

# APOIO MATRICIAL DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE SOBRAL, CE: O RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA

MENTAL HEALTH MATRIX SUPPORT FOR PRIMARY HEALTH CARE IN SOBRAL, CE - BRAZIL: A CASE REPORT

Luís Fernando Tófoli 1

Sandra Fortes 2

## RESUMO

**O** Apoio Matricial pode ser entendido como um modelo de integração de especialistas na atenção primária à saúde. De acordo com este modelo, trabalhadores de diversas especialidades vão a unidades de atenção primária interagir com seus profissionais. O município de Sobral, CE, desenvolveu uma forma de apoio matricial em saúde mental à Estratégia de Saúde da Família que apresenta algumas características únicas, como grande integração com a rede de saúde mental e triagem na atenção primária. Este artigo se baseia em documentos oficiais, textos acadêmicos e experiências pessoais para relatar a cronologia do desenvolvimento deste modelo, aqui separada em quatro fases: implantação da Estratégia de Saúde da Família em Sobral; criação da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental e o início do matriciamento de saúde mental; expansão do apoio matricial e o início da triagem de saúde mental na atenção primária; e implantação dos Núcleos de Saúde Integral.

**Palavras-chave:** Apoio Matricial; Saúde Mental; Atenção Primária.

## ABSTRACT

**T**he Matrix Support model is a strategy for health specialists' integration into Primary Health Care. According to this model, workers from different health professions visit primary health units to interact with their professionals. The city of Sobral, Brazil, has developed a mental health matrix support to the Family Health Strategy that presents some unique characteristics, such as a comprehensive interaction with secondary mental health care and triage within primary care. This article is based on official documents, academic papers and personal experiences to report the chronology of this model's development, here separated in four periods: the beginning of Family Health Strategy in Sobral; the establishment of the Integral Mental Health Network and the beginning of mental health matrix support; mental health support expansion and beginning of mental health triage in primary care; and the implementation of the Nuclei of Integral Health.

**Keywords:** Matrix Support; Mental Health; Primary Health Care.

1 - Psiquiatra. Professor Adjunto do Curso de Medicina de Sobral (Universidade Federal do Ceará).

2 - Psiquiatra do Hospital dos Servidores do Estado (HSE/RJ/MS). Professora Adjunta da Faculdade de Ciências Médicas (Universidade do Estado do Rio de Janeiro).

## 1. INTRODUÇÃO

A saúde mental na atenção primária à saúde (APS) tem sido um tema de interesse crescente em nosso país, de forma semelhante ao que aconteceu em outros países que reformaram seus modelos sanitários tendo como base cuidados primários universais, como o Canadá, a Espanha e, em especial, o Reino Unido, que já vem discutindo e desenvolvendo estratégias neste campo desde a década de sessenta (SHEPHERD et al., 1966). Sabe-se que a prevalência mundial e nacional de transtornos mentais na atenção primária é relevante, chegando a um terço da demanda. Se considerarmos a presença de sofrimento difuso com sintomas psiquiátricos subsindrômicos, este número alcança e até ultrapassa os 50% (FORTES, 2004). Ao longo do tempo, os estudiosos do tema têm defendido que a demanda de saúde mental na atenção primária tem características particulares, e que por isso merece um olhar específico que somente as visões clássicas da Psiquiatria ou Psicologia não dão conta de abarcar, e nem de cuidar (PEREIRA, 2006). García-Campayo e colaboradores (2001) listam, entre as especificidades da saúde mental na APS, sua nosologia, epidemiologia, diagnóstico, tratamento, prognóstico, formação e limitações de tempo.

*A saúde mental na atenção primária à saúde (APS) tem sido um tema de interesse crescente em nosso país, de forma semelhante ao que aconteceu em outros países que reformaram seus modelos sanitários ...*

Em nosso país, conceitos e práticas vêm se desenvolvendo com contribuições originais, ainda que tardiamente, para o âmbito da saúde mental na APS. Um dos conceitos norteadores nesse contexto é o da Integralidade, diante do qual o processo de implantação em nível nacional da Estratégia Saúde da Família (ESF) é o grande expediente pragmático (ANDRADE et al., 2004a; MATTOS, 2004). A tarefa de se agir integralmente não é fácil em um país cuja história tardia e recente de cuidados em saúde é representada pela atenção hospitalar, em um modelo de especialidades que é reproduzido na medicina privada e de grupo. Neste contexto, como harmonizar a visão do especialista com o trabalho na ESF, dentro do princípio da Integralidade?

Uma forma inventiva de se responder a esta pergunta foi apresentada através do modelo de Apoio Matricial (CAMPOS E DOMITTI, 2007). Essa proposta, quando aplicada à ESF, constitui-se de equipes especializadas de apoio que interagem com as equipes de saúde da família. Dentre as ações que as equipes de apoio matricial podem realizar estão consultorias técnico-pedagógicas, atendimentos conjuntos, e ações assistenciais específicas, que devem ser sempre dialogadas com a equipe de referência e, como uma regra geral, coletivas. A assistência individual também é possível, desde que, preferencialmente, seja temporalmente limitada.

A forma de definição das equipes matriciais não é rígida. Dependendo das circunstâncias locais, os profissionais que as compõem poderiam, por exemplo, estar 100% lotados no matriciamento, ou combinar as idas na atenção primária com alguma atividade em serviços de especialidade, por exemplo. Ainda, a própria composição profissional das equipes pode ter uma miríade de combinações, com ou sem médicos especialistas (psiquiatras, pediatras, ginecologistas etc.) e uma gama de profissionais de saúde (enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, educadores físicos, fisioterapeutas etc.). Evidentemente, o modelo gera uma série de questões que ainda precisam ser respondidas, entre elas a sua efetividade, a composição ideal do matriciamento, o tipo de interação inter- e intra-equipes, e outras.

É válido conceber que a saúde mental tenha um papel fundamental no apoio matricial à ESF. Isto se traduz não só pelo fato de que portadores de sofrimento mental podem adoecer fisicamente, quanto pelo fato de que o adoecimento físico pode levar a sofrimento psicológico (BRASIL, 2003). A visão do problema se amplia quando se percebe que as competências de médicos generalistas em detectar e tratar transtornos mentais está mais ligada a habilidades de comunicação médico-paciente do que a conhecimentos teóricos de psiquiatria (BALLESTER et al., 2005; PEREIRA, 2006). No Brasil, o apoio matricial foi eleito pelo Ministério da Saúde como a estratégia oficial a guiar as ações de saúde mental na atenção primária (BRASIL, 2003), embora ainda não haja formas de financiamento efetivo para tal.

Neste artigo – que se trata de um relato de experiência – cuidaremos de retratar o modelo de apoio matricial de saúde mental na Estratégia de Saúde da Família que se desenvolveu em Sobral (cidade de 170 mil habitantes da Zona Norte do Estado do Ceará), no período que vai do início de 1997 ao primeiro trimestre de 2007. Assim, nesse período de cerca de 10 anos, escolhemos dividir essa

história em quatro etapas: I. Implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) (1997-1999); II. Surgimento da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral (RAISM) e do matriciamento de saúde mental (2000-2004); III. Início da triagem de saúde mental na atenção primária (2004-2005); e IV. Implantação dos Núcleos de Saúde Integral (2005-2007). As fontes de informação para este histórico advêm de documentos oficiais do município, da produção acadêmica local associada ao tema, e do testemunho pessoal de seu primeiro autor.

### **1.1. Implantação da Estratégia Saúde da Família em Sobral-CE: 1997-1999**

A história da implantação da ESF no município de Sobral é rica, da qual não cabe aqui fazer um relato de forma minuciosa. Para tal, recomendamos a leitura de uma edição especial da revista *Sanare* dedicada ao tema (ANDRADE, 2004). Mas, no sentido de compreendermos a influência deste processo na saúde mental do município, é necessário que tracemos seu panorama geral.

Previamente a 1997, o município de Sobral dispunha de um modelo de atenção à saúde centrado em serviços hospitalares, na demanda espontânea, e na figura do profissional médico. A nova proposta de gestão em saúde no município delineou como seus objetivos primordiais a inversão do modelo hospitalocêntrico para um modelo baseado na atenção integral à saúde; a opção pela ESF; e a adoção dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) (ANDRADE, 2004). Num horizonte muito rápido de tempo, Sobral passou a ter cobertura territorial de 100% pela ESF e pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), embora a presença de equipes incompletas quanto a profissionais médicos seja um problema crônico – como, de fato, o é em todo o território nacional (VIANA E DAL POZ, 1998).

Na realidade, a reforma sanitária de Sobral não se ateve somente à atenção primária, mas a toda uma construção de importantes recursos de gestão em saúde pública, que incluiu, entre outras medidas, o estabelecimento local da vigilância epidemiológica, do serviço municipal de controle e avaliação, e da educação em saúde voltada para as necessidades municipais. Já em 1999, Sobral começou a desenvolver uma vocação para a formação, com a primeira turma de Especialização com caráter de Residência em Saúde da Família, um curso multiprofissional feito

## *A nova proposta de gestão em saúde no município delineou como seus objetivos primordiais a inversão do modelo hospitalocêntrico para um modelo baseado na atenção integral à saúde ...*

em consórcio com a Universidade Estadual Vale do Acaraú — UVA (ANDRADE et al., 2004b). Este curso inicialmente destinou-se a médicos e enfermeiros, mas já em 2001 comportava médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde (PARENTE et al., 2006).

Durante esta etapa inicial também se gestou um plano municipal para a saúde mental, centrado principalmente em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que começou a funcionar no formato de um ambulatório de saúde mental, com uma equipe mínima, no Centro de Especialidades Médicas local (SOBRAL, 1997). Vale mencionar ainda que desde o seu desenho inicial o projeto para a Saúde Mental de Sobral previa ações na ESF (SOBRAL, 1997), conforme experiências prévias no Estado do Ceará (SAMPAIO E BARROSO, 2001).

De fato, a grande importância deste período para o matriciamento, que veio a posteriormente se desenvolver, foi na ampla implantação da Estratégia de Saúde da Família, e no planejamento da atenção à Saúde Mental nas ações futuras. Porém, foi um evento repentino que gerou a força motora para a rápida implantação de uma rede integral de cuidados à Saúde Mental no município, como veremos a seguir.

### **1.2. Criação da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental e o início do matriciamento de saúde mental: 2000-2004**

Concomitante aos novos planos para a assistência municipal à Saúde Mental, funcionava em Sobral, desde a década de 1970, um hospital psiquiátrico com características asilares, que atendia a uma demanda regional conveniada ao SUS. Em outubro de 1999, uma denúncia, causada pela morte com sinais de violência de um paciente que lá estava internado, levou à criação de uma comissão sindicante municipal, que culminou numa intervenção municipal, em março de 2000, e no posterior descredenciamento e fechamento desse hospital, em julho de 2000 (PEREIRA E ANDRADE, 2001).

Ou seja, em um período de apenas nove meses, a

implantação de uma rede municipal de Saúde Mental teve que ser acelerada a partir de dois serviços – um ambulatório incipiente e um manicômio – para uma nova estrutura que fosse consoante com as conquistas sanitárias do município descritas no período anterior. Um grande número de transformações aconteceu durante o ano de 2000: o ambulatório se transformou em um CAPS, que recebeu sua primeira sede própria, seguindo os referenciais da Reforma Psiquiátrica no Ceará (SAMPAIO E BARROSO, 2001; SAMPAIO E SANTOS, 2001); a unidade de internação psiquiátrica passou a funcionar em um hospital geral local; foi criada uma residência terapêutica para os internos do hospital que, por diversas razões, não puderam voltar para suas casas; um ambulatório regional de psiquiatria tomou o lugar do serviço anterior, voltando-se para evitar a reinternação psiquiátricas dos moradores de municípios vizinhos que não tinham estruturado qualquer tipo de atenção secundária à saúde mental (PEREIRA E ANDRADE, 2001). Em 2002, a rede foi ampliada com o início do funcionamento de um CAPS voltado para a atenção a usuários de álcool e outras drogas (CAPS-AD) (MARINHO, 2004), e o serviço mais antigo posteriormente passou a ser chamado de CAPS Geral (CAPS-G).

*...a unidade de internação psiquiátrica passou a funcionar em um hospital geral local; foi criada uma residência terapêutica para os internos do hospital que, por diversas razões, não puderam voltar para suas casas...*

Foi também nesta fase, a partir de outubro de 2000, que o formato do matriciamento de Sobral foi tomando corpo, e se expandindo. Nesta época, os únicos profissionais de saúde mental que iam à APS eram os psiquiatras. Por conta da existência da Residência em Saúde da Família, e pelo caráter reconhecidamente pedagógico de suas ações, os especialistas que atuavam na ESF recebiam o título de preceptores de especialidade (SUCUPIRA E PEREIRA, 2004) – apesar de nem sempre estarem agindo em serviços em contato direto com residentes. As visitas dos psiquiatras à atenção primária eram, portanto, chamadas de Preceptorias de Saúde Mental (PEREIRA et al., 2001). Houve também durante este período as primeiras capacitações formais em saúde mental, no modelo presencial clássico de sala de

aula, para os profissionais da ESF e agentes comunitários de saúde (PEREIRA et al., 2001), coordenadas e realizadas na Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia.

A literatura internacional sugere que modelos colaborativos de interconsulta com a interação direta de trabalhadores de saúde mental e saúde da família – como o apoio matricial em saúde mental – têm evidências de resultados efetivos (BOWER E SIBBALD, 2000; BOWER E SIBBALD, 2005). Isso foi sendo notado anedoticamente pela equipe da RAISM, e foi uma tendência natural que mais horários de profissionais de psiquiatrias fossem sendo dedicados a essa função.

Algumas características do matriciamento de saúde mental em Sobral que se definiram neste período estendem-se até o momento atual. Desde então, seu funcionamento compreende visitas mensais ou quinzenais (a depender do número de equipes) a unidades de saúde da família. Durante a ação o visitante assume a posição de um consultor, realizando sensibilização sobre saúde mental (principalmente nas primeiras vezes), discutindo casos, efetuando visitas domiciliares e realizando consultas conjuntas. É importante frisar que o psiquiatra preceptor, a não ser em situações excepcionais, jamais realiza consultas sem a presença de profissionais da ESF, sempre os incentivando a conduzir as entrevistas. A prática foi indicando aos preceptores a importância de se manter uma postura pedagógica nas atividades conjuntas, nunca indicando o manejo do caso sem perguntar a opinião dos profissionais presentes, procurando induzir a busca de soluções pelos atores da APS.

A consulta conjunta é realizada, em grande parte das vezes, com a participação de um número considerável de pessoas, incluindo médicos e enfermeiros da ESF, agentes comunitários de saúde e estudantes de medicina e enfermagem que estejam estagiando na unidade ou na Saúde Mental. Neste sentido, é fundamental a solicitação de autorização do(s) cliente(s). Em nossa experiência, na maioria das vezes eles não se incomodam com um número grande de profissionais, e freqüentemente se sentem melhor cuidados por estarem sendo atendidos por uma equipe multiprofissional.

Desde o início do matriciamento de Saúde Mental em Sobral, os casos escolhidos para discussão são definidos pelos profissionais da ESF. Um padrão mais ou menos constante foi se apresentando nas diversas unidades que começaram a receber as visitas de matriciadores. No início, as equipes tinham uma tendência a selecionar casos que poderiam ser categorizados como “problemáticos”, desde portadores de doenças físicas cujos fatores emocionais

dificultavam o tratamento, passando por portadores de sintomas físicos inexplicáveis, pacientes com depressão e/ou ansiedade e, em menor monta, usuários acometidos de transtornos mentais severos e persistentes. Com o tempo, as equipes foram conseguindo desenvolver competências para lidar com casos cujo manejo pode ser realizado somente na atenção primária, e começaram a selecionar casos mais complexos e que muitas vezes exigem atenção em mais de um nível.

A esse respeito, vale mencionar também que o apoio matricial também vem, desde este período, servindo como um instrumento importante para que a APS possa acolher, de forma efetiva, pacientes provenientes dos CAPS que receberam alta parcial ou total para algum tipo de acompanhamento na ESF. Isso ocorre através de avaliação conjunta pelas duas equipes na APS, para que decisões compartilhadas sobre seu tratamento sejam realizadas.

*... consulta conjunta é realizada, em grande parte das vezes, com a participação de um número considerável de pessoas, incluindo médicos e enfermeiros da ESF, agentes comunitários de saúde e estudantes de medicina e enfermagem que estejam estagiando na unidade ou na Saúde Mental...*

Outro marco relevante no período 2000-2004 foi a implantação no município, a partir do ano de 2001, da Saúde Mental Comunitária, que se compõe da Terapia Comunitária (TC) e da Massoterapia. A TC é uma técnica de manejo grupal cujo objetivo é construir redes sociais e mobilizar os recursos e as competências dos indivíduos, das famílias e das comunidades (TORQUATO et al., 2006). A Massoterapia consiste na utilização individual de diversas técnicas de origem orientais e ocidentais, exercidas por meio de massagem, com fins terapêuticos, especialmente o relaxamento. (SILVA, 2004). Ambos os recursos foram implantados em parte do território coberto pela APS, funcionando fisicamente nas unidades de saúde, no CAPS-G e

em dispositivos comunitários como templos religiosos e associações de moradores. O objetivo de implantação da Saúde Mental Comunitária em Sobral é trazer alternativas à medicalização dos sintomas mentais e proporcionar espaços de promoção de saúde na APS, tornando-se um recurso importante para demandas que exigem atenção psicossocial, mas sem gravidade que justifique o encaminhamento aos CAPS (SILVA, 2004; TORQUATO et al., 2006).

### **1.3. A expansão do apoio matricial e o início da triagem de saúde mental na atenção primária (2004-2005)**

Desde a estruturação da RAISM (2000), a porta de entrada de casos eletivos (não emergenciais) nos serviços secundários (CAPS-G/CAPS-AD) é a ESF (PEREIRA E ANDRADE, 2001). Até 2004, a triagem era realizada somente no CAPS-G, através do agendamento telefônico que era feito pelas diversas unidades de Saúde da Família, a partir de pedidos de encaminhamento. Porém, durante o período de expansão da Preceptorial de Saúde Mental (2001-2004), notou-se que as unidades visitadas por psiquiatras encaminhavam casos mais adequados à atenção secundária, em comparação às outras unidades, cujos usuários tinham que ser mais frequentemente contra-referenciados. Embora essas contra-referências fossem preenchidas de forma detalhada, uma quantidade considerável de pacientes acabava retornando, posteriormente, à triagem do CAPS. Percebia-se também que somente a orientação explicitada na contra-referência não era suficiente para que os casos fossem manejados de forma adequada na ESF, no caso de ausência de apoio matricial em saúde mental.

Em meados de 2004, quando a equipe discutia as dificuldades no fluxo de pacientes no âmbito do diálogo APS-CAPS, surgiu a idéia de que as triagens de saúde mental fossem realizadas nas unidades de Saúde da Família. Uma das razões para esta proposta foi a constatação de que uma espécie informal de pré-triagem começara a acontecer espontaneamente nas equipes que já eram visitadas. Também se notou que a alta de pacientes estabilizados do CAPS para a APS era mais fácil nas unidades que recebiam matriciadores.

Procedeu-se então a um breve estudo de viabilidade. Para que todas as unidades de saúde da família do município passassem a receber preceptorias, seria necessário um remanejamento dos horários dos psiquiatras da RAISM. Isso se mostrou factível, particularmente com o auxílio de uma enfermeira especialista em Saúde Mental, que passou a participar do matriciamento e abriu a porta para profissionais da RAISM de outras categorias, a partir de 2006. E dessa

forma, em agosto de 2004, organizou-se o primeiro programa de saúde mental no Brasil de que temos notícia a realizar triagem para a atenção secundária inteiramente na atenção primária (TÓFOLI et al., 2005).

Na triagem – cujo formato se mantém pouco alterado desde então – se acolhe, de forma individual ou grupal, os casos com sofrimento psíquico cuja conduta não está clara para os profissionais da ESF, e que ainda não foram vistos no matriciamento. Casos já supervisionados pelo apoio matricial, nos quais se constatou o esgotamento das possibilidades de tratamento na APS, não passam, em geral, pela triagem, sendo vistos em um segundo momento da mesma visita, no modelo de matriciamento já exposto.

O relato anedótico sobre a mudança do local de triagem da saúde mental é satisfatório, tanto para os profissionais da RAISM, quanto para os da ESF. Além disso, um pequeno estudo foi feito com casos atendidos no CAPS-G, comparando os que chegaram nos meses finais da triagem realizada no CAPS com os que chegaram nos meses iniciais da triagem realizada na ESF. Houve uma redução de 46% no número de pacientes novos no CAPS após a modificação, sem diferenças significativas quanto ao tempo de espera para atendimento ou diagnóstico. A triagem na ESF trouxe casos mais jovens e aparentemente os médicos de família estavam conseguindo acompanhar mais pacientes na APS do que antes (TÓFOLI et al., 2005).

#### **1.4. A implantação dos Núcleos de Atenção Integral à Saúde da Família(2005-2007)**

Embora profissionais não-médicos da saúde mental tivessem aderido ao apoio matricial de Sobral, este se manteve basicamente como uma ação psiquiátrica, bastante voltado para casos de sofrimento psíquico e, principalmente, transtorno mental. A promoção em saúde mental ficou restrita à Terapia Comunitária, porém em um número limitado de territórios de saúde. Embora a Residência em Saúde da Família fosse multiprofissional, e desde 2001 já incluísse a figura do psicólogo e a discussão de seu papel (MORENO et al., 2004; PARENTE et al., 2006), outros profissionais lotados na APS não chegaram a configurar um papel importante no matriciamento, antes de 2005.

### ***A triagem na ESF trouxe casos mais jovens e aparentemente os médicos de família estavam conseguindo acompanhar mais pacientes...***

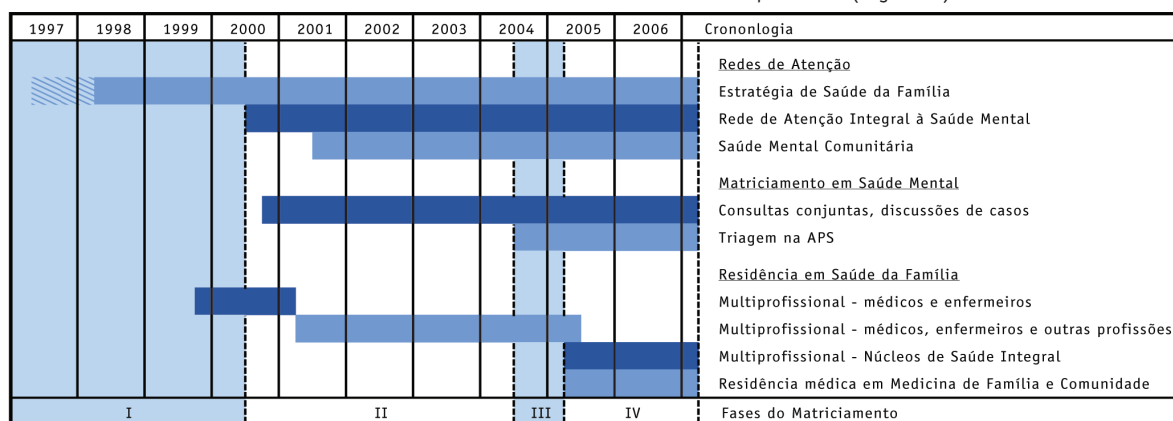
No início de 2005, houve a divulgação de uma minuta de portaria do Ministério da Saúde que iria instaurar uma linha de financiamento para os diversos tipos de ação matricial na atenção primária, incluindo a saúde mental, os então chamados Núcleos de Saúde Integral — NSI (BRASIL, 2005). Essa portaria, que era claramente inspirada no conceito de apoio matricial (CAMPOS E DOMITTI, 2007), jamais chegou a ter uma publicação efetiva, mas serviu, à época, como referência para a turma de residentes em Saúde da Família que começaria a atuar naquele ano. Os residentes – entre os quais não mais se incluíam médicos, pois uma residência em Medicina de Família e Comunidade fora concomitantemente credenciada – foram distribuídos em cinco NSI, sendo cada núcleo responsável por 9 ou 10 equipes de saúde da família, sem fixação definitivamente em nenhuma delas. Cada núcleo comportava uma modalidade de saúde mental, composta, no caso de Sobral, por psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais (PARENTE et al., 2006).

Assim, pode-se dizer que, no período de 2005 a 2007, Sobral passa a contar com uma espécie de duplo matriciamento em saúde mental: o da RAISM, com seus profissionais que visitam mensalmente as unidades para verificar casos mais próximos do transtorno mental; e o dos Núcleos de Saúde Integral, com visitas semanais, maior proximidade com os profissionais da ESF e ações também voltadas para a prevenção e promoção. A integração dos profissionais de saúde mental dos NSI dentro do apoio matricial da RAISM tornou-se corriqueira.

Para minimizar o risco de que presença dos profissionais dos núcleos passasse a impedir que os profissionais da atenção primária pudessem ampliar suas competências em saúde mental, alguns cuidados foram tomados. Os residentes dos NSI evitavam atender individualmente de forma contínua, e os casos deveriam ser sempre discutidos com as equipes de saúde da família antes de trazidos ao matriciamento da RAISM. Por outro lado, as ações grupais por parte dos residentes matriciadores infelizmente não se organizou de forma integrada, ficando ao critério e iniciativa de cada Núcleo. Isso levou a um resultado desigual nesse quesito.

A impressão subjetiva, mais uma vez, é a de que este modelo integrativo – que envolve a Estratégia de Saúde da Família, a Saúde Mental Comunitária, a modalidade de saúde mental dos NSI, e os matriciadores da rede de Saúde Mental do Município – se tornou ainda mais efetivo e consistente com um tipo de

cuidado baseado nos princípios do SUS. No sentido de proporcionar uma visão clara de todo o processo, uma cronologia com os anos e fases do matriciamento em saúde mental em Sobral está disposta na (Figura 1).



**FIGURA 1: Cronologia do matriciamento em saúde mental em Sobral-Ce.** I: implantação da Estratégia de Saúde da Família em Sobral; II: criação da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental e o início do matriciamento de saúde mental; III: expansão do apoio matricial e o início da triagem de saúde mental na atenção primária; IV: implantação dos Núcleos de Atenção Integral à Saúde da Família.

## 2. CONCLUSÕES

A estrutura do apoio matricial em saúde mental é muito diversa de outros municípios brasileiros que se destacam neste tema. Em Campinas, berço do conceito, ele é feito principalmente por psicólogos que, sediados em unidades de saúde, atendem matricialmente à sua unidade e às circunvizinhas (FIGUEIREDO, 2006). Em Recife ele é realizado por equipes volantes de saúde mental, incluindo psiquiatras, que não têm sede fixa (BRASIL, 2007). Em nossa opinião, há três grandes virtudes no matriciamento sobralense de saúde mental. A primeira é a excelente integração da saúde mental com a ESF, que se traduz na triagem eletiva na atenção primária. A segunda, que está vinculada à primeira, é o fato de que os profissionais de saúde mental que auxiliam a ESF a tomar decisões de fluxo também trabalham na saúde mental especializada (e, por vezes, hospitalar), o que lhes permite uma privilegiada visão de todo o sistema. Outro grande diferencial é a ênfase, no caso do matriciamento realizado através da Residência Multiprofissional, para que estes profissionais não ficassem sediados em uma unidade específica de ESF, mas acolhessem de uma maneira verdadeiramente matricial um conjunto de equipes. A literatura internacional indica que, quando estabelecidos em unidades, profissionais de saúde mental tendem a reproduzir o modelo de referência e contra-referência, sem trazer competências da saúde mental a seus companheiros de serviço (BOWER E SIBBALD, 2000).

Evidentemente, tais “virtudes” ainda estão por serem provadas em estudos avaliativos. Até que isto seja feito – inclusive em termos de viabilidade em municípios de

outros portes – elas se manterão hipotéticas. A propósito, a grande ausência, ao examinarmos a experiência do matriciamento em saúde mental de Sobral é a dos estudos avaliativos: seu sucesso foi compreendido quase que de forma puramente anedótica e não-sistemática. Embora este seja um problema corriqueiro no campo da saúde mental no Brasil, é necessário empenho para que estratégias de avaliação (quantitativas e qualitativas) sejam aplicadas para avaliar estes tipos de ação em nosso país e na Região Nordeste. No tocante a estudos de demanda existe somente um, limitado a um distrito distante, que apontou, através do instrumento PRIME-MD, a relevante prevalência de 60% de transtornos mentais em 294 usuários (8% da população local adstrita) que procuraram a ESF durante 4 meses (TIMBÓ, 2004). Embora este seja um dado relevante, ainda estamos aguardando por mais informações.

Ainda, a atuação de uma equipe de saúde mental – e em determinada fase, duas – na atenção primária compõe um modelo que, apesar de eficiente, é bastante complexo e pode ser considerado caro. É possível que, principalmente em municípios de grande porte, e problemas adicionais como a relação volátil com o território e a violência urbana, o sistema precise ser ainda mais complexo. Se considerarmos que, mesmo em Sobral, os NSI tiveram que ser descontinuados após o ano de 2007 por carência de financiamento à Residência Multiprofissional, pode-se imaginar as dificuldades envolvidas em cidades maiores. Tem-se, ainda, que levar em consideração que o gestor em saúde seja sensível para este tipo de projeto, o que pode não ser fácil num modelo inovador, com potencial muito baixo de dividendos eleitorais em curto prazo, e sem formas de financiamento claro. Porém, a esse respeito,

novamente um projeto de portaria ministerial acena, em 2007, com a possibilidade de financiamento para ações matriciais na APS, dessa vez exclusivamente para a ESF, recebendo o nome de Núcleos de Apoio à Saúde da Família — NASF (CONASEMS, 2007).

Em termos de perspectivas, um ponto importante a ser reforçado é o da formação em matriciamento. Os profissionais de saúde mental no Brasil não têm contato suficiente, em sua formação, com a APS ou a ESF. Nesse sentido, Sobral teria condições de se tornar um pólo de formação regional, e está no escopo da RAISM o estabelecimento no município de uma Residência de Psiquiatria e de uma Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Ao que tudo indica, a história do matriciamento em saúde mental de Sobral ainda trará novidades, assim como deverá acontecer em todo o Brasil.

### 3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, L. O. M. (Ed.). 10 anos do Saúde da Família. **SANARE**, v.5, n.1, Jan./Fev./Mar., 186 p., 2004.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; GOYA, N.; et al. Estratégia Saúde da Família em Sobral: oito anos construindo um modelo de atenção integral à saúde. **SANARE**, v.5, n.1, p. 9-20, 2004a.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; MARTINS JR., T.; et al. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia: três anos construindo a tenda invertida e a educação permanente no SUS. **SANARE**, v.5, n.1, p. 33-40, 2004b.

BALLESTER, D. A.; FILIPPON, A. P.; BRAGA, C.; et al. **The general practitioner and mental health problems: challenges and strategies for medical education.** São Paulo Med J, v.123, n.2, Mar 2, p. 72-6, 2005.

BOWER, P.; SIBBALD, B. **On-site mental health workers in primary care: effects on professional practice.** Cochrane Database Syst Rev, n.3, p. CD000532, 2000.

\_\_\_\_\_. **Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base.** BMJ, n.330, p. 839-842, 2005.

BRASIL. **Saúde mental na atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários.** Brasília, DF: Ministério da Saúde 2003.

\_\_\_\_\_. **Núcleos de Saúde Integral.** Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção.** Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde 85 p. 2007.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.** Cad. Saúde Pública, v.23, n.2, fev., p. 399-407, 2007.

CONASEMS (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde). **Portaria: Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (minuta).** 2007. Disponível em < <http://www.conasems.org.br/files/NASF.pdf> >. Acesso em 21 Out. 2007.

FIGUEIREDO, M. D. **Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas (SP).** 2006. Dissertação de mestrado. Pós-graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas.

FORTES, S. **Transtornos mentais na atenção primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis/Rio de Janeiro, Brasil.** 2004. 154 p. Tese (Doutorado). Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro.

GARCÍA-CAMPAYO, J.; CLARACO, L.; OROZCO, F.; et al. Programa de formación en salud mental para residentes de medicina de familia y comunitaria: el modelo Zaragoza. **Aten Primaria**, v.27, n.9, p. 667-72, 2001.

MARINHO, J. R. M. **Caracterização dos casos atendidos no CAPS-AD em seu primeiro ano de funcionamento, Sobral-CE: Setembro de 2002 a Agosto de 2003.** 2004. 90 p. Monografia. Residência em Saúde da Família, Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia / Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.5, set-out, p. 1411-1416, 2004.

MORENO, G. M. B.; SOARES, M. T. Q. S.; PAGANI, R.; et al. Inserção da Psicologia na Estratégia Saúde da Família em Sobral/CE (relato de experiência). **SANARE**, v.5, n.1, p. 77-85, 2004.

PARENTE, J. R. F.; DIAS, M. S. A.; CHAGAS, M. I. O.; et al. A trajetória da residência multiprofissional em saúde da família de Sobral. In: HADDAD, A. E., et al (Ed.). **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2006. p. 81-96.

PEREIRA, A. A. **Propuesta educativa en salud mental para médicos e enfermeros de la Atención Primaria em Sobral, CE - Brasil**. 2006. Mestrado em Educação Médica, Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba / Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, La Habana / Sobral, CE.

PEREIRA, A. A.; ANDRADE, L. O. M. Rede Integral de Atenção à Saúde Mental, de Sobral, Ceará. In: JATENE, A.; LANCETTI, A. (Ed.). **Saúde Loucura 7: Saúde Mental e Saúde da Família**. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 167-198.

PEREIRA, A. A.; OLIVEIRA, J. C.; COSTEIRA, A. Programa de saúde da família e saúde mental: a experiência de Sobral. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (Ed.). **III Conferência Nacional de Saúde Mental - Caderno de Textos**. Brasília, 2001.

SAMPAIO, J. J. C.; BARROSO, C. M. C. Centros de Atenção Psicossocial e Equipes de Saúde da Família: Diretrizes e Experiências no Ceará. In: JATENE, A.; LANCETTI, A. (Ed.). **Saúde Loucura 7: Saúde Mental e Saúde da Família**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 199-219.

SAMPAIO, J. J. C.; SANTOS, W. G. S. A experiência dos centros de atenção psicossocial e o movimento brasileiro de reforma psiquiátrica. In: PITTA, A. M. F. (Ed.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p.127-134.

SHEPHERD, M.; COOPER, B.; BROWN, A. C.; KALTON, G. **Psychiatric illness in general practice**. Oxford University Press, 1966.

SILVA, R. N. N. **O brotar da Massoterapia em Sobral: uma experiência singular**. 2004. 57 p. Monografia. Especialização/Residência em Saúde da Família, Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia / Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral.

SOBRAL. **Política de saúde mental de Sobral, CE**: proposta. Sobral, CE: Secretaria Municipal do Desenvolvimento Social e Saúde (mimeo), 1997.

SUCUPIRA, A. C.; PEREIRA, A. A preceptoría na Residência em Saúde da Família. **SANARE: Revista de Políticas Públicas**, v.5, n.1, p. 47-53, 2004.

TIMBÓ, E. C. **Prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes que procuraram atendimento médico numa UBS de Sobral, CE**. 2004. Monografia. Especialização/Residência em Saúde da Família, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, CE.

TÓFOLI, L. F.; LUCENA, A. F.; TORQUATO, G. L.; et al. Estudo caso-controle de dois modelos de triagem em saúde mental segundo seu local de realização: atenção secundária versus atenção primária. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.27, p. S36, 2005.

TORQUATO, G. L.; AMANCIO, C. P.; AZEVEDO, N. A.; et al. Terapia comunitária em Sobral: aspectos históricos, avanços e perspectivas. **Anais do VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e XI Congresso Mundial de Saúde Pública (CD-ROM)**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2006.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, v.8, n.2, p. 11-48, 1998.

