality was used to treat data. The results show the personalized relationships and the work style of the teams as immaterial resources that sustain the work; the strength of matrix support in Family Health Units; the need for systematic longitudinal support; and coordination as a facilitating factor for decentralization in mental health. The results also show the existence of three types of networks - centralized, decentralized and distributed. We conclude that the immaterial networks constructed in the communities through the relations and interactions established between professionals and users overlap with the established formal networks and present potential life production.

Keywords: Mental health, primary health care; matrix support.

ARTICULACIÓN ENTRE APOYO MATRICIAL EN SALUD MENTAL Y LAS REDES DE ATENCIÓN A LA SALUD

RESUMEN. Esta investigación tuvo como objetivo investigar el apoyo matricial en la salud mental en la atención primaria y el enlace de las Redes de Servicios de Salud. Se trata de un estudio cualitativo realizado con los *matriciadores*, como psicólogos y psiquiatras. Los instrumentos utilizados fueron entrevistas semiestructuradas y grupos focales. Para el tratamiento de los datos se utilizó el análisis de contenido en la modalidad temática. Los resultados muestran las relaciones personalizadas y el estilo de trabajo de los equipos y los recursos inmateriales que sustentan el trabajo; la potencia del soporte matricial en las Unidades de Salud Familiar; la necesidad de soporte longitudinal sistemático; la coordinación como factor que facilita la descentralización de los cuidados en salud mental. Los resultados también muestran la existencia de tres tipos de redes - centralizados, descentralizados y distribuidos.

¹ *Apoio e financiamento:* Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes)

² *E-mail:* alicehirdes@gmail.com

Llegamos a la conclusión de que las redes inmateriales construidas en las comunidades, por intermedio de las relaciones e interacciones establecidas entre los profesionales y los usuarios, tienen prioridad sobre las redes formales establecidos y vida actual de producción de vida.

Palabras-clave: Salud mental; atención primaria de salud; apoyo matricial.

Introdução

Este estudo teve como objetivo investigar o apoio matricial em saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS) e a articulação às Redes de Atenção à Saúde (RAS). Os sistemas fragmentados de atenção à saúde, hegemônicos, organizam-se como pontos isolados de atenção à saúde, incomunicáveis, com tendência a voltar-se às condições agudas. Enquanto que os sistemas integrados tendem a atuar sobre as condições agudas e crônicas, os sistemas fragmentados, organizados em estruturas hierárquicas (atenção primária, média e alta complexidade) são incapazes de prestar uma atenção contínua e integral à população (Mendes, 2011). Essa situação é ainda mais deletéria na área da saúde mental, em razão da ocorrência simultânea de condições agudas e reagudização de transtornos mentais crônicos, além da ocorrência de comorbidades clínicas.

A necessidade da integração da agenda de saúde mental nas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) tem sido objeto de defesa em diferentes fóruns, como a Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde (World Health Assembly, 2012), assim como em publicações (Ngo et al., 2013; World Health Organization, 2013; Patel et al., 2013). Esta decorre da compreensão e de evidências científicas que mostram que pessoas vivem com ambas, doenças físicas e mentais, ao longo da vida e que estas se influenciam reciprocamente (Ngo et al., 2013; World Health Organization, 2013). Os dados indicam que pessoas com depressão maior e esquizofrenia têm de 40% a 60% mais chances de morrer prematuramente do que a população em geral, em razão da não atenção para problemas físicos como câncer, doenças cardiovasculares, diabetes e infecção pelo HIV (World Health Organization, 2013).

Apesar dessas evidências e de estudos (Prince et al., 2007; Becker & Kleiman, 2013) que mostram a relação entre as DCNT e os transtornos mentais, estes últimos ficam no vácuo, à espera de uma agenda global que lhes dê visibilidade. Em maio de 2013, foi aprovado, na Assembleia Mundial de Saúde da Organização Mundial de Saúde, o *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020* (World Health Organization, 2013). No documento há o reconhecimento de que pessoas com condições crônicas têm maiores chances de desenvolver algum transtorno mental. Este documento talvez seja o primeiro passo para tornar visível a necessidade de integração das DCNT e da saúde mental.

Por outro lado, existem também inúmeras dificuldades estruturais na APS e na RAS no que tange a dificuldade dos serviços de se responsabilizarem por pessoas em vez de se responsabilizarem por doenças e procedimentos, sejam eles de natureza aguda ou crônica. Esta dificuldade tem relação com os objetivos dos serviços, mas, sobretudo, com os contratos que se estabelecem com os serviços. Alves (2011) reconhece que dentre os desafios da reforma psiquiátrica no país está a articulação em rede, a avaliação da qualidade dos serviços e a documentação rigorosa das práticas inovadoras.

No Brasil, iniciativas como o apoio matricial em saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS), a instituição das RAS e RAPS têm por objetivo descentralizar o cuidado, promover a articulação em rede, por meio de ações intersetoriais, com vistas à integralidade do cuidado (Departamento de Atenção Básica, 2012). O apoio matricial objetiva oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Implica a construção compartilhada de diretrizes sanitárias entre profissionais de referência e os especialistas que oferecem o apoio matricial. Ambos, apoio matricial e equipe de referência compreendem arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde que objetivam a ampliação da clínica e a interação dialógica entre diferentes especialidades e profissões (Campos & Domitti, 2007).

AS RAS compreendem organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculadas entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, mediante a oferta de serviços contínuos e integrais a determinada população e com responsabilidades

sanitárias e econômicas por esta população. Uma das características das redes diz respeito à coordenação ser realizada pela APS (Mendes, 2011). Assim, com o objetivo de superar a fragmentação da atenção, os especialistas, no modelo de RAS, atuam como apoiadores e consultores para as equipes da APS (Mendes, 2011).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) constitui-se em uma das redes prioritárias para o Ministério da Saúde. Dentre as diretrizes da rede estão o respeito aos direitos humanos; a promoção da equidade, mediante o reconhecimento dos determinantes sociais para a saúde; a garantia de acesso, por meio de cuidado integral, sob a lógica da interdisciplinaridade; a ênfase em serviços de base comunitária e territorial; o estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado (Departamento de Atenção Básica, 2012). Nessa perspectiva, o apoio matricial constitui-se em uma ferramenta importante para a descentralização do cuidado em saúde mental, a promoção da equidade e da integralidade, mediante a articulação e integração das redes de saúde no território, qualificando o cuidado, fornecendo o acompanhamento contínuo e a atenção às urgências (Portaria nº 3.088, 2011). Assim, este estudo pretende contribuir nas discussões acerca da implementação dessa metodologia de trabalho, os desdobramentos para o cuidado em rede e as diferentes configurações de rede estabelecidas.

Método

Esta investigação constitui-se em uma pesquisa descritivo-analítica, com abordagem qualitativa. Os participantes foram profissionais especialistas (02 psicólogos e 04 psiquiatras) que atuavam no apoio matricial em saúde mental de Gravataí/RS, Brasil. De acordo com os critérios de inclusão dos apoiadores matriciais foram selecionados aqueles que atuavam no apoio matricial em saúde mental há pelo menos dois anos, independente da modalidade de intervenção (discussão de casos; supervisão ou atendimento conjunto; atendimento ou intervenções específicas do apoiador, com posterior cuidado pela equipe de referência). Em concordância com esses critérios, um profissional foi excluído da pesquisa.

Localizado na região metropolitana de Porto Alegre, Gravataí tem importância econômica, por ter o sexto maior Produto Interno Bruto (PIB) e a sexta maior população do Estado, com cerca de 255.660 mil habitantes. Em 2006, o município habilitou-se para o termo de compromisso de gestão da atenção à saúde. A rede de Atenção Primária é composta de 26 Unidades de Saúde e, destas, 12 são Unidades de Saúde da Família (USF) e 14 são Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais. Em 1997 iniciou-se o processo de descentralização em saúde mental. Naquele ano alguns profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), sob a coordenação de um psicólogo, passaram a realizar visitas periódicas às UBS para a discussão de casos clínicos. Ao invés de um sistema de contrarreferência burocrático e impessoal, foi realizado um trabalho personalizado com os profissionais da APS. Iniciou-se, também, em 1997, a realização de grupos na comunidade e a partir de 2007 foi instituído o apoio matricial em saúde mental.

A rede secundária de saúde mental do município é composta de três CAPS: o CAPS II (atendimento de adultos com transtornos mentais severos e persistentes), o CAPS ad (atendimento a transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas) e o CAPSi (atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais). Na atenção terciária, há no município um serviço de emergência com leitos psiquiátricos de observação e internação breve e leitos de internação de saúde mental no hospital geral.

Os instrumentos utilizados foram entrevistas semiestruturadas (Minayo, 2010) e o grupo focal (GF) (Barbour, 2009). A opção por estes dois métodos de pesquisa deu-se em razão de trazerem diferentes perspectivas, proporcionarem *insights* dos processos de trabalho, assim como as inconsistências e contradições. Tanto para as entrevistas semiestruturadas quanto GF, elaborou-se um roteiro. Primeiramente foram realizadas todas as entrevistas semiestruturadas e, após essa etapa, o GF. Os bancos de dados foram primeiramente analisados individualmente, mediante a leitura exaustiva dos textos, conforme a proposta analítica descrita a seguir. Após este primeiro movimento, realizou-se a triangulação dos dados das duas técnicas.

Para a análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo, na modalidade temática (Minayo, 2010), que compreende: a ordenação, a classificação e a análise final dos dados. A ordenação dos dados consistiu na transcrição das entrevistas; na releitura do material; na organização dos relatos em determinada ordem, de acordo com a proposta analítica. A etapa seguinte, a classificação dos dados, foi operacionalizada pela leitura horizontal e repetida dos textos, com vistas à apreensão das “estruturas de relevância” dos atores sociais (Minayo, 2010, pp. 357-358). Nelas estão contidas as ideias centrais dos entrevistados sobre o tema, das quais emergiram as categorias empíricas. A análise final e discussão dos dados deram-se à luz das evidências científicas recentes em âmbito nacional e internacional.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, sob o nº 304. 227. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os participantes serão identificados por letras e números, de forma a preservar o anonimato (AM1, AM2, AM3...).

Resultados e discussão

Nas áreas temáticas será discutido o campo de interação estendido do AM, ou seja, o espaço de articulação com a Rede de Atenção à Saúde e a Rede de Atenção Psicossocial; a coordenação; a descentralização e o apoio sistemático longitudinal e as diferentes configurações de rede.

Apoio matricial e aspectos operacionais do trabalho em rede

As entrevistas evidenciam que a atual configuração do AM foi precedida pela descentralização dos grupos terapêuticos no território. Esses grupos eram e continuam sendo coordenados por um psicólogo, que também assumiu a tarefa de identificar outros profissionais da saúde mental para compor uma equipe de apoiadores. Os participantes reconhecem que são atividades distintas, mas complementares. Pode-se depreender que há o direcionamento para os aspectos operacionais e também para os recursos imateriais, conhecer e interagir com as pessoas de diferentes locais da rede. O participante explicita como ocorre a operacionalização do apoio matricial na APS:

Primeiro se faz o contato com todas as unidades, nós temos uma reunião geral por semestre, em que os profissionais, geralmente os coordenadores e os médicos, participam e essa reunião geralmente é no CAPSII. Então ali se define as datas e os locais dos encontros, normalmente esses encontros são feitos nas unidades para que os profissionais possam se conhecer e ao mesmo tempo eles possam interagir (AM1).

As RAS constituem-se de três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. O primeiro elemento, a população, é a razão de ser das redes, e ela deve ser conhecida e cadastrada pela APS, com o conhecimento de grupos em risco sociossanitário. Para Mendes (2010), o conhecimento da população de uma RAS envolve um processo complexo e implica o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos sociossanitários; a vinculação das famílias à unidade da APS; a identificação de subpopulações com fatores de riscos (riscos psicobiológicos, como hipertensão, depressão); a identificação das subpopulações com condições de saúde estabelecidas por graus de riscos (por exemplo, baixo risco, médio risco, alto risco, muito alto risco e/ou comorbidades); e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas. O segundo elemento constitutivo, a estrutura operacional, constitui-se pelos nós da rede e pelos recursos materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós. Ela é dividida em cinco componentes: o centro de comunicação, a Atenção Primária à Saúde; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança da RAS (Mendes, 2010).

O terceiro elemento, o modelo de atenção à saúde, organiza as redes de sistemas de saúde, de acordo com determinado tempo e em determinada sociedade, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde. As RAS podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários, a satisfação dos usuários

e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde (Mendes, 2010). Os dados empíricos trazem uma perspectiva ampliada da intervenção dos especialistas no apoio matricial, conforme relata o AM3: *“Além da participação dos outros profissionais, dos saberes diferenciados em relação ao usuário, é também sair do âmbito do sinal e sintoma da doença mental e saber que existe uma repercussão muito maior em seus aspectos sociais, familiares, laborativos...”*.

A fala anterior mostra que as intervenções transcendem o modelo biomédico, diferentemente do que foi apontado em outra pesquisa (Pegoraro, Cassimiro, & Leão, 2014) que evidenciou que o apoio matricial na realidade investigada é centrado na figura do psiquiatra e na perspectiva do modelo biomédico de atenção, sem a intervenção de outros profissionais do CAPS. O estudo revelou a intervenção profissional sobre a doença, em detrimento da elaboração conjunta de estratégias por diferentes atores para a utilização de diferentes recursos na comunidade. O modelo assistencial, esperado para as redes integradas é o cuidado centrado na pessoa, na família e na comunidade; estes são definidos como atributos secundários das redes de atenção (Organização Pan-americana da Saúde, 2011).

Os dados evidenciam que além do trabalho realizado no AM, os grupos terapêuticos na comunidade propiciam a tessitura de uma rede informal que remete a paradigmas que se distanciam do modelo biomédico centrada no modelo da doença e do dano e trabalham com o paradigma da produção de vida dos sujeitos. Essa rede sustenta modos de subjetivação ancorados no cuidado, na constituição e coemergência de contextos singulares, mediante o aumento do poder contratual dos usuários. Dessa forma, o apoio matricial em saúde mental inscrito no trabalho realizado na APS, mediante uma ação cooperativa e interdependente, longitudinal e integral a uma população específica, poderá impactar na vida das pessoas que buscam ajuda, nos profissionais e consequentemente nos resultados sanitários.

Especificamente a área da saúde mental é dependente de tecnologias leves e leve-duras (Merhy, 2005) e dos recursos imateriais (Thorncroft & Tansella, 1999). Diferentes autores, por meio de distintas construções, defendem os elementos imateriais nos processos de trabalho. Merhy (2005) sustenta as tecnologias leves, relacionais; Thorncroft e Tansella (1999) enfatizam os *inputs* (recursos) invisíveis; Saraceno (1999) aborda o *estilo de trabalho* das equipes, com alto consumo, afetivo, intelectual e organizativo. Venturini (2010) defende a potência dos recursos humanos para sustentar as redes informais nos espaços comunitários.

Alguns participantes fizeram a formação em saúde comunitária, entretanto, uma questão abordada por eles diz respeito à inclusão do tema apoio matricial na formação dos profissionais. *“Eu acho que é muito importante a formação acadêmica, para a gente trabalhar com o matriciamento”* (AM5). Outro apoiador traz a perspectiva da formação associada ao viés da saúde pública. *“Então eu começaria pela questão da formação, de poder olhar como é o paciente dentro do setor de saúde pública, a minha vida inteira eu dediquei grande parte do tempo à saúde pública, às questões de saúde pública”* (AM6). Essa é uma questão relevante porque diz respeito, em última análise, as características, especificidades e atitudes desejáveis para a função apoio.

A partir das análises efetuadas para este estudo, observa-se que os elementos imateriais dão sustentação à proposta do apoio matricial. Esses elementos aparecem de diferentes formas: as relações de sustentação interna do próprio grupo de trabalho, ancoradas no cuidado; as relações personalizadas com as equipes de referência; a afetividade, as diferentes vertentes teóricas dos profissionais que, antes de ser um impedimento, proporcionam diferentes olhares para o objeto; o respeito à opinião do outro. Estas são algumas especificidades do grupo estudado. Dessa forma, pode-se inferir que o trabalho desenvolvido no apoio matricial necessita levar em consideração tais elementos, com vistas à superação da burocratização de processos de trabalho. Também foi possível observar a existência de nós a serem desatados, como, por exemplo, a necessidade de envolvimento do CAPS e da gestão na articulação em rede.

Rede de Atenção à Saúde e Rede de Atenção Psicossocial

Os componentes da RAPS são as unidades básicas de saúde e a atenção psicossocial especializada (Portaria nº 3.088, 2011). A RAPS constitui-se em uma das RAS, tendo sido, por meio

da pactuação tripartite, designada como uma das redes temáticas prioritárias. As entrevistas evidenciam que a compreensão da rede de serviços é fundamental para o apoio matricial, para o trânsito tanto do apoiador como do usuário. *“Ter uma ideia do todo, então eu tenho uma ideia do CAPS, eu tenho uma ideia do Serviço de Urgência e Emergência, eu tenho uma ideia da ESF e da UBS, quer dizer, eu consigo olhar a integralidade da rede”*. (AM6). Este resultado encontra ressonância em outro estudo (Bonfim, Bastos, Góis, & Tófoli, 2013) que defende a necessidade de o apoiador ter uma compreensão integral da rede de saúde e da complexidade dos transtornos mentais, além de outras competências ainda em construção.

Os profissionais relataram que não somente casos leves são atendidos no apoio matricial, mas também situações mais graves. Essas situações, quando referenciadas para o CAPS ou para a internação, decorrem em razão dos riscos (auto e heteroagressão, negligência, risco social) e não em razão do diagnóstico primário. Os participantes compreendem que o apoio matricial implica a corresponsabilização e cogestão do caso. Assim, o encaminhamento para um serviço especializado é realizado quando a pessoa terá benefícios deste. No modelo tradicional, de referência e contrarreferência, em regra ocorrem movimentos de desresponsabilização, enquanto que a lógica do apoio matricial demanda a cogestão e a corresponsabilização. Dessa forma, ampliam-se as possibilidades de intervenções para transtornos mentais graves.

A circulação pelos diferentes serviços do território constitui-se em prática incorporada pela equipe. *“O Centro do Idoso que atende lá a mãe de uma paciente que está aqui no CAPS, e a gente consegue com essa conversa descobrir tudo o que acontece dentro de uma família e traçar um objetivo em conjunto...”*. (AM3). O estabelecimento de propostas terapêuticas com profissionais de outros serviços da rede qualifica o fazer, propicia diagnósticos situacionais e amplia o escopo do trabalho dos especialistas e dos generalistas.

Essas reuniões além das unidades, elas ocorrem no Serviço de Urgência e Emergência, na Casa do Idoso, na Policlínica Municipal, no Centro de Qualidade de Vida, no CAPS ad, no Centro de Atendimento à Criança e a Família, para que todas aquelas demandas que nós temos de necessidades e que mais profissionais possam contribuir, a gente possa ver ‘in loco’... (AM1).

A fala anterior vai ao encontro da construção de Mendes (2010), que defende que outros conteúdos básicos das RAS compreendem: um intercâmbio constante dos recursos; o não estabelecimento de hierarquia entre os diferentes componentes e pontos de atenção à saúde; um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; a atenção integral com intervenções de promoção, prevenção, curativas, cuidadoras, reabilitativas e paliativas; com foco no ciclo completo de uma condição de saúde e gerando valor para a população (Mendes, 2010). Uma dinâmica implantada no apoio matricial diz respeito às reuniões ocorrerem em diferentes serviços da rede, o que permite um intercâmbio constante de recursos humanos e a construção de novos saberes, a partir das situações discutidas entre as equipes e os apoiadores. Ocorrem aí também processos de sustentação das angústias trazidas pelos profissionais das UBS e ESF no que concerne aos casos graves, além da capacitação e educação permanente dos profissionais. Esta é uma das funções do apoio matricial, por meio da ampliação do repertório de intervenções técnicas.

A qualificação no reconhecimento das situações, quando tu vêes surgir uma situação de um paciente com transtorno de humor depois numa próxima situação semelhante à pessoa já consegue identificar questões básicas, sinais e sintomas, esboçar melhor um plano de tratamento, então tem uma organização que é mais própria para o aprendizado mesmo, está voltado para a capacitação e não só para a demanda (AM2).

Para além de uma rede formal, existe a construção sistemática de uma rede simbólica centrada nas pessoas que sofrem com transtornos mentais e o seu entorno, mediada pelos profissionais especialistas e generalistas. Esta rede simbólica, sustentada não só pelos profissionais, mas fundamentalmente pelos participantes dos grupos na comunidade, foi discutida no GF. Ou seja, essas redes que foram sendo constituídas no território apresentam potência de produzir saúde.

Então, quando a pessoa se dá conta que ela pode construir não só a mudança do sofrimento dela a partir de uma medicação... existe um desejo maior de vida e que juntos podem construir um coletivo maior de mudança social porque estão sendo escutados (AM4 GF).

A portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa rede deve integrar as diferentes modalidades de cuidado em saúde mental no âmbito do SUS e deve ser constituída por: atenção básica à saúde; equipes de consultório de rua; Centros de Convivência; CAPS; atenção à urgência e emergência; Serviços Residenciais Terapêuticos; Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF); serviço hospitalar de referência (Portaria nº 3.088, 2011).

Então o processo articulado é este, desde a ponta até a internação, se for o caso, quando nós encaminhamos daqui, e depois disso então o retorno ao CAPS, ao CAPS ad, ao CAPSII, no sentido de dar continuidade ao processo da internação, o atendimento e o reencaminhamento à sua unidade de origem, esse é o processo que eu vejo da articulação (AM6).

As ações em saúde mental são referidas pelos apoiadores como ocorre em diferentes serviços da rede – na APS, nos CAPS (II, ad e infantil), no serviço de urgência, no centro do idoso. Isso remete a um processo dinâmico em razão da rotatividade dos profissionais, o que gera necessidade de novos investimentos de sensibilização à proposta pelos apoiadores. Ou seja, existe a necessidade de refazer os pontos na rede mediante as mudanças das equipes das UBS e USF.

No estudo, pôde-se depreender que o apoio matricial desenvolvido na APS e os grupos realizados na comunidade, mediante um trabalho interdisciplinar, apresentam potência para ações de promoção, de prevenção, de cuidado e de tratamento. Entretanto, os participantes reconhecem que o apoio matricial nas UBS tradicionais, em alguns casos, serve para o atendimento da demanda em saúde mental. Enquanto que o trabalho realizado na ESF permite a realização de planejamento coletivo conjunto. Isso decorre em razão dos diferentes modos de funcionamento, estrutura organizacional e de recursos humanos destas unidades. Apesar das dificuldades, os apoiadores decidiram pela manutenção do apoio matricial nas UBS, no modelo possível, haja vista estas unidades gradativamente estarem sendo transformadas em ESF.

Coordenação nas Redes de Atenção à Saúde

No estudo, a coordenação do apoio matricial é realizada por um psicólogo do CAPS que integra os diferentes serviços, realiza as articulações entre os diferentes grupos da APS onde o apoio é realizado, assim como na relação com os demais colegas especialistas. Ou seja, ocorre uma intensificação das possibilidades de relação entre os diferentes protagonistas do processo, com enriquecimento pessoal dos envolvidos. Mendes (2011) defende que o atributo coordenação tem uma importância maior nas RAS, já que, sem este os demais atributos, o primeiro contato, a longitudinalidade e a integralidade seriam dificultadas. É pela coordenação da APS que se ordenam os fluxos e os contrafluxos nos diversos níveis de uma RAS.

Pode-se depreender dos profissionais algumas características pessoais do coordenador, que facilitam o processo do apoio matricial na APS: o trânsito nos diferentes locais e a explicação da proposta de trabalho, as articulações feitas pessoa a pessoa, a capacidade de agregar pessoas em torno de um objetivo comum, a motivação do grupo, o respeito às opiniões diferentes, a capacidade de mediar conflitos e construir consensos. O reconhecimento dessa coordenação pelos pares, pelos profissionais generalistas, assim como a necessidade do fortalecimento do seu papel junto às instâncias gestoras e políticas, foi reportado nas entrevistas e GFs.

A liderança em saúde mental já foi apontada em outros estudos (Eaton et al., 2011; Kakuma et al., 2011; Benzer et al., 2012) como uma das barreiras à descentralização em saúde mental, quando inexistente, ou como um fator facilitador quando existente. A liderança é conceituada como a habilidade de cultivar visão e valores que podem ser compartilhados com outros, iniciar e guiar ações em um grupo ou organização, construir e sustentar a confiança (World Health Organization, 2005).

Ele (liderança) tinha um bom trânsito, então também conseguiu explicar e discutir o apoio matricial nas equipes ... ele consegue explicar de uma maneira clara como é e o que é o processo, como é que funciona o sistema do apoio matricial ... (AM4).

Nas falas evidencia-se também a lógica de “raciocinar com os pés” (Venturini, 2010, p. 478), o que significa conhecer e atravessar a comunidade, viver no cotidiano o “laboratório da vida” das pessoas e as suas histórias. Um dos participantes tem duas formações – psiquiatra e sanitarista, e relata que

Essa questão de saúde pública me permitiu ter um olhar diferente, poder olhar a questão efetivamente da doença mental dentro do contexto público... então eu preciso, por uma questão de saúde mental minha, estar passando nos lugares, falando com as pessoas, tentando entender (AM6).

As falas trazem que a proposta do apoio matricial transcende o processo e coloca na centralidade as pessoas envolvidas no trabalho. Ou seja, há uma tendência a personalizar as relações, mediante a interação e os processos dialógicos que se estabelecem entre as pessoas envolvidas. Independente da formação ou especialidade, as pessoas conhecem-se nominalmente. Denota-se que, para além do cuidado com o usuário, existe uma personalização das relações intraequipe, e destas com o entorno, gerando enriquecimento pessoal, além das trocas profissionais. Isso, no estudo, emerge como uma questão central para o apoio matricial na APS: o enfoque não somente no processo, mas primordialmente, nas interações das pessoas que operacionalizam o processo.

Então se conhecem as pessoas, os sujeitos que estão envolvidos no cuidado àquele usuário, então essas articulações são feitas no contato do dia a dia, na comunicação, no entendimento de uma proposta maior de se conhecer não só o que se faz, o processo, mas as pessoas que estão envolvidas nesse processo (AM1).

Este achado é corroborado por Venturini (2010): “A resposta é abandonar a ideia de trabalhar com as instituições e entre elas; o segredo consiste em trabalhar com as pessoas, com a subjetividade delas, com as pessoas que vivem e trabalham em instituições”. (p. 478). Por outro lado, no que diz respeito à coordenação do cuidado em rede, estudo realizado em quatro capitais evidenciou que as principais dificuldades são o fluxo restrito de informação sobre os pacientes e a falta de compartilhamento de responsabilidade entre os diferentes níveis assistenciais no cuidado do paciente. Os autores reconhecem que o compartilhamento de responsabilidades só será possível a partir da implantação de efetivos mecanismos de comunicação entre os diferentes níveis assistenciais e a criação de espaços de convivência profissional entre os diferentes profissionais (Organização Pan-americana da Saúde, 2011).

O apoio matricial em saúde mental na APS demanda a tessitura de uma rede de pessoas e serviços e implica na construção de um processo de trabalho interdisciplinar mediante a convergência de um ideal, a descentralização da atenção em saúde mental. No estudo, esta convergência de ideias, e, sobretudo, ideais acerca da descentralização em saúde mental, auxilia no enfrentamento dos desafios e na superação de obstáculos e subsidia o fazer dos profissionais. Assim, da interação dos profissionais surgem processos dialógicos que propiciam a criação de plataformas de trabalho conjunto, não somente restritas às equipes e apoiadores de cada ESF ou UBS, mas também entre as diferentes equipes da APS.

Descentralização e apoio sistemático longitudinal

A descentralização em saúde mental (grupos e apoio matricial) decorreu não por um imperativo da gestão (secretário de saúde), mas da convicção de um grupo de profissionais e de seus arranjos internos. Este protagonismo sustentou a proposta nas trocas de gestão. Dentre os fatores motivadores dos apoiadores está a compreensão de que o território é o local por excelência para a promoção e o cuidado em saúde mental. Na falas prevalece a ideia de que sistematicamente há necessidade de sensibilizar os gestores, a cada troca de governo. Isso ocorre em razão das vicissitudes de ordem política, técnica e de gestão a que os profissionais estão expostos. Nesse sentido, cabe o reconhecimento que, a despeito das diferentes forças em jogo, o apoio matricial foi mantido em razão do desejo e do protagonismo dos apoiadores.

Os fluxos instituídos na rede são o apoio matricial em dias e horários previamente acordados; os diferentes grupos na comunidade, coordenados por psicólogos; os contatos telefônicos em situações de urgência ou dúvida e o sistema de referência para serviços especializados (CAPS, internação), quando da impossibilidade de manutenção da pessoa em atendimento ambulatorial. Os participantes

compreendem que o apoio matricial implica a corresponsabilização e cogestão do caso. Assim, o encaminhamento para um serviço especializado é realizado quando a pessoa terá benefícios deste. *“...a ideia do repasse do atendimento é a ideia de que se eu estou encaminhando alguém é porque eu acho que aquela pessoa efetivamente vai se beneficiar daquele procedimento. Agora se eu simplesmente estou repassando é um problema”* (AM6). Ou seja, o encaminhamento para a atenção secundária ou terciária deve ser previsto no apoio matricial, desde que amparado em uma lógica de manutenção de vínculo e acompanhamento longitudinal.

Pesquisa realizada enfocando a construção de intervenções em saúde mental em *Low and Middle-Income Countries* (LMICS), 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 (Minoletti, 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. Mendes (2011) sinaliza para “evidências que demonstram que a atuação dos especialistas só agrega valor para as pessoas quando eles conhecem pessoalmente e trabalham conjuntamente com os generalistas” (p. 108). Esta assertiva encontra ressonância na fala do AM4: *“... se tivesse o apoio matricial e depois fosse diminuído eu acho que não funcionaria, tem que ser um apoio continuado”*. Outro participante pontua: *“é um processo porque existe um início, um meio e não tem um fim”* (AM3).

Percebeu-se, no GF, que existem tensionamentos que dizem respeito a não compreensão do processo de trabalho pela gestão, sobretudo no que tange aos profissionais especializados não estarem atendendo um quantitativo significativo de usuários. Há a valoração do número de pessoas atendidas e a não compreensão de que o apoio matricial poderá reduzir os encaminhamentos para os serviços especializados. Outras questões envolvem a falta de condições estruturais para o trabalho; o sentimento de não valorização e reconhecimento do trabalho desenvolvido pelos apoiadores por parte dos gestores. *“E outra coisa também que limita o trabalho do matriciamento é às vezes os gestores não compreenderem que o trabalho fora de sala, de quatro portas, é tão importante quanto em quatro paredes”* (AM1). *“Geralmente numa UBS a gente lida mais com demanda, então o profissional ele não tem nenhum tempo disponível para a discussão e isso é uma coisa que tem na ESF, um espaço destinado e um horário...”* (AM2). *“Tem que haver motivação para que ela (gestão) entenda a importância do matriciamento e acreditar que é possível contemplar as demandas de sofrimento mental na unidade básica e tempo disponível para que aquilo aconteça com o devido reconhecimento dos gestores”*. (AM3).

No GF foram discutidas as dificuldades do CAPS como articulador da rede picossocial. A discussão pautou-se nos seguintes argumentos: o CAPS deveria ser o lugar agregador das ações, mas inexistente este espaço para as articulações do grupo e deste com o cenário mais amplo, de saúde mental do município; a ausência de participação do coordenador de saúde mental em atividades do apoio matricial; a necessidade de diminuir a distância entre as UBS e ESF e o serviço especializado, que em alguma medida é reforçado pelo apoio matricial pela questão do não livre acesso das pessoas ao CAPS. Os obstáculos ao encaminhamento ao CAPS ocorrem em razão de o profissional de referência necessitar do aval ou ser realizada pelo apoiador. *“Eles (pacientes) chegam na frente do balcão e às vezes a pessoa não atende: ‘Por que não me atenderam bem, se lá na UBS X me atendem bem?’”* (AM4 GF). Outro apoiador constatou que *“O balcão é mais muro do que quase balcão”* (AM1 GF).

Pôde-se depreender que existe a necessidade de trabalhar a desinstitucionalização do CAPS e de este articular-se de maneira efetiva à rede. Cabe ressaltar que autores e documentos oficiais trazem diferentes perspectivas quanto ao papel dos CAPS na rede. Enquanto que alguns defendem que o CAPS deve ser o articulador da rede (Dimeinstein et al., 2009), outros defendem que a coordenação, incluindo aí a descentralização por meio do AM, deve ser da APS (Mendes, 2010; Mendes, 2011; Portaria nº 3.088, 2011). Outros autores constatarem que a APS ainda não tem as condições necessárias para tal (Cecílio et al., 2012). Essas diferentes perspectivas evidenciam-se nas práticas fragmentadas e na dificuldade de articulação da rede nos municípios brasileiros.

Quanto à estrutura operacional das redes, Mendes (2010) defende que, na perspectiva das redes poliárquicas, não há relações de principalidade ou subordinação, características das redes hierárquicas. Entretanto, na prática, observa-se a valoração das especialidades, corroborada mediante

a hegemonia do trabalho especializado sobre o do generalista e dos serviços de especialidades sobre a APS. Esta relação de subordinação tem correlação com valores sociais, culturais e econômicos. Dependendo de como se dão os contratos de comunicação e cooperação entre os pontos da rede, se esta tendência não é enfrentada, ela se afirma e atualiza.

Configurações da rede

Para a discussão das diferentes configurações de redes instituídas na realidade investigada, buscou-se aporte teórico em Ugarte (2008). De acordo com a configuração construída por este autor, evidencia-se a existência, no município em estudo, de três tipos de redes: centralizada, descentralizada e distribuída. A rede centralizada, mediante um sistema formal de referência e contrarreferência instituído; a rede descentralizada, mediante o apoio matricial em saúde mental e a rede distribuída. Esta última, operacionalizada por meio dos arranjos organizacionais das reuniões sistemáticas do apoio matricial em diferentes pontos da rede. Assim como os grupos terapêuticos na comunidade, que permitem aos participantes circular em diferentes grupos no território, sem o imperativo da adscrição a um determinado local. O SUS configura-se em uma rede descentralizada, porém hierarquizada. Na pesquisa o desenho de outras configurações de rede está alicerçado nos recursos imateriais – nas relações estabelecidas entre as pessoas (generalistas, apoiadores e usuários). Assim, os diferentes tipos de rede se manifestam no trabalho e nas relações que se estabelecem no campo. Esses arranjos são construídos na micropolítica do trabalho vivo em saúde (Merhy, 2005).

A pesquisa evidencia que a rede formal, sobretudo no que tange à referência para o serviço especializado, o CAPS, apresenta fragilidades. Estas decorrem, como já identificado por Dimenstein et al. (2009) do funcionamento em um *modus operandi* ambulatorial, com pouca inserção no território, permeado por um funcionamento disciplinar (se faltar a x consultas perde a vaga). “*Lá (CAPS) tem uma situação muito interessante, eu estou de férias agora, todos os grupos funcionaram, menos o do CAPS, compreende? Essa incoerência é muito complicada.*” (AM4 GF). Entretanto, constata-se a existência de uma rede simbólica que permeia as relações entre especialistas, generalistas e usuários. Pode-se inferir que esta rede, imaterial, sustenta o fazer dos profissionais especialistas e generalistas na descentralização em saúde mental.

A análise do material empírico permite inferir que o apoio matricial em saúde mental propicia a configuração de redes não regulatórias no território, onde o peso dos serviços é relativizado. As redes construídas no território vêm ao encontro de um projeto de promoção da vida, da tessitura de novas relações e interações entre as pessoas. Os resultados mostram a preocupação em ampliar os cenários existenciais, relacionais, afetivos e geográficos das pessoas. Assim, a questão central perpassa ressignificar as vivências de sofrimento, potencializar as redes de sustentação e a produção de sentido para a vida.

Considerações finais

Pôde-se depreender que existem diferentes arranjos organizacionais entre as equipes de referência e os apoiadores, de acordo as diferentes realidades – UBS ou USF. Esses diferentes fazeres, evidenciados como potentes na ESF decorrem das equipes constituídas por distintas categorias profissionais; do vínculo dos profissionais com os usuários; da relação personalizada com os profissionais generalistas, da longitudinalidade; das características dos profissionais. Dentre as outras razões elencadas estão o trabalho interdisciplinar e a incorporação da “lógica matricial” pelos profissionais.

A complexidade do processo decorre da necessidade de sistematicamente refazer pontos da rede formal. Um desafio diz respeito à eliminação de barreiras de acesso ao encaminhamento de pacientes impostas pela coordenação do CAPS, sob a justificativa de que existe o apoio matricial. Essa metodologia de trabalho reduzirá os encaminhamentos de pacientes para serviços especializados, porém, continuará a haver a necessidade de referenciar alguns pacientes para serviços de atenção secundária ou terciária. Outro desafio remete à necessidade da gestão em proporcionar condições objetivas e subjetivas para a realização do apoio matricial.

Os resultados encontrados permitem inferir que há um genuíno interesse dos apoiadores na descentralização, apesar dos obstáculos de várias ordens. Assim como se pôde perceber que eles próprios experienciavam a desinstitucionalização e a possibilidade de intervenções criativas no território. Nesse sentido, ampliam-se as possibilidades não somente para as pessoas com transtornos mentais, mas também os profissionais são afetados pela coconstituição de contextos singulares da interação com generalistas na APS. Assim, para além das diretrizes básicas e às diferentes formas de operacionalização do apoio matricial, puderam-se analisar os desdobramentos singulares que esse processo propicia na realidade estudada.

A pesquisa evidencia que a questão central decorre não somente do processo, mas das pessoas envolvidas nele, em suma, dos recursos imateriais. Esta constatação sinaliza para o fato de o apoio matricial e da articulação em rede ser essencialmente dependente das tecnologias relacionais, da comunicação, do estilo de trabalho dos envolvidos e da interdisciplinaridade. As redes humanas que são construídas no cotidiano, conforme mostra o estudo, sobrepõem-se e potencializam as redes instituídas, formais, mas não prescindem delas. Estas redes, sustentadas por pessoas, dizem de um saber-fazer direcionado à produção de sentido de vida e diminuição do sofrimento humano no território.

A pesquisa revelou, também, as possibilidades de atuação de psicólogos e de outros profissionais do campo da saúde mental no Brasil. Dentre os diferentes desafios estão a questão da formação para atuar na APS; as características e atributos desejáveis para o trabalho; a adoção de novas perspectivas epistemológicas; a incorporação da supervisão e apoio como uma ferramenta de trabalho; o alargamento das competências disciplinares; a composição com equipes multidisciplinares na condução e cogestão das intervenções, o que remete a um trabalho interdisciplinar. Nesse sentido, não existem apoiadores “prontos”, mas que se constituem como tal no trabalho relacional em ato.

Referências

- Alves, D. S. (2011). Entrevista com Benedetto Saraceno. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12): 4695-4700.
- Barbour, R. (2009). *Grupos Focais*. Porto Alegre: Artmed.
- Becker, A. E. & Kleinman, A. (2013). Mental Health and the Global Agenda. *The New England Journal of Medicine*, 369, 66-73. Recuperado em 13 de fevereiro de 2014, de <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1110827#t=article>.
- Benzer, J. K., Beehler, S., Miller, C., Burgess, J. F., Sullivan, J. L., David, C., Mohr, D. C., Meterko, M., & Cramer, I. E. (2012). Grounded Theory of Barriers and Facilitators to Mandated Implementation of Mental Health Care in the Primary Care Setting. *Depression Research and Treatment*. Recuperado em 20 março de 2014, de <http://dx.doi.org/10.1155/2012/597157>.
- Bonfim, I.G., Bastos, E. N. E., Góis, C. W. L., Tófoli, L. F. (2013). Matrix support in mental health in primary health care: a review of scientific papers and official documents. *Interface* 17(45): 287-300.
- Campos, G. W. S. & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (2), 399-407. Recuperado em 15 de maio, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>.
- Cecílio, L. C. O., Andreazza, R., Carapinheiro, G., Araújo, E. C., Oliveira, L. A., Andrade, M. G., Meneses, C. S., Pinto, N. R. S., Reis, D. O., Santiago, S., Souza, A. L. M., Spedo, S. M. (2012). A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11), 2893-2902. Recuperado em 27 de maio de 2014, de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100006>.
- Departamento de Atenção Básica (2012). *Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)*. Recuperado em 18 de maio de 2014, de http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_psicossocial.
- Dimenstein, M., Severo, A. K., Brito, M., Pimenta, A. L., Medeiros, V., & Bezerra, E. (2009). O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde & Sociedade*, 18 (1), 63-74. Recuperado em 16 de abril de 2014, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000100007>.
- Eaton, J., McCay, L., Semrau, M., Chatterjee, S., Baingana, F., Araya, R., Ntulo, R., Thornicroft, G., & Saxena, S. (2011). Scale up of services for mental health in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 378(9802), 1592-603. Recuperado em 20 de setembro de 2013, de [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60891-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60891-X).
- Kakuma, R., Minas, H., van Ginneken, N., Dal Poz, M. R., Desiraju, K., Morris, J. E., Saxena, S., & Scheffler, R. M. (2011). Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. *The Lancet*, 378(9803), 1654-63. Recuperado em 23 de abril de 2013, de [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61093-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61093-3).
- Mendes, E. V. (2010). As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2297-2305. Recuperado em 25 de maio de 2013, de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.

- Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde* (2ª ed). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Merhy, E. E. (2005). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (12ªed.). São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco.
- Minoletti, A., Rojas, G., & Horvitz-Lennon, M. (2012). Salud mental em atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 20(4): 440-447. Recuperado em 27 de maio de 2013, de <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-462X2012000400006>.
- Murray, L. K., Dorsey, S., Bolton, P., Jordans, M. J., Rahman, A., Bass, J., Verdelli, H. (2011). Building capacity in mental health interventions in low resource countries: an apprenticeship model for training local providers. *International Journal of Mental Health Systems*, 5(1), 30. Recuperado em 29 de maio de 2013, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22099582>.
- Ngo, V. K., Rubinstein, A., Ganju, V., Kanellis, P., Loza, N., Rabadan-Diehl, C., & Daar, A. S. (2013). Grand Challenges: Integrating Mental Health Care into the Non-Communicable Disease Agenda. *PLoS Medicine*, 10(5). Recuperado em 10 de janeiro de 2014, de <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001443>.
- Organização Pan-Americana da Saúde (2011). *Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Patel, V., Belkin, G. S., Chockalingam, A., Cooper, J., Saxena, S., & Unützer, J. (2013). Grand Challenges: Integrating Mental Health Services into Priority Health Care Platforms. *PLoS Medicine*, 10(5). Recuperado em 18 de janeiro de 2014, de <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001448>.
- Pegoraro, R. F., Cassimiro, T. J. L., & Leão, N. C. (2014). Matriciamento em saúde mental segundo profissionais da Estratégia da Saúde da Família. *Psicologia em Estudo*, 19(4): 621-631. Recuperado em 15 de dezembro de 2014, de <http://dx.doi.org/10.1590/1413-73722348905>.
- Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (2011, 23 de dezembro). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Republicada em 31 de dezembro de 2011).
- Prates, M. M. L., Garcia, V. G., & Moreno, D. M. F. C. (2013). 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 & Sociedade*, 22(2), 642-652. Recuperado em 19 de janeiro de 2014, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000200031>.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). Global mental health 1 - No health without mental health. *Lancet*, 370(9590), 859-77. Recuperado em 28 de março de 2012, de [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61238-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0).
- Saraceno, B. (1999). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te Corá.
- Thornicroft, G. & Tansella, M. (1999). *The mental health matrix*. A manual to improve services. New York: Cambridge University Press.
- Ugarte, D. (2008). *O poder das redes. Manual ilustrado para pessoas, organizações e empresas, chamadas a praticar o ciberativismo*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Venturini, E. (2010). O caminho dos cantos: morar e intersectorialidade na saúde mental. *Fractal: Revista de Psicologia*, 22(3), 471-480. Recuperado em 18 de maio de 2012, de <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922010000900002>.
- World Health Assembly (2012). The global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level. *Presented at the Sixty-fifth World Health Assembly*. Recuperado em 20 de dezembro de 2012, de http://www.who.int/mental_health/WHA65.4_resolucao.pdf.
- World Health Organization (2013). *Comprehensive mental health action plan 2013–2020*. Geneva: World Health Organization. Recuperado em 12 de janeiro de 2014, de http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/.
- World Health Organization (2005). *Human Resources and Training in Mental Health. Mental. Health Policy and Service Guidance Package*. Recuperado em 26 de julho de 2012, de http://www.who.int/mental_health/policy/Training_in_Mental_Health.pdf.

Recebido em 06/07/2016
Aceito em 04/08/2017

Alice Hirdes: doutora em psicologia social. Docente do Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde, Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). Pesquisadora Associada da Rede InterRAI.

Maira Kelly da Rosa Silva: enfermeira do Hospital Dom João Becker, Gravataí, Rio Grande do Sul.