

**II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL,  
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD**

ALINE LUIZ MARTINS

**O APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

BRASÍLIA - DF  
2015

## **II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD**

ALINE LUIZ MARTINS

### **O APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

Monografia apresentada ao II Curso de Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília para a obtenção do Título de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Orientada por: Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa

**II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL,  
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD**

Aline Luiz Martins

**O APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

Esta Monografia foi avaliada para a obtenção do Grau de Especialista em Saúde Mental,  
Álcool e Outras Drogas, e aprovada na sua forma final pela Banca a seguir.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

---

Avaliador 1 – Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa

---

Avaliador 2

BRASÍLIA – DF  
2015

## **Autorização para Publicação Eletrônica de Trabalhos Acadêmicos**

Na qualidade de titular dos direitos autorais do trabalho citado, em consonância com a Lei nº 9610/98, autorizo a Coordenação Geral do II CESMAD a disponibilizar gratuitamente em sua Biblioteca Digital, e por meios eletrônicos, em particular pela Internet, extrair cópia sem ressarcimento dos direitos autorais, o referido documento de minha autoria, para leitura, impressão ou download e/ou publicação no formato de artigo, conforme permissão concedida.

*Aos profissionais que se dedicam à saúde mental, que com coragem se lançam na árdua missão de trabalhar com a angústia e o sofrimento humanos, mas que em compensação, desfrutam da descoberta de várias possibilidades de ser-no-mundo.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, meu amado Pai, que me abençoou com o dom do cuidado, expresso na minha relação comigo mesma e com o próximo, exercitado de forma especial em minha prática profissional, pela qual tenho tanto amor.

Aos meus pais, primeiros professores na escola da vida, que me ensinaram o valor do estudo e que se orgulham de mim e comemoram comigo cada conquista.

Ao meu companheiro José Marcos, um otimista incorrigível, que sempre me incentiva na conquista de sonhos, que me dá forças para continuar, sobretudo nos momentos mais difíceis.

A minha linda e querida irmã, pela ajuda, paciência e apoio. Por ser verdadeira e realista de uma forma tão doce.

Aos colegas de trabalho e aos usuários do CAPS II de Planaltina – DF, pelo companheirismo e pelo aprendizado constante, proporcionados no dia-a-dia de trabalho.

A todos que contribuíram no aprendizado deste curso e para a realização deste trabalho, de modo especial colegas e professores.

*"Um sonho que se sonha só é só um sonho que se sonha só. Mas sonho que se sonha junto é realidade."*

*Raul Seixas*

## **RESUMO**

O Apoio Matricial em Saúde Mental é um serviço estratégico que coordena as ações de saúde mental em um território por meio da articulação entre a Atenção Básica e a atenção especializada em Saúde mental. Neste trabalho, realizou-se uma pesquisa bibliográfica a fim de se verificar a importância da implantação do matriciamento em saúde mental como ferramenta para se potencializar a integralidade do atendimento no SUS. A metodologia utilizada foi a Pesquisa Exploratória, que consistiu na busca de artigos do banco de dados Scielo e documentos elaborados pelo Ministério da Saúde, que falassem da relação existente entre Atenção Básica e Saúde Mental, por meio do serviço de Apoio Matricial. Foram selecionados 13 artigos, 01 cartilha e 03 documentos oficiais do Ministério da Saúde. Os resultados mostraram que o Apoio Matricial em saúde mental permite a atenção integral à saúde, aumenta a resolutibilidade das ações da Atenção Básica e contribui para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Mostraram também que este serviço tem sido implantado de forma desigual no país, assim como o Estratégia Saúde da Família e o próprio SUS, e apontam as dificuldades encontradas tanto para a implantação quanto para a execução do Apoio Matricial em Saúde Mental. Conclui-se que a efetivação do princípio da integralidade no cuidado à saúde é um desafio e sugere mais estudos na área.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. Apoio Matricial. Saúde Mental.



## **ABSTRACT**

Matrix Support on Mental Health is a strategic service that coordinates mental health actions in a territory through the articulation between Basic Care and Specialized Care in Mental Health. In this paper, a bibliographical research was carried out in order to verify the importance of deploying matrix support in mental health as a tool to enhance the completeness of care in the SUS. The methodology used was the Exploratory Research, which consisted in finding articles of Scielo database and documents drawn up by the Ministry of Health, about the relationship between Primary Care and Mental Health through the Matrix Support service. 13 articles, 01 hornbook and 03 official documents of the Ministry of Health were selected. The results showed that the Matrix on Mental Health Support allows the integral attention to health, increases the solvability of basic care and contributes to the consolidation of the psychiatric reform in Brazil. They have also shown that this service has been deployed unevenly in the country as well as the Family Health Strategy and the SUS itself, and pointed out the difficulties for both the deployment and for the implementation of the Matrix Support in Mental Health. Concludes that the effectiveness of the principle of completeness in health care is a challenge and suggests more studies in the area.

Keywords: Psychiatric Reform. Matrix Support. Mental Health.

# SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Problema de Pesquisa .....	11
1.2 Objetivos.....	11
1.3 Justificativa e Motivações.....	12
1.4 Organização do trabalho .....	12
2. METODOLOGIA E MÉTODO DA PESQUISA .....	14
3. DESENVOLVIMENTO.....	15
3.1. Uma breve história da Saúde Mental.....	15
3.1.1. Uma breve história da Saúde Mental no Brasil.....	20
3.2 A Rede de Atenção Psicossocial – RAPS .....	24
3.2.2. A Atenção Psicossocial Especializada – o CAPS .....	27
3.2.3. A Atenção de Urgência e Emergência.....	29
3.2.4 Atenção Residencial de Caráter Transitório.....	32
3.2.5 A Atenção Hospitalar .....	32
3.2.6 As Estratégias de Desinstitucionalização .....	32
3.3 A integração entre a Saúde Mental e a Atenção Básica: O Matriciamento em Saúde Mental.....	34
3.3.1. A relação entre Matriciamento e o princípio da integralidade .....	38
3.3.2. A relação entre Matriciamento e a humanização no SUS .....	41
3.3.3. Como é feito o matriciamento em saúde mental .....	41
3.3.4. As vantagens do Matriciamento em Saúde Mental .....	45
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	47
5. CONCLUSÃO/RECOMENDAÇÕES .....	53
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	56

## INTRODUÇÃO

Este trabalho insere-se no campo da saúde mental e da Reforma Psiquiátrica Brasileira. No Brasil, de maneira singular, a história da Reforma Psiquiátrica se encontra com a história da Reforma Sanitária e com o surgimento do SUS. A Reforma Psiquiátrica Brasileira se inicia em uma época em que o sistema de saúde também estava se iniciando, desta forma, não é de se estranhar que tenha levado um bom tempo até que a saúde mental tenha entrado na agenda da Atenção Básica brasileira, como ressalta Campos (2013).

O resultado disto é uma Reforma Psiquiátrica que ainda está em processo, que ainda está se constituindo como prática e se construindo, sendo implementada de forma diferente nas diferentes regiões do país, dada a sua extensão geográfica e as suas desigualdades políticas, econômicas, sociais e culturais, conforme Paulon e Neves (2013).

O regime manicomial foi adotado no Brasil e vigorou por muitas décadas. Consistia em trancafiar as pessoas com transtorno mental em grandes hospitais, segregando-as do convívio familiar e social, onde sofriam toda ordem de maus tratos e violação de direitos. A exclusão social do doente mental fez com que o mesmo fosse estigmatizado e tido como incapaz, violento e irresponsável, preconceitos que ainda estão arraigados na sociedade brasileira e contra os quais a Reforma Psiquiátrica luta, como sinaliza Costa (2002).

Uma importante estratégia da Reforma Psiquiátrica Brasileira foi a criação da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS em substituição ao modelo manicomial. Esta rede tem como expoentes várias frentes de atenção à saúde, visando oferecer um tratamento ao doente mental de forma integral, territorializada, buscando sua reinserção na família e na comunidade. Dois importantes componentes da RAPS são a Atenção Básica e os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (BRASIL, 2011).

Por muitos anos, a saúde mental foi tratada de maneira separada da saúde geral, como se a parte “mental” estivesse à parte da saúde geral, como se houvesse uma dicotomia entre o físico e o mental. Ao inserir a Atenção Básica como primeiro componente da RAPS, a Política de Saúde Mental Brasileira deu um passo muito importante no que diz respeito à mudança de paradigmas em relação à saúde mental, entendendo-a como parte da saúde geral. Além disso, inseriu-se na área da saúde mental não apenas a questão do tratamento, mas também a proteção e a prevenção, dando-se atenção aos agravantes e aos potencializadores da saúde mental num dado território. Desta maneira, a saúde mental deixou de ser um campo de conhecimento apenas médico, passando a ser um conhecimento multidisciplinar, dado os

múltiplos fatores que interferem na saúde mental, podendo contribuir com a manutenção da mesma ou agravá-la (TOFOLI e FORTES, 2005/2007).

A inserção da saúde mental na saúde geral, de maneira particular na Atenção Básica, além de contribuir para a inclusão social do doente mental e diminuir os estigmas e preconceitos em relação a ele, vai ao encontro com o princípio de integralidade do SUS. Segundo este princípio, deve-se tratar o paciente como um todo, e isto vai além de meramente ouvir suas queixas. Deve-se levar em consideração todo o contexto biopsicossocial em que o paciente está inserido, tentando compreender seu adoecimento. E é muito comum que as queixas da ordem “psi” estejam presentes nas queixas dos pacientes que procuram a Atenção Básica (TOFOLI e FORTES, 2005/2007).

Este trabalho aborda de maneira mais específica a relação existente entre a Atenção Básica e a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, por meio da atenção psicossocial especializada, que tem como expoente o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. É no CAPS que são tratadas as pessoas com sofrimento mental grave e persistente. Trata-se de um serviço aberto, inserido na comunidade onde o indivíduo mora, que tem como objetivo sua reabilitação psicossocial, atuando de forma multidisciplinar. Os demais casos de saúde mental, mais persistentes e prevalentes no território, devem ser atendidos como os demais casos de saúde: na Atenção Básica. A fim de oferecer uma retaguarda especializada à Atenção Básica, o CAPS oferece o serviço de Apoio Matricial, capacitando as equipes da Atenção Básica para atender os casos de saúde mental, numa forma de cuidado compartilhada.

## **1.1 Problema de Pesquisa**

Este trabalho tem como problema de pesquisa: Como o matriciamento em saúde mental pode contribuir no cuidado integral do usuário do SUS? E tem como hipótese de pesquisa que o Apoio Matricial em saúde mental contribui para a melhoria da qualidade do atendimento no SUS.

## **1.2 Objetivos**

Este trabalho tem como objetivo geral verificar a importância do matriciamento em saúde mental como ferramenta para se potencializar a integralidade do atendimento no SUS, pela inclusão da atenção à saúde mental na Atenção Básica. E tem como objetivos específicos:

- Apresentar a “História da Loucura” na sociedade ocidental;
- Fomentar reflexões que promovam uma mudança de olhar sobre a loucura e o louco, numa perspectiva antimanicomial;
- Apresentar os principais pontos de Atenção à Saúde Mental da Política de Saúde Mental Brasileira;
- Apresentar o apoio matricial como uma importante ferramenta para a integralidade nos cuidados à saúde no SUS.

### **1.3 Justificativa e Motivações**

A justificativa para a realização deste trabalho é o fato de que por mais que muitas mudanças tenham acontecido no campo da saúde mental no Brasil e no mundo, a loucura ainda é vista com preconceito, e louco carrega o estigma de ser violento, incapaz e irresponsável. Desta forma, mesmo entre profissionais da saúde, há resistência em atender os casos de saúde mental, como se a saúde mental não fizesse parte do arcabouço da saúde integral, e há a tendência de se relegar o cuidado do doente mental aos “especialistas” – psiquiatras e psicólogos. Em virtude disto, as reflexões presentes neste estudo podem contribuir para a mudança na forma de se pensar o adoecimento mental, numa perspectiva de inclusão e de tolerância às diferenças.

Além disso, a justificativa pessoal para a realização deste trabalho reside no fato de que a autora é psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II de Planaltina e há aproximadamente 01 ano, foi inserida na equipe de matriciamento deste serviço. O CAPS II de Planaltina atualmente realiza o apoio matricial a 08 Equipes de Saúde da Família, e a autora viu na realização deste trabalho uma excelente oportunidade de ampliar seus conhecimentos na área, a fim de que possa refletir acerca de sua prática profissional e realizar um serviço de maior qualidade. Espera também, contribuir para o aumento do conhecimento na área, uma vez que foram realizadas poucas pesquisas a respeito do matriciamento em saúde mental.

### **1.4 Organização do trabalho**

Este trabalho se divide em Introdução, Metodologia de Pesquisa, Referencial Teórico, Resultados, Discussão e Conclusão.

Na Introdução, buscou-se mostrar o assunto sobre o qual o trabalho irá tratar. Para isto foi apresentado a conexão entre a Atenção Básica e o CAPS no tratamento à saúde mental, contribuindo para o atendimento integral à saúde do usuário do SUS. Foram apresentados também os objetivos aos quais se pretende chegar com esta pesquisa, o que motivou sua realização e as questões a que ela se propõe a responder.

A Metodologia procurou explicar como os dados utilizados nesta pesquisa foram obtidos e analisados.

No Referencial Teórico foram apresentados a História da Loucura, para que seja possível compreender como os estigmas quanto ao doente mental foram construídos ao longo da história da humanidade e a crítica a eles deram origem à Reforma Psiquiátrica no Brasil e no mundo; a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, a fim de se compreender o modelo adotado pela Política de Atenção à Saúde Mental brasileira em substituição ao regime manicomial; e a relação existente entre a RAPS e o CAPS, por meio do serviço de matriciamento em saúde mental, e mostra o exemplo de duas cidades brasileiras onde o Apoio Matricial está implementado. Tudo isto com objetivo de explicitar o referencial teórico no qual a pesquisa se baseia e se sustenta.

Nos Resultados e discussão, os produtos da análise dos dados utilizados na pesquisa foram apresentados, e a hipótese relacionada com o trabalho foi confirmada. E na conclusão, juntamente com as limitações da pesquisa e sugestões de pesquisas futuras, foi apresentado o que se pôde concluir da pesquisa como um todo.

## 2. METODOLOGIA E MÉTODO DA PESQUISA

A metodologia de pesquisa usada neste trabalho foi a Pesquisa Exploratória, na qual a autora estudou a relação existente entre a Atenção Básica e a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS por meio do serviço de Apoio Matricial à Saúde Mental, através de levantamento bibliográfico na área.

Para chegar aos resultados objetivados por esta pesquisa, procedeu-se a busca por artigos publicados sobre o assunto estudado. A autora usou artigos da base de dados Scielo, cartilhas e documentos oficiais do Ministério da Saúde, alguns dos quais já utilizava em sua prática profissional, pois ela é integrante da equipe de matriciamento do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II de Planaltina.

Os artigos utilizados faziam parte de diferentes livros, quais sejam: Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado (04 artigos); Políticas de Saúde Mental: baseado no curso Políticas Públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira (08 artigos); e Curso de Especialização à Distância em Direito Sanitário para membros do Ministério Público e da Magistratura Federal (01 artigo). Foi utilizado também um artigo que faz parte da revista de Políticas Públicas Sanare, do estado do Ceará.

Os documentos oficiais do Ministério da Saúde utilizados foram: o Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental e o Caderno Saúde Coletiva : Apoio Matricial como ferramenta de articulação entre a saúde mental e atenção primária à saúde.

Foram utilizadas também informações contidas na Cartilha de Saúde Mental “Conhecer para Incluir. Informações sobre saúde mental e Transtorno Mental, resultantes do Projeto Intervenções Terapêuticas em saúde mental: uma proposta para a redução do estigma”, realizado pela Universidade Federal do Piauí.

Os artigos pesquisados foram lidos, analisados, comparados e suas ideias foram relacionadas e discutidas, ao longo do trabalho, juntamente com considerações da autora.

### **3. DESENVOLVIMENTO**

#### **3.1. Uma breve história da Saúde Mental**

A loucura, entendida neste trabalho como uma condição da experiência humana, sempre existiu. Ao longo da história, porém, a forma de se conceber e de lidar com a loucura variou de acordo com o contexto histórico-filosófico-cultural em que a humanidade estava inserida. Costa (2002) nos chama atenção de que o modo como o homem se relacionou e se relaciona com a loucura está intimamente ligado a forma como ele se relacionou e se relaciona com o diferente, desconhecido, intrigante ou ameaçador; diz respeito à tolerância ou intolerância da sociedade com as pessoas que são diferentes.

Universidade Federal do Piauí (2010) vem ao encontro desta ideia ressaltando que não há uma maneira universal de se definir saúde/ doença mental, loucura e “normalidade”. Estes conceitos variam de cultura para cultura, e de época para época. Apontam também para a angústia e o incômodo causados na sociedade pela dificuldade de se compreender e de se explicar a loucura, já que esta é um fenômeno tão complexo que desafiou o pensamento racional ao longo dos séculos e que continua desafiando ainda hoje.

Nas sociedades mais primitivas, como a antiga Mesopotâmia, o Egito antigo e o extremo Oriente, as pessoas com transtorno mental eram vistas como porta-vozes dos deuses, acreditava-se que possuíam poderes sobrenaturais. Desta forma, a loucura era contextualizada e tinha o seu lugar na sociedade. Não havia a ideia de marginalização e exclusão social do louco; ao contrário, sua singularidade tinha lugar de destaque, estando ligada ao divino (COSTA, 2002).

O louco começou a ser excluído e marginalizado socialmente na Idade Média, juntamente com as mulheres, os mais frágeis, e os que não se adaptavam aos valores morais e religiosos da época. As tensões ocorridas à época, relacionadas à diminuição do poder dos senhores feudais, à ascensão da burguesia, o acesso ao conhecimento e à informação pelo surgimento da imprensa, a crise na Igreja Católica e o surgimento do Protestantismo, as epidemias, tudo isso ocasionou um descontentamento político e religioso que colocava o poder vigente sob ameaça (COSTA, 2002).

Para se fortalecer e obter um maior controle político, religioso e ideológico, a Igreja Católica, com o apoio da monarquia e dos senhores feudais, iniciou a Contra Reforma. Os dogmas católicos foram reafirmados, as ideias protestantes negadas, foram criados mais Seminários para que a doutrina católica fosse aprimorada se tornando mais rígida quanto a



moralidade, alguns livros foram proibidos aos católicos, os Tribunais do Santo Ofício foram restaurados e a Companhia de Jesus foi criada, a partir da qual os jesuítas catequisavam todas as colônias europeias. O ensino religioso também passou a dominar as universidades (COSTA, 2002).

Um marco da época foi o livro *Maleus Maleficarum* (Martelo das Feiticeiras). Este livro foi escrito em 1485 por dois monges dominicanos alemães, Johann Sprenger e Heinrich Kraemer. O método utilizado para saber se alguém estava ou não possuído pelo demônio era a leitura e a compreensão do livro. As pessoas que lessem o livro e não o compreendessem ou não concordassem com o mesmo eram consideradas possuídas pelo demônio, condenadas a torturas, queimadas em fogueiras, tudo isso legitimado pela Igreja, Monarquia e Universidade (COSTA, 2002).

Diante deste contexto, as pessoas com transtorno mental, que muitas vezes possuem pouco ou nenhum controle em relação às suas subjetividades, não tinham possibilidades de serem inseridas nesta sociedade, não tendo condições de atender ao critério para provar que não estavam possuídas pelo demônio. (COSTA, 2002). A loucura então era vista como possessão demoníaca e os loucos eram perseguidos e queimados em fogueiras ao lado de bruxas, autônomos, poetas, astrônomos, enfim, das pessoas que eram a minoria dentro do pensamento dominante (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ, 2010).

Costa (2002) considera que a loucura está estigmatizada sob três eixos de preconceito, exclusão e intolerância, quais sejam: incapacidade, irresponsabilidade e violência, os quais teriam surgido na Idade Média e persistem até os dias atuais.

No Renascimento a humanidade resgatou os conhecimentos da Antiguidade relacionados à explicação do mundo, da natureza, da condição humana, deixando de atribuir estes fenômenos à vontade de deus e de explica-los através da religiosidade. Através do desenvolvimento da Astrologia e da Quiromancia, porém, se construiu um pensamento mágico sobre o comportamento humano, acreditando que a origem dos males do corpo e da alma estavam relacionados a anatomia, por exemplo (COSTA, 2002). O louco deixou de ser visto como “endemoniado”, e passou a ser visto como uma pessoa incapaz de se conviver em sociedade. Foram construídos asilos com o objetivo de segregar as pessoas indesejáveis pela sociedade, nos quais os loucos foram confinados juntamente com os mendigos, inválidos, libertinos, portadores de doenças (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ, 2010).

No século XVII, duas correntes de pensamento eram dominantes: o raciocínio indutivo, analítico e matemático e raciocínio empírico e indutivo. Este período ficou

conhecido como a “Era da Razão e da Observação”. Com o método cartesiano surgiram os pilares do racionalismo e uma nova forma de se compreender o mundo, a natureza e o homem, através da razão. Desta maneira, foi construída a base para o Iluminismo, século XVIII, período em que a crença na razão substituiu a crença na fé. Foi um momento de expansão de conhecimentos, no qual houve avanço em muitos campos da atividade humana (COSTA, 2002).

Ao final do século XVIII, após a Revolução Francesa, o médico Philippe Pinel recebeu a tarefa pela Assembleia Francesa de organizar dois asilos nos quais diferentes pessoas estavam confinadas, pessoas marginalizadas socialmente. Pinel desacorrentou e alimentou os internos, e diferenciou-os entre pessoas com problemas sociais e pessoas que considerou como acometidas por anomalias. Ele começou a observar, descrever e discriminar os “tipos humanos”, fazendo uma categorização da seguinte forma: Melancolias, Manias sem delírio, Manias com Delírio e Demência. Esta sistematização é o marco do surgimento da Psiquiatria. A partir de Pinel, a loucura passa a ser entendida como uma patologia. O louco, agora “doente mental”, deveria continuar internado para ser tratado e curado (COSTA, 2002).

Acreditava-se que a loucura era originada por alguma lesão cerebral e que os sintomas apresentados pelos internos se deviam a um caráter mal desenvolvido. Desta forma, a loucura passa a ter um caráter moral. Então, foi criado por Pinel o primeiro método terapêutico para tratamento da loucura na modernidade, o Tratamento Moral, que legitima o manicômio como local social do louco e fazia uso de confinamentos, sangrias, purgativos no tratamento (COSTA, 2002). Os comportamentos ditos “errados” eram desencorajados e o seguimento das boas normas era cobrado, na tentativa de reeducar os internos (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ, 2010).

No século XIX, a Psiquiatria era um campo de conhecimento que se encontrava entre as Ciências Humanas e as Ciências Naturais. Muitas pesquisas foram feitas no sentido de se encontrar uma causa biológica para a loucura, para dar mais consistência à Psiquiatria a fim de que ela pudesse ser inserida nas Ciências Naturais, no campo da Medicina (COSTA, 2002).

No hospital Pineliano, em nome da ordem social, o que era tratamento acabou por se tornar maus-tratos aos internos, sendo incluídas nas práticas terapêuticas duchas, chicotadas, máquinas giratórias (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ, 2010). Estes maus tratos, associados à exclusão social dos internos bem como a exposição pública das más condições dos mesmos deram origem ainda no século XIX à críticas dos que defendiam formas não

violentas de tratamento dos doentes mentais. Diante do exposto, foram criados espaços fora das cidades, em fazendas, onde doentes mentais pudessem ser tratados, inserindo em seu tratamento o trabalho e o artesanato (COSTA, 2002).

Neste mesmo contexto, surgiram outras formas de se compreender a natureza humana. Como por exemplo, o surgimento da Psicanálise, segundo a qual o comportamento humano é comandado por uma instância psíquica, o inconsciente, mostrando que a subjetividade está relacionada com o surgimento e manutenção de quadros de alteração do comportamento. Ainda assim, o hospício continuava a ser o único método de tratamento do doente mental (COSTA, 2002).

Durante o século XX, principalmente em sua segunda metade, o hospital psiquiátrico foi bastante questionado. As críticas eram de ordem financeira, clínica e éticas. No que tange ao aspecto financeiro, o hospital psiquiátrico surgiu dentro de um movimento da área da saúde e acabou se tornando uma política pública; se revelou um tratamento muito caro: o número de internos só aumentava, e as internações eram de longo prazo. A respeito das críticas clínicas, o tratamento terapêutico passou a ser questionado visto que as pessoas internadas a longo prazo começaram a apresentar perda de interesse e de iniciativa, além de apatia, o que foi denominada “neurose institucional”, ocasionada por um ambiente de pouco estímulo e falta de atividade de reabilitação. Foi desenvolvido o conceito de instituição total, segundo o qual a estrutura do hospital psiquiátrico por si só é desumana. Além disso, problemas como disputas de poder entre a equipe técnica do hospital eram frequentes e influenciavam negativamente os internos (MATEUS, 2013).

Com o surgimento da Clorpromazina, em 1952, e de outras medicações psiquiátricas houve a diminuição da necessidade de internação do doente mental ou a diminuição do tempo da internação. Desta forma, o hospital psiquiátrico foi questionado como única forma de tratamento, uma vez que estavam surgindo tratamentos alternativos. Começou-se a se pensar em tratamento dentro das comunidades. Tais tratamentos alternativos foram aos poucos ganhando destaque, como por exemplo a higiene mental e psiquiatria militar nos Estados Unidos, o surgimento de comunidades terapêuticas na Inglaterra e a psiquiatria de setor na França (MATEUS, 2013).

A Higiene Mental ou Psiquiatria Preventiva surgiu nos Estados Unidos que considerava o adoecimento mental uma doença assim como as demais doenças. Portanto, poderia ser prevenida e deveria ser tratada como as demais, sem a necessidade do isolamento social do paciente (MATEUS, 2013).

A Psiquiatria Militar surgiu nos Estados Unidos para tratar soldados que adquiriram problemas psiquiátricos em virtude da Segunda Guerra Mundial. A partir do surgimento deste tratamento, ideias muito importantes foram desenvolvidas:

- o tratamento deve acontecer o mais próximo possível do ambiente no qual aparecem os sintomas, indo de encontro a ideia da internação no hospital psiquiátrico;

- a importância de se identificar e de se tratar precocemente o adoecimento traz prognósticos melhores;

- o repouso, alimentação e o suporte social devem ser considerados muito importantes no tratamento psiquiátrico;

- difundiu a ideia de que é possível que, com o tratamento, a pessoa retorne ao seu funcionamento mental anterior (MATEUS, 2013).

Dentro de hospitais psiquiátricos foram criadas comunidades terapêuticas por trabalhadores de saúde mental que reformularam suas práticas utilizando conhecimentos de psicanálise, de psiquiatria administrativa e do uso racional da medicação, criando assim uma nova natureza do atendimento no hospital (MATEUS, 2013).

A Psiquiatria de Setor, na França, começou a territorializar a demanda, criando centros de saúde mental que obedecem a uma regionalização, bem como enfermarias de psiquiatria em hospitais gerais. Além disso, a equipe de saúde mental acompanhava o paciente tanto na internação quanto na comunidade (MATEUS, 2013).

Por fim, as críticas éticas em relação ao hospital psiquiátrico diziam respeito a fatores sócio-culturais fortemente considerados na época, como a defesa dos Direitos Humanos. Durante o século XX, passou-se a questionar os limites do Estado no controle social das pessoas e houve o crescimento da preocupação com direitos civis e liberdades individuais (MATEUS, 2013).

Na década de 1950, as críticas ética, financeira e clínicas ao hospital psiquiátrico, bem como as experiências de tratamento alternativas surgidas, deram começo a dar forma a uma política de saúde mental que adota o princípio da desinstitucionalização. Principalmente em países de língua inglesa, surge a psiquiatria comunitária, semelhante a psiquiatria de setor da França. Consistia no atendimento em saúde mental na comunidade, em serviços especializados ou serviços de saúde em geral, com princípios de territorialidade, inserção da pessoa com doença mental na comunidade e atendimento multiprofissional. Ao mesmo tempo, adotaram-se critérios diagnósticos padronizados, a busca da efetividade no tratamento,

e o uso de estudos epidemiológicos para se tomar decisões. Desta forma, o diagnóstico e o tratamento em saúde mental foram aperfeiçoados (MATEUS, 2013).

Ao longo do século XX, houve muitos questionamentos ao modelo médico na saúde mental, questionando o próprio conceito de doença e o lugar do psiquiatra como líder de equipes de saúde mental. Este movimento se deu de forma fragmentada e descontínua, até a Reforma Psiquiátrica Italiana, na qual seu líder, o psiquiatra Italiano Franco Basaglia, conseguiu de fato romper com o hospital psiquiátrico, influenciando o mundo todo (MATEUS, 2013; COSTA, 2002).

A Reforma Psiquiátrica Italiana teve origem em 1960, ocasião em que Basaglia trabalhava em um hospital psiquiátrico público em Gorizia, norte da Itália, se expande para Trieste e depois para todo o país. Na década de 1970, o movimento passa a ter influência internacional e em 1978 se organiza como política de governo (MATEUS, 2013). Apresentava uma nova proposta para a desinstitucionalização da pessoa com transtorno mental, substituindo a internação por uma “rede diversificada de Serviços de Atenção Diária e Saúde Mental de Base Territorial e Comunitária” (COSTA, 2002, p. 131).

### *3.1.1. Uma breve história da Saúde Mental no Brasil*

No Brasil, tanto no período colonial quanto no imperial, a sociedade estava dividida sócioeconomicamente com a classe superior, formada pela nobreza e grandes proprietários rurais, em seguida os comerciantes e por fim a classe inferior, formada por escravos e por pessoas marginalizadas socialmente e que perturbavam a ordem pública, como mendigos, bêbados, prostitutas e, dentre eles, os loucos (COSTA, 2002).

A assistência dada aos loucos da classe desfavorecida econômico-socialmente era feita de maneira leiga, em asilos pertencentes à Igreja Católica, por freiras piedosas que cuidavam dos desvalidos. Eram considerados perigosos, e portanto, reclusos a estes asilos com autorização do Estado, para a proteção da sociedade. Os loucos da classe dominante eram cuidados – retidos e vigiados – por suas próprias famílias, em suas residências (COSTA, 2002).

A reclusão dos loucos em asilos não tinha caráter de tratamento, e os loucos sofriam todo tipo de maus-tratos, muitas vezes vivendo em condições sub-humanas: presos por correntes, vivendo em porões, passando fome e frio, em péssimas condições de higiene (COSTA, 2002).

As instituições asilares sofreram críticas dos pensadores e médicos da época devido as más condições em que os internos viviam, o que fez com que fosse criado no Rio de Janeiro o

Hospício Pedro II por Dom Pedro II em 1852. Semelhante ao hospital pineliano, o hospício tinha o objetivo de oferecer tratamento das pessoas com transtorno mental, o que marcou o início da assistência psiquiátrica pública no Brasil (COSTA, 2002).

Esta forma de tratamento da doença mental se expandiu no Brasil, consagrando o hospital psiquiátrico o lugar social do louco, à semelhança da Europa. Com a Proclamação da República, em 1889, os médicos passaram a ser os administradores dos hospícios, como representantes do Estado, ajudando desta forma a proteger a ordem pública. Além da assistência aos internos, os médicos também começaram a desenvolver pesquisas científicas. Em 1881 foi criada a primeira cadeira de Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e em 1883, mediante concurso público, o Brasil teve seu primeiro professor titular de Psiquiatria. Desta forma, a loucura passou a ser considerada doença mental, e a Psiquiatria o único saber para tratá-la (COSTA, 2002).

A capital da República precisou ser saneada e os loucos foram recolhidos às fazendas em suas cercanias, os hospitais colônias. Nesses hospitais, além de estarem reclusos, os doentes mentais trabalhavam e por meio do trabalho se sustentavam. Desta forma, o Estado não precisava se comprometer com gastos nos hospitais psiquiátricos. Esta nova forma de lidar ia ao encontro do início do capitalismo, após o fim da escravidão, e da moral burguesa de que “o trabalho dignifica o homem”. E assim se inicia a laborterapia na psiquiatria. No entanto, a recuperação do doente mental nos hospitais colônias fracassou, uma vez que os egressos não conseguiam se inserir socialmente no espaço urbano (COSTA, 2002).

O surgimento da primeira clínica privada de psiquiatria data de 1860, no Rio de Janeiro. As clínicas privadas não faziam parte do sistema público de assistência e existiam em pequeno número até então (COSTA, 2002).

Em 1930 o presidente Getúlio Vargas criou o Ministério da Educação e Saúde, e a partir daí coube a este ministério gerir a assistência aos doentes mentais. Os serviços psiquiátricos passaram a ser fiscalizados e a assistência, a proteção e os bens dos doentes mentais foram regulamentados. A partir do Decreto 24.559 de 1934, houve as seguintes mudanças quanto a Psiquiatria e a doença mental:

- A doença mental é caso de polícia e de ordem pública;
- A Psiquiatria passa a atuar como sociedade política (repressiva) e como sociedade civil (criadora de ideologia), legando aos psiquiatras poderes amplos sobre o doente mental e mesmo o direito de questionar uma ordem judicial;
- O louco perde a cidadania;
- As instituições psiquiátricas privadas aumentam a sua participação frente ao Judiciário e um número maior de loucos oriundos de famílias abastadas passa a ser detectado. (COSTA, 2002, p. 133).

Em 1938 foi criado na Universidade do Brasil, no Rio de Janeiro, o Instituto de Psiquiatria. A partir daí os médicos deixaram de ser formados dentro dos manicômios e para serem formados na Academia. No exterior novos métodos terapêuticos foram desenvolvidos, como Psicocirurgia, Eletroconvulsoterapia, Malarioterapia e Insulinoterapia, e experimentos nessas áreas passaram a ser feitos nos hospitais psiquiátricos (COSTA, 2002).

Em 1941 foi criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais, que abrangia todo o território nacional. Alguns ambulatórios de higiene mental e serviços assistenciais foram criados, mas a partir daí principalmente foram disseminados por todo o Brasil os hospitais-colônias (COSTA, 2002).

Em 1953 o Ministério da Saúde é criado pelo presidente Getúlio Vargas. Ao final da década de 50 começam a ser divulgados pela psiquiatria brasileira conceitos de Medicina Preventiva, sob influência norte-americana. Apesar do discurso preventivo adotado pelo governo, a assistência ao doente mental continuava sendo asilar (COSTA, 2002).

Nos anos 50 foi criada a Organização Mundial da Saúde. Esta recomendou que se adotasse o termo “saúde mental” em vez de “doença mental” e que se investisse em ações de saúde mental. A partir daí, a saúde – inclusive a saúde mental – passou a ter uma abordagem curativa na assistência. A assistência psiquiátrica foi incorporada à saúde pública, constituindo-se a Psiquiatria Comunitária. (COSTA, 2002).

Na mesma década surgiu o primeiro medicamento para tratamento da psicose, a Clopromazina, dando origem à era dos psicofármacos modernos. No início acreditava-se que seria a cura para a loucura. Apesar do objetivo inicial ter fracassado, o uso dos psicofármacos modificaram os manicômios, pois muitos sintomas foram controlados, o que permitiu não se precisasse mais de contenção física aos pacientes. No entanto, o uso excessivo e indiscriminado de medicamentos acabou levando à contenção química dos pacientes, deixando de ser usado como meio terapêutico para ser usado como meio de controle (COSTA, 2002).

Na fase desenvolvimentista do país, no governo de Juscelino Kubitschek, não houve mudanças significativas quanto à saúde mental. O número de manicômios, porém, aumentou bastante: em 1950, o número de pessoas internadas era de 24.234, em 1955, foi para 34.550 e, em 1960, passou a ser 49.173. Em 1961 existiam 54 hospitais psiquiátricos públicos no Brasil e 81 privados, e havia 17 ambulatórios de psiquiatria no país de acordo com dados do Ministério da Saúde. Os fatores que podem estar ligados a este aumento de pessoas internadas em manicômios podem estar relacionando com o crescimento da população, má distribuição

de renda do país e modelo preventivo que incentivava à “caça aos suspeitos”, pessoas das quais se suspeitava que poderiam desenvolver um transtorno e eram internadas preventivamente (COSTA, 2002).

A partir de 1964, com o golpe militar, a assistência à saúde passou por uma política de privatização. No que tange à assistência psiquiátrica, foram criadas as “Clínicas de Repouso”, que nada mais eram que hospitais psiquiátricos. Com a psiquiatria preventiva, muitas pessoas foram internadas. O hospital psiquiátrico se tornou muito lucrativo. Em 1981, o Brasil contava com 73 hospitais públicos e 357 hospitais psiquiátricos privados, com 100 mil leitos (COSTA, 2002).

Na década de 1970, aconteceu no Brasil o movimento de Reforma Sanitária, que propunha mudanças ao sistema vigente, buscando a democratização do acesso à saúde. Este movimento, juntamente com o movimento da redemocratização do país, deu origem ao Sistema Único de Saúde – SUS na Constituição Brasileira, em 1988. A partir daí, a saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado, com os princípios de universalidade, equidade, integralidade, resolutividade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação social e com as seguintes diretrizes: descentralização, hierarquização, regionalização, financiamento público e controle social (COSTA, 2002).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira iniciou-se na década de 70, inspirada pelos movimentos anti-psiquiátricos na Europa, em especial na Itália, o qual já foi apresentado neste trabalho. No Brasil, este movimento teve uma singularidade a mobilização social, que contou com a participação de familiares de pessoas com sofrimento psíquico grave e de profissionais da saúde. Esse movimento se inscreveu no contexto de redemocratização do país e na mobilização político-social que o ocorria à época (COSTA, 2002). Em 1978 foi formado o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental, que em 1987 se tornou o Movimento da Luta Antimanicomial. Este movimento exerceu influência nas Conferências de Saúde Mental, nos Conselhos de Saúde e na formulação da Política Nacional de Saúde Mental (MATEUS, 2013).

Em 1989 é apresentado pelo deputado Paulo Delgado um projeto de Lei que dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Esse projeto tramitou por 11 anos no Congresso Nacional, sendo muito discutido e modificado, e se torna a Lei Federal 10.216 de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de



transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Esta é a legislação atual vigente no Brasil, a qual norteia a Política Nacional de Saúde Mental (MATEUS, 2013).

A estratégia da Reforma Psiquiátrica no Brasil reivindica a mudança no modelo de assistência à saúde mental quanto ao saber científico, as técnicas utilizadas e ao modo de se pensar o louco e a loucura. Busca-se a desinstitucionalização da pessoa com transtorno mental através do fechamento de manicômios e a redução de leitos em hospitais psiquiátricos, no intuito de mudar a lógica da assistência. A pessoa com sofrimento mental não seria mais segregada da sociedade, mas passaria a ser tratada perto de casa, na convivência com a família e reinserida no convívio social, reabilitada para a cidadania (COSTA, 2002).

Nesse sentido, Penido (2013) explica que a Reforma Psiquiátrica brasileira prevê não só a reforma na assistência à saúde mental - com a extinção dos hospitais psiquiátricos e a implantação de uma rede de serviços territoriais de caráter psicossocial que os substitua – como também a mudança na forma de se abordar o dito “louco”, através da defesa de sua cidadania e questionando o estigma de periculosidade carregado por ele.

A mesma autora, citando Amarante (1995), diz que a Conferência Regional para Reestruturação da Atenção Psiquiátrica, realizada em 1990 em Caracas, pode ser considerada um marco das transformações na saúde mental. Ao final desse evento, foi elaborada a Declaração de Caracas, documento que inspirou a melhoria da assistência à saúde mental nos países da América Latina e Caribe, propondo uma saúde mental que estivesse mais atenta aos direitos e necessidades das pessoas, e que estivesse mais integrada ao sistema de saúde e à comunidade. A Declaração de Caracas, juntamente com os movimentos de Atenção Primária e da Saúde comunitária, exerceram grande influência na elaboração da Lei 10.216 – que redireciona o modelo de assistência à saúde mental no Brasil – já mencionada nesse trabalho.

Pela história da saúde mental aqui apresentada, percebe-se que a pessoa com transtorno mental vem carregando o estigma de perigosa, irresponsável e incapaz ao longo dos séculos e na maior parte da história a maneira legitimada, não só pelo senso comum, mas pela própria ciência, de lidar com o sofrimento psíquico, era a exclusão social. Percebe-se que ainda hoje há muitos preconceitos contra o doente mental, e forma de se olhar o louco e a loucura, a mudança de paradigmas proposta pela Reforma Psiquiátrica, é muito recente. Ainda é preciso lutar pela inclusão da pessoa com transtorno mental na sociedade e para a aceitação e tolerância às diferenças.

### **3.2 A Rede de Atenção Psicossocial – RAPS**

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, como já apresentado no capítulo anterior, preconiza um novo modelo de assistência à pessoa com sofrimento mental, que seja substitutivo ao modelo manicomial. Desta maneira, a loucura passa a ser compreendida não só como doença, mas também como uma experiência humana. Esta mudança de concepção levou a mudanças de paradigmas no tratamento da pessoa com sofrimento mental, dentre eles, a escuta do usuário com sofrimento mental e sua participação no tratamento; o oferecimento de suporte para o convívio e a inserção social do mesmo por meio do trabalho, cultura e lazer; a convivência da pessoa com sofrimento mental na família e na comunidade; a redução de leitos psiquiátricos e do tempo de internação; o oferecimento de serviços abertos; a construção de serviços substitutivos de modelos de cuidado diferentes dos hospitais psiquiátricos; o atendimento da pessoa com transtorno mental em seu próprio território (BRASIL, 2011).

Em virtude disso, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS pela Portaria Ministerial 3.088 de dezembro de 2011. Esta rede visa atender 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 (MATEUS e MARI, 2013).

A RAPS faz parte da estratégia da Rede de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, lançada em 2010. É composta pela Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial (MATEUS e MARI, 2013).

### *3.2.1 A Atenção Básica em Saúde*

A Atenção Básica é definida pelo Ministério da Saúde como “o conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades”. Desta forma, a Atenção Básica é a responsável por atender os problemas de saúde mais prevalentes dentro do território do usuário – inclusive os problemas relativos à saúde mental. Ela é a “porta de entrada” do usuário no SUS, pois é orientada sob os princípios da universalidade, integralidade e da coordenação do cuidado. É previsto que o cuidado se dê numa perspectiva interdisciplinar e que as ações em saúde sejam conjuntas. Mais que oferecer apenas o conhecimento técnico pré-elaborado, é previsto que o cuidado em saúde seja pautado na escuta das necessidades do usuário (PAULON e NEVES, 2013).

Como integrante da RAPS, a Atenção Básica tem como responsabilidade o desenvolvimento de ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidados dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Sempre que necessário, estas ações devem ser compartilhadas com outros pontos de atenção da RAPS (MATEUS e MARI, 2013).

Com o intuito de aumentar a capacidade resolutiva da Atenção Básica em Saúde Mental foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. O NASF é vinculado às equipes de Atenção Básica, atuando no apoio matricial, e quando necessário, compartilha o cuidados de saúde mental com as mesmas (MATEUS E MARI, 2013).

Foram criadas também equipes de Atenção Básica para o atendimento de populações em situações específicas. É o caso da Equipe de Consultório de Rua, responsável pelo atendimento de pessoas em situação de rua (MATEUS e MARI, 2013).

Os Centros de Convivência e Cultura também fazem parte da Atenção Básica em saúde e são dispositivos importantes para a inclusão social da pessoa com sofrimento mental. É um serviço que extrapola o objetivo de ser substitutivo ao tratamento psiquiátrico, pois tem um caráter intersetorial. É um projeto transversal de inclusão, que conecta pessoas pela experimentação da arte, do trabalho e do lazer, e não pelas patologias. As propostas de atividades surgem na experiência cotidiana de acolher, conectar pessoas, criar redes e criar soluções (GALLETTI, 2013).

Os Centros de Convivência e Cultura fazem parte de uma política pública de saúde que tornou possível colocar juntas pessoas diferentes, e mais que tratar de patologias objetiva produzir saúde, entendido neste contexto como a produção de encontro entre diferentes campos culturais. Desta forma, os Centros de Convivência e Cultura são um dispositivo de agenciamento na rede de saúde e no território onde estão implantados (GALLETTI, 2013).

Os Centros de Convivência e Cultura possibilitam a inclusão pelo convívio em comunidade e como um meio de avizinhamo, de conexão comunitária. Funciona na articulação entre criação e ação, por meio de oficinas, eventos culturais, festas, passeios, etc. As oficinas possibilitam o convívio social, e relacionam o projeto desenvolvido com a comunidade, facilitando a conexão entre o serviço e o território. Como não se restringe ao campo da saúde, mas a vários campos de forma transversal, os Centros de Convivência e cultura coloca a saúde mental em contato com a arte, a rua, a cidade, tornando-se não apenas um projeto de saúde, mas um projeto de vida para os que o frequentam, gerador de sentido que ultrapassem a ideia de que vida é a ausência de doenças (GALLETTI, 2013).

### 3.2.2. A Atenção Psicossocial Especializada – o CAPS

A Atenção Psicossocial Especializada é composta pelos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Este serviço se iniciou mediante o empenho de equipes de saúde mental muito engajadas nos princípios da Reforma Psiquiátrica Italiana. O CAPS, por ser uma forma de atendimento na comunidade, pode ser considerado a grande aposta da política de saúde mental brasileira para o rompimento definitivo com o modelo manicomial (MATEUS, 2013).

Dentro da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o CAPS passou por três fases de desenvolvimento. A primeira, que vai de 1987 a 1991 caracteriza-se pela fase experimental do serviço, que estava ligada a iniciativas políticas mobilizadas pela Reforma Psiquiátrica. Como exemplo, pode-se citar a experiência do CAPS Luiz R. Cerqueira, em São Paulo no ano de 1987, que foi construído sob a influência de referenciais da reforma psiquiátrica – psiquiatria democrática, psicoterapia institucional e a psiquiatria de setor francesa – iniciando um projeto piloto para desenvolver uma instituição sensível às necessidades do indivíduo portador de transtorno mental grave, sobretudo quadros psicóticos. Na segunda fase, que corresponde ao período de 1991 a 2002, o CAPS já é considerado um serviço psiquiátrico alternativo ao hospital psiquiátrico, e já existia forma de repasse financeiro à secretarias que optassem por esse modelo de assistência à saúde mental. A terceira e última fase, que vai de 2002 até os dias atuais, corresponde à consolidação do CAPS por meio de Portaria Ministerial, quanto ao seu formato, procedimentos, equipe, papel social e incentivos financeiros para sua implantação e manutenção (MATEUS, 2013).

Como único ponto de atenção psicossocial especializada, o CAPS precisa funcionar de forma articulada com os demais pontos de atenção da RAPS, sobretudo nos casos de maior gravidade, que são os casos atendidos prioritariamente no CAPS. (MATEUS e MARI, 2013). O CAPS se mostrou um serviço que atende as necessidades advindas da Reforma Psiquiátrica, como por exemplo, a interiorização dos cuidados em saúde mental. Mesmo em municípios pequenos é previsto que haja CAPS, com uma equipe multiprofissional que possa coordenar e executar as ações de saúde mental de maneira integrada. Este tipo de tratamento se mostra mais eficaz do que várias ações feitas de forma isolada. O CAPS sai da lógica tradicional do ambulatório de saúde mental, o que possibilita a existência de novos parâmetros tanto na composição de suas equipes, quanto na competência dos profissionais que devem atuar nas mesmas (MATEUS, 2013).

Como o CAPS é um serviço aberto, ele pode atender a diferentes e crescentes demandas de saúde mental, como o atendimento de urgências em saúde mental, o

acompanhamento dos casos de saúde mental graves e persistentes, oferecer oficinas de geração de renda e trabalho, dar apoio e orientação à Atenção Básica, controlar o uso de psicotrópicos de alto custo, oferecer atividades culturais e educativas para a comunidade, dentre outras funções (MATEUS, 2013).

No CAPS existe uma classificação quanto à intensidade do acompanhamento. Esta classificação foi adotada do CAPS Luiz R. Cerqueira, e ela é importante porque auxilia no planejamento do atendimento e na destinação de recursos oferecidos. A classificação da intensidade do acompanhamento no CAPS se dá da seguinte forma: Não intensivo, Semi-intensivo e Intensivo. No tratamento não-intensivo, o usuário vai ao CAPS apenas para consultas e/ou sessões psicoterápicas, e procura-se incentivar a integração deste usuário nas atividades da comunidade. No tratamento semi-intensivo, o usuário vai ao CAPS para consultas e/ou sessões psicoterápicas, mas também participa de atividades no CAPS, sua convivência dentro do serviço é estimulada. Nos dias em que participar de mais de uma atividade, pode fazer refeições no CAPS. No tratamento intensivo, o usuário do CAPS é atendido em consultas e/ou sessões psicoterápicas, e frequenta o CAPS diariamente, convivendo com técnicos e outros usuários e participando de atividades dirigidas. Ele passa o dia no CAPS, fazendo suas refeições no mesmo. Esta classificação é dinâmica e estão ligadas ao Projeto Terapêutico Singular do usuário, de acordo com as necessidades apresentadas por ele nas fases de seu tratamento (MATEUS, 2013).

O CAPS pode ser considerado a peça chave na RAPS, definido como “serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território (Mateus, 2013). O serviço de CAPS existe nas modalidades CAPS I, CAPS II e CAPS III. A diferença entre elas está em seu horário de funcionamento e no tamanho das equipes, de acordo com o tamanho do território em que estão inseridos. Esta maneira de organização contribui na diminuição da falta de profissionais especializados ou da má distribuição destes profissionais nas diferentes regiões brasileiras (MATEUS, 2013).

O CAPS I pode ser criado em municípios entre 20 mil e 70 mil habitantes, funcionando das 8 horas às 18 horas, em 2 turnos, nos cinco dias úteis da semana. O número máximo de vagas financiadas pelo SUS, por mês, no CAPS I são 25 vagas. A equipe mínima do CAPS I são 1 médico com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 3 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico) e 4 profissionais de nível médio (técnico e/ou

auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão) (MATEUS, 2013).

O CAPS II pode ser criado em municípios com a população entre 70 mil e 200 mil habitantes. Deve funcionar de 8 horas às 18 horas, cinco dias úteis da semana, podendo haver um terceiro turno funcionando até as 21 horas. O número máximo de vagas financiadas pelo SUS por mês, para cuidado intensivo, é de 45 vagas. A equipe mínima do CAPS II corresponde a 1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 4 profissionais de nível superior e 6 profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão). O CAPS II pode ser destinado ao atendimento de populações específicas, como é o caso do CAPS i, que atende crianças e adolescentes, e o CAPS ad, que atende a usuário de álcool e outras drogas (MATEUS, 2013).

O CAPS III pode ser implantado em municípios com mais de 200 mil habitantes, funciona 24 horas por dia, nos sete dias da semana. O número máximo de vagas financiado pelo SUS por mês, destinadas a cuidados intensivos em saúde mental, corresponde a 60 vagas. A equipe mínima que compõe o CAPS III é de 2 médicos psiquiatras; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 5 profissionais de nível superior e 8 profissionais de nível médio. O CAPS III também pode ser destinado a usuários de álcool e outras drogas; é o caso do CAPS ad III (MATEUS, 2013).

No CAPS o acompanhamento é realizado prioritariamente em ambientes coletivos (grupos, assembleias de usuários, reuniões diárias, etc.), de maneira articulada com os demais pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes do território. Para cada usuário é desenvolvido um Projeto Terapêutico Singular, o qual é construído com a participação da equipe, do usuário e de sua família. O cuidado está sob a responsabilidade do CAPS ou da Atenção Básica, dentro de um processo de cogestão e acompanhamento do caso de forma longitudinal (MATEUS e MARI, 2013).

### *3.2.3. A Atenção de Urgência e Emergência*

A Atenção de Urgência e Emergência, importante integrante da RAPS, é responsável pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência, em seu âmbito de atuação. É composta pelo SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, prontos-socorros dos hospitais gerais, Unidades Básicas de Saúde (MATEUS e MARI, 2013).

De acordo com Tung (2013), emergência psiquiátrica pode ser definida como “comportamento ou condição percebido ou alguém (muitas vezes não pelo próprio afetado),

com potencial para evolução catastrófica, não programado, com abordagem anterior insuficiente ou ausente, grave, com apoio sociofamiliar ou profissional falho ou conflituoso” (p.176). Os casos mais comuns de atendimento emergencial na área de saúde mental são: agitação, agressividade, transtornos ansiosos, conversão/somatização, ideação suicida e tentativas de suicídio, transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas, distúrbios amnésicos, sintomas agudos relacionados ao estresse e estresse pós-traumático, alteração de comportamento causada por quadros clínicos (TUNG, 2013).

O serviço de urgência e emergência em saúde mental avalia a gravidade do quadro, inicia o tratamento para os sintomas agudos apresentados e realiza encaminhamentos para a continuidade do tratamento no local da rede adequado. Desta forma, é realizada uma avaliação rápida, há agilidade quanto à internação ou encaminhamento de pacientes, além de proporcionar um ambiente terapêutico mais adequado, em que o paciente e seu familiar possam receber suporte psicossocial. Sendo assim, o fluxo é direcionado evitando-se internações desnecessárias e permitindo a articulação da rede em saúde mental (TUNG, 2013).

Em caso de urgências e emergências, é muito comum que se precise de uma avaliação clínica do paciente, além da avaliação psiquiátrica. Por isso é que se justifica a instalação de serviços emergenciais nos hospitais gerais, pois desta forma se garante a proximidade física de outros serviços de emergências médicas (TUNG, 2013). Indo ao encontro desta ideia, Oliveira (2013) diz que os serviços de saúde mental em hospital geral são importantes porque dispõe de mais recursos que facilitam o diagnóstico, tais como exames laboratoriais e de imagens, de fácil acesso às demais especialidades. Ao se tratar o transtorno mental no hospital geral, admite-se que ele é uma doença como as demais doenças, incorporando a psiquiatria às demais especialidades médicas do hospital. Isto pode facilitar a redução do estigma social relativo à doença mental (OLIVEIRA, 2013).

Oliveira (2013) chama atenção para a atual legislação vigente, que prevê que a internação só pode acontecer em casos em que todos os recursos extra-hospitalares forem insuficientes. Desta forma, a internação psiquiátrica é um recurso complementar da atenção à saúde mental, e ocorre em casos em que os demais dispositivos da RAPS tenham esgotado suas alternativas de cuidado, normalmente em casos de crises agudas, nas quais há risco para o próprio paciente e/ou a terceiros. Sendo assim, a internação é indicada não pelo diagnóstico do paciente, e sim pelos riscos em potencial que sua doença poderá acarretar devido ao momento de crise.

A internação deve ocorrer mediante laudo médico que a contextualize e justifique sua necessidade, e o cuidado deve ser feito por equipe multidisciplinar, com médicos, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, dentre outros. O objetivo da internação é a melhora da crise, deverá acontecer no menor tempo possível e proporcionar o retorno do paciente para o ambiente familiar e social (OLIVEIRA, 2013).

Após a internação, o paciente é inserido ou reencaminhado aos demais dispositivos da RAPS, como a Unidade Básica de Saúde, o CAPS, os Centros de Convivência e Cultura, a Residência Terapêutica, dentre outros, conforme a demanda do paciente. Para isso, tem sido utilizada uma importante ferramenta que é o Planejamento Terapêutico Individual (PTI). O PTI é realizado após a avaliação do paciente, que deve levar em consideração suas características pessoais, familiares e sociais, a evolução do seu quadro de adoecimento, a resposta a tratamentos anteriores, a apresentação atual da patologia, o motivo da internação, o diagnóstico atual, possíveis comorbidades e os recursos disponíveis na RAPS. O tratamento na internação pode incluir a farmacoterapia, eletroconvulsoterapia, avaliação nutricional e adequação dietética, psicoterapia, socioterapia, cuidados de enfermagem, cuidados pessoais, atendimento da família (OLIVEIRA, 2013).

Atualmente, existem três tipos de internação: a voluntária, a involuntária e a compulsória. A internação voluntária é a que se dá com a indicação da equipe de saúde mental e com a concordância do paciente. A involuntária é a internação com indicação da equipe de saúde mental e sem o consentimento do paciente. Neste tipo de internação, o consentimento é dado pelo responsável pelo paciente, com comunicação ao Ministério Público da região no prazo de 72 horas. A internação compulsória é determinada pela Justiça. A internação de crianças e adolescentes deve acontecer em local especializado (OLIVEIRA, 2013).

Os CAPS também realizam o atendimento de urgência e emergência, pois é o responsável na rede pelo acolhimento e cuidado do usuário em fase aguda do transtorno mental, como por exemplo, casos de extrema agressividade, alto risco de suicídio, alto nível de confusão mental que exige monitoramento constante, dentre outros. Quando é necessária a internação do usuário, o CAPS é quem articula e coordena o cuidado. Esta internação pode se dar no próprio CAPS III ou em pronto socorro geral que conte com equipe especializada de saúde mental (MATEUS e MARI, 2013). A realidade porém, muitas vezes é diferente do que é preconizado na política, e a internação do usuário no CAPS III nem sempre é possível, pois



é um procedimento complexo que demanda adequação de espaço físico e muitos recursos humanos, o que nem todos os CAPS dispõem (TUNG, 2013).

#### *3.2.4 Atenção Residencial de Caráter Transitório*

A Atenção Residencial de Caráter Transitório, componente da RAPS, é formada pelos seguintes pontos de atenção: Unidade de Acolhimento e Serviços de Atenção em Regime Residencial, dentre eles Comunidades Terapêuticas. A Atenção Residencial de Caráter Transitório nasceu como uma estratégia da rede para o enfrentamento do crack. É esperado, porém, que ela se expanda para casos em que o usuário esteja em situação de rua ou que possua uma rede familiar e social frágil, a qual contribui para o agravamento de seu quadro de saúde mental (MATEUS e MARI, 2013).

#### *3.2.5 A Atenção Hospitalar*

A Atenção Hospitalar da RAPS é composta por enfermaria especializada em saúde mental no hospital geral para atender usuários de álcool e outras drogas que possuam comorbidades de ordem clínica ou psíquica decorrentes do uso destas substâncias. O cuidado é realizado através de internações de curta duração (MATEUS e MARI, 2013).

Como se pode constatar, os Hospitais Psiquiátricos não fazem parte da RAPS, mas devem ser substituídos por ela. Quando a internação se fizer necessária, esta se dará em enfermarias especializadas em hospitais gerais. No entanto, os hospitais psiquiátricos ainda podem ser usados, de forma complementar e temporária, em regiões nas quais a RAPS ainda não tenha sido implantada e expandida de forma suficiente. Estas regiões devem ter como prioridade a expansão e qualificação da RAPS a fim de que os leitos em hospitais psiquiátricos sejam substituídos (MATEUS e MARI, 2013).

#### *3.2.6 As Estratégias de Desinstitucionalização*

As Estratégias de Desinstitucionalização da RAPS conta com os Serviços Residenciais Terapêuticos e com o Programa de Volta para Casa (MATEUS e MARI, 2013). Os Serviços Residenciais Terapêuticos foram criados por meio de Portaria Ministerial, no ano 2000, e consistem na inserção de residências, preferencialmente localizadas nas comunidades, destinadas a pessoas com sofrimento mental egressas de serviços de internações psiquiátricas de longa duração, que não possuem vínculos familiares e suporte social que contribuam para sua reinserção social. A verba então destinada à internação psiquiátrica do usuário é direcionada ao Serviço Residencial Terapêutico.

Estas residências são supervisionadas por equipes de saúde mental – geralmente a equipe do CAPS. A indicação do usuário para morar em uma Residência Terapêutica é uma estratégia terapêutica, como parte de seu Projeto Terapêutico Singular. A dimensão clínica do CAPS no serviço Residencial Terapêutico é de acompanhar o usuário, mediando as relações entre as pessoas que compartilham o mesmo espaço, a organização das tarefas e do cotidiano bem como com os outros dispositivos da rede, como escola, Unidade Básica de Saúde, etc. O intuito é contribuir para que o usuário tenha condições mínimas de autonomia (ROLIN, 2013).

Rolin (2013) chama a atenção para o fato de que a questão da moradia é afetada por questões clínicas, políticas e/ ou administrativas e é muito relevante na saúde mental, pois implica na superação no modelo hospitalar/manicomial. No entanto, este serviço ainda é oferecido de modo insuficiente no país; em 2008, o Estado de São Paulo contava com 625 residências terapêuticas, que atendiam a 3.470 moradores. Ainda assim, neste mesmo ano, ainda havia 6.349 pessoas internadas em hospitais psiquiátricos, que se recebessem alta hospitalar, não possuiriam condições de suporte social e tratamento na comunidade para se reinserirem socialmente (MATEUS e MARI, 2013). O Distrito Federal, mesmo em 2015, não possui nenhum Serviço Residencial Terapêutico. Nos locais que já existem Residências Terapêuticas implantadas, a dificuldade encontrada é no número de equipes de saúde mental insuficiente para supervisioná-las. Outro desafio deste serviço é o cuidado para não se confinar os usuários em suas novas residências de modo que se reproduza o modelo hospitalar.

O Programa de Volta Para Casa foi criado em 2003 pela Lei Federal 10.708 com o objetivo de auxiliar o processo de reinserção social das pessoas que ficaram internadas em hospitais psiquiátricos por um longo período. Consiste no pagamento mensal de uma verba chamada “auxílio-reabilitação”, para os pacientes que receberam alta do hospital psiquiátrico após longa permanência internados. Este benefício tem a validade de 01 ano e pode ser renovado a pedido da equipe de saúde mental que acompanha o usuário. Este benefício também pode ser pago a usuário dos Serviços Residenciais Terapêuticos (MATEUS e MARI, 2013).

### *3.2.7 A Reabilitação Psicossocial*

A Reabilitação Psicossocial, componente da RAPS, é composta por serviços de iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais, que articulam sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária com os recursos

disponível no território, de forma que se garanta a melhoria das condições concretas de vida, se amplie a autonomia e a inclusão social dos usuários da RAPS e de seus familiares. Dentro dos CAPS existem grupos e oficinas terapêuticas com esses objetivos, no entanto esta forma de clínica tem sido preterida por posições que entendem que a reabilitação psicossocial deve ser desenvolvida no território. Desta forma, há concepções de reabilitação psicossocial que ultrapassam o que é preconizado por este desenho de rede (MATEUS e MARI, 2013).

### **3.3 A integração entre a Saúde Mental e a Atenção Básica: O Matriciamento em Saúde Mental**

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (citada por PENIDO, 2013), no ranking das dez principais causas mais incapacitantes no mundo, os problemas de saúde mental ocupam 5 posições. Do total de doenças no mundo, os problemas de saúde mental totalizam 12%, e isto gera um alto custo em termos de sofrimento, incapacidade e perda econômica. Além disso, 90% das pessoas com transtorno mental em países em desenvolvimento não recebem tratamento adequado. Isto acarreta muito agravos em saúde mental na população e também na Atenção Básica. (PENIDO, 2013).

O Brasil possui uma magnitude epidemiológica de transtornos mentais considerável (BRASIL, 2008, citado em PENIDO, 2013). Segundo dados internacionais e do Ministério da Saúde, 3% da população brasileira precisa de cuidados contínuos em saúde mental por serem portadores de transtornos mentais severos (BRASIL, 2004, citado por PENIDO, 2013). De acordo com a forma que a saúde mental está organizada e estruturada no Brasil, estes casos devem ser atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS.

Tanaka e Ribeiro (2011) chamam atenção para uma característica interessante da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Ao se desinstitucionalizar a pessoa acometida de transtorno mental grave, foi criada a fim de lhe prestar o cuidado de saúde a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS e, de modo mais específico, o serviço estratégico e especializado – CAPS, com já foi mostrado neste trabalho. Porém, onde as pessoas acometidas de transtornos mentais leves e moderados devem receber tratamento em saúde mental? Por serem mais prevalentes na população, tais casos devem ser atendidos na Atenção Básica, a qual precisa além de trata-los, preveni-los e promover a saúde mental.

Isto porque, segundo a OMS diz ainda que 80% dos casos de saúde mentais encaminhados a transtornos mentais devido ao uso abusivo e álcool e outras drogas. especialistas não têm, a priori, uma demanda que justifique a necessidade de uma atenção

especializada, as quais poderiam ser cuidadas com intervenções imediatas, evitando a uso de recursos de assistência mais complexos desnecessariamente. Incluem-se nesse perfil os transtornos mentais comuns, os problemas ligados ao uso de álcool e outras drogas, os pacientes estáveis, egressos de hospitais psiquiátricos que precisam de acompanhamento, o uso inadequado de benzodiazepínicos, situações decorrentes de problemas sociais.

Segundo Figueiredo e Campos (2009), citados por Dimenstein (2013), 9% da população brasileira possuem transtornos mentais leves, e 6 a 8% possuem transtornos decorrentes de uso abusivo de álcool e outras drogas. Segundo Gonçalves (2013) a prevalência de usuários com transtornos mentais leves e moderados, que são atendidos nas Unidades Básicas de Saúde, é de 38% a 56% no Brasil. Tanaka e Ribeiro (2011) apontam que um em cada três pacientes atendidos na Atenção Básica sofre de transtorno mental, e que 50% deles apresentam somatizações. A Estratégia Saúde da Família consegue atender a 85% das necessidades de atenção à saúde de um território, inclusive à saúde mental, o que diminui o fluxo de pacientes para a rede especializada (TANAKA e RIBEIRO, 2011).

Os casos de saúde mental que chegam à Atenção Básica à saúde muitas vezes estão relacionados a queixas físicas ou a quadros subsindrômicos, diferente dos critérios diagnósticos tradicionais de classificação, mas igualmente trazendo prejuízos à qualidade de vida. Gonçalves (2013) cita a Wonca (Associação Mundial de Médicos de Família), que diz que os casos de transtorno mental, quando tratados inadequadamente, além de gerar um impacto negativo na economia dos países pelo aumento dos custos do serviço de saúde, levam também o usuário a uma baixa qualidade de vida e a perda de sua capacidade funcional. Desta forma, infere-se mais uma vez a necessidade da Atenção Básica estar capacitada para atender casos de saúde mental de maneira adequada e resolutiva.

Uma demanda recorrente na Atenção Básica, segundo Minas Gerais (2006), é a de pessoas que fazem uso indiscriminado de benzodiazepínicos e antidepressivos há uma longa data, sem o acompanhamento médico e psicossocial necessário. Normalmente se auto-rotulam de “depressivas”, pois receberam um diagnóstico equivocado por terem passado um momento de vida complicado. Tais pessoas normalmente reclamam muito, são poliqueixosas e demandam tempo e paciência dos profissionais; são tidas como “pacientes problemáticos”. Muitas vezes o profissional preferiria encaminhar esse paciente à atenção especializada, para “se livrar” dele. Como alternativa, Minas Gerais (2006) sugere não menosprezar nem virar as costas a essas pessoas, mas procurar com elas outras saídas, deixando de tratar problemas de vida como problemas de Saúde Mental.

Para Figueiredo e Onocko Campos (2008) e Dimenstein et al. (2009), citados por Penido (2013), para o avanço da Reforma Psiquiátrica é necessária a inserção da saúde mental na Atenção Básica à saúde. Isso porque cerca de 70% dos municípios brasileiros não satisfazem o critério populacional que justifiquem a implantação de um CAPS, dispositivo estratégico da política de saúde mental. Sendo assim, o Ministério da saúde vem criando condições e dando diretrizes para que nestes lugares a rede de saúde mental se estruture a partir da Atenção Básica, “obedecendo ao modelo de redes de cuidado de base territorial e buscando o estabelecimento de vínculos e acolhimento” (BRASIL, 2005, citado em PENIDO, 2013, p. 19).

De acordo com Gonçalves (2013), para que houvesse um processo de trabalho menos hierárquico, mais horizontalizado, que proporcionasse uma maior interação entre os níveis de atenção à saúde e uma maior resolutibilidade no atendimento da Atenção Básica, no que tange à saúde mental, foi oficializada no Brasil a política matricial. Lopes et. al (2010, citado por PENIDO, 2013), aponta o VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, promovido pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), ocorrido em julho de 2003, como o marco da incorporação do serviço de apoio matricial pelo Ministério da Saúde. A coordenação geral de saúde mental participou desse congresso, no qual foram realizadas oficinas que instituíram as bases para a organização das práticas de Saúde Mental na Atenção Básica.

Considerando os municípios brasileiros que não satisfazem o critério populacional que justifiquem a implantação de um CAPS, o Ministério da Saúde propôs que equipes de saúde mental passassem a fornecer apoio matricial às equipes de Atenção Básica. Estas equipes de saúde mental estariam lotadas em ambulatórios ou em CAPS de municípios vizinhos. Nos municípios que contam com CAPS e outros componentes da RAPS em seu território, a mesma lógica funcionaria: as equipes de Atenção Básica seriam apoiadas com o matriciamento pela equipe do CAPS e por outros profissionais da RAPS por meio de supervisões, ações conjuntas e capacitação em saúde mental (PENIDO, 2013).

No mesmo intuito, foram criados no Brasil os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF em 2008. A partir de então, o apoio matricial pode contar com a possibilidade de repasse de recursos federais. Esses núcleos são formados por profissionais de outras categorias da saúde, como médicos de outras especialidades, psicólogos, educadores físicos, assistentes sociais, dentre outros, que trabalham junto aos profissionais da Atenção Básica no intuito de aumentar a resolutibilidade de suas ações e fornecer uma capacitação profissional,

por meio do apoio matricial. Desta forma, é estabelecido um plano de cuidado estruturado, há um acompanhamento contínuo e compartilhado dos casos, o que potencializa a comunicação interprofissional (GONÇALVES, 2013).

Em outras palavras, Brasil (2009, citado por PENIDO, 2013) explica que o NASF tem como uma de suas diretrizes operacionais ser formado por equipe multiprofissional, que atuará junto com os profissionais da Atenção Básica, dando-lhes apoio por meio de ações compartilhadas em saúde, nas áreas sob sua responsabilidade. Nesse processo, o apoio matricial é tido como uma ferramenta tecnológica para organizar e desenvolver o processo de trabalho *do NASF*. Da mesma forma, onde o serviço de NASF não está estruturado, este apoio matricial é feito pela equipe do CAPS.

BRASIL (2011), também explica que para o atendimento de casos de saúde mental na Atenção Básica (ou seja, os casos considerados leves e moderados, mais prevalentes na população), surgiu a estratégia de apoio matricial, que consiste numa retaguarda especializada aos profissionais da Atenção Básica para o atendimento de casos de saúde mental. Desfazendo a lógica de referência e contrarreferência, os casos de saúde mental do território seriam de responsabilidade compartilhada entre CAPS e Atenção Básica, e o CAPS ofereceria serviços como orientação, supervisão, consultas e/ou visitas domiciliares conjuntas, apoio em oficinas terapêuticas, atendimentos dos casos mais complexos. A ideia é a capacitação da Atenção Básica para o atendimento dos transtornos mentais mais prevalentes em seu território.

Penido (2013) considera o matriciamento em saúde mental como serviço estratégico no contexto da saúde coletiva, uma vez que é por meio dele que as ações em saúde mental são organizadas na Atenção Básica.

O primeiro modelo de Atenção Básica adotado no Brasil ficou conhecido como modelo “tradicional”. Consistia no atendimento em grandes centros de saúde e pequenas Unidades Básicas de saúde, por meio da clínica pediátrica, médica e ginecológica. Havia uma hierarquização dos sistemas de saúde, e a lógica do cuidado era a referência e contrarreferência, de forma que a responsabilidade era transferida de um sistema a outro. Isto fez com que este modelo de atenção fosse burocrático, pouco resolutivo e a atuação dos profissionais fosse insuficiente (GONÇALVES, 2013).

Para que a Atenção Básica em saúde fosse mais resolutiva e o cuidado à saúde fosse feito de modo a atender o princípio de integralidade do SUS, um segundo modelo de Atenção Básica foi adotado, que é a Estratégia de Saúde da Família. Neste modelo, o cuidado enfatiza

a vigilância em saúde e a adstrição de clientela, e se dá por uma equipe de referência sem a divisão de clínica por gênero ou faixa etária. Há uma maior responsabilidade no cuidado, uma vez que este não é transferido, mas compartilhado na equipe. Há também uma maior proximidade com as comunidades, e é comum que as equipes precisem lidar com questões psicossociais. (GONÇALVES, 2013). Os dois modelos apresentados coexistem no Brasil, no entanto no segundo existem mais condições de se fazer um cuidado á saúde de forma mais integral e resolutiva, inclusive em relação à saúde mental, como será mostrado mais adiante.

A nova Política Nacional de Atenção Básica mantém a Saúde da Família como a estratégia prioritária da Atenção Básica no Brasil por meio da Portaria nº 2.488. Esta Portaria ratifica duas outras anteriores a ela, as Portarias nº 648 e nº 1.097, de 2006, as quais incluem parâmetros para ações de saúde mental na Atenção Básica nas diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde. A Portaria 2.488 apresenta a Atenção Básica assim:

A atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas, e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelos quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (GONÇALVES, 2013, pp. 125-126).

### *3.3.1. A relação entre Matriciamento e o princípio da integralidade*

Como já foi apresentado neste trabalho, um dos princípios do SUS, e por conseguinte, da Atenção Básica, é a integralidade. Paulon e Neves (2013) apontam que a efetivação do princípio da integralidade é um grande desafio no SUS, pois depende de que a rede de cuidados esteja estruturada em todo o território brasileiro, e de que seja formada uma sólida Atenção Básica no campo da saúde coletiva.

Como é na Atenção Básica que os casos de saúde mais prevalentes e relevantes da população devem receber cuidado, sendo o contato preferencial do usuário com o sistema de

saúde, por meio da integralidade é possível se prestar o cuidado à saúde do usuário para além das suas queixas explícitas, deixando de reduzir a pessoa a apenas um aparelho biológico para compreendê-la em seu contexto biopsicossocial, ouvindo os sofrimentos e necessidades em relação à saúde, que na maioria das vezes aparecem de maneira implícita na fala do usuário.

Penido (2013) explica que o vínculo estabelecido na Atenção Básica entre os usuários, famílias e profissionais, diz respeito ao aspecto relacional entre eles, e funciona como base que sustenta a clínica ampliada e a corresponsabilização sanitária, permitindo a produção de contrato de cuidado, e a humanização das práticas em saúde. O usuário passa a ter nome e história para os profissionais de saúde, o que de acordo com Figueiredo e Onocko Campos (2008, citados em PENIDO, 2013), aumenta o nível de implicação da equipe, que passa a considera-lo em sua singularidade.

Na Atenção Básica, é de extrema importância levar em consideração as condições psicossociais de seus usuários, uma vez que este nível de atenção propõe um cuidado independente da presença doença – física ou mental –, fazendo parte de sua prática a prevenção e a promoção da saúde (GONÇALVES, 2013). Sendo assim, a saúde mental na Atenção Básica exige que seja feito um redimensionamento da relação saúde-doença, “pela relevância dos vínculos entre profissionais de saúde e comunidade, pelo desenvolvimento de ações em perspectiva multidisciplinar e pela promoção de saúde, visando à melhoria da qualidade de vida da população” (PAULON e NEVES, 2012, p. 13). Para que isso seja possível, Gonçalves (2013) ressalta a necessidade de que a rede de saúde seja integrada e de que os profissionais que atuam na Atenção Básica estejam capacitados para uma abordagem resolutiva.

Paulon e Neves (2013) ressaltam que na Estratégia Saúde da Família, há condições que favorecem a efetivação da integralidade no atendimento ao usuário e o aumento da resolutibilidade, uma vez que propõe o acompanhamento do indivíduo dentro de seu contexto de vida, a atenção prestada é feita de modo longitudinal e a continuidade do acompanhamento é possível. Para que tudo isso seja possível, é necessário trabalhar sob a lógica do território.

Ainda em concordância com esta ideia, Penido (2013) destaca o grande potencial da Atenção Básica nas ações de saúde mental de um território, por estar muito próxima das famílias e das comunidades. A Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica adotaram o território como estratégia, e dessa forma reforçam a concepção de que os serviços de saúde integrem a rede social das comunidades nas quais estão inseridos, incorporando ao seu saber o saberes destas comunidades, e sendo os responsáveis pela atenção à saúde nesse espaço. A



atitude terapêutica se baseia no contrato, cuidado e no acolhimento, e não na tutela. Como muitas pessoas que possuem a demanda para cuidados em saúde mental são atendidas neste nível de atenção, é de importância primordial que a rede de cuidado em saúde mental seja articulada (PENIDO, 2013).

Para Dimenstein et al. (2009, p. 65, citado por PENIDO, 2013, p. 18) a Atenção Básica possui um caráter estratégico na organização dos cuidados em saúde num território, e a ESF deve ter a saúde mental como um campo prioritário, pois elas

(...)tem a potencialidade de: atuar não só na unidade, mas no espaço social onde a comunidade vive e circula; estabelecer vínculos de compromisso e corresponsabilidade com a população; trabalhar norteados por uma perspectiva ampliada sobre os modos de vida, de saúde e de doença articulada ao contexto familiar e cultural; intervir sobre fatores de risco aos quais a comunidade está exposta – sendo os transtornos mentais um dos mais evidentes – por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, visando interferir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade (DIMENSTEIN et al., 2009, p. 65, citado por PENIDO, 2013, p. 19).

Dimenstein (2013) aponta que para realizar os cuidados primários em saúde mental a Atenção Básica precisa de suporte técnico e afetivo, tais como:

ações de detecção e intervenção precoce ou mapeamento dos casos de transtornos mentais no território; apoio a situações de crises psiquiátrica; acompanhamento para o uso racional de medicamentos; prevenção de admissões desnecessárias em hospitais psiquiátricos; elaboração de planos de continuidade de cuidados; estabelecimento e manutenção de sistema de apoio comunitário; estímulo à participação ativa do usuário, famílias e comunidade no cuidado e articulação com a rede especializada de saúde mental (p. 48).

Desta forma, o apoio matricial tem grande relevância no âmbito da Atenção Básica.

Para os cuidados de saúde mental, é necessária uma rede articulada em todos os âmbitos da saúde, em seus diferentes níveis de complexidade, como foi apresentado neste trabalho, e também a articulação com as redes de caráter social, educativo, ocupacional, redes de cuidado informal, grupos de auto ajuda. É preciso que usuário, família e comunidade estejam envolvidos neste trabalho. Isto faz com que se diminua a necessidade de encaminhamentos a atenção especializada, evitam-se internações psiquiátricas arbitrárias e, finalmente, se supere o modelo manicomial, superando-se também a exclusão social, pois além da pessoa com transtorno mental, esse modo de cuidado envolve sua família e a sociedade a que ele pertence (GONÇALVES, 2013).

Outra característica que favorece a integralidade é o cuidado à saúde ser realizado de forma interdisciplinar, pois desta maneira as diferentes categorias profissionais passam a realizar ações de forma conjunta, possibilitando que os saberes se entrecruzem. Com isso, o

cuidado ao usuário fica pautado na escuta de suas necessidades, produzindo um relacionamento que vai além do oferecimento de respostas técnicas prontas. Esta é a proposta da Política Nacional de Atenção Básica, como lembram Paulo e Neves (2013).

### *3.3.2. A relação entre Matriciamento e a humanização no SUS*

Penido considera o matriciamento em saúde mental também um instrumento fundamental para a humanização da atenção e gestão em saúde. A humanização no campo da saúde pode ser entendida como a “*valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde*”(p. 29). Este tema foi impulsionado pela Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão na saúde, com o objetivo de:

provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, propondo para os diferentes coletivos/equipes implicados nestas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serços e novos modos de produção e circulação de poder (BRASIL, 2009, p. 4, citado em PENIDO, 2013, p. 29).

Penido (2013) explica que por meio da política de humanização do SUS, é possível que os princípios do SUS se tornem efetivos no cotidiano das práticas de atenção à saúde e de gestão, tornando-os mais fortes na expressão da política de saúde. Em seu âmbito, o matriciamento em saúde mental contribui para a democratização da gestão e, em consequência, para a implementação da humanização no SUS, ao transversalizar os sujeitos envolvidos na linha de cuidado em saúde mental. Nesse sentido, por meio do matriciamento em saúde mental é possível a ampliação da clínica e da corresponsabilização sanitária, aumentar a autonomia e o vínculo com o usuário.

A horizontalidade é um fator muito importante para a humanização do cuidado em saúde mental, pois só é possível compartilhar decisões e responsabilidades pelo pressuposto de que haja igualdade entre os indivíduos. O matriciamento em saúde mental possibilita ir além das fronteiras muitas vezes rígidas dos diferentes núcleos de saber e de poder das equipes cuidadoras, possibilitando o rompimento do sentimento de ameaça que algumas categorias profissionais como compartilhamento de saberes.

### *3.3.3. Como é feito o matriciamento em saúde mental*

De acordo com Brasil (2013), a Unidade Básica de Saúde pode solicitar matriciamento em saúde mental para os casos que necessitem de apoio, tais como esclarecimento diagnóstico, formulação de projeto terapêutico, abordagem da família, etc. E também quando necessita de suporte para realizar intervenções psicossociais, como grupos terapêuticos, bem

como quando sente necessidade de apoio para resolver problemas relativos ao desempenho de tarefas e processos de trabalho (BRASIL, 2013).

Gonçalves (2013) apresenta, de maneira resumida, os instrumentos da rotina de trabalho da prática matricial, quais sejam:

- Interconsultas e seus vários elementos: discussão de casos, consultas, visitas e grupos conjuntos;
- Elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares;
- Contatos à distância: uso de telefones ou outras tecnologias de comunicação;
- Instrumentos de registro e planejamento: genograma e ecomapa. (GONÇALVES, 2013, p. 130).

O apoio matricial não é um encaminhamento ao especialista e o matriciador não é apenas uma pessoa que prescreve condutas. Mais do que isso, ele deve compartilhar seu conhecimento com a equipe de referência. Gonçalves (2013) explica que através do matriciamento, é possível realizar a clínica ampliada em saúde mental, e haver a integração entre as diferentes especialidades. Os matriciadores devem fornecer suporte técnico aos profissionais da Atenção Básica, ampliando seu campo de atuação e qualificando-o. Desta maneira, o matriciamento oferece uma retaguarda especializada para o atendimento dos casos de saúde mental na Atenção Básica. O matriciador participa ativamente do cuidado, apoia a articulação com outros serviços de atenção à saúde, contribuindo para a criação e fortalecimento de redes.

A ideia de ser fazer clínica ampliada consiste em colocar a ênfase não na doença, mas no sujeito, considerando sua existência concreta, da qual o adoecimento faz parte. A partir desse conceito, amplia-se o objeto do saber do profissional de saúde e amplia-se também as possibilidades de intervenção clínica. Como fazem parte do apoio matricial diferentes profissionais de saúde, com diferentes campos de saber, o conhecimento e as ações em saúde mental são ampliados para além do conhecimento biomédico (GONÇALVES, 2013).

O matriciamento em saúde mental, pode atuar como ampliação da clínica não só da equipe matriciada, mas também à equipe matriciadora, aos profissionais de saúde mental. O apoio matricial, ao fornecer a troca de saberes de maneira horizontal entre o profissional de saúde mental, profissional da Atenção Básica, família e comunidade, numa contrato de corresponsabilidade, vai de encontro à práticas conservadoras, e amplia o olhar do profissional de saúde mental para o sujeito, vendo não apenas sua parte subjetiva, sua psique, mas vendo-o como um sujeito de necessidades concretas, muitas vezes em situação social marginalizada, com pouco poder de contratualidade (PENIDO, 2013).

Nesse sentido, Gonçalves (2013) diz que é necessário que no matriciamento em saúde mental sejam oferecidos conhecimentos sobre sistemas de saúde e particularidades da Atenção Básica à equipe matriciadora e que sejam oferecidos conteúdos de clínica psiquiátrica/psicológica às equipes matriciadas, num espaço de treinamento e educação continuada permanente, para a construção de um espaço comum de trabalho.

Uma das práticas mais comuns da atividade de matriciamento é a discussão de caso entre a equipe de referência (ESF) e a equipe de matriciamento. Pode ser feita pela participação da equipe matriciadora nas reuniões da equipe de referência, para a discussão das situações apresentadas, contribuindo com seu saber especializado. Há o compartilhamento de saberes e uma construção coletiva de conhecimentos, de maneira horizontal. Busca-se a compreensão do processo saúde-doença, uma visão integral e ampliada da situação, para a construção de planos terapêuticos (GONÇALVES, 2013).

Quanto mais profissionais de diferentes categorias participam da discussão de caso, mais rica ela se torna. Para a organização da discussão de caso, é importante que alguns elementos estejam previamente definidos, como a justificativa para que o caso seja discutido, compreendendo-se assim a demanda do profissional da Atenção Básica e a demanda do usuário e de sua família; a descrição concreta da situação apresentada; quais os recursos terapêuticos do território ou da Unidade Básica de Saúde; quais os objetivos que se pretende alcançar. A definição destes elementos faz com que seja evitada a teorização excessiva e distante da realidade dos profissionais da Atenção Básica, tornando a discussão de caso mais prática e palpável (GONÇALVES, 2013).

A consulta conjunta, assim como os grupos e visitas domiciliares, no contexto do matriciamento em saúde mental, são intervenções realizadas pela equipe matriciadora e pela equipe de referência em conjunto, num mesmo ambiente. Estas ações são muito ricas porque permitem que um profissional de determinada categoria observe a intervenção do colega de outra área, podendo aprender e incorporá-la em sua prática profissional. Tais intervenções são planejadas, e geralmente são definidas no plano terapêutico do usuário, realizado na discussão do caso. Elas também precisam ser pactuadas com o usuário (GONÇALVES, 2013).

Os profissionais da Atenção Básica normalmente não possuem uma formação específica acerca dos fenômenos grupais, bem como de seus potenciais terapêuticos, realizando grupos focados em palestras e transmissão vertical de saberes em saúde. Os grupos realizados em conjunto pela equipe matriciadora e pela equipe de referência na Atenção Básica são uma ferramenta de trabalho muito importante, uma vez que os matriciadores

podem auxiliar na compreensão do processo grupal pela equipe de referência, para que eles entendam esta proposta de intervenção. Os grupos podem ser de convivência, de trabalhos manuais e também grupos terapêuticos (GONÇALVES, 2013).

O Projeto Terapêutico Singular não é uma ferramenta exclusiva do matriciamento. Ele foi criado pela Política Nacional de Humanização em saúde para ser usado como um recurso da clínica ampliada. No entanto, é uma ferramenta fundamental no serviço de matriciamento. Como já foi dito, após a discussão de caso com a participação da equipe de referência e da equipe de matriciamento, o Projeto Terapêutico Singular é elaborado. Este projeto considera o indivíduo inserido em seu contexto biopsicossocial, podendo envolver a família e a comunidade. As propostas de intervenção do Projeto Terapêutico Singular são construídas em conjunto pelos membros das equipes, e consistem em tarefas específicas. Para cada tarefa é designado um responsável, e o tempo para a reavaliação do caso é estipulado. Também deve haver uma pessoa responsável pelo caso como um todo, a qual deve coordenar as pactuações definidas quando da elaboração do projeto (GONÇALVES, 2013).

A formulação diagnóstica multiaxial é feita através da realização do Projeto Terapêutico Singular. É composta por: sintomas mentais e transtornos mentais; estilo de personalidade e transtornos de personalidade e do desenvolvimento; problemas de saúde em geral; avaliação da incapacidade; problemas sociais. A partir daí, o Projeto Terapêutico Singular deve ser composto por: abordagens biológica e farmacológica; abordagens psicossocial e familiar; apoio do sistema de saúde; apoio da rede da comunidade; trabalho em equipe (definição de quem é responsável por cada parte) (GONÇALVES, 2013).

Para que se tenha uma maior compreensão dos casos que são levados para discussão em matriciamento em saúde mental, duas ferramentas são muito importantes: o genograma e o ecomapa. Segundo Gonçalves (2013), genograma pode ser definido como uma representação gráfica da composição familiar, a qual facilita a visualização de padrões de relações, e também de repetição de doenças, o que permite que abordagem familiar se dê de uma forma mais efetiva. Desta maneira, esse instrumento facilita a criação de estratégias que permitam a prevenção e a recuperação de doenças.

De acordo com o mesmo autor, ecomapa pode ser definido como “uma visão gráfica do sistema ecológico de uma determinada família, permitindo que os padrões organizacionais e suas relações com o meio sejam avaliados” (p. 135). Sendo assim, o ecomapa contribui na construção de projetos terapêuticos mais ampliados, uma vez que permite a compreensão da relação da família com seu meio social.

Como estas ferramentas – genograma e ecomapa – não são muito conhecidas entre profissionais de saúde, é importante que sejam realizados momentos para capacitação para a utilização destes instrumentos, como também momentos de sensibilização acerca da importância dos mesmos, a fim de que o uso destas ferramentas seja fomentado e se tornem parte de sua prática profissional (GONÇALVES, 2013).

#### *3.3.4. As vantagens do Matriciamento em Saúde Mental*

Dentre as vantagens do matriciamento em Saúde Mental, Chiaverini et al (2011, citado por PENIDO, 2013) aponta que esta prática é uma resposta possível e efetiva ao despreparo dos profissionais teórico e técnico dos profissionais da Atenção Básica para atenderem os casos de saúde mental, bem como para evitar o receio comum entre esses profissionais quando precisam se responsabilizar sanitariamente pelos usuários com transtorno mental, devido ao estigma associado a eles.

Nascimento (2007, citado em PENIDO, 2013), vê como vantagem do Apoio Matricial a potencialização da desinstitucionalização, pois este serviço contribui para que não haja internações arbitrárias, favorecendo as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Silveira (2009, citado em PENIDO, 2013), concorda com essa ideia e acrescenta que com o matriciamento em saúde mental, se aumentam as chances de o indivíduo ser atendido numa perspectiva de cuidado integral à saúde pela rede de serviço.

Brasil (2013), também aponta várias vantagens da realização do Apoio Matricial em Saúde Mental, dentre as quais podem ser destacadas:

- Atua como retaguarda especializada de assistência;
- Evita encaminhamentos desnecessários;
- Aumenta a capacidade resolutiva da equipe da Atenção Básica;
- Reconhecimento do papel das especialidades;
- Capacitação em serviço;
- Construção coletiva de saberes em saúde mental;
- Elaboração de novos processos de trabalho;
- Melhor e maior conhecimento a respeito do tema Saúde Mental;
- Profissionais sentem que não estão sozinhos e se sentem mais seguros;
- Atenção integral ao usuário; e, por fim,
- Satisfação dos profissionais.

Diante do exposto, pode-se perceber que o matriciamento em saúde mental é uma ferramenta muito importante no que diz respeito à qualificação profissional e ao aumento do nível de resolução das ações em saúde no âmbito da Atenção Básica, bem como para a implementação da Reforma Psiquiátrica brasileira.

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O apoio matricial dado pelas equipes de saúde mental às Equipes de Saúde da Família no nível de Atenção Básica à saúde no âmbito do SUS tem potencializado o atendimento integral à saúde de seus usuários. Isto porque leva em consideração que a pessoa com transtorno mental pode adoecer fisicamente e também porque a pessoa com adoecimento físico pode ter um adoecimento mental, e muitas vezes, o próprio adoecimento físico leva a um sofrimento psicológico (BRASIL, 2003, citado em TOFOLI e FORTES 2005/2007).

O manicômio foi chamado por muitos teóricos de “instituição total”. Isto porque quando o tratamento a pessoa com transtorno mental era feito no regime manicomial, essa instituição tomava conta da totalidade do indivíduo. Era como se o rótulo de “louco” o fizesse deixar de ser pessoa, sua identidade e singularidade eram desconsideradas, e suas necessidades – próprias de qualquer ser humano – eram negligenciadas, inclusive no que diz respeito aos adoecimentos físicos (COSTA, 2002).

Com a Reforma Psiquiátrica e a extinção dos manicômios, foi necessária a criação de uma rede de saúde mental que os substituísse. E a pessoa com transtorno mental passa a ter sua saúde cuidada no território, como as demais pessoas. Este passo foi muito importante para a inclusão social do doente mental, uma vez que contribuiu para a diminuição do estigma a ele associado (PENIDO, 2013).

Para que isso seja possível, é necessário que os profissionais de saúde estejam capacitados para atender as pessoas com sofrimento mental. Nesse sentido, Tofoli e Fortes (2005/2007) consideram que saúde mental tem um papel fundamental no apoio matricial dado às Equipes de Saúde da Família que atuam na Atenção Básica à saúde, construindo saberes em conjunto, de forma interdisciplinar, dando retaguarda especializada às ESF's.

Além disso, com o apoio matricial é possível que os profissionais da saúde olhem para o indivíduo de maneira integral, facilitada pelos múltiplos saberes representados pelas diferentes categorias profissionais que compõem as equipes, e escutem o paciente para além das demandas explícitas, pois a competência para detectar problemas/sofrimentos psicológicos está mais relacionada à capacidade de comunicação entre equipe-paciente do que a conhecimentos teóricos de psicologia/psiquiatria, conforme TOFOLI e FORTES (2005/2007).

Apesar de existir uma Política de Saúde Mental no Brasil e da importância da implantação da Reforma Psiquiátrica no país, já apresentada neste trabalho, a consolidação da mesma tem sido feita de maneira desigual nos diferentes estados, muitas vezes de forma



aleatória e isolada, conforme a permeabilidade da situação política dos diferentes locais ao novo modelo (COSTA, 2002). O apoio matricial, por exemplo, foi eleito pelo Ministério da Saúde como estratégia oficial para guiar ações em saúde mental na Atenção Básica no Brasil, no entanto, não foram previstas formas de financiamento para sua implantação, o que dificulta que este serviço seja implantado (TOFOLI e FORTES, 2005/2007). Além disso, a existência de estruturas tradicionais ainda representa uma barreira para a efetivação do apoio matricial e para a consolidação da Reforma Psiquiátrica (COSTA, 2002).

Desta forma, percebe-se que a implantação da Reforma Psiquiátrica está intimamente ligada e depende da implantação do próprio SUS no território brasileiro. Para que a Reforma Psiquiátrica seja consolidada, é necessário que o SUS se consolide de forma integral (COSTA, 2002). Paulon e Neves (2013) dizem que o lugar estratégico, no contexto da Reforma Sanitária, para que as mudanças de modelo de atenção à saúde se consolidem é a Atenção Básica. Da mesma maneira, para a consolidação dos mecanismos da Reforma Psiquiátrica, é necessário que a Atenção Básica seja compreendida e funcione efetivamente, acolhendo também as questões referentes à saúde mental. Para os autores, isso possibilitaria a efetivação do princípio da integralidade do SUS.

Paulon e Neves (2013) dizem ainda que a Estratégia Saúde da Família é uma abordagem para a consolidação não só da Reforma Sanitária, para o que foi criada, mas também da Reforma Psiquiátrica, já que suas ações provocam mudanças no modo de lidar com a saúde mental, amparadas numa legislação específica que garante o aparato jurídico e administrativo/organizacional. Para que a Reforma Psiquiátrica aconteça de modo integral no país, precisa contar com a interdisciplinaridade – articulação e ampliação de seus conhecimentos teórico/conceituais –, com a clínica ampliada, com a intersetorialidade. E isto implica uma forte articulação com a Atenção Básica.

Dimenstein, Lima e Macedo (2013), no entanto, fala das dificuldades encontradas na Atenção Básica brasileira, que dificultam seu funcionamento. Dentre elas, citam:

o baixo patamar do financiamento público atualmente vigente; infraestrutura e condições de trabalho precárias; cobertura territorial e relação inadequada entre número de equipes e número de famílias (CONILL, 2008, citado em DIMESTEIN et. al, 2013, p. 43); o enrijecimento das práticas, ancoradas nos núcleos profissionais consagrados e hegemônicos, operados no dia a dia dos serviços de forma isolada (MERHY, 2005, citado em DIMESTEIN ET. AL, 2013, p. 43); a manutenção de processos de trabalho pouco implicados com a inovação e produção de tecnologias para o cuidado em saúde; a reprodução de um modelo technoassistencial que reafirma o isolamento dos níveis de atenção, em especial a Atenção Primária, devido à hierarquização burocrática da organização das redes de serviços; o pouco (ou quase nenhum) amadurecimento tecnogerencial das equipes e da gestão na construção de linhas de cuidado como pilar de organização do sistema. Por fim, a falta de

ações de educação permanente para a transformação da realidade técnica e gerencial dos trabalhadores em relação à 'maneira como se faz implanta e operacionaliza as políticas de saúde (FEURWERKER, 2005, p, 491) (p. 43).

Diante de tais dificuldades, somadas à estrutura física inadequada, da falta de recursos humanos, da inexistência de flexibilidade na carga horária, da prática em saúde inadequada em relação a proposta da Atenção Básica, em muitas equipes ainda predomina o modelo tradicional de atendimento, ambulatorial, focado na doença, no encaminhamento aos especialistas, atividades burocráticas que tomam muito tempo, não permitindo a discussão de casos e determinantes sociais da saúde. Em consequência disso, o trabalho não é orientado de acordo com os pressupostos da Atenção Básica e não se incentiva a participação da comunidade na saúde. Esses problemas fragilizam o trabalho em equipe e em rede de saúde, quanto mais de saúde mental, impedindo a realização de trabalho intersetorial entre as diferentes instituições sociais e impede o cuidado da saúde de maneira integral (DIMENSTEIN et al. 2013).

Apesar das dificuldades já elencadas, Gonçalves e Kapczinnki (2008, citados por DIMENSTEIN et al. 2013), consideram que as práticas de saúde mental na Atenção Básica no Brasil têm elevado grau de resolutibilidade. Isso porque há o serviço de busca ativa de casos, o trabalho é feito em equipe e o acesso ao serviço de saúde é fácil à população. Há também um consenso na literatura nacional e internacional que sobre as potencialidades da Atenção Básica à saúde na atenção em Saúde Mental, conforme apontam Dimenstein et al. (2013).

Existe uma diretriz mundial para a inserção da Saúde Mental na Atenção Básica, uma vez que os transtornos mentais provocam grande impacto na saúde e as doenças crônicas necessitam de cuidado continuado. Dessa forma, a Atenção Básica “*tem se configurado como eixo fundamental do cuidado e da reorganização da Rede de Atenção Psicossocial, com redefinição da atenção especializada e investimento em estratégias de reabilitação e apoio comunitário*” (DIMENSTEIN et. al, 2013, p. 44).

As novas formas de atenção à Saúde Mental, representada pela RAPS e pela articulação com outros setores públicos e com a comunidade requerem uma postura profissional e gerencial diferente na administração da Saúde Pública no Brasil, no que tange à superação dos modelos tradicionais ainda existentes e na superação de preconceitos relacionados ao estigma carregado pelo portador de sofrimento mental (COSTA, 2002). Este estigma é muito forte, pois foi construído ao longo da história, estando arraigado na cultura brasileira, como já foi apresentado neste trabalho.

Costa (2002) ressalta que a implantação da RAPS, implicada em uma nova estrutura física e nova dinâmica de funcionamento, não se restringe simplesmente na construção de prédios e instalações, mas também na ocupação de espaços públicos já existentes, nos quais o convívio com a comunidade possa acontecer de forma espontânea. Isto possibilitaria que a transformação cultural acontecesse mais de forma mais rápida e efetiva.

O mesmo autor chama a atenção os investimentos financeiros nos serviços da Reforma Psiquiátrica, substitutos ao modelo manicomial, devem ser mantidos e ampliados, mas que também deve haver investimentos em outras áreas, como “*no fortalecimento do SUS, na formulação de políticas públicas cada vez mais intersetoriais e abrangentes e na ampliação e qualificação dos quadros de Recursos Humanos que são os grandes aparelhos da Reforma Psiquiátrica*” (p. 140).

Para Paulon e Neves (2013), as ações de saúde mental na Atenção Básica ainda são insuficientes. Eles apontam que as experiências de inserção de saúde mental na Atenção Básica ainda não possuem uma articulação expressiva em nível nacional. Eles justificam esta ideia com os seguintes argumentos: o apoio matricial existe em poucos lugares; não há diretrizes práticas para sua implantação; os profissionais não se consideram capacitados tecnicamente para lidar com as demandas de saúde mental; há dificuldade na identificação de possíveis intervenções no território; existe uma demanda constante por supervisão e cursos de capacitação.

As autoras ressaltam a necessidade de se ampliar a construção da articulação entre Saúde Mental e Atenção Básica, e de se conhecer os diferentes atores que compõem a Atenção Básica. Eles apontam a ESF como uma importante ferramenta para contribuir nessa articulação, uma vez que

ao assumir o desafio de prestar cuidados aos usuários do SUS em suas casas, em seus locais de vida, em meio a suas redes sociais, a Estratégia Saúde da Família provoca movimentos em todo um conjunto de instituições enrijecidas em torno da instituição saúde e convoca à reflexão de novos modos de cuidar e ofertar serviços cujos propósitos sejam os de cuidar de vidas (PAULON e NEVES, 2013, p. 13-14).

Para Penido (2013), as políticas públicas de saúde mental conseguiram estruturar um modelo de atenção que atenda aos portadores de transtorno mental severo. No entanto, o mesmo modelo ainda não conseguiu se estruturar na Atenção Básica, e as iniciativas existentes são incipientes, necessitando de ampliação. Para a autora, um dos fatores que causou isso foi a preocupação tardia do Ministério da Saúde com a assistência à Saúde Mental na Atenção Básica, que começou apenas em 2001. Além disso, ela aponta que o grau de

complexidade da articulação entre Saúde Mental e Atenção Básica dificulta a implementação de ações, embora a necessidade da existência dessa articulação seja indiscutível, mostrando a distância entre as propostas e a prática. Ela diz que a política pública existente para a área é incipiente, porém aponta o matriciamento em saúde mental como ponto positivo, como um potencializador de transformações na área.

Penido (2013) cita a pesquisa feita por Domitti (2006), que investigou os limites e as potencialidades do apoio matricial em saúde mental na Atenção Básica da cidade de Campinas – SP. Este estudo mostrou que o matriciamento tem um grande potencial para provocar mudanças na organização dos serviços e na estruturação do sistema de saúde. Essa ferramenta possibilita a prática da clínica ampliada, o que vai ao encontro com a proposta de atendimento integral ao usuário. A pesquisa mostrou que os profissionais da ESF têm se apropriado dos conhecimentos e ações em saúde mental, de forma compartilhada, e o cuidado à saúde vem sendo feito de maneira integral por diferentes profissionais. No entanto, o apoio matricial em Campinas-SP é uma ferramenta que ainda está em processo de consolidação.

Penido (2013) cita também o estudo de Bezerra e Dimenstein (2008), na cidade de Natal – RN. Esta pesquisa mostrou as seguintes dificuldades para a implantação do apoio matricial: rede de Atenção Básica ineficaz, o suporte em saúde mental aos serviços de Atenção Básica deficiente, e o número de profissionais atuantes na área insuficiente.

Dimenstein et al. (2009), citados por Penido (2013), dizem que valores os valores culturais e ideológicos vigentes na sociedade também dificultam a implantação do apoio matricial, uma vez que *“a lógica capitalista, o individualismo, a competitividade, e a segregação se contrapõem à lógica do trabalho em equipe, à corresponsabilização e à escuta qualificada”* (p. 26).

Penido (2013) apresenta também o a pesquisa feita por Lopes et al. (2010), em Fortaleza – CE. Tal pesquisa mostra que o apoio matricial é visto pelos profissionais da Atenção Básica como uma oportunidade de se aprender a identificar e tratar os casos de transtorno mental. Apesar disso, há entre os profissionais uma resistência em aceitar o apoio matricial, devido à falta de conhecimentos específicos na área de saúde mental.

A pesquisa feita por Mourão (2009) em Belo Horizonte - MG, citada por Penido (2013), também mostrou que há resistência entre os profissionais da Atenção Básica em aceitar o apoio matricial em saúde mental, o que é o que mais dificulta a implantação desta prática. Neste caso, o que justifica esta resistência é a sobrecarga das equipes de ESF, que possuem uma demanda maior do que sua capacidade de atendimento. Elas, então, viram o

apoio matricial como uma tarefa a mais, que viria a aumentar ainda mais o trabalho. Além disso, não consideraram o atendimento à saúde mental uma competência da Atenção Básica.

Estes profissionais certamente não entenderam a proposta do apoio matricial. Não se trata de um trabalho “a mais”, mas uma capacitação que visa melhorar em qualidade o trabalho que esses profissionais já realizam. Apesar de ocupar tempo e de ser necessário reservar horário na agenda para esse trabalho, o matriciamento em saúde mental ocupa-se de questões desgastantes para as equipes de ESF, auxiliando na resolução destas de maneira mais efetiva. No fim das contas, a equipe se torna mais resolutiva e mais tempo é ganho com o apoio matricial (GONÇALVES, 2013).

Penido (2013), citando Capozzolo (1997), fala da dificuldade de se fazer clínica ampliada na cidade de São Paulo, porque o modelo adotado pela Atenção Básica era focado na doença e na saúde física do usuário. A prioridade era o diagnóstico e o tratamento. Isto mostra como o modelo biomédico é uma entrave para a consolidação da Reforma Sanitária, da Reforma Psiquiátrica e do próprio SUS.

Minas Gerais (2006) aponta como dificuldade da assistência à Saúde Mental na Atenção Básica o fato de que é comum que os usuários deste serviço que possuem demanda para atendimento em saúde mental sejam vistos pela equipe como pessoas “*chatas, difíceis de lidar, e até mesmo perigosas*” (p.40). Muitas vezes são pessoas com dificuldade de comunicação, que demandam mais tempo e mais escuta para serem compreendidas.

Figueiredo e Onocko Campos (2009, citados por PENIDO, 2013) realizaram uma pesquisa em Campinas – SP, analisando a relação entre as formas de reorganização do processo de trabalho baseados no apoio matricial em saúde mental e a ampliação da clínica na rede de Atenção Básica. Este estudo mostra que a mudança de lógica proposta pelo matriciamento não foi assumida facilmente pela equipe, necessitando de tempo para se consolidar. Para que tal mudança seja possível, é necessário que se destine espaços para reflexão crítica sobre o próprio trabalho. Apesar disto, a saúde mental foi incorporada pela Atenção Básica e os dispositivos terapêuticos se diversificaram.

Penido (2013) fala que a ferramenta de apoio matricial tem o potencial para mudar a cultura organizacional do SUS, uma vez que prioriza a qualidade do atendimento em vez da quantidade, substitui o encaminhamento ao especialista pelo compartilhamento de responsabilidades e avalia o impacto e os indicadores de saúde de maneira qualitativa, em vez de quantitativa. A autora fala da necessidade de se desenvolverem competências na formação profissional que superem o modelo biomédico. Fala ainda que um desafio da proposta

matricial é que ela não se transforme em ambulatório; para isso, é preciso que os profissionais entendam a proposta, que sua missão seja clara, que o desenvolvimento de seus objetivos seja acompanhado, e que a prática seja avaliada constantemente.

Penido (2013) explica que o apoio matricial é uma ferramenta complexa, que depende dos profissionais de saúde e se realiza em seu processo de trabalho. Normalmente a adesão dos mesmos à essa proposta é difícil e não se faz automaticamente, pois envolve mudança de cultura, de perspectivas. Eles precisam entender que o cuidado em saúde mental não é fazer com que sejam capazes de substituir o especialista. O caráter de atenção dos profissionais da Atenção Básica é generalista e universalista, e o apoio matricial visa prepara-los para serem colaboradores com a RAPS.

Sendo assim, a efetivação da RAPS e do apoio matricial em saúde mental, implica na transformação da subjetividade dos profissionais de saúde, uma vez que são eles que operam concretamente as mudanças em relação à saúde mental em sua prática profissional. É necessário que os profissionais se comprometam com as mudanças (PENIDO, 2013).

## **5. CONCLUSÃO/RECOMENDAÇÕES**

A humanidade sempre conviveu com a loucura, e ela foi entendida de várias formas, antes de se tornar um assunto da área da saúde. As formas de se conceber e de se lidar com a loucura sempre estiveram ligadas ao contexto sociocultural da sociedade numa determinada época. Dessa forma, o louco já foi considerado um mensageiro divino, já foi motivo de chacota e escárnio, já foi considerado possuído pelo demônio, já foi tido como uma pessoa que precisasse ter seu comportamento corrigido e, por fim, uma pessoa acometida de doença mental. O que há de comum nessas formas de ver o louco é que na maior parte da história ele foi considerado perigoso, irresponsável, inapto para o convívio social, o que resultou de sua exclusão social. Por muitos séculos o tratamento destinado aos loucos consistia no encarceramento em hospitais psiquiátricos, onde recebia um tratamento ineficaz no que diz respeito a reabilitação psicossocial, e onde sofreu todos os tipos de violação de direitos.

No Brasil a luta contra o modelo manicomial se iniciou nos anos 70, juntamente com a redemocratização que acontecia à época no país, com a Reforma Sanitária e com a criação do SUS. Esse movimento foi chamado “Reforma Psiquiátrica” e recebeu influência de movimentos semelhantes que aconteciam em todo o mundo.

A nova Política de Saúde Mental brasileira visa a superação do modelo manicomial, sendo criada em substituição a ele uma Rede de Atenção Psicossocial, de caráter territorial, que consiste na articulação dos vários serviços de atenção à saúde, formando uma rede que possa atender a pessoa com transtorno mental de forma integral. Esta rede também deve ser formada pela rede social e pela comunidade em que o usuário vive.

A política de Atenção Básica brasileira prevê que esse nível de assistência atenda o usuário de maneira integral, atendendo aos princípios do SUS. Para que isso seja possível, é previsto também que na Atenção Básica se atendam as demandas de saúde mental de um território, de maneira articulada com os demais serviços da rede. Desta forma, é necessária a criação de práticas inovadoras que facilitem a desinstitucionalização e a inclusão social, norteadas por

novos horizontes éticos, materializados em uma rede de saúde mental centrada no território, portanto, marcada pela defesa de um modo mais humanizado de cuidado, menos excludente, e pelo reconhecimento dos determinantes biopsicossocioculturais do processo de adoecimento, em que a saúde passa a ser considerada um processo em que o sujeito se atualiza com o mundo, construindo e atribuindo significados (BOSI *et al.*, 2011, p. 1247, em DIMENSTEIN *et al.*, 2013).

Nesse sentido, ações de coordenação e continuidade de cuidados em saúde mental precisam ser pensadas como ferramenta de inovação e fortalecimento da integralidade entre a

Saúde Mental e Atenção Básica em Saúde, não só pela incorporação de tecnologias e conhecimentos (insumos, procedimentos e aperfeiçoamento técnico), como também o desenvolvimento de outra forma de relacionamento com a equipe, o usuário, a família e a comunidade, que promovam ações coletivas de cuidado e tornem concreta a integralidade do cuidado à saúde mental.

A principal estratégia de articulação entre Saúde Mental e Atenção Básica é o serviço de Apoio Matricial em Saúde Mental. Este serviço consiste no apoio oferecido por uma equipe de saúde mental às equipes da Atenção Básica, na forma de supervisão, discussão de casos, atendimentos conjuntos (consultas, visitas domiciliares, grupos terapêuticos, oficinas psicossociais), a fim de oferecer capacitação e retaguarda especializada aos profissionais da Atenção Básica no atendimento da demanda em Saúde Mental, envolvendo o usuário, a comunidade e a família no cuidado à saúde mental.

O Apoio Matricial tem aumentado a capacidade resolutiva da Atenção Básica no que tange ao cuidado à Saúde Mental – entendido como promoção, proteção, prevenção e tratamento nesse campo da saúde – e tem contribuído para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, ao garantir a assistência integral à saúde ao portador de transtorno mental, e ao ajudar na diminuição do preconceito associado a ele, questionando os estigmas de incapacidade, periculosidade e irresponsabilidade.

Os estudos nesse trabalho mostraram que a consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil depende da consolidação do SUS. Mostraram que os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e o serviço de apoio matricial estão implementados de maneira desigual no país. Essa desigualdade tem a ver com interesses políticos e quantidade de investimentos em saúde mental.

Além das mencionadas acima, as principais dificuldades encontradas na implantação do matriciamento em saúde mental estão relacionadas ao número insuficiente de profissionais tanto de Saúde Mental quanto na Atenção Básica; a falta de recursos destinados ao Apoio Matricial, pois não foram previstos pela política; a falta de capacitação técnica dos profissionais da Atenção Básica quanto à Saúde Mental; preconceitos associados a pessoa com transtorno mental, mesmo entre profissionais de saúde; desarticulação da rede de atenção à saúde; rede social frágil, dificultando a inserção social da pessoa com transtorno mental; resistência dos profissionais da Atenção Básica em receber o Apoio Matricial por estarem sobrecarregadas com as demandas clínicas; a existência (ainda) do modelo tradicional da Atenção Básica; baixa cobertura de Atenção Básica em muitos municípios brasileiros.



Sendo assim, percebe-se que a implantação da Reforma Sanitária, da Reforma Psiquiátrica e, de maneira mais específica, do Apoio Matricial em Saúde Mental na Atenção Básica, constituem um desafio da Política de Saúde Mental brasileira e do SUS.

Com este trabalho verificou-se que as ações de apoio matricial em saúde mental na Atenção Básica são muito importantes, uma vez que esta ferramenta permite que o grau de resolubilidade das ações de saúde nesse nível de atenção sejam maiores, bem como contribui para a efetivação do princípio de integralidade do SUS.

A hipótese desta pesquisa, qual seja “o Apoio Matricial em saúde mental contribui para a melhoria da qualidade do atendimento no SUS” foi confirmada, uma vez que as equipes da Atenção Básica recebem capacitação em saúde mental pelas equipes do CAPS, tornando-se mais familiarizadas com os agravantes e potencializadores da saúde mental, diminuindo os possíveis preconceitos existentes entre os profissionais de saúde quanto à doença mental, e mais aptas a realizar o tratamento integral destes usuários, uma vez que saúde mental faz parte da saúde integral do indivíduo.

Este trabalho pretendeu contribuir para a reflexão sobre o matriciamento em saúde mental na Atenção Básica, porém não esgota o tema, já que ele é relativamente novo e bastante complexo. Encontrou como limitações os poucos estudos na área do apoio matricial em saúde mental. Sugerem-se novos estudos sobre a relação que os trabalhadores – operadores da estratégia de apoio matricial – estabelecem com tal ferramenta e estudos que abordem a implantação dos cuidados de saúde mental na atenção básica, pois eles são raros.

## **6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BRASIL. **Apoio Matricial como ferramenta de articulação entre a saúde mental e atenção primária à saúde.** Caderno Saúde Coletiva. Ministério da Saúde. Brasília, 2013.

BRASIL. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental.** Ministério da Saúde. Brasília, 2011.

CAMPOS, Rosana Onocko. **Saúde Mental e Atenção Primária: o jardim das veredas que se entrecruzam.** Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado. Organizado por Simone Paulon e Rosane Neves. Sulina. Porto Alegre: 2013.

COSTA, Augusto Cesar de Farias. **Direito, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica** – In: Curso de Especialização à Distância em Direito Sanitário para membros do Ministério Público e da Magistratura Federal - Faculdade de Direito / Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP) / Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM) / Universidade de Brasília (UnB). Brasília, 2002. Disponível em: [www.academia.edu/.../Curso\\_de\\_Especializacao\\_a\\_distancia\\_em\\_Direito\\_Sanitario\\_para\\_Membros\\_do\\_Ministerio\\_Publico\\_e\\_da\\_Magistratura\\_..](http://www.academia.edu/.../Curso_de_Especializacao_a_distancia_em_Direito_Sanitario_para_Membros_do_Ministerio_Publico_e_da_Magistratura_..)

DIMENSTEIN, Magda, LIMA, Ana Izabel e MACEDO, João Paulo. **Integralidade em saúde mental: coordenação e continuidade de cuidados na Atenção Primária.** Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado. Organizado por Simone Paulon e Rosane Neves. Sulina. Porto Alegre, 2013.

GALLETTI, Maria Cecília. **Os Centros de Convivência e Cooperativas – Cecco em São Paulo: uma política inclusiva de construção de redes territoriais.** Políticas de Saúde Mental: baseado no curso Políticas Públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira. Organizado por Mário Diniz Mateus. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.

GONÇALVES, Daniel Almeida. **Saúde Mental na Atenção Básica: o Matriciamento.** Políticas de Saúde Mental: baseado no curso Políticas Públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira. Organizado por Mário Diniz Mateus. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.

MATEUS, Mário Diniz. **Aspectos históricos das políticas de assistência em saúde mental.** Políticas de Saúde Mental: baseado no curso Políticas Públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira. Organizado por Mário Diniz Mateus. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.

MATEUS, Mário Diniz e MARI, Jair de Jesus. **O sistema de saúde mental brasileiro: avanços e Desafios.** Políticas de Saúde Mental: baseado no curso Políticas Públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira. Organizado por Mário Diniz Mateus. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.

MATEUS, Mário Diniz. **O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).** Políticas de Saúde Mental: baseado no curso Políticas Públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira. Organizado por Mário Diniz Mateus. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.

MINAS GERAIS. **Atenção em Saúde Mental.** Organizado por Marta Elizabeth de Souza. Secretaria de Estado de Saúde. Belo Horizonte, 2006.

OLIVEIRA, Alexandra Virgínia Guimarães. **A oferta de leitos em saúde mental no hospital geral.** Políticas de Saúde Mental: baseado no curso Políticas Públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira. Organizado por Mário Diniz Mateus. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.

PAULON, Simone e NEVES, Rosane. **Apresentação.** Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado. Organizado por Simone Paulon e Rosane Neves. Sulina. Porto Alegre, 2013.

PENIDO, Cláudia Maria Filgueiras. **Apoio Matricial em Saúde Mental no contexto da Saúde Coletiva.** Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado. Organizado por Simone Paulon e Rosane Neves. Sulina. Porto Alegre, 2013.

ROLIN, Mônica Grant. **A questão da moradia em Saúde Mental.** Políticas de Saúde Mental: baseado no curso Políticas Públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira. Organizado por Mário Diniz Mateus. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.

TOFOLI, Luis Fernando e FORTES, Sandra. **Apoio Matricial de Saúde Mental na Atenção Primária no Município de Sobral, CE: O relato de uma experiência.** SANARE, Sobral, v.6, n.2, p.34-42, jul./dez. 2005/2007

TUNG, Teng Chei. **Atendimento às urgências em saúde mental.** Políticas de Saúde Mental: baseado no curso Políticas Públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira. Organizado por Mário Diniz Mateus. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ. **Cartilha de Saúde Mental Conhecer para Incluir. Informações sobre saúde mental e Transtorno Mental.** Projeto Intervenções Terapêuticas em saúde mental: uma proposta para a redução do estigma. Teresina, 2010.