

Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família*

Mental health in primary care: the networking and the matrix support to mental health in Family Health Strategy

Elaine Cristina da Silva Gazignato¹, Carlos Roberto de Castro e Silva²

RESUMO: Por tratar-se de questão complexa e multifacetada, a saúde mental necessita de estratégias de trabalho em rede. O objetivo deste estudo é discutir a perspectiva de enfermeiros e agentes comunitários de saúde de Unidades de Saúde da Família do município do Guarujá-SP acerca da sua atuação na área da saúde mental no contexto do trabalho em rede e do matriciamento. A coleta de dados deu-se por meio de entrevistas semiestruturadas. Os resultados denotam que há dificuldades em se desenvolver um trabalho em rede. O matriciamento desponta como uma importante estratégia, que, apesar de recente no Município, tem contribuído para promover a reflexão e corresponsabilização dos casos de saúde mental da atenção básica.

PALAVRAS-CHAVE: Estratégia de Saúde da Família; Saúde mental; Assistência em saúde mental.

ABSTRACT: *Due to being a complex and multifaceted issue, the work in the mental health field demands networking strategies. The objective of this study is to discuss the prospects of nurses and community health agents engaged in Family Health Units of the city of Guarujá, Brazil, about their performance in the mental health field in the context of networking and matrix support. Data collection was applied by means of semi-structured interviews. Results show that there are difficulties in developing a networking structure. Matrix support stands out as an important strategy, which, despite its recent implementation in the city, has contributed to promote reflection and joint responsibilities as for the cases of mental health primary care.*

KEYWORDS: Family Health Program; Mental health; Mental health care.

*Este artigo é parte da dissertação de mestrado intitulada: "Saúde Mental na Atenção Básica no município de Guarujá/SP: a percepção de enfermeiros e agentes comunitários de saúde acerca de suas práticas na Estratégia de Saúde da Família". Apresentada no Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde da UNIFESP Baixada Santista.

¹Mestre em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) - Santos (SP), Brasil.
ecsg20@yahoo.com.br

²Doutor em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil. Professor adjunto do da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) - Santos (SP), Brasil.
carobert3@hotmail.com

Introdução

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde, visando a modificar a prática da atenção básica. O PSF passa a ser denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF) quando deixa de ser apenas um programa para se tornar a estratégia principal de organização da atenção básica. Assim, trabalha numa perspectiva de saúde ampliada e integral, com equipes multiprofissionais responsabilizadas por um número de pessoas de uma região delimitada. A ESF foi elaborada como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial à saúde, baseado até então no modelo biomédico, na prática hospitalocêntrica e no uso inapropriado dos recursos tecnológicos disponíveis. Nessa estratégia, propõe-se que a atenção básica se configure como porta de entrada do sistema de saúde (BRASIL, 1997).

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), em 2003, cerca de 4.400 municípios haviam adotado a ESF, perfazendo um total de 19.068 equipes de saúde da família. Em 2012, esses números subiram para 5.271 municípios e 32.809 equipes. Atualmente, 53,4% da população brasileira é assistida pela ESF.

No Brasil, a saúde mental também passou por transformações a partir da reforma psiquiátrica, iniciada na década de 1970. Esta reforma compreende um conjunto de transformações permanentes nos campos teóricos, assistenciais, jurídicos e socioculturais, marcados por tensões, conflitos e desafios ao propor a retirada do paciente com transtorno mental dos hospitais psiquiátricos e lhe proporcionar cuidados necessários na comunidade (DELFINI ET AL., 2009).

Conforme a perspectiva da inserção da pessoa com transtorno mental nos equipamentos comunitários, num contexto de rede social, aos poucos, começa a implantação dos equipamentos substitutivos: os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), as Residências

Terapêuticas, os Centros de Convivência, as Oficinas de Trabalho e as Enfermarias Psiquiátricas em Hospital Geral (GAMA; CAMPOS, 2009). O Caps é um serviço estratégico para promover a desospitalização e a reinserção social, compatíveis com os princípios da Reforma Psiquiátrica e com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental. Porém, os Caps e os outros equipamentos substitutivos não são, ainda, suficientes para a cobertura da demanda de saúde mental nas diversas realidades do País.

Além disso, a atenção básica surge como eixo estruturante do sistema, pois, além de ser ‘porta de entrada’, gerencia os encaminhamentos, coordena e integra o trabalho realizado por outros níveis de atenção, outros equipamentos ou por terceiros e acompanha, de maneira longitudinal, a saúde do paciente durante a vida.

Dentre os desafios e iniciativas da reforma psiquiátrica está a inserção da saúde mental na atenção básica, especialmente por meio das equipes de saúde da família. Segundo Delfini *et al.* (2009), apesar dos frequentes debates sobre os cuidados em saúde mental na atenção básica, ainda são poucos os estudos que abordam sua implementação. Nunes *et al.* (2007), em uma pesquisa realizada na Bahia, concluem que ainda há uma grande lacuna entre as diretrizes propostas pela política de saúde mental e as práticas realizadas pelos profissionais. A operacionalização de uma rede de cuidados e o desenvolvimento de ações estendidas ao espaço social mais amplo têm encontrado impasses.

A inserção de práticas de saúde mental na atenção básica evidencia a busca pela regionalização e redirecionamento do cuidado, numa perspectiva de atenção integral e humanizada aos sujeitos, em articulação com profissionais e serviços já inseridos nos territórios.

A Organização Mundial da Saúde, por meio da Declaração de Caracas, postula a reestruturação da atenção psiquiátrica por meio da Atenção Primária em Saúde (APS) como promotora de modelos alternativos centrados

nas comunidades e em suas redes sociais, em conformidade com os direitos humanos.

Nunes *et al.* (2007) identificaram os princípios da integralidade e da participação social, além das propostas de ampliação do conceito de saúde-doença, da interdisciplinaridade no cuidado e da territorialização das ações, como questões que orientam tanto o modelo psicossocial da saúde mental como a ESF. Esta última funcionaria como um importante articulador da rede de saúde mental, na tentativa de superar o modelo hospitalocêntrico e centrar o cuidado na família. Entretanto, a implementação de ações de saúde mental na saúde da família ainda está em processo de consolidação, uma vez que a ESF pode ser entendida como uma tecnologia de produção do cuidado em saúde mental a ser explorada e mais bem desenhada como possibilidades de atenção comunitária.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde propôs a estratégia do Apoio Matricial (AM), ou matriciamento em saúde mental, para facilitar o direcionamento dos fluxos na rede, promovendo a articulação entre os equipamentos de saúde mental e a ESF. Segundo a coordenação de saúde mental, no documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental, o AM se constitui em

um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde (BRASIL, 2008, P. 34).

Nesse arranjo, a equipe de saúde mental compartilha alguns casos com as equipes de atenção básica. Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que podem se efetivar através de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos, e também na forma de supervisão e capacitação (BRASIL, 2008).

O Apoio Matricial surgiu a partir da constatação de que a reforma psiquiátrica não pode avançar se a atenção básica não for incorporada ao processo. Concentrar esforços somente na rede substitutiva não é suficiente, é preciso estender o cuidado em saúde mental para todos os níveis de assistência, em especial, da atenção básica. Entretanto, sabe-se que as equipes de atenção básica se sentem desprotegidas, sem capacidade de enfrentar as demandas em saúde mental que chegam cotidianamente ao serviço, especialmente os casos mais graves ou crônicos. O matriciamento visa a dar suporte técnico a essas equipes, bem como a estabelecer a corresponsabilização (DIMENSTEIN *ET AL.*, 2009).

Ao ser entendido como uma metodologia de trabalho que visa a assegurar retaguarda especializada, tanto em nível assistencial como técnico-pedagógico, pressupõe uma construção compartilhada entre a equipe de referência, composta de profissionais da ESF, que tem a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário, e os apoiadores, que são especialistas com a missão de agregar conhecimentos à equipe de referência, contribuindo com intervenções que aumentem sua capacidade de resolver problemas.

O Apoio Matricial às equipes da atenção básica deve partir dos Caps, dado que são serviços que ocupam lugar central na proposta da reforma psiquiátrica e seus dispositivos principais. São considerados ordenadores da rede de saúde mental, direcionando o fluxo e servindo de retaguarda tanto para as residências terapêuticas como para a atenção básica. (DIMENSTEIN *ET AL.*, 2009). O matriciamento pode ser entendido como uma estratégia de trabalho em rede, ou seja, mediante a integralidade dos serviços de saúde, uma das diretrizes do SUS.

Nesse sentido, o objetivo principal deste trabalho é discutir, a partir da perspectiva de enfermeiras e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Estratégia de Saúde da Família, a atuação em saúde mental no

contexto do trabalho em rede e do matriciamento em saúde mental.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa de caráter descritivo e explicativo. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da UNIFESP e aprovado em 01.03.2012 sob parecer número 209.156. O campo de estudo são cinco Unidades de Saúde da Família (USAFA) do município do Guarujá-SP: USAFA Perequê, quatro equipes; USAFA Cidade Atlântica, duas equipes; USAFA David Capistrano, duasequipes; USAFA Santa Cruz dos Navegantes, duas equipes; e USAFA Sítio Conceiçãozinha, uma equipe, totalizando 11 equipes. Esse município faz parte da Baixada Santista, situada no litoral do Estado de São Paulo, e possui aproximadamente 290 mil habitantes, segundo Censo 2010 (IBGE, 2010). O município foi escolhido como campo da pesquisa por ter adotado um projeto de expansão da cobertura populacional pela ESF e por estar desenvolvendo um projeto de matriciamento em saúde mental, em fase de implantação pela Coordenação de Saúde Mental.

Foram entrevistados dez profissionais, sendo cinco enfermeiras e ACS, das 11 equipes de saúde da família. Como critério de inclusão, selecionaram-se as enfermeiras que eram diretoras das unidades de saúde e os ACS que pertenciam às equipes das enfermeiras entrevistadas. Do total de entrevistados, duas enfermeiras e um ACS estavam participando dos encontros do matriciamento com a equipe de saúde mental. De acordo com a literatura estudada, mormente (PEREIRA ET AL., 2007; PUPIN, 2008; AMARANTE ET AL., 2011), observou-se que os profissionais mais envolvidos com o tema da saúde mental e com experiências significativas na temática são as enfermeiras, que também operam como chefes das equipes, e os ACS que convivem diretamente com a comunidade no seu território.

Como técnica de investigação, realizaram-se entrevistas semiestruturadas e audiogravadas com o consentimento do participante. As questões do roteiro visavam a investigar a percepção dos profissionais da ESF em relação ao trabalho em rede, como tem sido feito, quais suas dificuldades e importância. Objetivou-se, especificamente, investigar a contribuição do matriciamento em saúde mental nesse processo de trabalho em rede. Como técnica de análise dos dados, utilizou-se a Análise de Conteúdo, especificamente a Análise Temática (BARDIN, 2011).

Para Bardin (2011, p. 105), o tema é “a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”. A análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objeto analítico visado. Para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estrutura de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes no discurso ou a ele subjacentes.

Resultados e discussão

O trabalho em rede compreende o trabalho conjunto entre os serviços de atenção básica e saúde mental. A noção de rede, ou integração entre os serviços de diferentes complexidades, é um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS, juntamente com a regionalização (região de saúde) e a hierarquização (níveis de complexidade dos serviços) (BRASIL, 1990).

No município pesquisado, notamos, a partir das falas dos participantes, a dificuldade em estabelecer um trabalho em rede e o desconhecimento dos serviços da rede:

Eu acho que tem que ter a rede em conjunto, né. Eu acho que o paciente de saúde mental, ele requer muito mais de outras...de outras... porque a gente precisa de outro tipo de ajuda

na rede do município. Então eu acho que falha um pouco, então a gente fica sem..., sabe..., é difícil saber lidar (ENF2).

“Mas a gente tem pouco contato [com o Caps], porque eu passo o caso para a enfermeira e ela entra em contato com o Caps” (ACS4).

A ação em saúde mental mais executada ainda é o encaminhamento para o especialista. Esses encaminhamentos, muitas vezes, são direcionados ao Caps e, apesar deste ser estratégico, não é o único tipo de serviço de atenção em saúde mental. Aliás, a atenção em saúde mental deveria ser feita em uma rede de cuidados, incluindo a atenção básica, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros (BRASIL, 2003). *“Acho que precisa de uma integração melhor entre o Caps e a USAFA. Acho que as pessoas encaminham mais por insegurança e por não saber o que fazer” (ENF4).*

De acordo com Cavalcante *et al.* (2011), ao se considerar o encaminhamento ao Caps como uma estratégia de cuidado ou uma ação de saúde realizada isoladamente para essa parcela da população, desconsidera-se a responsabilidade e a resolutividade da ESF em resolver os problemas de saúde da população.

Para Campos (1999), o agir em saúde deve ter como foco a construção de sujeitos cada vez mais autônomos, através da ajuda na compreensão, por parte do indivíduo, do seu processo saúde-doença, das relações sociais que influenciam tal processo e dos recursos potenciais para melhoria de suas condições de vida. Para Merhy (1997), saúde é a possibilidade de o usuário ter cada vez mais autonomia no modo de dirigir a própria vida.

O cuidado em saúde mental é transversal à vida, e sua prática pode e deve ser efetivada em qualquer ponto da rede assistencial de saúde. Tal cuidado é entendido como

designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das

práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde (AYRES, 2004, P. 22).

As experiências de trabalho em rede são vistas como positivas, embora ainda apresentem falhas na comunicação e descontinuidade das ações tanto pelo serviço de atenção básica como pelo serviço especializado. Um entrevistado descreve uma tentativa positiva de trabalho em conjunto entre a ESF e a equipe de saúde mental do Caps:

A gente precisava fazer visita domiciliar, porque, de jeito nenhum, a gente conseguia fazer aquele paciente viesse, até pelo transtorno dela. E a gente conseguiu: marcamos uma visita e a equipe de lá [Caps] veio até nós e a gente pôde fazer uma visita domiciliar, a enfermeira, o médico da família o psiquiatra veio à unidade e foi na visita domiciliar (ENF2).

Nota-se pelas falas, que, apesar da constatação da necessidade do trabalho em rede, há pouca iniciativa da ESF em conhecer e se aproximar dos outros serviços, visto que todos os entrevistados conheciam os ambulatórios de psiquiatria e, pelo menos, um dos três Caps do município, mas não tinham muita clareza do trabalho desenvolvido nesses serviços. A falha está presente em ambos os serviços, pois o Caps não fornece a contrarreferência e a ESF não busca a informação do tratamento do paciente na especialidade.

E eu acho que também é saber como está o tratamento no Caps, a contrarreferência, saber como foi, o que tá acontecendo com o paciente lá. Então, essa parte da rede é falha mesmo, tanto da nossa parte em perguntar ou da parte da rede de falar (ENF2).

Pensar a integralidade, segundo Mattos (2001), configura-se como alternativa às práticas clínicas-interventivas centradas na modificação de comportamentos individuais, possibilitando pensar o indivíduo como

participante de uma rede social ampla e portador de necessidades que vão além do biológico. Nesse sentido, a integralidade envolve práticas de intersectorialidade que, por sua vez, pressupõe o trabalho integrado dos profissionais de saúde para o levantamento tanto de necessidades como de possibilidades de atendimento a essas necessidades dentro e fora da comunidade (PUPIN, 2008).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, p. 75) resalta a importância da rede de atenção à saúde mental do SUS e define-a “como de base comunitária, considerando-se a noção de território-processo”. O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Significa, assim, resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções. O engajamento dos profissionais das equipes da ESF com os da saúde mental tem resultado em experiências bem sucedidas, demonstrando ser possível a articulação dos princípios do SUS com os da reforma psiquiátrica.

O matriciamento em saúde mental tem suas bases teóricas nessa noção de integralidade. O Apoio Matricial é um arranjo institucional elaborado para promover a interlocução entre os equipamentos de saúde mental, como, por exemplo, os Caps e as USAFA, com a intenção de organizar o serviço e o processo de trabalho, de modo a tornar horizontais as especialidades para que estas permeiem todo o campo das equipes de saúde (FURTADO ET AL., 2006). Tratam-se, portanto, de encontros em que se estabelece a troca de saberes entre os profissionais de diferentes serviços de atenção envolvidos no cuidado dos usuários com o objetivo de garantir que as equipes de saúde mental e das USAFA vinculem-se aos pacientes e se corresponsabilizem pelas ações desencadeadas no processo de assistência, garantindo a integralidade da atenção em todo o sistema de saúde.

A ideia era trabalhar os casos dentro do posto e o que a gente poder resolver enquanto equipe, o agente, a equipe de enfermagem e a médica. Resolver sem passar para o matriciamento (ACS3).

Ele pode ocorrer por meio de discussões compartilhadas de casos, intervenções conjuntas no território, atendimento conjunto, planejamento das ações, visando sempre ao aumento da capacidade resolutiva da equipe e à aproximação entre a USAFA e os serviços de referência de saúde mental.

As falas também demonstram que o processo de matriciamento para o atendimento aos casos de saúde mental foi importante para incitar novas práticas clínicas e institucionais junto às equipes de saúde da família.

Depois que teve o matriciamento, parece que deu uma iluminada. Eu percebi que a equipe focou mais no assunto. Porque a saúde mental é uma coisa meio esquecida. Porque tem os hipertensos, diabéticos, as crianças, e a saúde mental fica esquecida. E, quando começou o matriciamento, as pessoas ficaram mais atentas. A gente começa até a lembrar dos pacientes que a gente tem e nem lembrava (ENF3).

Nesse sentido, estudos realizados junto à ESF por Luchese *et al.* (2009) e por Dimenstein *et al.* (2009) revelam a importância de uma estratégia como o matriciamento em saúde mental para aumentar a resolubilidade dos casos da ESF. Uma aproximação entre os Caps e a ESF amplia o potencial desses serviços como agenciadores de novos modos de cuidado. Uma entrevistada pontua este aspecto em sua fala: “*Eu acho que quando começou o trabalho com o matriciamento, era uma coisa legal, começou a dar mais suporte pra gente*” (ENF3).

Sendo assim, os técnicos em saúde mental têm como tarefa, além de atuar como apoiadores, desmistificar a ideia de que só os especialistas trazem resolutividade. Pelo contrário, experiências têm mostrado que só a

integralidade é realmente efetiva na promoção da saúde. (DIMENSTEIN ET AL., 2009).

Especificamente na ESF do Guarujá, pode-se notar que o matriciamento é uma experiência recente, de aproximadamente nove meses, e acontece em apenas uma USAFA com duas equipes de saúde da família, mas já apresenta uma contribuição significativa nas falas dos profissionais em comparação aos que não vivenciaram essa experiência. Tem sido considerado um espaço de aprendizagem, de compartilhamento de dúvidas e angústias e atuação conjunta, embora ainda apresente as dificuldades e resistências de uma estratégia recente, tanto no município como nas diretrizes do Ministério da Saúde, ainda em fase de construção teórica e prática.

Então, a proposta é esta, o matriciamento veio pra isso, para as decisões serem tomadas aqui. Então existe uma referência para psiquiatria e existe uma referência para psicólogo, mas, antes de ir para estes lugares, passa pelo matriciamento (ENF1).

Eu acho, assim, que tudo é um aprendizado, né. Cada encontro nosso, cada atendimento, a gente vai aprendendo um pouquinho mais, mas como eu te falo, acho tudo muito lento. Os resultados virão a médio e longo prazos. Ainda não conseguimos resultados (ENF1).

Observou-se, a partir da fala, que o trabalho em rede no município, nesse momento, encontra-se desarticulado. Apesar do relato de experiências positivas entre atenção básica e Caps, nota-se que ainda existe dificuldade de comunicação e interação entre eles. A literatura revela a importância de uma rede de cuidados para suprir as necessidades em saúde mental.

Considerações finais

A partir dos resultados apresentados, pode-se destacar a importância do trabalho em rede

e do matriciamento em saúde mental como ações que têm trazido resultados positivos para a inserção da saúde mental na atenção básica, apesar da dificuldade de implantação. Entretanto, deve-se ressaltar que a ESF não é o único instrumento capaz de resolver todos os problemas relacionados à saúde mental, que precisa ser considerada um componente de uma rede de cuidados complexa e interligada entre si. Desse modo, torna-se necessária a adoção de medidas com a finalidade de desenvolver a integralidade dos serviços de atenção básica e especializados.

A fragmentação e burocratização na forma de relacionamento entre os serviços causou a retirada da responsabilização em detrimento da corresponsabilização entre profissionais e serviços de saúde. A estratégia do matriciamento em saúde mental visa a superar exatamente essa tendência. Experimentar novas estratégias e reforçar a rede de cuidados entre saúde mental e atenção básica parece ser uma via privilegiada de mudança daquilo que, hoje, mostra-se pouco resolutivo e estagnado.

É importante considerar que o processo de reforma psiquiátrica ainda se encontra em fase de implantação no País e que são recentes e incipientes as experiências de inclusão de ações de saúde mental na ESF. Tais ações são recentes também no Guarujá, onde a ESF existe há nove anos, e o matriciamento em saúde mental possui apenas nove meses e está sendo implementado em uma das cinco USAFA. Como essas ações estão em processo de construção, exigem maior investimento dos gestores em recursos humanos, sua capacitação profissional e em infraestrutura para que criem condições favoráveis à articulação da rede de serviços integrada e atenda às demandas sociais.

Os resultados deste estudo e a literatura pesquisada mostram que o matriciamento seria uma possibilidade de alcance e fortalecimento de ações de cuidado em saúde mental no território. Essa estratégia é um dispositivo que poderia qualificar os projetos terapêuticos

que têm como objetivo a inserção social, a reabilitação psicossocial e a atenção integral dos indivíduos com demandas de saúde mental. No entanto, encontram-se dificuldades na implantação dessa estratégia. Ainda há resistências, preconceitos, despreparo dos profissionais. Nesse sentido, algumas questões para reflexão se fazem necessárias quanto aos aspectos que dificultam a implantação do matriciamento, ao fortalecimento do trabalho em rede, à superação de resistências e preconceitos em relação o cuidado em saúde mental.

A partir dos resultados desta pesquisa consideramos que os diferentes profissionais envolvidos nesse tipo de trabalho devem trazer para seus cotidianos o debate acerca das possibilidades e dos limites que envolvem a construção do cuidado integrado

e articulado da atenção básica e outros serviços, de modo a promover qualidade de vida e resgatar o direito à saúde dos pacientes com demandas de saúde mental. Sobretudo os profissionais da ESF, que têm a possibilidade de trabalhar com a garantia ao acesso, por meio do acolhimento, do vínculo e da responsabilização, reafirmando a proposta da quebra de institucionalização, construindo, assim, novos caminhos possíveis para a prática do cuidado integral.

O estudo mostrou a necessidade de ampliar a discussão sobre o matriciamento em saúde mental como uma possibilidade de fortalecer o cuidado no território, considerando, assim, a realidade de cada localidade e avaliando se essa estratégia irá alcançar os objetivos a que se propõe. ■

Referências

AMARANTE, A.L. *et al.* As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.20, n.1, jan-mar, 2011, p. 85-93.

AYRES, J. R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, set-dez, 2004, p. 16-29.

BARDIN, L. *Análise do Conteúdo*. 6. ed. Lisboa, Edições 70. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatística das equipes de saúde da família*. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php#desempenho>>. Acesso em: 01 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Orgânica 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF,

19 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 01 ago. 2012.

BRASIL. Portaria nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 18 de dezembro de 1997. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/21_Portaria_1886_de_18_12_1997.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 154 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 01 ago. 2012.

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999, p. 393-403.

CAVALCANTE, C.M. *et al.* Desafios do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. *RBPS*, Fortaleza, v. 24, n.2, abr-jun, 2011, p. 102-108.

DELFINI, P.S.S. *et al.* Parceria entre Caps e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, 2009, p. 1483-1492.

DIMENSTEIN, M. *et al.* O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 8, n. 1, 2009, p. 63-74.

FURTADO, J.; CAMPOS, O.; GOMES, V. *Apoio matricial: estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP*. Campinas. 2006. Disponível em: <www.fcm.unicamp.br/grupos/saude_mental/artigos/tcc/apoio.pdf>. Acesso em: 10 jun 2008.

GAMA, C.A.P.; CAMPOS, R.O. Saúde Mental na Atenção Básica: uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). *Caderno Brasileiro de Saúde Mental*, Florianópolis, v.1, n.2, p. 112-131, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo 2010*. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 01 ago. 2012.

LUCCHESI, R.; OLIVEIRA, A.G.B.; CONCIANI, M.E.; MARCON, S.R. Saúde mental no Programa de Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2033-2042, 2009.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: ROSENI, P.; MATTOS, R. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro, 2001. p. 39-64.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.) *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

NUNES, M.; JUCÁ, V.J.; VALENTIM, C.P.B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n. 10, p. 2375-2384, 2007.

PEREIRA, M.A. O. *et al.* Saúde Mental no Programa de Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, p. 567-572, 2007.

PUPIN, V.M.; CARDOSO, C.L. Agentes comunitários de saúde e os sentidos de 'ser agente'. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 13, p. 157-163, 2008.

Recebido para publicação em outubro de 2013
Versão final em março de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve