



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

**Centro Biomédico**

**Faculdade de Ciências Médicas**

**Karen Santo Athié**

**A integração do cuidado em saúde mental na atenção primária: um estudo  
sobre o matriciamento na área programática 2.2 do município do Rio de  
Janeiro**

**Rio de Janeiro**

**2017**

Karen Santo Athié

**A integração do cuidado em saúde mental na atenção primária: um estudo sobre o  
matriciamento na área programática 2.2 do município do Rio de Janeiro**

Tese apresentada, como requisito parcial para  
obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-  
Graduação em Ciências Médicas, da Universidade  
do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Sandra Lucia Correia Lima Fortes

Coorientador: Prof. Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado

Rio de Janeiro

2017

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CBA

A871 Athié, Karen Santo.  
A integração do cuidado em saúde mental na atenção primária: um estudo sobre o matriciamento na área programática 2.2 do município do Rio de Janeiro / Karen Santo Athié – 2017.  
156 f.

Orientadora: Sandra Lucia Correia Lima Fortes.  
Coorientador: Pedro Gabriel Godinho Delgado.  
Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas. Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas.

1. Saúde mental – Rio de Janeiro - Teses. 2. Cuidados primários de saúde – Rio de Janeiro - Teses. 3. Serviços de saúde mental – Avaliação – Teses. 4. Assistência Integral à Saúde. 5. Integralidade em Saúde. 6. Estratégia Saúde da Família. I. Fortes, Sandra Lucia Correia Lima. II. Delgado, Pedro Gabriel Godinho. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

CDU 616.89(815.3)

Bibliotecária: Kalina Silva CRB7/4377

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Karen Santo Athié

**A integração do cuidado em saúde mental na atenção primária: um estudo sobre o  
matriciamento na área programática 2.2 do município do Rio de Janeiro**

Tese apresentada, como requisito parcial para  
obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-  
Graduação em Ciências Médicas, da Universidade  
do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 25 de abril de 2017.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Sandra Lucia Correia Lima Fortes

Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Coorientador: Prof. Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Stella Regina Taquette

Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

---

Prof. Dr. Cesar Augusto Orazem Favoreto

Departamento de Medicina de Família e Comunidade - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Tavares Cavalcanti

Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Mônica Rodrigues Campos

Escola Nacional de Saúde Pública

Rio de Janeiro

2017

## DEDICATÓRIA

A todas as pessoas entrevistadas na coleta de dados deste trabalho, aos profissionais que dedicaram o seu tempo para viabilidade deste estudo e às pessoas que deixei de cuidar durante o período em que me dediquei ao meu desenvolvimento acadêmico.

Às minhas filhas, Manuela e Maria-Antônia, com amor, admiração e gratidão por sua compreensão, carinho, presença e apoio ao longo do período de elaboração deste e de outros trabalhos.

Aos meus pais que sempre me guiaram.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora Sandra Fortes, por compartilhar o seu conhecimento, amizade e estímulo constante.

Aos Professores Doutores Pedro Gabriel Godinho Delgado, Cesar Favoretto, Stella Taquette e Mônica Campos por me inspirarem nesse processo.

Ao Professor Christopher Dowrick que me recebeu no Reino Unido durante o doutorado sanduíche favorecendo o meu amadurecimento acadêmico, bem como o desenvolvimento deste trabalho.

À equipe de pesquisa, sem as quais o trabalho de campo não seria concretizado, especialmente a Angela Machado e a Alice Menezes.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, que junto com o Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa à Atenção Primária à Saúde, me deu suporte e meios para o desenvolvimento da tese.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), que financiou as pesquisas que resultaram no desenvolvimento deste trabalho.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo financiamento da bolsa no exterior, sem a qual não teria trabalhado com afinco na análise dos dados do projeto de pesquisa.

What do you know about this business? The King said to Alice. Nothing said Alice. Nothing whatever? Persisted the King. Nothing whatever, said Alice. That's very importante, the King said, turning to the jury.

*Lewis Carroll*

## RESUMO

ATHIÉ, Karen Santo. *A Integração do Cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária: um estudo sobre o matriciamento na Área Programática 2.2 do município do Rio de Janeiro*. 2017. 156 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

O estudo sobre a Integração do Cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária na Área Programática 2.2 do município do Rio de Janeiro analisou o modelo de cuidados colaborativos em saúde mental brasileiro chamado de matriciamento. A importância desse estudo se apoia, do ponto de vista mundial, na discussão sobre a lacuna de cuidados em saúde mental, e, do ponto de vista nacional, no desenvolvimento de atividades conjuntas entre a saúde mental e atenção primária para ampliar a capacidade das equipes de atenção primária e dar acesso ao cuidado do sofrimento mental na comunidade. Os objetivos foram: a) revisar a literatura sobre o assunto; b) entender a percepção de profissionais de saúde da atenção básica e serviços especializados sobre o matriciamento; c) entender a compreensão de mulheres ansiosas e deprimidas sobre essa oferta de cuidado no seu local de moradia; d) comparar as compreensões de profissionais e de mulheres ansiosas e deprimidas sobre esse tipo de cuidado. O estudo triangulou os métodos: Revisão de Literatura, Estudo Quali-quantitativo e Estudo de Narrativa. Resultados: A revisão de literatura foi crucial na compreensão de como essa perspectiva de integração de processo de trabalho em saúde mental na atenção primária vem sendo contemplada ao longo deste século, antes e depois da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Além disso, foram produzidos três artigos científicos publicados: Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010); Perceptions of Health Managers and Professionals about Mental Health and Primary Care Integration in Rio de Janeiro: a Mixed Methods Study e Anxious and Depressed Women's Experiences of Emotional Suffering and Help Seeking in a Rio de Janeiro Favela (Experiências de Mulheres Ansiosas e Deprimidas sobre Sofrimento Emocional e Busca de Cuidado em uma Favela do Rio de Janeiro). A comparação dos estudos aponta que o matriciamento em saúde mental no Brasil iniciou um processo de cuidado baseado em dados de prevalência, mas que, entretanto, vem construindo novos processos em saúde como: a perspectiva de compartilhamento e construção de rede e o reconhecimento das pessoas em sofrimento emocional, o que corrobora com a perspectiva da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Além disso, o estudo aponta a necessidade das equipes de apoio matricial em desenvolver uma oferta também baseada em competências culturais e sociais das populações, especialmente em relação a questões de gênero, violência e vulnerabilidade.

Palavras-chave: Saúde mental. Atenção primária. Matriciamento. Cuidados integrados. Avaliação. Processo de trabalho em saúde.



## ABSTRACT

ATHIÉ, Karen Santo. *Integrating mental health into primary care: a study about Brazilian collaborative care model in a Programmatic Area in Rio de Janeiro*. 2017. 156 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Integrating mental health into primary care: a study about Brazilian collaborative care model in a Programmatic Area in Rio de Janeiro, analysed the Brazilian mental health collaborative care called matrix support. The relevance of this study is due to the world mental health gap, as well as mental health and primary care joint activities development in Brazil, which aims to improve primary care teams skills and raise access to mental health suffering community based. The aims were: to review a literature; to study perceptions of health professionals and managers about primary mental health care integration; to study emotional suffering women's narratives about mental health offer treatment in primary care setting, and comparing these views about the same subject. The study method was triangulation between Literature Review, a Mixed-method and a narrative study. The literature review was crucial to understand how this process of work integration perspective has been experienced in the last years, before and after the creation of Family Health Support Centres. Besides that, three articles were published: *Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010)*; *Perceptions of Health Managers and Professionals about Mental Health and Primary Care Integration in Rio de Janeiro: a Mixed Methods Study* e *Anxious and Depressed Women's Experiences of Emotional Suffering and Help Seeking in a Rio de Janeiro Favela (Experiências de Mulheres Ansiosas e Deprimidas sobre Sofrimento Emocional e Busca de Cuidado em uma Favela do Rio de Janeiro)*. The comparison between these studies demonstrated that the mental health matrix support in Brazil started a process of care based in prevalence data, however this Brazilian model have been building new perspective in health work; for instance, task sharing, building a network, and recognizing people with emotional suffering, which matches with Brazilian Psychiatric Reform. Moreover, this study emphasizes how important is to developing cultural and social competences in primary mental health care in order to treat people with gender, violence e vulnerability issues.

Keywords: Mental health. Primary care. Matrix support. Integrated care. Evaluation. Health care work process.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Síntese das Bases Teórico-Conceituais do Cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária .....	36
Figura 1 -	Processo de construção da metodologia da tese .....	51
Figura 2 -	Mapa das Áreas Programáticas da Cidade do Rio de Janeiro .....	53
Quadro 2 -	Serviços de Saúde da Área Programática 2.2 .....	55
Quadro 3 -	Entrevista em profundidade .....	64
Quadro 4 -	Dimensões da análise da narrativa .....	65
Figura 3 -	Processo de análise do material das entrevistas em profundidade .....	66

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP 2.2	Área Programática 2.2
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FHS	<i>Family Health Strategy</i>
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
GMHM	<i>Global Mental Health Moviment</i>
GTO	<i>General Traditional Outpatient</i>
HDI	<i>Human Development Index</i>
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDS	Índice de Desenvolvimento Social
LAMIC	<i>Low and Middle Income Countries</i>
LIPAPS	Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MH	<i>Mental Health</i>
MHGAP	<i>Mental Health Gap</i>
MHMS	<i>Mental Health Matrix Support</i>
MHOS	<i>Mental Health Outpatient Services</i>
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PC	<i>Primary Care</i>
PCC	<i>Psychosocial Community Centre</i>
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
SCIELO	<i>Scientific Eletronic Online Library</i>
SDI	<i>Social Development Index</i>
SUS	Sistema Único da Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
WHO	<i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
1	<b>A INTEGRAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA</b> .....	18
1.1	<b>A integração do cuidado em saúde mental na atenção primária no mundo: proposta para a redução da lacuna de cuidados em saúde mental</b> .....	18
1.2	<b>A integração do cuidado em saúde mental na atenção primária no Brasil: aspectos históricos- institucionais do SUS e a prática de matriciamento</b> .....	19
1.2.1	<u>O campo da atenção primária</u> .....	20
1.2.2	<u>A organização do trabalho interdisciplinar em saúde</u> .....	21
1.2.3	<u>Aspectos da Reforma Psiquiátrica Brasileira</u> .....	21
1.3	<b>A integração do cuidado em saúde mental na atenção primária no Rio de Janeiro: a expansão da ESF e o matriciamento em saúde mental na Área Programática 2.2</b> .....	25
1.4	<b>Matriciamento em saúde mental: marcos teórico-conceituais do modelo de trabalho colaborativo brasileiro</b> .....	27
2	<b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	37
2.1	<b>A integração do cuidado em saúde mental na atenção primária: atualização da revisão bibliográfica (2010- 2016)</b> .....	37
3	<b>OBJETIVOS</b> .....	45
3.1	<b>Objetivo principal</b> .....	45
3.2	<b>Objetivos específicos</b> .....	45
4	<b>MÉTODOS</b> .....	47
4.1	<b>Proposta metodológica</b> .....	47
4.2	<b>Questões norteadoras</b> .....	48
4.3	<b>O processo de construção da metodologia</b> .....	48
4.4	<b>Revisão de literatura</b> .....	51
4.5	<b>Metodologia quali-quantitativa</b> .....	52
4.5.1	<u>Área AP 2.2</u> .....	52

4.5.2	<u>Serviços de saúde: unidades de atenção primária e serviços especializados ...</u>	54
4.5.3	<u>Participantes: gestores e profissionais de saúde</u> .....	56
4.5.4	<u>Ferramentas: questionário quali-quantitativo</u> .....	57
4.5.5	<u>Análise: estatística e comparativa</u> .....	60
4.5.6	<u>Análise qualitativa</u> .....	61
4.5.7	<u>Mistura de métodos (mixed-method)</u> .....	61
4.6	<b>Metodologia qualitativa</b> .....	62
4.6.1	<u>Área: Morro dos Macacos</u> .....	62
4.6.2	<u>O serviço: Centro Municipal de Saúde Parque Vila Isabel</u> .....	63
4.6.3	<u>Participantes: mulheres em sofrimento emocional com diagnóstico de ansiedade e depressão</u> .....	63
4.6.4	<u>A ferramenta: entrevistas em profundidade</u> .....	64
4.6.5	<u>Análise: <i>framework</i> e análise temática</u> .....	65
4.7	<b>Aspectos éticos</b> .....	66
5	<b>RESULTADOS</b> .....	67
5.1	<b>Apresentação dos artigos publicados</b> .....	67
6	<b>DISCUSSÃO: A INTEGRAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: COMO A DISCUSSÃO DO CASO DA 2.2 PODE INSPIRAR A INTEGRAÇÃO DE PROCESSOS ATRAVÉS DO TRABALHO EM COLABORAÇÃO CHAMADO MATRICIAMENTO?</b> .....	72
	<b>CONCLUSÕES: A INTEGRAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: CONCLUSÕES SOBRE O MODELO BRASILEIRO DE PRÁTICAS COLABORATIVAS CHAMADO MATRICIAMENTO A PARTIR DO CASO DA ÁREA PROGRAMÁTICA 2.2 DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO</b> .....	86
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	91
	<b>APÊNDICE A - Termos de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupo Focal</b> .....	102
	<b>APÊNDICE B - Questionário de Avaliação da Integração do Cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária</b> .....	106
	<b>APÊNDICE C - Questionnaire Mapping the Integration of Mental Health Interventions in Primary Care</b> .....	112

<b>APÊNDICE D</b> - 1 <sup>o</sup> artigo científico publicado /Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010) .....	119
<b>APÊNDICE E</b> - 2 <sup>o</sup> artigo científico publicado /Perceptions of Health Managers and Professionals about Mental Health and Primary Care Integration in Rio de Janeiro: a Mixed Methods Study .....	130
<b>APÊNDICE F</b> - 3 <sup>o</sup> artigo científico publicado /Anxious and Depressed Women's Experiences of Emotional Suffering and Help Seeking in a Rio de Janeiro Favela (Experiências de Mulheres Ansiosas e Deprimidas sobre Sofrimento Emocional e Busca de Cuidado em uma Favela do Rio de Janeiro) .....	145
<b>ANEXO</b> – Aprovação do Comitê de Ética .....	156

## INTRODUÇÃO

### Apresentação geral

Esta tese defende que a integração da Saúde Mental no campo de trabalho da Atenção Primária pode favorecer o acesso a cuidados em saúde de pessoas em situação de sofrimento emocional.

O recorte do estudo teve como foco o modelo brasileiro de cuidados colaborativos chamado de Apoio Matricial. Neste, a prática será apresentada como um processo de trabalho interdisciplinar do cuidado em Saúde Mental no contexto da Atenção Primária chamada no Brasil de Estratégia de Saúde da Família.

Como justificativa da relevância desse estudo, serão aqui apresentadas as perspectivas político-institucionais do ponto de vista mundial, nacional e regional, como um pano de fundo importante na compreensão da integração dos cuidados em saúde mental com os de atenção primária .

A descrição do objeto de investigação apontará como os movimentos histórico-institucionais têm sido oportunos para o desenvolvimento do trabalho em colaboração entre a Saúde Mental e a Atenção Primária na perspectiva do cuidado comunitário. Neste sentido, o trabalho desenvolvido nesta tese leva em consideração que a integração de modalidades de trabalho em saúde diferentes pode produzir uma nova oferta de atendimento em saúde que pode favorecer o acesso, especialmente de populações com sofrimento emocional e em situação de vulnerabilidade.

O estigma do sofrimento emocional e a oferta insuficiente de serviços públicos de saúde em relação às necessidades da população serão aqui entendidos como desafios importantes para a organização dessa oferta de assistência.

Por isso, este estudo pode ser norteador na discussão sobre organização de processos de trabalho e integração de serviços que vêm se desenhando a partir da Atenção Primária.

Assim, tese explora a prática do matriciamento, o modelo de trabalho colaborativo brasileiro, considerando duas perguntas:

- a) Qual é o impacto do rearranjo organizacional chamado de matriciamento na força de trabalho em saúde?;

- b) Existe uma expectativa dos usuários da oferta de cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária?

O desenvolvimento dessa discussão será compartilhado conforme as regras do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade do Rio de Janeiro, do qual sou aluna doutoranda. Assim, além dos aspectos já citados, também serão apresentados três artigos científicos, dos quais dois foram publicados em revistas internacionais e de impacto para as ciências médicas:

- a) o primeiro é uma revisão crítica que traz aspectos históricos da prática de matriciamento em Saúde Mental nos 10 primeiros anos do século 20 no Brasil nomeado “Matriciamento em Saúde Mental na Atenção Primária: uma Revisão Crítica (2000-2010)” e publicado em 2013 na Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (1);
- b) o segundo é um artigo quali-quantitativo resultado de uma avaliação sobre a percepção de gestores e profissionais de saúde sobre a implementação do processo de matriciamento em Saúde Mental na perspectiva da Atenção Primária; nomeado *Perceptions of health managers and professionals about Mental Health and Primary Care Integration in Rio de Janeiro: a mixed methods study* e publicado na *BMC Health Services and Research* em 2016 (2);
- c) e o terceiro é a análise de narrativa de mulheres diagnosticadas com ansiedade e depressão moradoras de uma favela da cidade do Rio de Janeiro nomeado *Anxious and depressed women’s experiences of emotional suffering and help seeking in a Rio de Janeiro favela*, publicado na Revista *Ciência & Saúde Coletiva* em 2017 (3).

Além disso, considerando os avanços desta discussão durante os anos de realização deste estudo foi feita atualização da revisão bibliográfica. Nesta revisão, foram incluídos aspectos da ampliação de serviços multi/interdisciplinares, cuja presença de um profissional de saúde mental para o trabalho matricial é recomendada considerando-se questões epidemiológicas.

Assim, como pilares para a justificativa foi considerado que:



- a) o matriciamento em Saúde Mental na Atenção Primária pode favorecer o acesso e romper a barreira do estigma, especialmente dos problemas mais prevalentes;
- b) a percepção da força de trabalho é um componente importante para que a prática seja efetiva;
- c) a percepção dos usuários é um componente importante para que a prática seja efetiva.

A expectativa é que este estudo, ao retratar aspectos dinâmicos de práticas de Saúde Mental na Atenção Primária, em período de implementação desses serviços na cidade do Rio de Janeiro, possa inspirar profissionais, gestores e pesquisadores na estruturação e planejamento da oferta do cuidado ao sofrimento emocional em serviços de base comunitária.

### **Prefácio sobre as motivações pessoais e profissionais da autora**

Esclarecer os motivos que me fizeram produzir esta tese implica em enunciar parte da minha vida pessoal e profissional. Espero que esta referência singular possa ser compreendida como um convite à leitura deste trabalho, a qual me dediquei como: pesquisadora, profissional e pessoa nos últimos anos.

Assim, inicio a justificativa compartilhando as motivações de trajetória pessoal em buscar respostas acerca das práticas de cuidado em situações de sofrimento psíquico.

Primeiro, é importante localizar que a escrita teve como pano de fundo a participação, desde minha formação de base, como aluna do curso de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, em processos políticos relacionados à discussão da oferta de serviço em Saúde Mental brasileira.

No início dos anos 90, fui estagiária de um projeto de extensão universitária chamado “Cada doido com a sua mania”. Este, com diferentes oficinas de artes, era coordenado pela Professora Tania Prates. Ele acontecia dentro de um tradicional hospital psiquiátrico, denominado *Adauto Botelho*. Embora a experiência do cuidado com o sofrimento através das artes e grupos tenha sido uma importante descoberta, nessa oportunidade, também pude testemunhar como a assistência em Saúde Mental oferecida pelo modelo hospitalocêntrico

podia ser desumanizadora e excludente. Naquela ocasião, tocada pela incompreensão de como a saúde naquele contexto produzia descuido e sofrimento, me aproximei das ações do movimento da Luta Anti-manicomial.

Estes foram os meus primeiros passos. Assim, como profissional em formação, me senti convocada a contribuir com o debate contra o estigma da loucura, em favor da luta pelos direitos dos portadores de sofrimento emocional, e à refletir sobre o cuidado adequado para aqueles indivíduos.

Neste sentido, o estudo de Psicologia, como disciplina das ciências humanas, somou ao meu interesse clínico do sofrimento emocional a compreensão da importância dos processos institucionais presentes na organização dos serviços de saúde.

A inclusão desse tipo de conhecimento às perguntas que apenas se iniciavam foi incentivo no aprofundamento de leituras sobre processos de subjetivação, os quais eu podia comparar ao cenário de práticas dos estágios realizados.

Ainda durante a minha formação universitária fiz estágios voluntários em duas instituições francesas consideradas referências históricas importantes para o cuidado em saúde mental. O primeiro foi na Clínica La Borde, berço da Psicoterapia Institucional e local onde Felix Guatarri e Jean Oury repensaram sobre o cuidado ao sofrimento emocional. O segundo estágio foi na Escola Experimental de Bonneil sur Marne que ainda contava com a presença viva e inspiradora da psicanalista Maud Manonni em atividade no cuidado de crianças e adolescentes com autismo e outras dificuldades.

O trabalho de iniciação científica, sob a orientação da Professora de Psicologia Comunitária Maristela D'Albello Araújo, também foi fundamental para que eu pudesse, organizar as dúvidas que iam se apresentando nesse percurso. Um dos resultados desse encontro foi o meu primeiro artigo "As durezas da loucura", publicado na Revista Vertentes/Universidade Estadual Paulista, em 1999. Essa experiência inicial me motivou a procurar outras respostas sobre a oferta de cuidado ao sofrimento emocional através de aspectos relacionais.

No início do século XX, por razões familiares, me mudei para Paris, onde tive a oportunidade de Estudar na Universidade de Paris 8 e fazer o mestrado em departamento multidisciplinar de Ciências Humanas e Sociais, sob a orientação da Professora Hélène Cixous. Essa experiência foi um importante contato com as relações entre a linguagem e sua construção semântica. Neste período, participei de atividades acadêmicas na *École de Hautes Études* e assisti aulas com o filósofo Jacques Derrida, um dos professores do departamento àquela época e parceiro de trabalho da minha orientadora. O estudo foi revalidado como

mestrado em Letras pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro em 2005. O título é: *L'écoute d'une écriture sauvage: variations sur Près du Coeur Sauvage*.

Posteriormente a essa vivência retomei a prática do cuidado em psicologia no âmbito hospitalar e ambulatorial generalista. Estar como especialista em contexto não específico provocou a construção de outras perguntas, desta vez sobre o sofrimento emocional relacionadas com situações de adoecimento físico agudo ou crônico. A interdisciplinaridade característica desse cenário de práticas favoreceu a observação de diferenças sobre a forma de olhar o sofrimento psíquico e emocional por diferentes profissões de saúde e dos desafios que essas nuances provocavam na prática de cuidado em conjunto. O que eu considerava saber encontrava, nos próprios limites de ação profissional e os dos meus pares, a busca por novas respostas para o cuidado em saúde.

Essas camadas de experiências profissionais e formativas iam produzindo novos sentidos ao meu olhar como psicóloga, bem como a construção de perguntas sobre a oferta de cuidado em saúde mental em contextos diversos, sempre e pensando em populações vulneráveis e sem acesso ao cuidado ou escuta do seu sofrimento emocional.

Meu caminho me levou ao contato com as discussões realizadas no campo das Ciências Médicas como mais um desafio. A orientação generosa da Professora Sandra Fortes e a oportunidade de realizar o doutorado sanduíche na Universidade de Liverpool sob a orientação do Professor Christopher Dowrick foram estímulos importantes nessa etapa final e conclusiva do doutorado

Assim, embora o foco da análise seja como tem sido construído o cuidado em Saúde Mental ofertado e entregue no território, através da prática de matriciamento entre especialistas de Saúde Mental e não especialistas, é importante clarificar que a construção teórico-conceitual dessa pesquisa, inclui a apresentação subjacente da minha percepção como profissional e pesquisadora sobre o tema do sofrimento mental. Pode-se dizer que as inquietações produzidas nesse processo, mesmo não sendo o objeto de estudo em si, fizeram parte da investigação que deu sentido à escrita desta tese.

## 1 A INTEGRAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

But I don't want to go among mad people, Alice remarked.  
 "Oh you can't help that", said the Cat: we're all mad here.  
 I'm mad. You're mad.  
 "How do you know I'm mad?" said Alice.  
 "You must be," said the Cat, "or you wouldn't have come here."

*Lewis Carroll*

O deslocamento do sistema de saúde mental dependente de hospitais para um que consiste no equilíbrio entre serviços hospitalares e comunitários implica muito mais do que somente a realocação física dos locais de tratamento. Ele implica também uma reorientação fundamental de perspectivas.

*Thornicroft e Tansella*

### 1.1 A integração do cuidado em saúde mental na atenção primária no mundo: proposta para a redução da lacuna de cuidados em saúde mental

A lacuna de cuidados em saúde mental vem sendo apontada pelo *Global Mental Health Movement* (GMHM), como um problema com impacto na sustentabilidade econômica e social no mundo, especialmente em países pobres e em desenvolvimento (4).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o GMHM compararam a oferta de serviços em saúde mental e a necessidade de cuidado em aproximadamente 150 países com diferentes contextos (5). A taxa média de falta de tratamento nos ajuda a compreender o problema da lacuna de cuidados. Esta é de 32,2% para portadores de esquizofrenia; 56,3% para a depressão; 56,0% para a distímia; 50,2% para os transtornos bipolares; 55,9% para o transtorno de pânico; 57,5% para a ansiedade generalizada; 57,3% para o transtorno obsessivo-compulsivo e 78,1% para abuso e dependência de álcool. A avaliação diz que, no início deste século, 450 milhões de pessoas sofriam de desordens neuropsiquiátricas no mundo. Quando esse número é comparado com os dados dos anos 90, a expectativa é que em 2020 haja um aumento de 15% (1, 6).

Além de serem números significativos do ponto de vista dos cuidados específicos de saúde mental, os transtornos mentais estão entre as três doenças mais incapacitantes do ponto

de vista da saúde global. Estes são responsáveis por 12% a 15% da incapacidade mundial total, sendo mais do que as doenças cardiovasculares e duas vezes mais que o câncer (7).

O dado evidencia que a alta prevalência dos transtornos mentais em contraponto com a escassez de serviços é um problema de saúde pública. Tal panorama vem apontando a necessidade de desenvolvimento dos sistemas de saúde a fim de ampliar a oferta e propiciar acesso ao cuidado em saúde mental.

A OMS e pesquisadores do MGMH vêm argumentando em favor de um sistema de serviços comunitários para a redução da lacuna de cuidados. A leitura é que apenas os serviços e recursos humanos especializados não são suficientes para a ampliação da cobertura e acesso. A proposta é de uma rede efetiva com um conjunto diversificado de serviços que inclua a Atenção Primária à Saúde (APS) como base racional e econômica de efetividade. (8)

Nessa perspectiva, a discussão sobre integração de processos e serviços vem sendo considerados chaves para a diminuição da lacuna terapêutica entre a oferta de serviços de saúde mental e a necessidade da população (9, 10). Nesse sentido, a atenção primária à saúde, compreendida como base da pirâmide dos sistemas de saúde e porta de entrada preferencial, tem sido entendida como estratégica para a redução desse hiato. Por isso, o slogan proposto pela OMS é: “Não há saúde sem saúde mental” (4).

## **1.2 A integração do cuidado em saúde mental na atenção primária no Brasil: aspectos históricos-institucionais do SUS e a prática de matriciamento**

A integração do cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária brasileira para o desenvolvimento da prática de trabalhos colaborativos no SUS tem sofrido nas últimas três décadas a influência de movimentos históricos e institucionais em três frentes diferentes:

- a) o campo da Atenção Primária;
- b) a organização do trabalho interdisciplinar em Saúde;
- c) e a Reforma Psiquiátrica brasileira.

A descrição destes três processos, que ocorrem simultaneamente, é importante para a compreensão da relevância de estudo sobre prática de matriciamento na Atenção Primária hoje, como desenho escolhido desta tese, pois diferencia e contextualiza o seu campo de

estudo.

### 1.2.1 O campo da atenção primária

Nos anos 90, a força de trabalho em saúde e a força de trabalho em saúde mental em Saúde Mental no Brasil 90 viviam problemas distintos. Enquanto o Programa de Saúde da Família dava os seus primeiros passos em 1994 na Atenção Primária de base comunitária (11), a força de trabalho em saúde mental caminhou na discussão da substituição do modelo hospitalocêntrico e excludente (12).

Nos dois casos, essa ampla movimentação em defesa de um sistema público universal e equânime já apontava para a substituição do modelo hospitalocêntrico por uma organização em três diferentes níveis de cuidado hierarquizado: atenção primária, serviços ambulatoriais especializados e hospitais gerais.

Naquele momento, a integração entre esses níveis de cuidado era essencialmente produzida pelas ações de referência e contrarreferência, ou de encaminhamento. Um movimento de intelectuais brasileiros e pensadores sobre a Saúde Pública e Coletiva provocou a força de trabalho em Saúde Pública a repensar seus modos de comunicação para a integração dos fluxos entre os diferentes níveis de cuidado na pirâmide assistencial do SUS. As propostas previam novos arranjos organizacionais chamados de Apoio Matricial, e desde o início propunham a revisão do sistema hierarquizado e verticalizado.

Embora a mudança da cultura organizacional do trabalho em saúde seja um constante obstáculo para a efetivação de ações integradas, já nos anos 90, a organização compartimentalizada do cuidado não era mais compreendida como a única possibilidade. A integração entre equipes de referência e de apoio especializado matricial tornou-se mais um desafio para a organização do sistema. Nesta perspectiva, o mais relevante, segundo Campos (13), passava a ser o fortalecimento do vínculo com os usuários e envolvimento das equipes da saúde, para que o mesmo fosse centrado na produção de saúde e não apenas em procedimentos.

A discussão sobre a organização de processos, considerando a relação entre os saberes em saúde, provoca novas formas de olhar o cuidado.

### 1.2.2 A organização do trabalho interdisciplinar em saúde

Na segunda frente mencionada, em relação à atenção primária brasileira, é importante enfatizar que as experiências do Programa de Saúde da Família foram importantes para que os serviços em atenção primária, chamados de Unidades Básicas de Saúde se repensassem sua metodologia de oferta de cuidado e acesso. Em 2006, é criada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), um dos alicerces da expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) hoje a principal oferta de serviços de saúde no Brasil (14).

As equipes de ESF são multidisciplinares e compostas por um médico generalista, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Os princípios usados na implementação desse processo têm como base a ideia de adscrição, o que se traduz por um território pré-definido de 3500 pessoas por equipe de ESF, as quais deverão ser cadastradas através de busca ativa. Esse modelo de atenção primária vem, ao longo dos últimos anos, substituindo progressivamente o modelo baseado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que cobrem territórios de aproximadamente 200.000 pessoas usando como critério de atendimento a demanda e chegada da população ao serviço.

A metodologia de adscrição e chegada ao território dessas equipes para o cadastramento das populações avançam na questão do acesso, pois leva à comunidade a possibilidade de escuta e acolhimento em saúde de um modo geral, o que, da perspectiva da integralidade, inclui o sofrimento emocional (15).

A substituição da oferta de atenção primária de base ambulatorial das tradicionais UBS pelo modelo de atenção primária da ESF inicia um processo de redução da distância entre os serviços básicos e as populações vulneráveis. Assim, a atuação crescente da APS no território, enquanto presença, favorece a identificação dos problemas mais comuns de saúde mental.

### 1.2.3 Aspectos da Reforma Psiquiátrica Brasileira

O terceiro aspecto sobre os movimentos histórico-institucionais se localiza nos anos 90, onde mudanças no campo da saúde mental se fortalecem em discussões relacionadas aos direitos humanos e oferta de serviços de saúde mental não excludentes. A organização da

força de trabalho em saúde mental teve, depois de um intenso debate político, como resultado a Política Nacional de Saúde Mental, a Lei 10216, criada em 2001.

A lei que reconhece os direitos dos portadores de sofrimento mental deu base a outras normas que reorientam a substituição dos serviços hospitalares asilares para serviços especializados de base comunitária. Por exemplo, a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como oferta principal aos portadores de transtornos mentais graves e persistentes, sendo estes serviços especializados de base comunitária construídos em substituição aos hospitais grandes psiquiátricos funcionando como porta aberta e cobrindo uma área de abrangência de até 200.000 habitantes (16).

Em aspectos esses três movimentos históricos simultâneos se aproximam e se afastam?

Embora a questão do sofrimento mental e do reconhecimento dos direitos dessa condição seja ponto em comum, o foco de discussão e ação revela focos e concepções metodológicas distintas. Enquanto a principal oferta de cuidados em saúde mental da atenção primária aponta para as questões agudas e crônicas relacionadas ao sofrimento emocional, altamente prevalentes (17) como a ansiedade e a depressão, a saúde mental, no campo dos cuidados especializados, têm o seu enfoque principal direcionado a pacientes com transtornos mentais moderados a graves com necessidade de intensidade de cuidado, porém menos frequentes (18).

Nas duas situações, as concepções de sistema integrado de cuidados e os conceitos de rede de atenção com construção de parcerias de cuidado compartilhado têm sido considerados como parte do processo de trabalho em saúde. No que se refere ao campo da saúde mental específico, a parceria com a atenção primária para o cuidado em saúde mental de pacientes em sofrimento emocional moderados a graves e menos prevalentes, pode ser também entendido um avanço na Reforma Psiquiátrica Brasileira, já que reorienta a partir da noção de rede, neste caso aspecto importante do matriciamento, a oferta dos cuidados em saúde mental. Desta perspectiva, os Centros de Atenção Psicossocial, entendidos como ordenadores do cuidado psicossocial no Sistema Público de Saúde, também fazem uso do arranjo matricial para o cuidado dos transtornos mentais graves e persistentes incluindo dispositivos não especializados como a ESF.

Ou seja, embora a experiência de expansão dos serviços adscritos no território evidenciem os problemas mais comuns em saúde mental, o cuidado ofertado pelos CAPS tem foco nos transtornos mentais graves. Nestas duas direções de cuidado, o matriciamento, ou



processos integrados entre a saúde mental e a atenção primária, vem sendo considerados como chaves importantes para a ampliação da oferta de cuidado.

O segundo marco histórico-institucional para a integração do cuidado em saúde mental na atenção primária, considerado como base dessa tese, é a discussão sobre integração de saberes em saúde. Isto é, para além da integração de serviços, a lógica do trabalho em rede chamada de apoio matricial, precisa levar em conta como nos processos de trabalho acontece a integração dos saberes em saúde.

Trata-se de uma discussão que nasce de bases conceituais, mas que se aplicam nos saberes-fazer em saúde.

Por exemplo, através da criação em 2008 dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Este dispositivo é formado por equipes multiprofissionais com o objetivo ampliar o escopo de atuação das equipes de ESF através do trabalho em colaboração entre a equipe de profissionais generalistas e de equipes de especialistas que trabalhem na lógica do apoio matricial.

Considerando a prática de matriciamento como cuidado colaborativo literatura, seja do ponto de vista mundial (19) ou local (20), enfatiza a ideia de que as trocas de saberes devem ser facilitadas pela organização do trabalho e presença física entre equipes para que a colaboração aconteça. Esse aspecto será trazido novamente na apresentação das referências teórico conceituais desta tese.

Essa aproximação entre equipes com diferentes saberes é uma aposta na produção de novos sentidos sobre o sofrimento mental nos profissionais não especializados e comunidade contra o estigma e o analfabetismo sobre o adoecimento mental; o que pode ser impeditivo para que as pessoas portadoras desse tipo de sofrimento busquem ajuda no sistema de saúde. Assim, a presença da prática de matriciamento em saúde mental na atenção primária comunitária pode favorecer o acesso ao cuidado do sofrimento emocional pela sua presença no cuidado compartilhado (9, 21). Além disso, a presença de um profissional de saúde mental na atenção primária, com o objetivo de estabelecer uma relação clínico-pedagógica, pode ser compreendida como um avanço se for entendido que a integração de saberes não acontece espontaneamente, mas precisa ser facilitada por processos que coloquem os saberes em relação.

Vale mencionar que a prática de matriciamento, ou cuidados colaborativos, tem sido considerado como estratégia importante para favorecer acesso aos cuidados em saúde mental e assim reduzir a hiância entre a oferta de serviços e a necessidade de cuidado pela população segundo a avaliação feita pela OMS.

No que concerne à discussão de integração de processo e saberes, vale lembrar que a Portaria 154, que cria os NASF, sugere sempre a presença de um profissional de saúde mental que trabalhe na ótica da colaboração ou matriciamento (22, 23). Assim, o que antes era uma opção local de integração entre equipes de ESF e de saúde mental torna-se, para além das recomendações internacionais, também um arranjo interdisciplinar oficial.

Vale dizer que o estudo de práticas de matriciamento em saúde mental na atenção primária, pela sua relevância estratégica, tem sido considerado uma das prioridades da pesquisa em saúde mental no Brasil para, como o *Mental Health Gap* (MHGAP) coloca, romper as barreiras de acesso ao cuidado em saúde mental (24).

Outro importante parâmetro que embasa a relevância deste estudo de tese sobre o matriciamento em saúde mental na atenção primária é a opinião dos atores envolvidos no processo, isto é, os gestores e profissionais de saúde e de um grupo específico de usuários do serviço.

Por que no caso da integração do o cuidado em saúde mental na atenção primária é importante conhecer a percepção destes?

Na construção desta tese, foi considerado que compreender a percepção da força de trabalho, composta por gestores, profissionais da atenção primária e profissionais de saúde mental matriciadores, sobre as mudanças promovidas na implementação das práticas de integração era também buscar compreender como esses recursos humanos vêm sustentando a integração de saberes em suas práticas de trabalho (25). A sistematização desse olhar entende que o nível de envolvimento destes recursos são a força motriz da implementação desse fluxo de cuidado propiciado pelo matriciamento.

O estudo da narrativa dos usuários com ansiedade e depressão sobre o mesmo processo pareceu fundamental tendo em vista as circunstâncias da oferta, isto é como os potenciais usuários do sistema no seu mais comum problema de saúde mental estavam entendendo e recebendo a oferta de cuidado do SUS no seu lugar de moradia (26, 27).

Espelhar esses diferentes olhares de quem recebe o cuidado e de quem oferece sobre um mesmo assunto foi considerado na análise da relação entre a ampliação da oferta de serviço e as expectativas dos usuários no cuidado em saúde mental. Além disso, essa comparação pode ser relevante tendo-se em conta ajustes e adequação da oferta de apoio matricial pra o cuidado das questões mais prevalentes em saúde mental nas comunidades, a fim de ampliar a compreensão desses modos de ação para os pares envolvidos, bem como criar mecanismos que façam sentido às populações vulneráveis em sofrimento emocional para o aumento da adesão aos serviços.

### **1.3 A integração do cuidado em saúde mental na atenção primária no Rio de Janeiro: a expansão da ESF e o matriciamento em saúde mental na Área Programática 2.2**

O recorte desta tese buscou analisar a integração da saúde mental e atenção primária em área programática da cidade do Rio de Janeiro chamada de 2.2 (AP 2.2). Nesta, pela sua localização geográfica próxima da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, foram iniciadas em 2008 atividades de matriciamento em unidades de saúde que ofereciam o cuidado pela atenção primária.

O enfoque dado a essas atividades considerou o matriciamento como um processo complexo de ações conjuntas e relações específicas entre um profissional de saúde mental e um não profissional de saúde mental para o cuidado do sofrimento emocional. O principal referencial conceitual foi o Guia Prático para o Matriciamento em Saúde Mental (28).

A implementação dessa ação no território provocou a inquietação em conhecer a opinião dos profissionais envolvidos sobre o impacto dessa nova referência nos seus processos de trabalho. Deste modo, esta é uma análise de como a força de trabalho vinha percebendo as convergências e divergências desse encontro teórico-prático entre as ações de saúde mental e da atenção primária para o cuidado das questões que surgiram no contexto comunitário.

A área programática 2.2 da cidade do Rio de Janeiro foi o cenário escolhido para este estudo.

Antes de apontar especificamente as características dessa área e situar as perspectivas do cuidado em saúde na atenção primária da cidade do Rio de Janeiro, é importante para a compreensão do leitor sobre a dinâmica das mudanças nos serviços de APS em processo no período da pesquisa de campo.

Desde 2008 até os dias atuais, a cobertura da atenção primária na cidade do Rio de Janeiro foi amplamente investida tendo como referência principal o modelo da Estratégia de Saúde da Família e crescendo de 3% para quase 75%, de 2008 a 2016, de cobertura populacional na cidade (29, 30).

A metodologia de cuidado da ESF foi substituindo progressivamente a plataforma de atenção primária calcada nas UBS com cobertura de populações de 100000 a 200000 habitantes. A coexistência de duas plataformas de atenção primária foi uma das características observadas no período estudado e apresentada nos resultados deste estudo. O modelo da APS além de ser referência para um território passava a atuar com novos princípios, agora mais

perto dos moradores. A espera de demandas espontâneas pelo cuidado das UBS, na ESF foi substituída pela cobertura de uma população adscrita e pela busca ativa.

Deste modo, a análise que inclui a percepção dos profissionais envolvidos bem como usuários que recebem esta oferta como uma novidade dentro dos territórios onde moram pode ser valiosa para a leitura e organização de processos de trabalho.

Como se justifica a escolha da AP 2.2 dentro da cidade do Rio de Janeiro?

A cidade do Rio de Janeiro é dividida em 10 áreas programáticas como territórios com geografias específicas e serviços assistenciais e de saúde similares.

A Universidade do Estado no Rio de Janeiro se localiza dentro desse território com aproximadamente 375.000 habitantes (31) que abrange os bairros de Vila Isabel, Tijuca e entorno.

A pactuação entre a professores-pesquisadores da Universidade do Estado do Rio de Janeiro interessados no assunto e profissionais da rede de saúde mental local preocupados em melhorar o cuidado em saúde mental foi um dos propulsores do desenvolvimento das pesquisas apresentadas nesta tese.

O Grupo de Pesquisa de Saúde Mental na Atenção Primária, registrado pelo Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) e o Laboratório Interdisciplinar de Atenção Primária à Saúde (LIPAPS) da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ, foram importantes referências para o desenvolvimento das mesmas. Para ambos, o processo de matriciamento tem sido base na construção de uma oferta de cuidados em saúde mental na atenção primária (32).

A conjunção desses elementos discutidos em espaços institucionais como fóruns de Saúde Mental e encontros técnicos entre os profissionais da universidade e profissionais de saúde do município foi propulsora de parcerias entre a UERJ e ações da assistência da área, em uma perspectiva de coprodução do desenvolvimento e implementação de práticas que pudessem favorecer o acesso ao cuidado em saúde mental aos moradores dessa área.

Em suma, pode-se dizer que a implementação do processo do matriciamento em saúde mental na AP2.2 concretizou a tríade ensino-assistência e pesquisa tida como uma das funções essenciais da Universidade. Através desta, a análise do cuidado em saúde mental na atenção primária pelo matriciamento foi compreendida como fator capital para a leitura de evidências, e estrategicamente na área Programática onde a Universidade se localiza.

#### 1.4 Matriciamento em saúde mental: marcos teórico-conceituais do modelo de trabalho colaborativo brasileiro

Neste estudo sobre o caso do matriciamento em saúde mental na 2.2, foram, a princípio, usados dois marcos teórico-conceituais sobre o trabalho em colaboração. O primeiro, a referência brasileira de integração de processos de trabalho entre diferentes níveis de atenção e profissionais chamados de apoio matricial e, o segundo, são as referências da discussão internacional chamada de *integrated care*, onde estão incluídos o modelo *collaborative care* e o *shared care*.

O ponto de partida deste estudo sobre a integração do cuidado em saúde mental na atenção primária foi o manual chamado Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental (28) produzido por grupo de pesquisadores implicados na expansão dessa oferta de cuidado e que usa também essas duas bases de pensamento para o desenvolvimento de práticas de atenção onde a proposta é a construção de uma intervenção pedagógico-terapêutica. Nele, encontra-se a definição: “Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam um proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (28).

As referências brasileiras e mundiais sobre a integração de processos de trabalho para o cuidado em saúde mental embora se tangenciem, também iluminam a discussão de perspectivas específicas do modo como a questão é considerada por aqui.

No Brasil, a proposta de matriciamento, discutida desde os anos 90, inclui na organização de um sistema pautado na comunicação entre os diferentes níveis de atenção através das práticas de referência e contrarreferência, um processo de colaboração. O desenho fundamenta-se na ideia de integração de saberes colocando em cena as diferenças na organização do cuidado em saúde e como os diferentes saberes se comunicam.

Assim, as ações de matriciamento provocam a experimentação de modos de conexão entre essas diferenças de organização, saber e comunicação, especialmente quando o trabalho acontece entre uma equipe de referência e uma equipe de apoio matricial na coordenação de processos de cuidado conjuntos. Podemos chamar isso de fluxo de trabalho. Segundo os pesquisadores do assunto no Brasil, tal orientação modifica a organização tradicional e hierárquica dos sistemas de saúde que antes usava a prática de encaminhamento apenas como a transferência de responsabilidade do cuidado (33). Assim, a inclusão dessa nova lógica de comunicação e compartilhamento de processos entre profissionais de saúde vem sendo

considerada como a possibilidade de favorecer a releitura dos limites entre as disciplinas e de provocar a perspectiva de integração entre níveis de atenção e serviços, o que por outro lado provoca movimentos políticos diferentes dos saberes em saúde.

Assim, a perspectiva inicial da discussão do matriciamento no Brasil era mais abrangente e trazia à tona questões acerca da multidisciplinaridade dos saberes em saúde, o que tem sido ainda hoje uma referência importante para o campo da saúde coletiva.

No campo específico da saúde mental na atenção primária essa mesma referência vem trabalhando na perspectiva de trabalho de atuação extramuros e com os pés na abordagem comunitária. E neste caso é entendida como:

uma estratégia potente, pois possibilita a construção de um sistema articulado em rede no SUS, não limitado às fronteiras de um dado serviço. Interconectado por uma equipe de referência, que mobiliza diversos atores para lidar com o andamento do caso, o apoio matricial sinaliza os caminhos que viabilizam a conexão de redes de cuidados em saúde mental (34).

A segunda base conceitual que aqui orienta a questão do matriciamento em saúde mental na atenção primária são as referências internacionais que abordam os trabalhos colaborativos como *integrated care*, *shared care* ou *colaborative care*. E embora essas referências também mencionem importantes aspectos sobre a integração dos sistemas de cuidado envolvidos, a busca de respostas através do mesmo não é necessariamente a de como realizar a integração de saberes, mas a efetividade do cuidado. Um dos estudos feito pelo Pesquisador Peter Bower (35) sobre *primary care mental health workers* busca respostas sobre a efetividade desse modelo de trabalho. Para tal, ele considera quatro dimensões-chave diferentes para o processo de integração entre a saúde mental e atenção primária como funções de cuidado desse trabalhador:

- a) o perfil dos pacientes mais comuns nesse contexto de cuidado, no caso pacientes portadores de transtornos mentais comuns;
- b) o grau de independência no trabalho do matriciador no desenvolvimento de intervenções clínicas;
- c) o grau de independência no trabalho do matriciador como parte do sistemas na organização dos processos de trabalho;
- d) o monitoramento das relações em processo. (35)

Esses aspectos são amplamente discutidos pelo grupo de trabalho ligado à

Universidade de Manchester, e foram desenvolvidos especialmente para o cuidado da ansiedade, depressão e de doenças crônicas (35-39). A ideia é que este modelo conceitual seja capaz de reduzir a lacuna entre as necessidades de cuidado e o desenvolvimento de políticas para a organização dos serviços em saúde da atenção primária (39).

Apesar da leitura deste modelo de cuidado ter sido feita essencialmente em países de primeiro mundo, o grupo inglês, similarmente ao modelo brasileiro, aborda aspectos relacionados à complexidade de uma oferta de trabalho em colaboração, tais como:

- a) habilidades de comunicação para o desenvolvimento do trabalho conjunto (40, 41);
- b) a desconstrução do estigma do adoecimento mental (9, 21);
- c) e a percepção dos atores envolvidos, o que compreende gestores, profissionais especializados ou não e pacientes em sofrimento e envolvidos no processo (42, 43).

Estas referências são importantes para esta análise sobre o matriciamento na AP 2.2, pois elencou desafios e potencialidades da ação da prática de cuidados colaborativos entre profissionais de saúde mental e da atenção primária.

Considerada uma complexa intervenção, o trabalho em colaboração, segundo a experiência inglesa, pode ser um diferencial no cuidado dos transtornos mentais comuns, como os problemas mais prevalentes de saúde mental na atenção primária, pois podem ser identificados precocemente no contexto dos cuidados primários, mesmo sem demanda clara do usuário, haja vista as questões médicas inexplicáveis e o sofrimento emocional causado por outras morbidades físicas (44).

Neste caso, embora as leituras utilizadas mencionem a relevância da integração dos diferentes olhares profissionais sobre um mesmo problema, estas não têm como foco principal o processo de integração em si, mas apresentam seus modos de organização para o cuidado em saúde mental na atenção primária dos casos mais comuns.

A mistura do apoio matricial brasileiro e do *integrated care* no contexto da abordagem estudada nos faz supor que o encontro de uma equipe de ESF com a equipe de apoio matricial, pelas suas diferenças, pode provocar um novo olhar sobre o sofrimento em relação ao seu contexto.

Assim, este estudo soma ao papel do trabalhador, para nós o matriciador de saúde mental e, para eles, o *primary mental health care worker* (35), a tarefa fundamental de

integrar as ações de saúde mental e atenção primária para o cuidado no contexto comunitário dos TMC.

Nessa direção, as referências usadas no contexto da ESF ajudaram a observar as experiências de matriciamento em saúde mental usando o modelo do *collaborative care* para o cuidado dos casos mais prevalentes podem dar visibilidade às experiências de sofrimento emocional em sua associação com situações de vulnerabilidade social.

É importante considerar que mesmo que tenhamos tomado a princípio a prática do matriciamento, na medida em que a análise foi processada, apresentada e comparada a outros referenciais essa visão foi sendo ampliada. A incorporação de outros conceitos à discussão foi importante para a compreensão do assunto trabalho em colaboração tendo em vista a ampliação do acesso aos cuidados em saúde mental no contexto da atenção primária. Além disto, os mesmos foram também considerados importantes para a discussão teórico-conceitual. Estes são:

- a) MHgap (45);
- b) atenção primária;
- c) saúde mental na atenção primária.

Aqui, este conjunto de conceitos está sendo entendido como saberes essenciais para a análise do matriciamento em saúde mental na atenção primária no contexto estudado. Em todas elas, embora com focos e ferramentas diferentes, observa-se que as perspectivas teórico-conceituais estão intrinsicamente relacionadas à abordagem de leitura comunitária e de facilitação de acesso.

O MHgap é importante pois aborda a necessidade da criação e facilitação do acesso ao cuidado em saúde mental tendo em vista a alarmante lacuna de cuidados em saúde mental verificada no seu diagnóstico mundial. O *slogan* que alavanca esse movimento “Não há saúde sem saúde mental” tem sido estratégico na compreensão de que o número de especialistas no mundo e em países com problemas econômicos e sociais é bem menor do que a necessidade de cuidado. Por isto o alerta para a relevância dos cuidados primários em saúde de base comunitária feito por profissionais não psi, mas que podem acolher os problemas que envolvem sofrimento emocional pelo viés do olhar integral e interdisciplinar. A proposta de trabalho em colaboração tem sido uma recomendação por este olhar também como uma forma de favorecer o acesso compreendendo que uma abordagem de cuidado ao sofrimento é uma ação e não exclusiva de profissionais de saúde mental, especialmente nos países pobres e em



desenvolvimento onde essa lacuna de cuidado é maior. Trata-se de uma visão macropolítica em defesa de direitos humanos frente ao estigma do sofrimento e a falta de cuidados.

Em estudo de revisão sobre o panorama do MHgap, no cenário brasileiro, pesquisadores apontam a necessidade de abertura dos limites de ação em cuidados de saúde mental por profissionais de saúde não especializados, dado que o número de profissionais especializados não seria suficiente para atender aos casos estimados de transtornos mentais (46). Além disso, já que o SUS é um sistema de saúde cuja porta de entrada preferencial tem sido a atenção primária, temos que considerar que a primeira identificação das situações de sofrimento mental e psíquico no campo da saúde são potencialmente identificadas na atenção primária, isto é por não especialistas. Mais uma vez a questão do matriciamento em saúde mental e a do trabalho em colaboração neste cenário são relevantes para o avanço conceitual apontado pelas perguntas: "por quê integrar", "o que integrar" e "como integrar" a fim de que a direção do cuidado seja a redução da lacuna entre a oferta e a necessidade de cuidado em saúde mental (47).

A segunda das referências para a reflexão do que seja o matriciamento em saúde mental na atenção primária é a atenção primária à saúde. Seus conceitos de acessibilidade, coordenação do cuidado, integralidade e continuidade do cuidado (48) são relevantes para entendermos a potência das recomendações feitas em um documento feito pela OMS e a Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA) sobre a integração entre a saúde mental e a atenção primária considerando os problemas globais. Neste documento foram apresentadas experiências exitosas de integração, bem como recomendações em seu favor para a ampliação do acesso (49).

O documento refere como tarefas da APS:

- a) identificar precocemente os transtornos mentais e realizar o tratamento de transtornos mentais comuns, manejar pacientes psiquiátricos estáveis;
- b) cuidar das necessidades de saúde mental de pessoas com problemas de saúde física;
- c) prevenir e promover da saúde mental.

A leitura pode ser inspiradora e motivadora dos processos de interação entre a saúde mental e a atenção primária em sistemas hierarquizados como é o caso do Brasil. Com este fim o documento destacou sete razões para integração da saúde mental à atenção primária que são:

- a) a elevada carga de doença dos transtornos mentais;
- b) a conexão entre problemas de saúde física e mental;
- c) o hiato terapêutico dos transtornos mentais;
- d) aumento do acesso;
- e) promoção dos direitos humanos neste campo;
- f) disponibilidade e custo-efetividade;
- g) bons resultados clínicos na integração.

A apresentação destas razões, justificadas por aspectos ligados a oferta de serviço e necessidade de cuidado tem como alvo três pontos chave:

- a) a ampliação do acesso aos cuidados de saúde mental;
- b) o treinamento de profissionais da atenção primária na identificação dessas situações;
- c) o manejo dos problemas mais comuns de Saúde Mental.

Nesta análise, essa e as outras referências podem ser entendidas como interconectadas. Por exemplo, a atenção primária como conceitual teórico implica na leitura da concepção de saúde e os seus determinantes, segundo Starfield (48). Para ela, o olhar a saúde se refere aos indivíduos e a população, entendendo que a saúde de uma comunidade é determinada pelas suas características ambientais e sua população, incluindo relações, condições sociais, econômicas, de educação e de oportunidades de trabalho (48).

Vale lembrar que o modelo de APS brasileiro chamado ESF busca através de suas ferramentas de trabalho a ampliação do acesso da população aos cuidados em saúde, especialmente as mais prevalentes ou comuns, a metodologia de adscrição de 3500 por equipe promove o acesso pelo cadastramento das pessoas do território. Além disso, é possível entender que a oferta de cuidado continuado pela busca ativa estabelece entre a equipe e a comunidade uma relação (50).

Segundo Starfield (48), um sistema estabelecido deste modo pode ameaçar os objetivos de equidade, pois nenhuma sociedade possui recursos ilimitados para fornecer serviços de saúde. A atenção subespecializada é mais cara do que a atenção primária e, portanto, menos acessível para os indivíduos com menos recursos poderem pagar por ela. Além disso, os recursos necessários para a atenção altamente técnica orientada para a enfermidade competem com aqueles exigidos para oferecer serviços básicos, especialmente

para as pessoas que não podem pagar por eles (48).

A crítica ao sistema fragmentado se desdobra no olhar da oferta de cuidado seguindo a mesma racionalidade. Neste sentido, com o intuito de integrar as ações em saúde algumas reformas curriculares importantes vem sendo propostas com ase no modelo de Medicina Integral:

A ideia era criar novos currículos, transformando as escolas médicas em produtoras de médicos com atitudes menos reducionistas e menos fragmentárias, médicos que fossem capazes de apreender seus pacientes e suas necessidades de modo mais integral. As propostas de reforma curricular da medicina integral tomaram dois eixos básicos. De um lado, tratava-se de modificar radicalmente a acepção do que era básico, quer pela introdução de outros conhecimentos relativos ao adoecimento e à relação médico paciente, bem como relativos à sociedade e aos contextos culturais, quer pela valorização da integração desses conhecimentos básicos na prática médica (51).

Dessa perspectiva são repensadas as referências fundamentais aos médicos especialistas em atenção primária ou médicos de família e comunidade (MFC). Para Anderson e Rodrigues (52), esta especialidade que tem como campo de atuação primordial a atenção primária, este deve desenvolver competências que não estão situadas no plano da racionalidade biotecnológica que privilegia a dimensão fisiopatológica das doenças. Para a autora citada:

[...] é fundamental desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes que capacitem o MFC para abordar as pessoas e seus processos de saúde-adoecimento enquanto fenômenos complexos, com sentidos e significados, condicionados pelo entrelaçamento de fatores de diferentes dimensões. Ou seja, torna-se necessário desenvolver competências centradas em nova racionalidade, reconhecidas como o paradigma da integralidade biopsicossocial (52).

Assim, neste estudo foram associadas às duas leituras sobre a integração de processos: uma que considera a integração dos processos em primeiro plano, que é a do modelo brasileiro de matriciamento; e uma segunda que aborda as experiências sobre o assunto na literatura científica produzida por países de língua inglesa e que consideram essa perspectiva de trabalho importante para o cuidado de situações prevalentes nesse cenário (53), incluindo questões relacionadas à continuidade de cuidado (54) e sobre os modelos de intervenção psicossocial oferecidos (55). Isto é, enquanto uma discute de forma mais abrangente o sistema de saúde, a segunda, talvez por se situar em sistemas mais estáveis, como é o inglês, busca a melhoria da oferta de cuidado em saúde mental na atenção primária.

Embora as duas primeiras perspectivas conceituais que são o MHgap e a AP possam

se parecer se bastante elas são diferentes. Para a leitura do problema desta tese, foi considerado que seus focos atuação se complementam, pois primeira se situa no campo da macropolítica e trata de aspectos relacionados aos direitos humanos e perspectivas globais sobre o assunto, e a segunda diz respeito à organização micropolítica do cuidado em saúde no contexto citado do ponto de vista da oferta do cuidado em saúde e suas ações.

O diálogo e a tensão que o encontro que esses dois referenciais promovem na estruturação das bases conceituais dessa tese têm como resultado o cuidado em saúde mental na atenção primária. Isto, mais do que a soma dos dois movimentos, evidencia aspecto sobre a importância do trabalho em colaboração entre dispositivos e profissionais de saúde mental e de atenção primária. O matriciamento no cenário e práticas, onde fora estudado, tem como recorte conceitual a abordagem comunitária de populações e lugares vulneráveis do ponto de vista socioeconômico.

A terceira referência usada é “Saúde Mental na Atenção Primária”. Esta integra as duas primeiras em prática multidisciplinar. O que o encontro de diferentes saberes no cenário da APS de base comunitária pode promover, através da sobreposição de diferentes concepções do cuidar em saúde um olhar ao sofrimento emocional não mais centrado apenas na doença, ou dados de prevalência, pelo processo de integração de diferentes saberes fazeres o cuidado de cuidado em saúde mental na atenção primária é centrado na pessoa (56).

Isto é, o olhar centrado na pessoa converge com um importante aspecto discutido pelo MHgap, defensor do combate ao estigma do sofrimento mental em contextos vulneráveis (LAMIC) na compreensão da busca de cuidado e acesso (57).

Ou seja, a Saúde Mental na Atenção Primária, do mesmo modo, visa favorecer o acesso das pessoas em situação de vulnerabilidade psicossocial e sofrimento emocional através da ampliação do olhar das equipes de referência, bem como no desenvolvimento de ações de cuidado que se estabelecem nesse processo. O encontro presencial desses profissionais e a reorientação de trabalho conjunto integram os diferentes olhares para o sofrimento bem como amplia construção de redes de cuidado (58).

Assim, mesmo que a integração de saberes em saúde possa ocorrer pelo olhar que nos embasa pelas competências da atenção primária e pela oferta de cuidado ao sofrimento mental no território, a integração de saberes tem como pano de fundo contexto onde a oferta de serviço integrada acontece no território de moradia do usuário. Ou seja, como a abordagem comunitária é entendida pela comunidade também é ponto em questão.

Por isso, embora possamos considerar que a princípio a oferta tenha como intenção propiciar esse olhar integral, a compreensão de como a população entende isso tudo é o outro

lado da moeda que este estudo buscou analisar. Deste modo, o que inicialmente tinha como lente a perspectiva da avaliação dos profissionais incorporou-se uma análise com duplo sentido como diz Ayres (59) sobre a dupla tarefa hermenêutica. Isto é:

De um lado é preciso compreender os discursos tecno-científicos hoje operantes na saúde; fazer sua hermenêutica para identificar onde e como propiciam ou obstaculizam a humanização. De outro lado, é preciso construir saberes que possam responder as novas necessidades de conhecimento e de tecnologias reclamadas pela expansão de horizontes normativos propostos com a humanização; fazer uma hermenêutica das relações entre saúde e os projetos de felicidade dos indivíduos e comunidades de que buscamos cuidar.

Dessa perspectiva, que coloca em contraposição a ideia de sofrimento a de felicidade, é relevante considerar que o que vem sendo chamado de *sofrimento emocional* é uma categoria de pensamento que aqui engloba tanto a ideia de *sofrimento psíquico* que se apresenta fenomenologicamente de diferentes modos tais como: dores físicas, queixas médicas inexplicáveis ou conflitos pessoais internos bem como o *sofrimento mental* expresso por conjunto de sinais e sintomas que levam ao diagnóstico de processos de adoecimento denominados transtornos mentais comuns ou severos.

Concluindo, as referências teórico-conceituais utilizadas e desenvolvidas pela experiência de matriciamento em saúde mental na Área Programática 2.2 da cidade do Rio de Janeiro englobam aspectos sobre o sistema de saúde, oferta de cuidado, integração dos processos estabelecidos nessa oferta, mas, sobretudo, a percepção de quem vive esses processos.

Com fins pedagógicos, essas referências que se tangenciam foram agrupadas em uma matriz segundo seu foco de ação, estratégias utilizadas e suas ferramentas de apoio (Quadro 1, a seguir).

Quadro 1 - Síntese das Bases Teórico-Conceituais do Cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária

<b>Conceitos</b>	<b>Focos da ação</b>	<b>Perspectivas teórico-conceituais</b>	<b>Ferramentas</b>
<i>Global Mental Health Gap</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lacuna de cuidados em saúde mental</li> <li>• Acesso</li> <li>• Direitos Humanos</li> <li>• Visão Macropolítica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integralidade</li> <li>• Atenção de base comunitária</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educação Permanente de Profissionais não Especializados</li> <li>• Trabalho em Colaboração</li> </ul>
Atenção Primária	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado da população adscrita</li> <li>• Problemas mais prevalentes</li> <li>• Acesso</li> <li>• Visão Micropolítica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integralidade</li> <li>• Atenção de Base Comunitária</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Busca ativa</li> <li>• Coordenação do Cuidado</li> <li>• População Adscrita</li> </ul>
Saúde Mental na Atenção Primária	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliar o olhar das Equipes de Atenção Primária para Cuidado do Sofrimento emocional e situações de Vulnerabilidade Psicossocial</li> <li>• Acesso</li> <li>• Lacuna de cuidados</li> <li>• Cuidado da população adscrita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integralidade</li> <li>• Atenção de Base Comunitária</li> <li>• Inter/ Transdisciplinaridade</li> <li>• Cuidados colaborativos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Matriciamento em Saúde Mental</li> <li>• Construção de Redes</li> <li>• Educação Permanente de Profissionais não Especializados</li> <li>• Busca ativa</li> <li>• População adscrita</li> <li>• Coordenação de cuidados</li> </ul>

Fonte: A autora, 2017.

## 2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

By this time she had found her way into a tidy little room with a table in the window, and on it (as she had hoped) a fan or two or three pairs of tiny White kid-gloves: she took up the fan and a pair of the gloves, and was just going to leave the room. When her eye fell upon a little bottle that stood near the looking-glass. There was no label this time with the words "DRINK ME", but nevertheless she uncorked it and put it to her lips. "I know something interesting is sure to happen," she said to herself, whenever I eat or drink anything: so I'll just see what this bottle does. I do hope it'll make me grow large again, for really I'm quite tired of being such a tiny little thing!

*Lewis Carroll*

Qualquer que seja a técnica específica de intervenção eleita, todo trabalhador da equipe na sua organização tem que garantir continuamente algumas atitudes básicas em relação à comunidade (atitude ou participação), em relação aos membros da equipe (atitude de integração) em relação ao paciente (atitude solidária e afetiva, psicoterapêutica, reabilitatória e farmacológica).

*Sarraceno, Asioli, Tognolli*

### 2.1 A integração do cuidado em saúde mental na atenção primária: atualização da revisão bibliográfica (2010- 2016)

O objeto deste estudo vem sofrendo mudanças na medida em que as práticas de cuidado em saúde na atenção primária são experimentadas. Deste modo, rever na literatura as publicações disponíveis nos últimos anos apontou avanços das questões do trabalho em colaboração pela sua prática, especialmente após a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O que é o NASF ? E por que é importante a retomada das leituras sobre o apoio matricial a partir deste marco institucional?

Os NASF foram criados através da Portaria 154(23), em 2008, como dispositivos de saúde que visavam no campo da atenção primária aumentar a resolutividade das equipes de ESF. Seu processo de trabalho é construído com base na ideia de colaboração. Na composição das equipes NASF há uma gama de profissões como: farmácia, nutrição, educação física, psicologia, psiquiatria, fonoaudiologia, serviço social, terapia ocupacional, entre outras.

Pela Portaria, é recomendada a participação de, pelo menos, um profissional de saúde mental devido à sua prevalência no território. Existem três tipos de NASF que são desenhados segundo a cobertura populacional e a carga horária agrupada por profissionais. Além disso, esse desenho contém ações que podem ser conjuntas ou específicas de cada profissão. O nome da relação entre as equipes NASF e de ESF é apoio matricial. Esse apoio tem como objetivos:

- a) ampliar de escopo, melhoria em ambiguidades e correção de desvios e diretrizes, para que os NASFs tenham efetividade e além de apoiar às equipes de SF, realizar a operacionalização de serviços especializados ambulatoriais no SUS no âmbito da atenção primária reduzindo o número de encaminhamentos e trabalhando na lógica do território (60);
- b) transformar as organizações de trabalho previstas para criar maiores condições para o trabalho compartilhado (61);
- c) rediscutir a noção de matriciamento entre os pares profissionais e institucionais, bem como usuários em nome do fim do equívoco da dissociação entre papéis da gestão e controle social daqueles da atenção e formação no campo da saúde (62).

A gestão do trabalho interdisciplinar pelo encontro entre duas ou mais equipes de saberes pós-NASF é um arranjo organizacional mais complexo do que somente o matriciamento em saúde mental, pois inclui às ações específicas, as ações coletivas de assistência, prevenção e promoção de saúde também de outras profissões. Além disso, uma das intenções desse arranjo é de aumentar a capacidade das mesmas em resolver os problemas também a de reduzir encaminhamentos desnecessários para o nível de cuidados secundários em saúde.

A proposta, liderada por um grupo de profissionais de saúde e intelectuais do interior do Estado de São Paulo, ligados à Universidade de Campinas, visava uma reorganização transdisciplinar do trabalho em saúde com essas equipes como um novo arranjo que simultaneamente: 1) estimulasse no cotidiano a produção de novos padrões de inter-relação entre equipe e usuários, que 2) ampliasse o compromisso dos profissionais com a produção de saúde e que 3) quebrassem obstáculos organizacionais à comunicação (20).

Essa definição de apoio matricial, através da prática em si, vem se expandindo e engendrando processos de trabalho interdisciplinares e conjuntos.

Por exemplo, em estudo também realizado na cidade de Campinas, foi observada a



redução de encaminhamentos indiscriminados para outros níveis assistenciais e o aumento da resolutividade do cuidado em saúde mental na atenção primária, em processo com impacto nas relações políticas e assistenciais em saúde mental (63). Ou em, em estudo feito no estado do Ceará, na cidade de Sobral (64), foi apontado que a prática do apoio matricial na atenção primária favorecia o acesso dos usuários em sofrimento mental ao sistema e ampliava a participação e tomada de decisão dos profissionais não especializados.

Como já foi dito no item anterior, historicamente esses processos aconteceram concomitantemente, porém, com evoluções históricas distintas e por isso as possibilidades de leitura sobre essa ação, cujo nome é o mesmo, isto é matriciamento, podem ser diversas. Nesta tese, o foco escolhido foi a prática de trabalho integrado entre profissionais de saúde mental, psiquiatras e psicólogos, e médicos generalistas para o cuidado a usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), atendidos na Atenção Primária chamada Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A inclusão dessa proposta tem como base a ideia de compartilhamento e integração de saberes. Essa ação prescinde do encontro entre uma equipe de referência e do apoiador matricial, tal como diz Campos (33):

O apoiador matricial é um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, mas que pode agregar recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso. O apoio matricial procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores.

Desta perspectiva, o matriciamento, que enquanto metodologia acontece inicialmente em práticas de gestão e integração de serviços, pode ser entendido a partir da portaria que cria os NASF como uma oferta oficializada e não mais apenas pactuada apenas entre serviços e trabalhadores. Sua publicação teve impacto também nas orientações dadas pelo Ministério da Saúde para os processos de integração entre a saúde mental e atenção primária/básica. Ou seja, Após a criação da portaria dos NASF algumas recomendações nacionais foram feitas através dos Cadernos de Atenção Básica (CAB). Estas publicações são norteadores das práticas de trabalho do SUS. Desta coleção oficial, três documentos foram considerados relevantes para este estudo:

- a) o CAB 29(65), publicado em 2009, orientando sobre as diretrizes gerais do NASF;

- b) o CAB 34 (66), publicado em 2013, orientando sobre a saúde mental na atenção primária;
- c) o CAB 39 (67), publicado em 2014, orientando sobre as ferramentas de trabalho do NASF.

Por tratar-se de uma oferta de serviço em pleno desenvolvimento em todas as regiões do país, esta análise retoma como passo seguinte o levantamento de publicações, também em português, sobre essa metodologia de organização de processo de trabalho que vem sendo chamada de matriciamento. A atualização demonstra que nos últimos anos o número de publicações sobre a integração entre equipes e profissionais com formações diferentes e objetivos comuns aumentou e se diversificou.

Os critérios usados para o levantamento dos artigos sobre esse assunto foram a busca em base de dados virtual (BIREME) de artigos escritos em português e com livre acesso. Os unitermos foram: Saúde Mental, Atenção Primária ou Atenção Básica, e Apoio Matricial ou Matriciamento.

Foram encontrados 14 artigos sobre pesquisas e experiências brasileiras neste âmbito. O recorte no tempo foi de 2011 a fevereiro de 2017. Embora a saúde mental tenha sido usada como palavra chave nesta busca, alguns textos de outras disciplinas apareceram entre os selecionados. Neste caso, a leitura dos mesmos, mesmo quando não tocavam diretamente questões de saúde mental, focou desta tese, favoreceu a exploração de aspectos novos sobre o trabalho de apoio matricial.

Para sua melhor descrição os textos foram agrupados em categorias segundo a ênfase observada no processo de integração:

- a) **Saúde mental no processo de trabalho coletivo da equipe do NASF:** nos textos onde essa apresentação foi observada a leitura dos mesmos explorou as interfaces que o NASF, enquanto equipe multidisciplinar, tem como foco o campo da saúde mental na atenção primária. Os artigos que abordavam esses aspectos traziam a questão do apoio matricial em saúde mental do ponto de vista da equipe interdisciplinar, considerando a integração de processos conjuntos;
- b) **Matriciamento em saúde mental pelas profissões específicas:** este segundo grupo de artigos apresentou questões específicas de matriciamento em saúde mental com ou sem o NASF. Neste caso foi observada a

descrição do matriciamento por diferentes profissões tais como: psicologia, psiquiatria, fonoaudiologia e nutrição ou ainda de diferentes serviços;

- c) **Matriciamento de situações prevalentes por profissões não específicas:** nesta categoria embora algumas dessas leituras sobre o trabalho de apoio matricial entre o NASF e a ESF não seja específico em saúde mental, vale observar que pensar sobre a integração dos processos de trabalho dessas equipes podem ser úteis na discussão da integralidade do cuidado. Por exemplo: a abordagem nutricional com base na clínica ampliada e do conhecimento do território (68) que coloca frente a frente aspectos como adesão às orientações em saúde nutricional e potenciais dificuldades em correspondê-las tendo em vista variáveis socioeconômicas, clínicas e epidemiológicas. A categoria aponta que a especificidade do NASF, ou de ações matriciamento, é a de atender a demanda identificada pelas ações da ESF. Neste caso, a ideia de apoio matricial não é exclusiva de ações de saúde mental. Ela evidencia a integração de diferentes processos de cuidado em um único cenário;
- d) **Matriciamento como facilitador da construção de redes de cuidado:** algumas leituras que evidenciam o papel do matriciamento para a construção de rede de atenção entre a APS e serviços especializados, por exemplo, para o cuidado das DSTs e AIDS. Neste caso, o estudo identificado lembra que tradicionalmente estas situações eram acompanhadas ambulatorialmente. Em contrapartida hoje, em razão de dados de prevalência, a APS, que acompanha as doenças crônicas no território, é também responsável. A discussão sobre descentralizar o cuidado a estes usuários dos ambulatórios de especificidades tem tensionado as dificuldades e as potencialidades da rede. Duas situações parecem ser frequentes na problematização da construção de rede entre a APS e ambulatório. A primeira quando equipes incompletas e com alta rotatividade dos profissionais podem fragilizar a relação com os usuários, e a segunda quando a presença da equipe no território reduz o caminho do usuário à porta de entrada do sistema ampliando o acesso. O estudo considera que as capacitações em articulação com o apoio matricial mostraram-se como importantes estratégias para auxiliar na mobilização em direção à mudança;

- e) **Matriciamento de situações complexas:** mais um aspecto relevante nessa revisão foi quanto ao papel do apoio matricial na construção de redes onde há a necessidade de cuidados intensos e específicos de saúde mental. Um dos artigos identificados comenta a relevância da integração entre a atenção primária e um centro de diálise no acompanhamento de pacientes renais crônicos. O estudo desenvolvido em Fortaleza considera que a lacuna de cuidados entre esses dois níveis de atenção é uma barreira de acesso ao usuário, podendo comprometer avanços no plano da integralidade. O matriciamento nesse sentido é compreendido como proposta viável para a articulação das ações entre os níveis da atenção no cuidado do portador da Doença Renal Crônica ou seus fatores de risco (69);
- f) **Matriciamento de situações complexas de saúde mental:** os artigos que abordam essa integração entre os dispositivos de cuidado CAPS e ESF consideram que a parceria entre esses dois serviços de saúde inovação das abordagens psicossociais pela assistência compartilhada entre equipe, familiares e usuários, bem como abrir caminhos que viabilizam a redes de cuidados em saúde mental a partir de casos. A aproximação efetiva com o território também é aspecto apontado favorecendo o acesso e resolutividade do cuidado.

A partir dessas leituras organizadas em categorias sobre a prática de apoio matricial na atenção primária em diferentes especialidades, o que podemos considerar comum e específico sobre o matriciamento em saúde mental na atenção primária?

Diferente das experiências com as DST e usuários renais crônicos, um dos estudos sobre a integração de serviços considera, no campo específico da saúde mental, que o encaminhamento precipitado a um CAPS pode interferir negativamente no cuidado.

Qual a diferença entre a saúde mental e questões de saúde física neste caso?

Entendendo que a construção de vínculo é aspecto importante para o cuidado em saúde mental talvez essa diferença possa ser entendida como uma especificidade das questões de saúde mental trabalhadas na perspectiva do matriciamento (70). Em outras palavras, de acordo com uma dessas experiências apresentadas sobre a prática de matriciamento em Saúde Mental, a relação de confiança se apresenta como ponto crucial. Nossa suposição não exclui que outros problemas de saúde eliminem a necessidade de fortalecimento da relação entre os

usuários e a oferta de cuidado; entretanto, não há como negar que o estigma e outras questões subjetivas podem ser importantes neste trabalho em colaboração.

Em outras palavras, no diálogo sobre a integração entre as ações específicas e multidisciplinares, a discussão sobre a relação de confiança parece ser questão chave na relação usuário e profissionais de saúde para o compartilhamento do sofrimento emocional. A suposição é que neste caso essa relação de confiança possa ser entendida novamente como aspecto específico da clínica em saúde mental no contexto da atenção primária.

Os outros artigos tratam de ações específicas de saúde mental. Estes são descritos por três profissões diferentes: psicologia (71, 72), psiquiatria (73) e fonoaudiologia (74). As questões abordadas se referem às soluções e tensões presentes também na integração dos processos de trabalho. Algumas questões observadas são:

- a) dilemas entre a prescrição do trabalho e o que é possível ser realizado na prática;
- b) tensões na execução do trabalho compartilhado entre gestores e equipes;
- c) a sobrecarga de trabalho;
- d) falta de recursos humanos e de recursos estruturais equipamentos.

O estudo também considera importante que a profissão de psicólogo possa, a partir das experiências de matriciamento, repensar sua identidade profissional e os objetivos de seu trabalho na construção do SUS. O artigo pela especificidade de apoio matricial em psicologia aponta duas concepções de apoio diferentes: uma como troca de saber e a outra como capacitação e supervisão. A primeira é entendida como horizontal entre os profissionais, pois reverte a lógica vertical das organizações de saúde. Nesta, muitos profissionais reconhecem a dificuldade de realizá-lo quando se referem à operação dessas trocas no trabalho. O estudo observa que nesse modelo muitos profissionais falam sobre o que ensinam e poucos falam sobre o que aprendem, sem perceberem o conhecimento que a ESF pode lhes proporcionar. Segundo o mesmo, aqueles psicólogos que consideram que matriciamento é uma prática baseada em relações de cobranças e hierarquias, sustentaram uma atuação voltada unicamente ao atendimento ambulatorial em Psicologia, sendo o especialista o único responsável pelo cuidado em Saúde Mental (71).

A fim de atualizar a leitura do trabalho colaborativo entre a Saúde Mental e a Atenção Primária no Brasil, a revisitar a literatura sobre o assunto depois da criação e implementação dos NASF foi importante para observar que a criação de uma portaria como esta pode ser

fundamental para o apoio de discussões institucionais e a criação de parcerias em favor da construção de redes de cuidado colaborativas.

O levantamento apontou a criação dos NASF, enquanto proposta política, como um marco importante para as práticas colaborativas multidisciplinares em saúde mental descritas na segunda década do século XX. Nesta perspectiva, a influência é a do encontro entre profissões onde ações coletivas e conjuntas são convidadas ao diálogo com as ações de cada profissão.

Além disso, o cenário desta perspectiva em termos de cobertura populacional deve considerar que hoje a cobertura nacional que hoje atinge em torno de 50% da população (75, 76) tem sido potencialmente cliente dessa oferta de trabalho de matricial.

Hoje, no Brasil, as equipes de apoio matricial em saúde mental tem sido criadas como importante recurso adicional de cobertura já implementada de ESF nos 5570 municípios brasileiros (77). Isto é, seja pelo dispositivo de apoio constituído como NASF, ou simplesmente pelo apoio matricial de saúde mental para o cuidado das situações identificadas na atenção primária e que são específicas de saúde mental.

Em outras palavras, as experiências de matriciamento entre a APS e outras especialidades vividas pelos profissionais estudados, no período descrito, podem ser consideradas experiências preparatórias para a constituição de um NASF completo(24, 64, 75-78).

Assim, perspectiva de apoio matricial, com ou sem a presença do NASF, após a publicação da portaria e experiências e recomendações nacionais, tem sido amplamente considerada como possibilidade de redução da lacuna da oferta do cuidado em saúde mental, seja para as situações mais prevalentes como ansiedade e depressão; seja para a construção da Rede de Atenção Psicossocial (Portaria nº 3088) (79) que no cuidado dos transtornos mentais graves prescinde da participação do território para a construção da rede de intensividade de cuidados cuja base política são os serviços CAPS.

### 3 OBJETIVOS

“Have you guessed the riddle yet?” the hatter said, turning to Alice again. “No, I give it up,” Alice replied. “what’s the answer”.

*Lewis Carroll*

Uma ação codificada, presidida por uma ação formalizada, ação que não é isolada e que arrasta, ação que se dá em sistema, cujo lubrificante maior passou a ser, talvez, não a produção, mas sim a comunicação, tem o papel fundamental na organização da vida coletiva e na condução da vida individual. Entender todo esse processo torna-se crucial, tanto na interpretação do que a realidade é, como no esforço para mudá-la.

*Milton Santos*

#### 3.1 Objetivo principal

Objetivo principal desta tese é:

Estudar o cuidado em saúde mental na atenção primária através da prática de matriciamento em saúde mental.

#### 3.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos são:

- a) observar através da revisão de literatura científica, publicada em base de dados virtual em língua portuguesa, as nuances sobre compreensão dos processos de integração entre a saúde mental e atenção primária no Brasil;
- b) criar e validar instrumento de avaliação da integração de processos de trabalho de saúde mental e atenção primária;
- c) observar as semelhanças e diferenças de percepção entre gestores e médicos da atenção primária e matriciadores de saúde mental sobre o processo de

integração entre a saúde mental e atenção primária na perspectiva do matriciamento na Área Programática 2.2 da cidade do Rio de Janeiro;

- d) estudar a percepção dos usuários em sofrimento emocional com diagnóstico de ansiedade e depressão sobre a oferta de cuidado em saúde mental na atenção primária;
- e) comparar o olhar dos profissionais envolvidos e usuários sobre o mesmo processo de cuidado.



## 4 MÉTODOS

“Have some wine”, the March Hare said in an encouraging tone.

*Lewis Carroll*

Esse pequeno relato da nossa história sofrerá agora nova guinada. Além do envolvimento, da participação da comunidade – através do Conselho Municipal de Saúde e de suas Plenárias – e de dar continuidade ao que já iniciamos, teremos de desbravar uma “nova velha estrada, com todas as suas sinuosidades”.

*Vania Casé*

### 4.1 Proposta metodológica

O desenho geral do conjunto da investigação sobre a integração da saúde mental e atenção primária na perspectiva do matriciamento, foi uma triangulação de dados que incluiu:

- a) um estudo de revisão de literatura como uma leitura histórico institucional no período pré-histórico da compreensão de que essa oferta de cuidado integrado na atenção primária pode reduzir a lacuna de cuidados em saúde mental;
- b) um estudo quali-quantitativo sobre a percepção dos gestores e profissionais com diferentes olhares sobre o matriciamento, enquanto integração de diferentes ofertas de cuidado com um mesmo fim;
- c) o estudo da narrativa de usuários, que apresentam sofrimento emocional da forma mais comum encontrada na atenção primária, a depressão e a ansiedade, sobre o cuidado oferecido no seu território de moradia.

## 4.2 Questões norteadoras

As questões norteadoras para a integração dos resultados e apresentação da tese foram:

- a) Que referências teórico-conceituais são importantes para a compreensão dos avanços e desafios da integração entre serviços e ações de saúde mental e atenção primária usando a prática do trabalho em colaboração nomeada de matriciamento ao longo do seu desenvolvimento enquanto oferta de cuidado e prática assistencial?;
- b) Qual tem sido o papel do matriciamento em saúde mental na atenção primária para ampliar a capacidade de cuidado em saúde mental?;
- c) Como os usuários em situação de vulnerabilidade psicossocial percebem essa oferta de cuidado no seu território de moradia?

Essas questões foram construídas considerando que o objeto deste estudo tratava-se de um processo envolvendo diferentes serviços, relações de trabalho multidisciplinares e oferta de cuidado em perspectiva diferente da tradicional que oferece o cuidado em saúde mental como especialidade.

## 4.3 O processo de construção da metodologia

A construção deste estudo foi a partir de parceria realizada entre pesquisadores da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e trabalhadores de saúde dos serviços de saúde mental e atenção primária da região onde se localiza a Universidade.

Profissionais de saúde ligados aos serviços da rede pública de saúde ofereciam em associação com a Unidade Docente Assistencial Saúde Mental e Psicologia Médica da FCM/UERJ como modalidade de treinamento em serviço atividades de cuidado em saúde mental e atenção primária nos Centros Municipais de Saúde. O treinamento se iniciou em 2008 com alunos do segundo ano do curso de Pós-Graduação em Psicologia Médica e residentes de psiquiatria da UERJ e do Município.

As atividades eram a de trabalho em colaboração entre os profissionais de saúde mental que iam às unidades de saúde não especializadas para o atendimento conjunto com as equipes não especializadas.

Na medida em que esse processo de trabalho, nomeado de matriciamento em saúde mental foi se expandindo, o Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa em Atenção Primária, também ligado a FCM/UERJ, e com professores da Unidade Docente Assistencial de Saúde Mental e Psicologia Médica implementou projetos de pesquisa para ampliar a compreensão do assunto, o que incluía a avaliação dos serviços e processos de trabalho para o cuidado de problemas de saúde mental, em especial as situações mais prevalentes no contexto da atenção primária.

O estudo sobre *Cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária na Área Programática 2.2 do Município do Rio de Janeiro* foi desenhado a princípio considerando a revisão crítica da literatura publicada sobre o assunto, bem como a necessidade de avaliação do processo de integração entre serviços e trabalhadores com diferentes orientações de cuidado. A avaliação foi construída tendo como perspectiva os conceitos que orientam o trabalho da atenção primária brasileira no modelo chamado Estratégia de Saúde da Família.

O desenvolvimento dessa proposta metodológica apresentada nesta tese inclui a análise de um terceiro banco de dados e a produção de um artigo sobre o assunto do ponto de vista dos seus usuários. Assim foi incluída nessa triangulação de aspectos sobre os processos de integração entre a SM e a APS, a análise sobre as narrativas de mulheres em sofrimento emocional sobre a oferta de cuidado em saúde mental feita pela ESF e o matriciamento em saúde mental.

O desenho metodológico deste estudo, cujo objeto é um processo em construção, buscou comparar as diferentes leituras sobre um mesmo problema, o acesso ao cuidado em saúde mental na atenção primária, a fim de observar se as compreensões de diferentes perspectivas combinam.

Assim, além de estudar a percepção dos profissionais da AP e SM sobre o matriciamento, o espelhamento deste estudo com o de narrativa sobre a opinião dos usuários foi considerado importante para o avanço da compreensão baseada em evidências da oferta de cuidado em saúde mental na atenção primária através do modelo de cuidados colaborativos brasileiro.

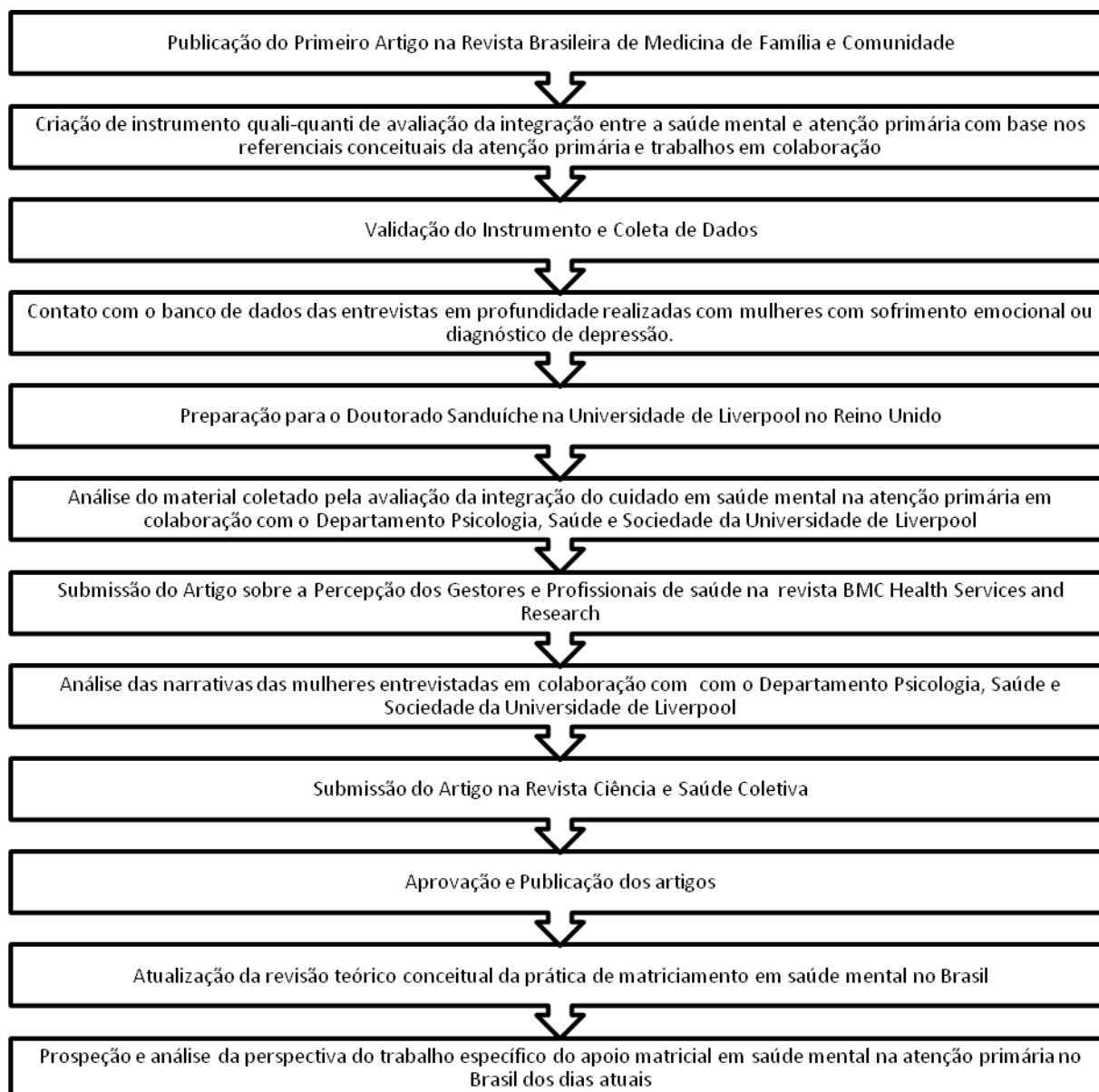
Assim, o estudo da narrativa dos usuários sobre o sofrimento emocional procurou entender como os mesmos buscam ajuda em situação de sofrimento emocional para serem cuidados no lugar onde moram.

Assim, a metodologia desta tese foi construída para compreender se essa oferta de cuidado feita por pesquisadores e profissionais envolvidos, a qual defende que a prática do matriciamento em saúde mental na atenção primária reduz a lacuna de cuidados, converge ou diverge da opinião dos usuários do serviço oferecido.

Estes dois últimos são resultados de trabalho de pesquisa desenvolvido pelas atividades do LIPAPS/FCM/UERJ em parceria com o Professor Christopher Dowrick do Departamento de Saúde Psicologia e Sociedade da Universidade de Liverpool na Inglaterra durante o meu doutorado sanduíche. Essa parceria aconteceu de junho a dezembro de 2016 com o objetivo de fortalecer e analisar o banco de dados brasileiro através do olhar de um centro de pesquisa com tradição em pesquisas quali e quanti. Neste período, a leitura foi realizada através de discussões semanais com o orientador britânico que junto com a orientadora brasileira previu visitas a serviços de saúde britânicos que usassem técnicas de cuidado similares na Inglaterra. Isto permitiu a observação da perspectiva do trabalho integrado entre a saúde mental e atenção primária, ampliando as possibilidades de leitura sobre o assunto: a integração do cuidado em saúde mental nas ações da atenção primária.

O exercício de distanciamento da prática *in loco* da experiência brasileira, bem como a aproximação de outras realidades de uma mesma perspectiva de trabalho em um contexto científico, cultural, político e econômico diferentes foram importantes para a leitura dos dados analisados aqui. Pode-se dizer que embora a proposta inicial metodológica fosse a de um estudo quali-quanti que avaliasse a percepção dos profissionais envolvidos nas atividades de integração entre a saúde mental e a atenção primária na AP 2.2, o processo de construção, organização e análise sofre, ao longo do tempo de estudo, adaptações e ajustes. A Figura 1, a seguir, apresenta as etapas e os desdobramentos dessa construção passo a passo.

Figura 1 - Processo de construção da metodologia da tese



Fonte: A autora, 2017.

#### 4.4 Revisão de literatura

A revisão da literatura se baseou nas recomendações da base Cochrane de revisões sistemáticas qualitativas. Este tipo de análise explora aspectos políticos e práticos das propostas recentes para a saúde com a intenção de levantar de informações históricas e atuais sobre a integração do cuidado em saúde mental na atenção primária. A busca também incluiu a Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS), Base COCHRANE, Scientific

Eletronic Online Library (SCIELO) e Medline para artigos em português ou sobre experiências brasileiras bem como buscas em bases de dados internacionais sobre as referências do MHgap e *collaborative care*. O critério de busca foi artigos de revista que citavam a integração entre os cuidados realizados na atenção básica e saúde mental no Brasil e no mundo.

#### 4.5 Metodologia quali-quantitativa

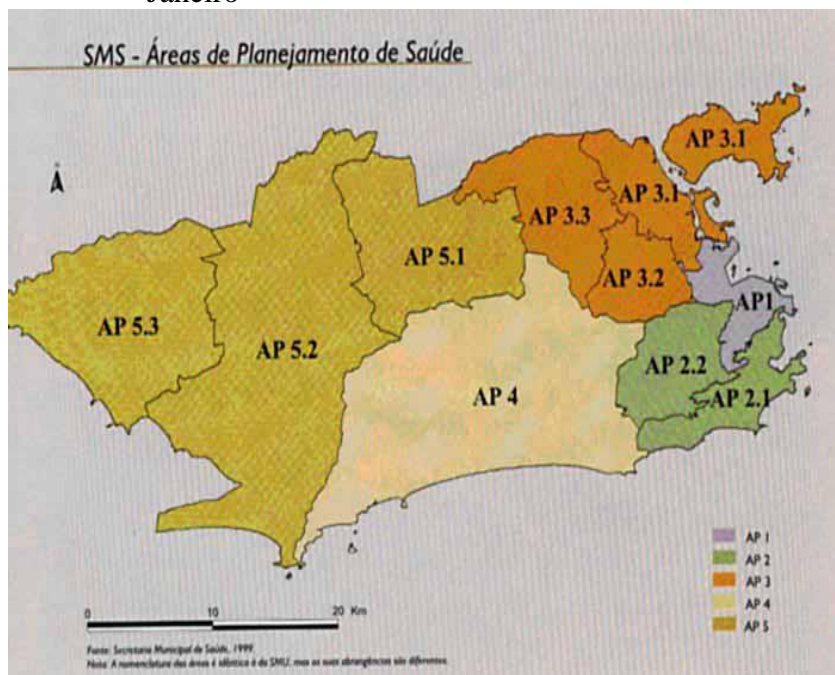
O estudo quali-quantitativo transversal foi desenvolvido a fim de mapear diferentes aspectos da integração entre a saúde mental e atenção primária da perspectiva de gestores e profissionais de saúde envolvidos no processo. Considerando estes profissionais como facilitadores do processo, a pesquisa buscou responder três questões considerando como esses profissionais avaliam suas ações em saúde em vista das referências conceituais usadas na atenção primária e como a experiência deles se dava no campo de atuação:

- a) as percepções dos gestores e profissionais de saúde sobre a implementação da prática de matriciamento em saúde mental no Rio de Janeiro no período estudado;
- b) as similaridades e diferenças entre gestores e profissionais de saúde da percepção sobre o processo;
- c) a integração entre a saúde mental e atenção primária no modelo brasileiro chamado de matriciamento em saúde mental.

##### 4.5.1 Área: AP 2.2

Este estudo foi conduzido na cidade do Rio de Janeiro. Para fins administrativos a cidade é dividida em 10 distritos chamados de áreas programáticas. Cada uma dessas áreas deve prover serviços similares de saúde mental e atenção primária. A divisão está apresentada no mapa a seguir (Figura 2).

Figura 2 - Mapa das Áreas Programáticas da Cidade do Rio de Janeiro



Fonte: Rio de Janeiro (31).

A área programática de realização deste estudo foi a AP 2.2.

Esta área tem 371120 habitantes distribuídos e sete bairros: Alto da Boa Vista, Praça da Bandeira, Tijuca, Andaraí, Grajaú, Maracanã e Vila Isabel.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) desta é similar a de um país de primeiro mundo, isto é torno de 0,9. Todavia, quando dividido por micro áreas, o que inclui as diferenças entre os bairros e dentro dos bairros as diferenças entre as ruas e favelas localizadas nos morros da área, esta região é demarcada por contrastantes diferenças sociais. Esta diferença pode ser observada em estudo de variação das rendas per capita dos moradores da área. De acordo com o último Censo (2010) a renda dos moradores dessa região pode contrastar de \$ 61.12 a 3558.59 (Dólares americanos). Outro indicador que apresenta os contrastes socioeconômicos é o Índice de Desenvolvimento Social (IDS) que varia de 0.7 no Maracanã (altas condições de desenvolvimento) a 0,54 na Praça da Bandeira (precárias condições de desenvolvimento).

A população de moradores de favelas na área fica em torno de 43.000 habitantes. Nelas a percentagem de desenvolvimento social varia de 0.55 (baixa) no Parque Vila Isabel a 0.48 (muito baixa) em uma outra favela da área a comunidade do Casa Branca.

No momento em que este trabalho se desenvolvia no campo para avaliar a prática de oferta de serviço de saúde mental integrado aos serviços de atenção primária na cidade do Rio

de Janeiro estavam sendo implementadas as unidades de polícia pacificadora, 4 destas na área da AP2.2.

Assim, é importante dizer que na mesma área deste estudo unidades de saúde e de polícia pacificadora embora tenham sido implementadas em perspectivas políticas paralelas e com intenções diferenciadas, foram expandidas a partir de 2010, onde a primeira se desenhava como uma política de oferta de acesso aos cuidados em saúde e a segunda como uma política do estado no combate ao tráfico de drogas e violência.

A importância deste contexto fica mais proeminente no artigo em que se discute a opinião dos usuários sobre a oferta de cuidados no seu território de moradia onde a violência aparece fortemente associada ao sofrimento emocional das pessoas entrevistadas.

#### 4.5.2 Serviços de saúde: unidades de atenção primária e serviços especializados

A coleta de dados sobre a percepção dos profissionais de saúde mental e de atenção primária envolvidos nas atividades de integração de cuidados em saúde mental e atenção primária aconteceu em todos os serviços da área. Isto caracterizou o estudo de avaliação como corte-transversal e censitário.

As entrevistas aconteceram em Unidades Tipo A, Unidades Tipo B, Unidade tipo C, ambulatório generalista ligado a Universidade, os serviços de Ambulatório Especializado em saúde mental da área e Centros de Atenção Psicossocial.

As Unidades tipo A se caracterizavam por uma oferta de cuidados em atenção primária exclusivamente no modelo ESF. As unidades tipo B tinham como oferta duas plataformas de atenção primária coabitando o mesmo espaço físico, o que incluía uma parte funcionando no modelo ESF e uma outra no modelo ambulatório generalista. As Unidades tipo B se localizavam nas UBS. Uma das unidades da área naquele momento era considerada tipo C, o que significava a presença de três ofertas de cuidado diferentes: um no modelo ESF, a tradicional oferta ambulatorial generalista e um ambulatório especializado de saúde mental.

Entre os serviços universitários estavam o ambulatório de medicina integral, considerado aqui oferta ambulatorial generalista e a Policlínica Piquet Carneiro com uma equipe de ESF e ambulatório especializado de saúde mental, e o serviço ambulatorial de psiquiatria do Hospital Pedro Ernesto na UERJ. Também foram entrevistados profissionais



dos Centros de Atenção Psicossocial da Área: o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da UERJ e o CAPS álcool e drogas Mané Garrincha.

Deste modo, o Quadro 2 apresenta a relação de unidades onde as entrevistas aconteceram considerando sua inclusão segundo os modelos de atendimento utilizados no espaço da unidade.

Quadro 2 - Serviços de Saúde da AP 2.2

Modelo de Atendimento		Nome da Unidade
1	Estratégia de Saúde da Família	Centro Municipal de Saúde (CMS) Parque Vila Isabel CMS Turano CMS Formiga CMS Casa Branca CMS Borel Policlínica Piquet Carneiro CMS Maria Augusta Estrela
2	Ambulatório não Especializado	Ambulatório de Medicina Integral CMS Maria Augusta Estrela CMS Alto da Boa Vista Policlínica Hélio Pelegrino
3	Ambulatórios Especializados	Ambulatório de Psiquiatria do Hospital Pedro Ernesto Ambulatório de Psiquiatria da Policlínica Piquet Carneiro Policlínica Hélio Pelegrino CMS Heitor Beltrão
4	Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	CAPS Mané Garrincha CAPS UERJ

Fonte: A autora, 2017.

Na análise dos dados sobre as percepções dos profissionais entrevistados e usuários foram relacionadas à oferta metodológica do serviço como modelo de atendimento e não apenas ao tipo de Unidade.

Durante o desenvolvimento do estudo, acontecia na cidade do Rio de Janeiro um complexo processo de substituição de plataformas assistenciais de atenção primária. A expansão assistencial de bases comunitárias substituía a metodologia calcada nas unidades básicas de saúde de cobertura assistencial de 200.000 habitantes para a substituição de equipes de Estratégia de Saúde da Família com metodologia de busca ativa e com o cadastramento de em média 3500 habitantes por equipe. O modelo Estratégia de Saúde da Família tinha como novidade a metodologia de equipes multidisciplinares e a cobertura da população adscrita através de cadastro realizado no território. As equipes de apoio matricial se

inseririam nesse contexto com o objetivo de ampliar a capacidade de resolutividade dessa oferta que levava ao território ao invés de esperar a busca dos usuários pela demanda espontânea.

#### 4.5.3 Participantes: gestores e profissionais de saúde

Participaram voluntariamente desta pesquisa gestores de serviços de saúde mental e atenção primária da área e usuárias de um serviço de atenção primária de base comunitária.

Na primeira fase foram entrevistados todos os profissionais envolvidos nesse processo de construção das práticas de apoio matricial na AP 2.2. Isto incluiu os médicos de família e matriciadores de saúde mental, psicólogos e psiquiatras, bem como todos os gestores das unidades da área. Embora o grupo estudado possa ser considerado pequeno, todos os profissionais envolvidos nesse processo foram entrevistados. Assim, 42 pessoas trabalhando com a perspectiva da construção de práticas de matriciamento neste território foram entrevistadas. Destas, 35 eram mulheres e 7 eram homens. Entre os gestores, 15 eram mulheres e 3 eram homens, entre os profissionais, ou seja, médicos generalistas/ ou médicos de família, psicólogos e psiquiatras 20 eram mulheres e 4 eram homens.

Outros profissionais pertencentes às equipes de ESF como enfermeiros e ACS foram excluídos. As razões foram: a) neste primeiro momento das atividades de matriciamento em saúde mental as atividades eram desenvolvidas principalmente por médicos, psicólogos e psiquiatras; b) apesar da relevância desses outros profissionais no processo, este projeto teve recursos financeiros insuficientes que pudessem incluir outros profissionais dessa força de trabalho. Além do mais, estes profissionais, neste momento, não tinham um envolvimento direto na discussão sobre o matriciamento.

Entre os 18 gestores, observou-se diferentes formações profissionais como: médicos (n=8); enfermeiros (n=6); dentista (n=1); fisioterapeuta (n=1); assistente social (n=1) e psicólogo (n=1). Quanto aos profissionais de saúde do total de 24, 13 eram médicos generalistas, 4 eram psiquiatras e 7 psicólogos.

Após aprovado pelo conselho distrital de saúde e comitê de ética da universidade, esses profissionais foram convidados por e-mail e telefone a participar da pesquisa de modo voluntário. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) aprovado pelo Comitê de Ética (ANEXO). Cada entrevista levou aproximadamente 90 minutos e todas foram gravadas. A coleta dessas informações aconteceu em dois períodos. O

primeiro ocorreu entre setembro de 2011 e janeiro de 2012, no qual os gestores foram entrevistados. O segundo período ocorreu entre dezembro de 2012 e novembro de 2013. Apenas um dos médicos de família da área não foi entrevistado em razão de estar em período de licença. Além disso, é importante ressaltar que devido à falta de recursos financeiros do projeto, o segundo período de entrevistas foi mais longo do que o planejado.

#### 4.5.4 Ferramentas: questionário quali-quanti

Visando a coleta do material deste estudo de tese duas ferramentas foram utilizadas. A primeira foi um questionário semiestruturado criado especialmente para recolher as percepções dos profissionais de saúde envolvidos no processo de matriciamento na área programática estudada.

O questionário de Avaliação do Cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária (APÊNDICE B) construído é dividido em três partes:

- a) a primeira é descritiva e pergunta sobre os recursos estruturais e humanos das unidades onde o profissional entrevistado trabalhava. Esta parte do questionário foi aplicada apenas nas entrevistas com gestores;
- b) na segunda parte do questionário foram construídas perguntas a fim de mapear as percepções do funcionamento dos serviços em relação à integração da saúde mental e atenção primária em diferentes dimensões. Cada uma das dimensões era composta por um grupo de perguntas acerca do assunto tendo como referência os conceitos da atenção primária no modelo da ESF como adscrição, busca ativa e continuidade de cuidado e trabalhos colaborativos entre profissionais, entre serviços do setor saúde e serviços intersetoriais como escola e organizações não governamentais. Assim, as dimensões estudadas foram:
  - acesso: avalia o quanto o profissional entrevistado percebe a chegada do usuário no serviço de saúde,
  - porta de Entrada: avalia o quanto o profissional entrevistado percebe o contato inicial com os usuários do serviço,

- vínculo: avalia o quanto o profissional percebe sua relação confiança com os usuários na oferta de cuidado,
  - recursos Comunitários: avalia o quanto o profissional entrevistado se relaciona através da sua prática de trabalho com outras instituições de saúde ou outros setores,
  - trabalho em colaboração: avalia o quanto o profissional entrevistado considera realizar o trabalho em colaboração com outros serviços e setores na sua prática cotidiana,
  - problemas de saúde mental: avalia a percepção do profissional entrevistado sobre o quão frequente problemas de saúde mental se apresentam para o cuidado em seu serviço,
  - foco familiar: avalia a percepção do profissional entrevistado sobre o enfoque dado a questão familiar no seu processo de trabalho,
  - registros dos problemas de saúde mental: avalia a percepção o do profissional entrevistado sobre a pertinência dos registros em saúde mental na sua unidade de atuação,
  - educação permanente: avalia a percepção o do profissional sobre o seu interesse em atividades de treinamento e capacitação para trabalhar o cuidado em saúde mental e atenção primária;
- c) na terceira e última parte do questionário a pergunta é aberta. Ela inquiri sobre aspectos negativos e positivos dessa integração considerando as experiências de matriciamento desenvolvidas.

O mesmo material foi traduzido para a língua inglesa em razão da publicação (APÊNDICE C)

A construção desse material foi inspirada em outros instrumentos já validados que são:

- a) *Primary care assesment tool* (PCATOOL) criado para avaliar o trabalho da atenção primária (51);
- b) o segundo é a versão brasileira do PCATOOL e adaptada ao contexto Brasileiro (14);
- c) e a Terceira é um questionário desenvolvido para avaliar práticas multidisciplinares (80).

Como resultado, o questionário tem 185 questões divididas em diferentes dimensões conforme já apresentado. Todas as alternativas foram apresentadas em escala Likert indo de 1 (não ou nunca), 2 (quase nunca), 3 (às vezes), 4 (quase sempre) a 5 (sempre).

A escala de problemas de saúde mental, para avaliar a percepção desses profissionais sobre questões de saúde mental baseadas em diagnósticos comuns na atenção primária variou de 0 (não ou nunca), 1 para problemas compreendidos como pouco frequentes, 2 para problemas compreendidos como média frequência a 3 para os problemas compreendidos como bastante frequentes. Além disso, algumas escalas consideradas eram abertas para a inclusão de 1 a 3 exemplos.

No final do questionário, como já fora citado, havia uma questão aberta considerando a experiência dos profissionais sobre o matriciamento.

A fim de validar o instrumento desenvolvido foi realizado estudo piloto, realizado em duas etapas. Primeiro, estudantes de graduação aplicaram o questionário em situações similares ao setting do estudo a fim de elucidar questões relacionadas à linguagem utilizada e ao tempo de aplicação. Pequenos problemas foram analisados como a adequação de termos, a elucidação destes durante a entrevista para a clareza do entrevistado quanto a pergunta e o tempo de realização do questionário.

Na segunda etapa do piloto, as mesmas questões foram analisadas por uma equipe de profissionais da área, professores e profissionais de outros territórios de atuação. Nesta etapa da aferição do instrumento as entrevistas foram aplicadas novamente pelos pesquisadores do projeto a fim de que os mesmos pudessem verificar as questões anteriores e treinar a aplicação do questionário.

A coleta de dados foi iniciada com o grupo de gestores da área. Após essa etapa, foi realizada análise estatística a fim de validar ou não o instrumento criado.

A análise Alpha Crombach foi feita para todo o questionário e separada pelas dimensões. A consistência interna do questionário teve como resultado final um valor considerado aceitável de 0,730 (p-valor 0,000).

Quanto ao cálculo das dimensões foi observado que:

- a) a consistência interna para a categoria acesso foi de ( $\alpha = 0.495$ ), considerada como inaceitável;
- b) os itens Porta de Entrada ( $\alpha = 0.649$ ) e Recursos Comunitários ( $\alpha = 0.662$ ) foram classificados como questionáveis;

- c) os itens Confiança ( $\alpha = 0.729$ ), Trabalho em Colaboração ( $\alpha = 0.764$ ) e Problemas de Saúde Mental ( $\alpha = 0.762$ ) foram classificados como aceitáveis;
- d) o item Foco Familiar ( $\alpha = 0.852$ ) foi classificado como bom;
- e) e os itens Intervenções de Saúde Mental na Atenção Primária (0.909), Registros de Intervenções em Saúde Mental ( $\alpha = 0.912$ ) e Educação Permanente de Saúde Mental na Atenção Primária ( $\alpha = 0.882$ ) foram classificados como excelentes.

#### 4.5.5 Análise: estatística e comparativa

A análise quali-quantitativa sobre a percepção dos profissionais entrevistados foi feita considerando as diferentes funções e o design do serviço

Os dados foram analisados com o pacote estatístico SPSS (versão 17.0). O teste não paramétrico Mann-Whitney não-paramétrico foi usado para comparar as percepções dos gestores e profissionais de saúde nas dimensões estudadas.

A segunda comparação considerou as diferentes percepções enquanto gestores segundo os serviços onde trabalhavam. O teste não paramétrico utilizado foi Kruskal-Wallis. A comparação foi feita entre quatro tipos de serviços conforme o Quadro 2 já apresentado anteriormente: Estratégia de saúde da Família, Ambulatórios não especializados, Ambulatórios especializados e Centros de Atenção psicossociais. Os dados numéricos foram calculados com base nas repostas de cada sessão. Os valores perdidos não foram excluídos, mas substituídos pelos valores médios.

As hipóteses consideradas neste estudo foram:

- a) hipótese 1. A opinião de gestores e profissionais de saúde diverge quando avaliam a integração entre a saúde mental e atenção primária;
- b) hipótese 2. A opinião dos gestores diverge entre si quanto à avaliação da integração entre a saúde mental e atenção primária, segundo a oferta do serviço no qual o profissional está alocado.

#### 4.5.6 Análise qualitativa

Os dados foram lidos a partir de uma *framework* (81). Isto facilitou no processo de análise temática (82), o agrupamento das ideias acerca dos aspectos positivos e negativos do matriciamento em saúde mental na construção das categorias de pensamento surgidas. Essa análise foi processada usando as mesmas dimensões do método quantitativo como um filtro. Para interpretar os dados, as entrevistas foram repetidamente lidas e escutadas. Assim as ideias em torno das questões norteadoras foram anotadas e códigos desenvolvidos usando o método da análise temática. Em seguida foram reagrupados de acordo com a natureza, extensão, repetições de modo que esses códigos foram organizados em amplos temas, os quais foram revisados. A discussão entre três pesquisadores (uma psicóloga, um médico de família e uma psiquiatra) ajudou a processar os dados de acordo com as ideias mais proeminentes. Embora este seja um assunto importante em termos de organização de sistemas de saúde e processo de trabalho, nesta análise o estudo compreendido como exploratório em razão da falta desse tipo de pesquisa neste campo em país em desenvolvimento. Especificamente no Brasil trata-se de um estudo que pode ser de suma importância para o desenvolvimento do SUS, dado que esse processo de trabalho vem sendo implementado em aproximadamente 5000 municípios brasileiras, espalhadas pelo país. Por isso, os temas trabalhados em categorias foram organizados em metodologia que características indutivas (83).

#### 4.5.7 Mistura de métodos (*mixed-method*) (84, 85)

Nesta fase a integração entre esses dois métodos foi organizada em uma nova *framework* a partir de três questões-chave inicialmente colocadas aqui, e que são:

- a) as percepções dos gestores e profissionais de saúde sobre a implementação da prática de matriciamento em saúde mental no Rio de Janeiro no período estudado;
- b) as similaridades e diferenças entre gestores e profissionais de saúde da percepção sobre o processo;

- c) e as perspectivas do trabalho de integração entre a saúde mental e atenção primária no modelo brasileiro chamado de matriciamento em saúde mental.

Isto é os resultados dos resultados quali e quanto foram comparados usando essas mesmas perguntas para a verificação dos aspectos convergentes e divergentes em cada uma delas, segunda cada um dos métodos.

#### 4.6 Metodologia qualitativa

O design desse estudo qualitativo foi construído para explorar as narrativas sobre o sofrimento emocional e busca de cuidado de mulheres com ansiedade e depressão, incluindo os serviços de atenção primária onde existiam equipes de matriciamento em uma favela do Rio de Janeiro. A fim de identificar as experiências delas sobre isso três questões norteadoras foram consideradas:

- a) os links entre o sofrimento emocional e o contexto local onde vivem;
- b) as fontes de cuidados baseados na comunidade;
- c) lições dessas narrativas na organização de cuidados de base comunitária de saúde mental na atenção primária.

##### 4.6.1 Área: Morro dos Macacos

O estudo realizado em favela localizada dentro do bairro de Vila Isabel. É importante apontar trata-se de uma região com contrastes social importante. Na comparação dos IDS Morro dos Macacos tem como índice 0,55, o que é considerado baixo, enquanto o bairro onde se localiza tem um índice considerado médio 0.67. Vale apontar que de acordo com o índice de desenvolvimento humano, a favela se localiza em região com bairros com índice de países de primeiro mundo (0.9). O Rio de Janeiro como cidade de localiza também neste nível e através desse índice é considerado como uma cidade rica (0.799).



Assim, esta área, similar a outras da cidade onde as concentrações de pobreza ficam nos morros, é evidenciada a situação de vulnerabilidade psicossocial com a presença de violência local, tráfico de drogas e facções criminosas.

#### 4.6.2 O serviço: Centro Municipal de Saúde Parque Vila Isabel

Desde 2006, o Morro dos Macacos tem uma unidade de atenção primária no modelo Estratégia de Saúde da Família chamada Parque Vila Isabel. A Unidade tem três equipes cobrindo a área. Em 2008, as ações de matriciamento se iniciaram nesta favela com o objetivo de trabalhar junto aos médicos da área a fim de facilitar o acesso aos cuidados de saúde mental. Isso acontecia através de encontros regulares. O grupo de mulheres foi desenvolvido a partir dessa ação integrada entre os matriciadores de saúde mental e as equipes. Trata-se de um grupo para pacientes com sofrimento emocional, incluindo Transtornos mentais comuns. A atividade era liderada por um ACS e apoiada por um psicólogo facilitador da equipe de matriciamento.

#### 4.6.3 Participantes: mulheres em sofrimento emocional com diagnóstico de ansiedade e depressão

Na etapa onde o estudo focava a compreensão dos usuários sobre a oferta do cuidado em saúde mental em uma unidade que usasse o modelo de atenção primária ESF com a presença de matriciadores, o grupo estudado foi o de mulheres (18 a 80 anos) diagnosticadas com transtornos mentais comuns em um estudo precedente: Avaliação do tratamento da depressão na atenção primária na área programática 2.2 na cidade do Rio de Janeiro em 2011 ou na seleção para o grupo de suporte para mulheres com este perfil na Clínica da Família localizada no território onde o estudo ocorreu. Neste caso, o CMS Parque Vila Isabel localizado no Morro dos Macacos.

#### 4.6.4 A ferramenta: entrevistas em profundidade

Esta escolha de ferramenta já elaborada com perguntas sobre sofrimento emocional e a compreensão da oferta de cuidados em saúde mental pelo médico generalista se deu a partir da compreensão de que o campo em estudo ainda em exploração para ser compreendido melhor necessitava de escuta sobre a perspectiva dos pacientes- usuários dos serviços de atenção primária. O modelo de entrevista semiestruturada cobria seis tópicos desenvolvidos em um estudo qualitativo sobre a visão dos pacientes com ansiedade e depressão. Este estudo foi publicado por Kadam et al. (86). As questões foram sobre: experiências com sofrimento emocional e a compreensão dos mesmos sobre a oferta de cuidado em saúde mental por um não especialista.

As perguntas desenvolvidas neste trabalho foram traduzidas para o português e se dividem em dois momentos: um primeiro sobre a compreensão do sofrimento emocional do entrevistado e, um segundo, sobre a compreensão sobre a oferta de cuidado pelo médico não especialista, conforme o Quadro 3.

Quadro 3 - Entrevista em profundidade

<b>Primeira parte</b> <b>Compreensão do sofrimento emocional</b>	<b>Segunda parte</b> <b>Compreensão da assistência ao sofrimento emocional</b>
<p>Quando você adoece como você se sente emocionalmente?</p> <p>Como você entende isso que você disse que sente (referindo-se aquilo que a pessoa disse que sente na pergunta anterior)? Que nome você dá para isso que você sente? (Nervoso? Estresse? Ansiedade? Depressão?)</p> <p>Como isso afeta você? Isso interfere na sua qualidade de vida?</p> <p>Estar doente traz alguma variação emocional/humor? O que acha que acontece com você?</p> <p>Você percebe alguma relação entre o seu estado de saúde e seu estado emocional/ estado de humor? Como a sua condição física se relaciona com o seu estado emocional? Quando o seu problema físico fica descompensado, isso interfere ou altera no seu estado emocional? O seu sentimento aumenta, diminui ou não se altera?</p> <p>Quando você se sente mais nervoso, estressado, etc, isso interfere nos seus problemas físicos? Eles aumentam, diminuem ou não se alteram?</p>	<p>Quando você se sente nervoso, estressado, etc. você conta isso para o médico?</p> <p>Em caso positivo perguntar:</p> <p>Como você explicou o isso para o médico? Como o médico escutou / recebeu o que você disse? Como ele chamou isso que você tem nervoso, estresse, etc? Que nome o médico deu para isso que você contou para ele que você sente? O que ele disse que você tem? E você, o que você acha que você tem? Você poderia descrever a expressão facial, gestos e postura e tom de voz do médico? Você se sentiu acolhido? Como o médico te ajuda? O que ele faz? O que você esperaria/gostaria que o médico fizesse em relação ao que você sente? Como você gostaria de ser cuidado? Alguma outra coisa que queiram falar, comentar ou sugerir?</p> <p>Em caso negativo:</p> <p>Se você tivesse problemas emocionais ou sentisse estresse ou nervoso, você contaria isso com o seu médico? Por quê? O que vocês esperariam/gostariam que o médico fizesse em relação a sua queixa de nervoso, estresse, etc?</p>

Fonte: A autora, 2017.

#### 4.6.5 Análise: *framework* e análise temática

Para a análise da percepção das mulheres foram utilizadas como filtros as mesmas dimensões estudadas na primeira fase do estudo. A intenção foi de poder comparar as diferentes perspectivas diante de uma mesma oferta de serviço em saúde mental no contexto estudado. Na medida em que a escuta sobre as narrativas se ampliou foram escolhidos entre as dimensões focos principais de estudo que apresentassem questões relacionadas às perguntas norteadoras. Assim, no processo de leitura das narrativas a leitura e escuta das entrevistas coletadas auxiliaram na criação de categorias de pensamento através das dimensões acesso, Porta de Entrada, Confiança, Problemas psicossociais e saúde mental na Atenção Primária. Para cada uma delas havia uma pergunta-chave para nortear a leitura e análise do material (Quadro 4).

Quadro 4 - Dimensões da análise da narrativa

<b>Dimensões</b>	<b>Questões- chave</b>
Acesso	Como o entrevistado consegue marcar suas consultas
Porta de Entrada	Como o entrevistado descreve o serviço oferecido
Confiança	Como o entrevistado descreve o seu cuidado em termos de continuidade
Problemas psicossociais	Como o entrevistado descreve o seu sofrimento emocional ou de outros
Saúde mental na Atenção Primária	Como o entrevistado descreve as soluções para o seu sofrimento buscadas na comunidade

Fonte: A autora, 2017.

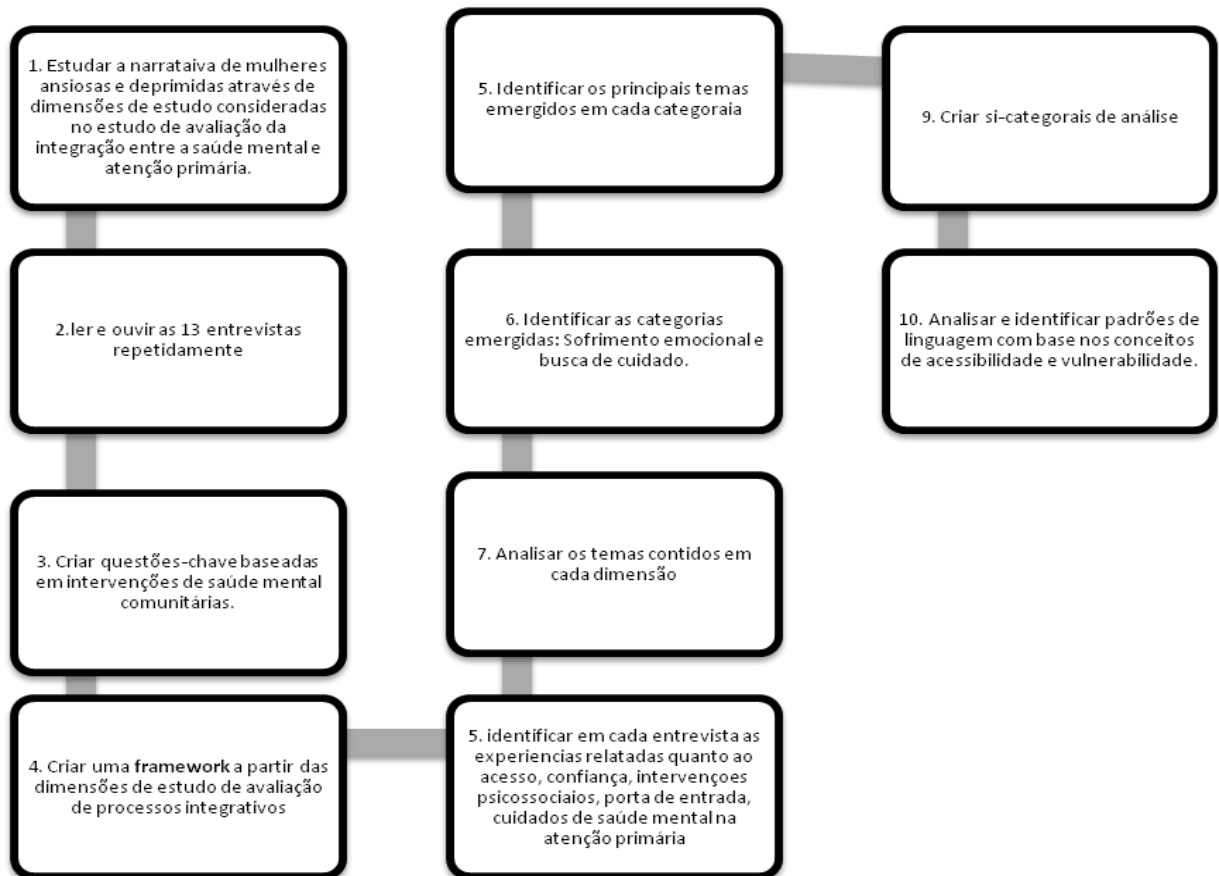
Em seguida, a fim de interpretar os dados as entrevistas foram lidas e ouvidas repetidamente. As ideias foram sendo anotadas e os códigos iniciais anotados.

Embora não tenha havido visões contrastantes ou em desacordo entre os três pesquisadores envolvidos nesta etapa, cada profissional apontou sua perspectiva nesta análise. Por exemplo, a psicóloga observou os padrões de linguagem, a psiquiatra as relações com o tratamento oferecido pela ESF, e o médico observou elementos que apontam porque essas mulheres não buscavam exclusivamente cuidados em saúde para tratar do seu sofrimento emocional.

Na sequência, a classificação dos dados foi importante para a classificação das narrativas em duas categorias surgidas neste estudo: sofrimento emocional e busca de cuidado. Embora países em desenvolvimento já tenham algumas relevantes referências para

este tipo de estudo, existe uma lacuna de estudos desenvolvidos sob este tema no Brasil. Deste modo, as subcategorias foram desenvolvidas indutivamente e alimentaram as repostas para as três questões deste estudo (Figura 3).

Figura 3 - Processo de análise do material das entrevistas em profundidade



Fonte: A autora, 2017.

#### 4.7 Aspectos éticos

O protocolo de pesquisa foi aprovado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (CAAE nº 0252.0.314.000-10) e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CAAE nº 0007.0.314.228-11) (ANEXO). Todas as mulheres entrevistadas assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

## 5 RESULTADOS

What do you know about this business? The King said to Alice. Nothing said Alice. Nothing whatever? Persisted the King. Nothing whatever, said Alice. That's very important, the King said, turning to the jury.

*Lewis Carroll*

Developing countries differ enormously in their cultural and religious traditions, in their size and wealth, their geographic position and their history. They also have similarities and one of these is that their mental health programmes have low priority on the countries' developmental agenda. To an extent, this is because the magnitude and severity of mental health problems have been obscured by the support that people suffering from mental illness in these countries received from their families and communities; to an extent, the neglect of mental illness is caused by the simultaneous presence of many other problems that people in non-industrialized countries have to face.

*Norman Sartorius*

### 5.1 Apresentação dos artigos publicados

Os resultados desse processo de construção de conhecimento e desenvolvimento da tese são três artigos científicos já publicados em revistas científicas como fora mencionado anteriormente:

- a) o primeiro é uma revisão crítica que traz aspectos históricos da prática de matriciamento em Saúde Mental nos 10 primeiros anos do século 20 no Brasil nomeado “Matriciamento em Saúde Mental na Atenção Primária: uma Revisão Crítica (2000-2010)” e publicado em 2013 na Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (1). Disponível integralmente no Apêndice D (<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/536>);
- b) o segundo é um artigo quali-quantitativo resultado de uma avaliação sobre a percepção de gestores e profissionais de saúde sobre a implementação do

processo de matriciamento em Saúde Mental na perspectiva da Atenção Primária; nomeado *Perceptions of health managers and professionals about Mental Health and Primary Care Integration in Rio de Janeiro: a mixed methods study* e publicado na *BMC Health Services and Research* em 2016 (2); Disponível integralmente no Apêndice E (<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1740-8>);

- c) e o terceiro é a análise de narrativa de mulheres diagnosticadas com ansiedade e depressão moradoras de uma favela da cidade do Rio de Janeiro nomeado *Anxious and depressed women's experiences of emotional suffering and help seeking in a Rio de Janeiro favela*, publicado na Revista *Ciência & Saúde Coletiva* em 2017 (3). Disponível integralmente no Apêndice F ([http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1413-81232017000100075&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232017000100075&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)).

Com a intenção de evitar repetições no corpo da tese neste capítulo de resultados serão apresentados apenas os resumos com referência ao anexo correspondente de cada um dos artigos em sua publicação original.

Artigo 1. “Matriciamento em Saúde Mental na Atenção Primária: uma Revisão Crítica (2000-2010)” (APÊNDICE D)

Objetivo: Analisar artigos publicados entre 2000 e 2010 que versam sobre a articulação entre saúde mental e Atenção Primária no Brasil, na perspectiva da prática do matriciamento. Método: Revisão em banco de dados virtual, no período referido. Os descritores foram: “saúde mental”, “atenção primária”, “atenção básica”, “apoio matricial” e “matriciamento” e as categorias de análise foram construídas a partir da leitura dos artigos. Resultados: Foram selecionados 86 artigos, divididos em 3 categorias: a articulação analisada a partir da saúde mental, a partir da Atenção Primária e experiências de matriciamento. A análise evidenciou a existência de diferentes formas de descrever o trabalho em colaboração. Conclusões: A experiência brasileira está em consonância com as recomendações mundiais rumo à diminuição da

lacuna terapêutica entre a oferta e as necessidades de cuidado. A construção da Rede de Saúde Mental integrada à Estratégia Saúde da Família é um novo desafio para a reforma psiquiátrica brasileira.

*Artigo 2. Perceptions of health managers and professionals about Mental Health and Primary Care Integration in Rio de Janeiro: a mixed methods study (APÊNDICE E)*

Background: Community-based primary mental health care is recommended in low and middle-income countries. The Brazilian Health System has been restructuring primary care by expanding its Family Health Strategy. Due to mental health problems, psychosocial vulnerability and accessibility, Matrix Support teams are being set up to broaden the professional scope of primary care. This paper aims to analyse the perceptions of health professionals and managers about the integration of primary care and mental health. Method: In this mixed-method study 18 health managers and 24 professionals were interviewed from different primary and mental health care services in Rio de Janeiro. A semi-structured survey was conducted with 185 closed questions ranging from 1 to 5 and one open-ended question, to evaluate: access, gateway, trust, family focus, primary mental health interventions, mental health records, mental health problems, team collaboration, integration with community resources and primary mental health education. Two comparisons were made: health managers and professionals' (Mann-Whitney non-parametric test) and health managers' perceptions (Kruskall-Wallis non parametric-test) in 4 service designs (General Traditional Outpatients, Mental Health Specialised Outpatients, Psychosocial Community Centre and Family Health Strategy) (SPSS version 17.0). Qualitative data were subjected to Framework Analysis. Results: Firstly, health managers and professionals' perceptions converged in all components, except the health record system. Secondly, managers' perceptions in traditional services contrasted with managers' perceptions in community-based services in components such as mental health interventions and team collaboration, and converged in gateway, trust, record system and primary mental health education. Qualitative data revealed an acceptance of mental health and primary care integration, but a lack of communication between institutions. The Mixed Method demonstrated that interviewees consider mental health and primary care integration as a requirement of the system, while their perceptions and the model of work produced by the institutional culture are inextricably linked. Conclusion: There

is a gap between health managers' and professionals' understanding of community-based primary mental health care. The integration of different processes of work entails both rethinking workforce actions and institutional support to help make changes. Keywords: Mental health, Primary care, Collaborative care, Mental health matrix support, Integration, LAMIC, Mixed methods, MHGAP, Public health, Implementation Science

*Artigo 3 - Anxious and depressed women's experiences of emotional suffering and help seeking in a Rio de Janeiro favela (APÊNDICE F)*

Abstract: Taking into consideration issues such as stigma and the mental health gap, this study explores narratives of anxious and depressed women treated in a community-based primary care service in a Rio de Janeiro favela about their suffering and care. We analysed 13 in-depth interviews using questions from Kadam's study. Framework analysis studied Access, Gateway, Trust, Psychosocial Issues, and Primary Mental Health Care, as key-concepts. Vulnerability and accessibility were the theoretical references. Thematic analysis found "suffering category", highlighting family and community problems, and "help seeking category", indicating how these women have coped with their emotional problems and addressed their needs through health services, community resources and self-help. Women's language patterns indicated links between implicit social rules and constraints to talk about suffering, especially if related to local violence. High medical turnover and overload are barriers for establishing a positive relationship with family physicians and continuity of care is a facilitator that promotes trust, security and adherence. Concluding, to plan community-based primary mental health care of this population, cultural and social factors must be comprehended as well as the work health teams conditions. Key words Mental health, Primary care, Depression, Anxiety, Access.

Resumo: Considerando o estigma e a lacuna de acesso ao cuidado em saúde mental, o estudo explorou narrativas de mulheres ansiosas e deprimidas, atendidas na Clínica da Família em favela do Rio de Janeiro, sobre sofrimento e cuidado. Analisou-se 13 entrevistas em profundidade a partir das perguntas do estudo de Kadam. Os dados foram dispostos em Framework, tendo Acesso, Porta de Entrada, Confiança, Questões Psicossociais e Saúde Mental na Atenção Primária como conceitos norteadores.



Vulnerabilidade e acessibilidade embasaram teoricamente essa leitura. Do estudo temático emergiram as categorias: “sofrimento emocional” onde se destacam os problemas familiares e comunitários e “busca de ajuda” revelando o papel dos serviços de saúde, recursos comunitários e a autoajuda no enfrentamento do sofrimento emocional. Regras sociais implícitas constroem as mulheres, sendo observados padrões de linguagem específicos ligados à vulnerabilidade e à violência. Alta rotatividade e sobrecarga dos profissionais são barreiras para uma relação positiva com essas mulheres ao passo que a continuidade do cuidado é facilitador da confiança no profissional, gerando segurança e adesão. Conclui-se ser crucial considerar fatores socioculturais e condições adequadas de trabalho das equipes para o cuidado integral dessa população. Palavras-chave Saúde mental, Atenção primária, Depressão, Ansiedade, Acesso.

**6 DISCUSSÃO: A INTEGRAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: O QUE A DISCUSSÃO DO CASO DA 2.2 PODE CONTRIBUIR PARA QUE ESTE CUIDADO SEJA CONSTRUÍDO DE FORMA INTEGRADA ATRAVÉS DO TRABALHO EM COLABORAÇÃO CHAMADO MATRICIAMENTO?**

So she sat on, with closed eyes, and half believed herself in Wonderland, though she knew she had but to open them again, and all would change to dull reality – the grass would be only rustling in the Wind, and the pool rippling to the waving of the reeds – the rattling teacups would change to tinkling sheep-bells, and the Queen’s shrill cries to the voice of the shepherd-boy – and sneeze of the baby, the shriek of the Grifon, and all the other noises, would change (she knew) to the confused clamour of the busy farm-yard – while the lowing of the cattle in the distance would take the place of the Mocks Turtle’s heavy sobs.

*Lewis Carroll*

Modern healthcare is based on a biopsychosocial model that should attend to the physical and psychological needs of patients. However, many services focus on single disorders. Patients may routinely receive care for their long-term condition from one professional, and consult with another for depression. This is potentially inefficient, and threatens continuity and coordination of care, which supposed are core characteristics of primary care.

*Gilbody and Bower*

Este estudo buscou contribuir com a discussão baseada em evidências sobre o modelo de cuidado em saúde mental na atenção primária e suas interfaces. O recorte inicial teve como foco o modelo de cuidado colaborativo brasileiro chamado de matriciamento.

A partir dos resultados coletados, e à luz da literatura, foram observadas diferentes formas de uso deste mesmo termo. De um modo geral, a palavra cada vez mais corrente na literatura e nas discussões técnicas vem sendo usada amplamente para uma gama de ações que envolve a construção de processos conjuntos com fins específicos.

A comparação das perspectivas nacionais e internacionais sobre os cuidados colaborativos é importante para a compreensão das diferenças e similaridades quanto perspectiva de redução da lacuna de cuidados em saúde mental no Brasil e no mundo.

Em primeiro plano, seja o matriciamento no Brasil ou o *collaborative care* dos autores de língua inglesa, convergem quanto à compreensão de que a atenção primária e cuidados de

saúde mental de base comunitária são os protagonistas mais eficazes no enfrentamento da redução do hiato entre as necessidades em saúde mental e oferta cuidados. Por outro lado, embora não seja propriamente uma divergência, mas uma orientação diferente, enquanto no *collaborative care* o alvo está no cuidado das questões mais prevalentes em saúde mental identificadas na atenção primária, tais como: ansiedade e depressão(39), queixas médicas inexplicáveis (87), ou sofrimento emocional (88); no modelo brasileiro pudemos, observar que o foco é no processo de trabalho em saúde (89, 90). Essa discussão parece ser bem mais ampla e abrange rearranjos organizacionais onde o foco na maioria das vezes é a integração de serviço de perspectivas muito específicas (91).

Neste caso, trata-se de uma diferença que, à luz da literatura, pode contribuir com a discussão do modelo de apoio matricial em saúde mental no Brasil, pois nos aponta aspectos ainda não discutidos no interior dos processos de trabalho específicos de saúde mental para a abordagem no território e não apenas de dentro de um serviço especializado para o território (24).

A literatura ainda nos ajuda a observar que a modalidade de matriciamento implementada através da criação dos NASF evidencia essas diferenças quando, nas discussões no cenário de práticas, a integração deixa de ser apenas uma pactuação local, tornando-se uma orientação de trabalho no âmbito do SUS.

Um exemplo importante nesse sentido são os cadernos de atenção básica do SUS produzidos pelo Ministério da Saúde (65, 66).

Neste, a saúde mental deste modo aparece também como parte integrada do trabalho do apoio matricial multidisciplinar, através da atuação de outras categorias, por exemplo, quando a nutrição oferece ações para o cuidado da relação pais e filhos com foco na alimentação saudável (92).

Em outras palavras, assim como alerta o slogan da OMS “Não há saúde sem saúde mental”, podemos dizer que outras categorias profissionais não psi, pela perspectiva da integralidade dos cuidados em saúde, podem também atender à preocupação com a lacuna de cuidados em saúde mental. Em especial quando os cuidados causam impacto na qualidade de vida da população atendida.

Neste sentido, talvez a integração de diferentes saberes e profissões, que a presença de um dispositivo multidisciplinar na atenção primária como o NASF faz, tenha facilitado ações de melhoria na qualidade de vida como proferem as ações de promoção de saúde.

Assim, a comparação apresentada nesta tese entre 1) os 10 primeiros anos deste século, onde o matriciamento acontecia entre profissões e serviços sem o amparo de uma

política e a 2) a atualização da leitura das publicações sobre do apoio matricial após a publicação da portaria do NASF, apontou importantes nuances do desenvolvimento dessa tecnologia que coloca em comunicação no contexto da APS processos de trabalho diferentes. Pode-se dizer que, antes da criação da proposta NASF como política pública, o primeiro levantamento as descrições ainda traziam perspectivas muito herméticas (93, 94) apontando os desafios da integração ainda do lugar da especialidade (78).

Na primeira fase estudada, observou-se que os diferentes papéis profissionais das disciplinas de cuidado em saúde no campo da atenção primária, muitas vezes, ainda revelavam estranhamento entre as diferenças, ao invés das interfaces de cuidado. Nessa perspectiva, especialistas de saúde mental enfatizaram suas impressões desse processo, considerando o seu nicho de trabalho e cuidado, que estavam aflorados pelo momento político institucional ligado às conquistas da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Por outro lado, a inclusão de práticas colaborativas, que aqui conseira-se o período pós publicação da Portaria do NASF, o encontro entre as diferentes profissões é promovido pela necessidade, então reconhecida politicamente, de cuidado compartilhado. O avanço político e empírico da construção de processos conjuntos e integrados reorienta as ações que podem envolver também setores e serviços mais que ações de cuidado em saúde propriamente dita.

Ou seja, atualizar a leitura após a criação dos NASF nos faz supor que essa estratégia de criação de um dispositivo de cuidado oficial e multiprofissional para o trabalho em colaboração no âmbito da atenção primária, pela perspectiva da experiência em ato da integração, tem facilitado:

- a) o encontro entre os saberes;
- b) e conseqüentemente a construção de novas perguntas às profissões de saúde sobre sua atuação no contexto comunitário.

Por exemplo: o que é uma ação específica, conjunta ou coletiva? Qual a diferença entre as ações de cuidado e a construção de parcerias? Toda parceria promove a saúde? O que é importante considerar no encontro entre diferentes disciplinas quando o alvo é a produção de cuidado em saúde?

Durante o estudo, foi observado que esses referenciais histórico-conceituais se presentificam nas percepções dos profissionais envolvidos na experiência de matriciamento vivida na AP2.2.

Na fase qualitativa da avaliação da integração da saúde mental e atenção primária nota-se que as percepções dos profissionais sobre os problemas mais prevalentes apontam a importância dos casos de ansiedade e a depressão como os mais frequentes. Por outro lado, eles não reconhecem suas intervenções no âmbito da atenção primária como intervenções como de saúde mental. A fase qualitativa auxilia na compreensão dessa brecha encontrada entre aquilo o que eles sabem que é importante cuidar e os recursos que têm às mãos para garantir essa oferta. Nesta, a percepção destes profissionais, neste momento de implementação de ação dialoga com a literatura e com a realidade vivida.

Primeiro, porque tal como os textos estudados apontam, os profissionais da AP2.2 também compreendem que na construção de um processo de trabalho conjunto, cujo alvo é a saúde mental, a questão das parcerias e apoio institucional se apresentam em primeiro plano (95). Todavia, no segundo plano desta análise sobre a integração do cuidado em saúde mental na atenção primária, dois outros apontamentos são trazidos pelos profissionais da AP 2.2:

- a) a educação dos profissionais para o cuidado em saúde mental na atenção primária (96);
- b) e o desenvolvimento de intervenções de saúde mental(97) no contexto da atenção primária.

No diálogo com a literatura internacional esses aspectos não parecem ser novidade. A diferença parece ser que, se por aqui, a experiência que se inicia com 10 anos de atraso, está pode estar também à frente em termos políticos e comunitários.

Como a experiência da 2.2 pode contribuir para a reflexão do processo de implementação de práticas de apoio matricial que vêm sendo implementadas em diferentes lugares do país?

Na fase em que o matriciamento em saúde mental na atenção primária na 2.2 foi estudado, a experiência estava dando os seus primeiros passos.

Nas respostas dos profissionais envolvidos com esse processo, foi observado que, a força de trabalho reconhece a relação entre problemas mencionados, tais como:

- a) a questão do acesso situações de sofrimento emocional pela atenção primária;
- b) a manutenção do vínculo com os usuários;
- c) a construção de parcerias;

d) e o trabalho em equipe.

Por outro lado, foi possível observar a sensação de impotência diante dos desafios trazidos pelo conjunto de situações.

As percepções, em suas nuances, traziam também a falta de apropriação dos profissionais entrevistados que, mesmo reconhecendo a importância da prática de matriciamento, nem sempre se sentiam autorizados, seja por questões técnicas ou políticas, a oferecer esse cuidado.

Isso foi observado, por exemplo, quando as percepções sobre o matriciamento incluíam também impressões como: questões de saúde mental deveriam ser cuidadas por especialistas, que os casos eram muito complexos ou ainda não saber exatamente como cuidar disso.

Mais uma vez, a atualização da revisão nos leva a considerar que, quando o NASF é criado e se propaga, o trabalho em colaboração no Brasil aponta que o crescimento desse dispositivo NASF e sua inclusão no SUS induz a integração de diferentes processos de trabalho. Neste encontro, provocado pela organização do sistema de saúde, algo acontece no encontro entre diferentes saberes e ofertas de cuidado. O paradoxo entre o que é vivido e o que se acredita como profissional é demonstrado nas entrevistas quando o entrevistado apresenta sua percepção sobre o processo considerando o cuidado em saúde mental como “coisa de especialista”, mas ao mesmo tempo faz o cuidado.

No diálogo com a questão do especializado e do não especializado, além dessas impressões iniciais, outros dados podem ser considerados ilustrativos quanto ao lugar do especialista nesse processo de integração.

O primeiro item observado foi, que diferente da hipótese de que as percepções de gestores e profissionais de saúde envolvidos eram distintas, a única diferença significativa observada no resultado quantitativo foi sobre o modo de registro da ação profissional realizada. A diferença na comparação pode compor essa discussão se também for considerada a percepção dos gestores de serviços comunitários da APS e dos gestores de saúde mental ambulatorial. A análise qualitativa de suas percepções nos ajudou a observar que, embora o discurso fosse bastante parecido e em prol da integração nos componentes específicos sobre o que os seus serviços vinham oferecendo nos componentes estudados, estas percepções divergiam quanto ao acesso aos cuidados, ao trabalho em colaboração, ao enfoque familiar e à vontade dos profissionais de suas equipes em participar de atividades de educação para o cuidado em saúde mental na atenção primária. Os gestores dos serviços de base comunitária

como o CAPS e a ESF avaliaram melhor este item que os gestores de ambulatório geral ou especializado, o que indicou a compreensão de que os entrevistados consideram o acesso aos ambulatórios especializados mais difícil do que nos serviços de base territorial. Em relação à qualidade da oferta em saúde, os serviços especializados são percebidos como mais capacitados para realizar intervenções em saúde mental. Entretanto, pode-se notar que a avaliação dos profissionais que atuam na perspectiva do modelo ESF tem resultado mais próximo dos serviços especializados do que dos serviços generalistas. Assim na comparação entre os serviços foi observado que o trabalho em colaboração e o enfoque familiar são muito melhor avaliados pelos serviços CAPS e ESF, por serem preocupações presentes no seu cotidiano de trabalho.

A compreensão dessas percepções e suas implicações possíveis no processo de trabalho ficaram mais aparentes pela análise complementar da pergunta final do questionário produzido para essa avaliação. Nesta, foi consenso as dificuldades de integração entre parcerias institucionais. As razões desta percepção baseiam-se nas diferentes compreensões de um mesmo problema, bem como o modo de se referir a ele. As diferenças entre as linguagens técnicas de cada profissão foram entendidas como desafiantes ao processo de matriciamento em saúde mental.

Assim, o aprendizado inicial da experiência da 2.2 e sua primeira contribuição científica é que, para que o desenvolvimento dessas ações aconteça, pode ser fundamental a discussão das técnicas e direcionamentos vistos em seus diferentes componentes onde o compartilhamento de atos em saúde acontece, isto é, para o desenvolvimento de ações conjuntas é preciso atenção para não ser abrangente ou genérico, sem considerar o contexto (98). Esta tem sido também uma das recomendações do movimento que avança na discussão sobre os cuidados em saúde mental no mundo para a redução das lacunas de cuidado. Além disso, no campo da prática, a construção de registros e encontros coletivos são importantes para a apropriação dos profissionais dessa oferta compartilhada.

Ainda sobre o que a experiência de apoio matricial na AP 2.2 pode nos ensinar, é importante esclarecer nas percepções dos profissionais envolvidos que estas convergiam com as com as recomendações mundiais para o preenchimento da lacuna de cuidados em saúde mental (98). Todavia, a formação das equipes para trabalhar nesse modelo, mesmo que incentivadas através de ofertas educacionais que os preparem para desenvolver habilidades neste campo para o desenvolvimento de intervenções em saúde mental na atenção primária precisam ser investidas. Por outro lado, o estudo apontou indiretamente que a capacitação como forma de ensinar o que seja o matriciamento em saúde mental não significa que os

profissionais interessados em conhecer esse conhecimento irão aplicá-lo. Talvez seja importante pesquisar outras variáveis para entender melhor: a) aspectos motivacionais nessa relação; b) a formação desses recursos humanos; c) as práticas de educação permanente. Embora este não seja o alvo desta discussão final, é importante apontar algumas perspectivas iniciais que se apresentam do ponto de vista da organização de processos do sistema e não para a oferta de cuidado no território como foi desenvolvido neste estudo. A inclusão de uma prática de integração como o matriciamento é de tal forma complexa que pode ter impacto em diferentes direções, a depender de como a entrada desse elemento se processa institucionalmente. Em outras palavras, está sendo também aqui considerada como uma mudança na cultura institucional do SUS, onde os recursos humanos em saúde, força de trabalho, e que antes trabalhavam no modelo de referência e contra referência, hoje se veem, pelos processos instituídos, incluídos nos processos de colaboração. Ou seja, mais do que recursos humanos ou força de trabalho, como o estudo quali-quantitativo apontou, este grupo de profissionais envolvidos precisa, para além de conhecer técnicas de apoio matricial e trabalho conjunto, apoiar a sustentação dos processos, em uma função nomeada pela literatura internacional de *stakeholders* (98).

Para este estudo, a questão chave é a possibilidade do desenvolvimento de intervenções psicossociais (99) e do trabalho conjunto como um fim de cuidado em saúde mental no território e não como um princípio de troca institucional que dê sustentação a isso (100). Em outras palavras, o estudo da ciência da importância das duas pontas desse fio condutor, o profissional e o cuidado, cujo centro da oferta de cuidado no território, ou o *delivery service* (101) como nomeiam os autores sobre cuidados colaborativos.

Neste sentido, o desdobramento da leitura e sua compreensão técnica na construção do cuidado para a redução da lacuna em saúde mental nos ensina o quanto relevante pode ser essa diferença que existe entre a oferta de cuidados e a entrega destes no território (102, 103), especialmente em locais onde a presença do estigma sobre o sofrimento e a dificuldade de acesso são problemas importantes.

Isto é, mais do que apenas uma formação para o trabalho, como muitas vezes se aponta, pode não ser suficiente, é também fundamental que a força de trabalho não só compreenda do que se trata, mas também apoie a implementação desse processo no território (25). Essa possibilidade envolve questões subjetivas da relação com o processo de trabalho já apontadas tanto na perspectiva do matriciamento no modo brasileiro como no *primary mental health care*, tal como refere a literatura da perspectiva internacional sobre o assunto (104).



Diante de tantos hiatos por que é importante sustentar o desenvolvimento de um estudo como esse ?

Algumas luzes foram acessas durante o estudo, por exemplo, o impacto do NASF para a prática de matriciamento e a construção de pontes de conhecimento pelo processo de trabalho e cuidado no campo da atenção primária de base comunitária.

A experiência da 2.2 revela que as técnicas desenvolvidas nesse campo podem ser importantes meios para dar voz aos usuários que não têm acesso a cuidados e nem sabem que podem ter.

Por isso, quanto comparadas essas informações à análise do estudo das mulheres ansiosas e deprimidas, como a experiência do matriciamento estudada pode contribuir para a construção de pequenas pontes para a redução da lacuna de cuidados em saúde mental em países pobres e em desenvolvimento?

Quando as percepções dos profissionais foram colocadas em diálogo com a opinião dos usuários, foi observado que a experiência quanto: a) a relevância das parcerias; b) a educação para o cuidado em saúde mental na atenção primária; c) ao desenvolvimento de intervenções; d) o reconhecimento e o envolvimento da força de trabalho da sua importância nesse processo; f) a criação de um dispositivo de colaboração entre ações específicas, não aparece nas narrativas. O sofrimento dessas mulheres estudadas nessa comparação contribui para aspectos que tangenciam a prática de viver em uma favela.

Como já foi mencionado anteriormente, ansiedade e depressão são os problemas mais prevalentes encontrados na atenção primária. No desenvolvimento desta tese, as referências de trabalho colaborativo mencionadas e que inspiraram o desenho da pesquisa como um todo, se apoiam nessa perspectiva. Entretanto, quando comparamos as percepções entre os profissionais e as mulheres entrevistadas, a questão do sofrimento emocional, embora seja importante, inclui no centro do problema a ser tratado a questão do contexto.

Por que, além da identificação do sofrimento, a inclusão da compreensão sobre o contexto é importante para a integração do cuidado em saúde mental na atenção primária?

As narrativas de mulheres com diagnóstico de ansiedade e depressão vivendo em favelas apontaram que falar dos seus problemas, considerando o contexto local, neste caso de violência crônica, necessita da construção de uma relação de confiança.

As narrativas sobre acesso à atenção primária e à oferta de matriciamento de saúde mental trazem importantes aspectos quanto ao cuidado em saúde mental no território, especialmente em lugares onde o coletivo é escutado em espaço de segurança como na intervenção em grupo oferecida pelo apoio matricial em conjunto com a equipe de ESF.

Isto é, diante de todo esse aparato tecnológico de processos e profissões, ouvir as narrativas dessas mulheres diagnosticadas com ansiedade e depressão no contexto da favela, nos ajudou a entender que a presença no território de profissionais de saúde não é suficiente para que uma relação de cuidado se estabeleça. Elas querem pontes.

Como caminhar na redução da lacuna de cuidado em saúde mental para essas populações entendendo aquilo o que lhes faz sentido?

Do ponto de vista da redução da lacuna de cuidados em saúde mental em países pobres e em desenvolvimento, o melhor que esse modelo de cuidados propõe, em termos de produção de conhecimento científico, é que a presença do apoio matricial, com todos os desafios que o processo impõe, seja uma oferta de cuidado em saúde mental importante para a facilitação do acesso e redução do sofrimento, tal como o estudo feito na Índia sobre a redução de problemas prevalentes de saúde mental no território (105).

Todavia, a percepção das mulheres sobre a oferta de cuidado em saúde mental no território é relatada como uma novidade e de difícil reconhecimento imediato por parte delas. As narrativas traziam a percepção de que ser tratado por especialista e fora da comunidade era o melhor que se podia fazer. O que se coaduna com a percepção dos profissionais de saúde neste primeiro momento de ações em saúde mental na atenção primária, quando ele não reconhece suas ações como intervenções de saúde mental.

Considerando os padrões de linguagem observados a pesquisa identificou que o sofrimento emocional era atravessado pelas questões territoriais, associadas a coerção provocada pela cotidiana violência local, o que induziu a suposição de que a busca pelo cuidado também se relacionava às relações comunitárias sociais ou culturais (106).

Dessa perspectiva, a referência de cuidado em saúde para as usuárias entrevistadas aparecia como a oferta desejada. Porém, elas também apontavam outras estratégias de busca de cuidado não conflitantes com os padrões locais, no caso em especial as oferta filantrópicas, já presentes no território antes da implantação dos serviços de saúde onde o estudo foi feito. Isto é, a busca de cuidado para o sofrimento não estava centrada em serviços de saúde, ela também se dirigia às ofertas locais precedentes a implementação do serviço de saúde e de instituições religiosas (21).

No campo específico da saúde mental essa observação contribui para a construção de uma recomendação considerada já fundamental em situações de conflitos territoriais, como, por exemplo, em situações de refúgio (107). Ou seja, esse estranhamento pode ser ultrapassado na medida em que o vínculo com os profissionais da unidade era fortalecido

pelos encontros e continuidade em um setting de cuidado onde as mulheres com ansiedade e depressão entrevistadas se sentiam protegidas e cuidadas.

O que fazer e o que não fazer para construir essas pontes?

A alta rotatividade dos profissionais médicos foi entendida como aspecto negativo para a compreensão da oferta de cuidado em saúde no território. Também foi observado que na construção desse relacionamento é fundamental que os profissionais se acerquem de habilidades específicas de comunicação para que a oferta de acesso seja de fato aceita (108). Um exemplo a ser considerado no relato das mulheres foi a ida frequente e a adesão ao serviço de saúde para o uso de contraceptivos. Será que essa também não pode ser considerada como uma ação de saúde mental no contexto dessas mulheres que aparentemente pelas regras locais buscavam enfrentar as questões de violência e gênero de acordo com as regras?

A suposição é que no caso das narrativas coletadas pelas mulheres da favela do Morro dos Macacos essa é uma possibilidade importante do cuidado de si e do empoderamento das mesmas. A simplicidade desse movimento é de tal modo complexa que contribui para a compreensão de que a chegada em território onde a vulnerabilidade social precisa ser considerada não apenas pelo viés das organizações de saúde, mas também da leitura sobre os processos locais (109).

Ouvir essas mulheres e colocar suas narrativas em diálogo com as percepções dos profissionais foi uma oportunidade importante em avançar sobre a discussão sobre o apoio matricial em saúde mental na atenção primária, pois apontou que experiência de pacientes diagnosticados com ansiedade e depressão por serviços traz desafios ao processo de trabalho e do desenvolvimento dessa oferta.

A partir dessas premissas algumas novas perguntas se constituíram. Estas foram:

- a) Por que é importante que uma pessoa com sofrimento emocional em uma favela com a presença de violência compartilhe os seus problemas com um médico de família?;
- b) O que as narrativas estudadas na 2.2 apontaram a fim de que se estabeleça uma relação confiável entre médicos de família e pessoas em sofrimento emocional?

Isto é, para além da identificação dos problemas de saúde mental, é importante: a) promover a educação permanente de médicos de família (110); b) reduzir o estigma da saúde

mental; c) o analfabetismo sobre o sofrimento emocional (102); d) poder criar intervenções comunitárias de saúde mental na atenção primária (8).

As experiências dessas mulheres apontadas como aspectos importantes a serem repensados que são para o encontro entre a oferta e o aceite ao acesso ao cuidado aconteça:

- a) é recomendado que os profissionais de saúde desenvolvam habilidades de comunicação específicas (102);
- b) a continuidade de cuidado seja entendida como a construção de uma relação de confiança (111);
- c) e desenvolvimento de intervenções psicossociais considere questões locais e o relacionamento (112).

A questão da relação de confiança dialoga com aspectos da literatura internacional como um dos desafios do processo, e que através da análise do estudo das mulheres ansiosas e deprimidas, remete ao compartilhamento de uma história que precisa ser conhecida em um espaço seguro (113).

Entendendo que a relação de confiança e vínculo entre o usuário e a oferta de cuidado é uma construção, qual é o papel da prática de apoio matricial?

Nesta perspectiva, aos profissionais recomenda-se incorporar à leitura clínica-institucional a possibilidade de entender os modos de relação mais comuns no território onde o cuidado é oferecido.

Assim, a análise que correlaciona os resultados dos três produtos finais dessa tese e a atualização da revisão bibliográfica avança nas primeiras impressões tidas na leitura dos resultados que foram:

- a) falta de prontidão para a busca de cuidado;
- b) resiliência e criatividade das mulheres;
- c) quanto mais resilientes as mulheres são, mais difícil é que elas procurem por cuidado ao sofrimento emocional nas unidades de saúde;
- d) a capacidade de enfrentamento dessas mulheres ajudou-as a encarar a rotina, sobrevivendo e adaptando-se às circunstâncias de um ambiente instável;

- e) as experiências não combinam com as prioridades implícitas nos protocolos de tratamentos sugeridos pelos protocolos de atendimento de transtornos mentais comuns.

Estas mesmas observações foram usadas para reconsiderar o papel do cuidado ofertado no contexto inserido, ampliando os focos relacionados: a) ao diagnóstico em saúde mental e prevalências, assim como faz o *collaborative care* apresentado na literatura inglesa; b) do processo de trabalho como a discussão do apoio matricial no Brasil se apresenta. Portanto, as primeiras impressões a partir da experiência da 2.2 puderam ser revisitadas através de questões como:

- a) Como facilitar uma comunicação terapêutica em um ambiente violento como o da favela onde o estudo foi realizado?;
- b) Em um ambiente coercitivo e crônico, como empoderar as pessoas com sofrimento emocional para compartilhar os seus sentimentos seja individualmente ou em grupo?;
- c) Como incluir no pacote de habilidades da oferta de base comunitária a compreensão de que as relações culturais são importantes para levar para o território o cuidado com o sofrimento emocional?;
- d) E, sobretudo, o que está além da integração entre as competências profissionais?

Isto é, a experiência de vivida na AP 2.2 da cidade do Rio de Janeiro nos inspira a considerar que quando o centro de atenção para o cuidado em saúde mental torna-se aquilo o que é entendido por quem sente o sofrimento, seja a violência local, o medo pessoal ou conflitos difíceis de nomear, as equipes de referência e apoio matricial têm mais chances de alcançar a perspectiva dos usuários e acolher a situação para que aspectos de saúde sejam cuidados.

Assim, através deste estudo a função de matriciador de saúde mental, pela presença do NASF ou não, pode ser compreendida em algumas competências, já não mais no modelo descrito nos primeiros anos deste século. Talvez a especificidade deva ser vista em relação ao que o profissional pode oferecer enquanto escuta para acolher o sofrimento e apoiar os usuários em situação de vulnerabilidade extrema a ressignificar seu sofrimento (114, 115).

No caso da AP 2.2, a vulnerabilidade se relaciona às questões de gênero, sexualidade e violência e talvez às questões da cultura latinoamericana, conforme apontam alguns estudos. (112, 116-120).

Assim, a inserção no campo da atenção primária, com tais características como foi a experiência realizada na 2.2, convida-nos a rever que quando se promove o trabalho em colaboração, a especificidade das disciplinas torna-se pano de fundo para o desenvolvimento de competências com a necessidade de novas habilidades como:

- a) contextualizar a escuta do ponto de vista da comunidade;
- b) acolher o sofrimento emocional considerando o desconhecimento do usuário atendido das questões relacionadas à vulnerabilidade;
- c) incluir na construção do apoio matricial a perspectiva das diferenças culturais entre as equipes de saúde e usuários na escuta ao sofrimento emocional;
- d) identificar aspectos comportamentais não ditos diretamente nessa relação entre a oferta de cuidado em saúde mental das equipes de saúde e as expectativas dos usuários desse tipo de cuidado.

Deste modo, a oferta dessa forma de cuidado em saúde mental pode ser uma importante estratégia de organização de serviços em prol da ampliação do acesso de pessoas em situação de sofrimento emocional, especialmente as em situação de vulnerabilidade.

A análise do matriciamento em saúde mental na atenção primária por assim dizer sugere o desenvolvimento de competências culturais para a construção de um vínculo positivo entre estes usuários e as equipes de atenção primária ou de matriciamento.

Quanto aos pontos fracos deste estudo de tese, destaca-se:

- a) o recorte no tempo da coleta de dados;
- b) as dificuldades do trabalho de campo pela falta de recursos humanos e financeiros adequados;
- c) a definição e uma metodologia única desde o princípio do desenvolvimento da tese.

Quanto aos pontos fortes deste estudo de tese, destacam-se:

- a) a criação de um instrumento de avaliação sobre a integração de processos;
- b) o trabalho de revisão de literatura que aponta a dinâmica do desenvolvimento da perspectiva do cuidado em saúde mental na atenção primária em desenvolvimento no SUS;
- c) a comparação das perspectivas dos profissionais e de usuários.

**CONCLUSÕES: A INTEGRAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: CONCLUSÕES SOBRE O MODELO BRASILEIRO DE PRÁTICAS COLABORATIVAS CHAMADO MATRICIAMENTO A PARTIR DO CASO DA ÁREA PROGRAMÁTICA 2.2 DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO**

Quanto ao estudo sobre a prática de matriciamento em saúde mental na área programática 2.2 conclui-se o matriciamento em saúde mental estava em fase de qualificação e reconhecimento da inclusão dos seus processos no campo da saúde e da visibilidade a um problema de saúde mental pouco considerado por outras ofertas de cuidado: o sofrimento emocional.

No encontro multidisciplinar no contexto do território, ficou evidente, na relação entre as equipes, que é importante desfazer esse lugar de cuidado ofertado apenas pelo especialista. As ações de saúde mental podem ser acolhidas, identificadas e cuidadas por não especialistas de saúde mental e que trabalham na atenção primária. Alguns fatores são importantes para o reconhecimento e construção deste espaço de trabalho como: a construção de um espaço seguro e de relação de confiança considerando-se não apenas evidências médicas, mas também fatores sociais e culturais; o acesso aos cuidados básicos do corpo como vacina das crianças e anticoncepcionais aproximam as equipes das comunidade que atende, e que o itinerário terapêutico dos usuários respeita as regras da comunidade.

Neste sentido, a presença do matriciamento em saúde mental para a ampliação do acesso nos aponta a importância dessa presença em construção para pensar aspectos chave como:

- a) relevância em facilitar parcerias e pensamento crítico a fim de produzir um espaço seguro para acolher a “voz” de comunidades vulneráveis;
- b) profissionais de saúde precisam entender a relação entre os aspectos culturais e individuais do sofrimento emocional.

Isto é, para além da identificação dos problemas de saúde mental; promover a educação permanente de médicos de família; reduzir o estigma da saúde mental, levar à comunidade o cuidado em saúde mental e poder criar intervenções comunitárias de saúde mental na atenção primária que façam sentido e estejam de acordo com o contexto local



podem fortalecer a redução da lacuna dos cuidados em saúde mental na atenção primária é o legado que a experiência de estudos vivida na AP 2.2 oferece a comunidade científica e de trabalhadores em saúde.

### **Contribuições da tese**

De modo global, a tese contribui para a compreensão do papel da atenção primária na construção de uma rede de cuidados em saúde mental.

Suas contribuições específicas tangenciam a história da oferta de cuidados em saúde mental no Brasil e de processos de trabalho complexos. Por exemplo, o levantamento histórico da discussão sobre matriciamento em saúde mental, tendo como recorte dois importantes períodos: um primeiro período onde a prática de matriciamento e integração de rede eram experimentadas em alguns pontos do país por iniciativas locais; e um período posterior, após a criação da Portaria 154 que oficializa nacionalmente política que favorece o compartilhamento do cuidado em saúde mental junto a atenção básica.

Além disso, consideramos como contribuições as evidências que apontam:

- a) como os serviços de atenção primária no modelo Estratégia de Saúde da Família podem ser potentes nas intervenções em saúde mental, em especial nos chamados transtornos mentais comuns;
- b) como os diferentes vieses sobre a oferta de cuidado em saúde mental podem ser vividos como barreira de diálogo e construção conjunta;
- c) como a experiência do matriciamento, embora seja motivada por situações problema de saúde mental, é capaz de desencadear um processo de trabalho conjunto e de compartilhamento do cuidado onde o aprendizado entre os profissionais pode ser mútuo e fortalecedor;
- d) a relevância da associação entre a força de trabalho dos profissionais de saúde e os desenhos institucionais em saúde pública como uma questão fundamental para pensar sobre a oferta de cuidados em saúde mental;
- e) o contraste entre a opinião dos usuários, profissionais de saúde e gestores;

- f) a necessidade da compreensão do contexto comunitário para o desenvolvimento de intervenções em cenários de práticas de alta vulnerabilidade;
- g) a relevância do desenvolvimento de relações de confiança para o trabalho conjunto e, portanto, a relevância da estabilidade de profissionais de saúde nesse cenário;
- h) a necessidade do envolvimento da força de trabalho em saúde nos processos de mudança e oferta de cuidado em saúde mental na atenção primária;
- i) também de acordo panorama mundial das lacunas de cuidados em saúde mental, o matriciamento em saúde mental pode ser muito potente na redução desse problema;
- j) a experiência do matriciamento contribui com a compreensão de que a Portaria 154 é um marco fundamental para as práticas colaborativas multidisciplinares / ações coletivas e específicas;
- k) a oferta de cuidados em saúde mental não é exclusiva de especialistas de saúde mental;
- l) nos locais onde ainda o NASF não existe as equipes de apoio matricial podem entendidas como células iniciais para a composição e criação dos NASF;
- m) a prática do matriciamento é um convite para repensar o papel da reforma sanitária, e da reforma psiquiátrica através dos serviços de saúde;
- n) é importante planejar ações de saúde mental na atenção primária em comunidades vulneráveis;
- o) o matriciamento tem entre os seus desafios facilitar a conexão entre diferentes formas de conhecimento, criar estratégias de comunicação, repensar as ações profissionais tradicionais considerando a integração;
- p) os valores culturais e sociais do local onde a oferta acontece precisam ser compreendidos pelas equipes a fim de acessar aspectos individuais do sofrimento e o itinerário terapêutico em situações complexas.

Além disso, a tese contribuiu com a literatura em língua inglesa e portuguesa sobre a integração da saúde mental e a atenção primária no Brasil, América Latina e países pobres e em desenvolvimento.

## **Limitações**

- a) o tamanho da amostra do estudo quali-quantitativo foi pequeno, o que sugere a repetição do método em outras áreas da cidade e do país para comparação.
- b) os dados foram coletados em períodos diferentes;
- c) no questionário aplicado algumas questões não se aplicam às referências de saúde mental ou de atenção primária;
- d) as entrevistas não incluíram a percepção de outros profissionais importantes na atenção primária, tais como: enfermeiras ou agentes comunitários;
- e) o estudo não avalia a experiência em um período contínuo, apenas em um momento pontual.

## **Perspectivas Futuras**

A partir da comparação das percepções dos profissionais e dos usuários sobre a integração do cuidado em saúde mental na atenção primária tem-se como perspectiva futura que este estudo motive o desenvolvimento de pesquisas que estudem:

- a) a vulnerabilidade social não apenas pelo viés das organizações de saúde, mas também da leitura sobre os processos locais;
- b) habilidades de comunicação específicas para o cuidado do sofrimento emocional em populações vulneráveis;
- c) a continuidade de cuidado e a construção de relações de confiança na construção de rede de cuidados.

Além disso, no campo das políticas de saúde, o material desenvolvido pela tese pode ser utilizado para inspirar processos de integração de redes e desenvolvimento de políticas de

saúde mental. Por exemplo: para favorecer aspectos desafiadores da agenda, tais como o acesso aos cuidados de saúde mental, a saúde mental e os modelos de oferta de serviço utilizados pelo Sistema Único de Saúde.

Concluindo, as discussões elencadas na tese podem ser fonte de informação para a construção de manuais, capacitações, websites e teleconsultorias saúde podendo contribuir para a formação contínua de profissionais de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Athié K, Fortes S, Delgado PGG. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica A alta prevalência dos transtornos mentais em contraponto com a escassez de serviços é um problema de saúde pública. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013 Jan-Mar; 8(26):64-74.
2. Athié K, Menezes ALA, da Silva AM, Campos M, Delgado PG, Fortes S, et al. Perceptions of health managers and professionals about mental health and primary care integration in Rio de Janeiro: a mixed methods study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2016 [acesso em 2017 Jan];16(1):532. Disponível em: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1740-8>.
3. Athié K, Dowrick C, Menezes ALA, Cruz L, Lima AC, Delgado PGG, et al. Anxious and depressed women's experiences of emotional suffering and help seeking in a Rio de Janeiro favela. *Cienc Saúde Colet* [online]. 2017 Jan [acesso em 2017 Feb 26];22(1):75–86. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017000100075&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000100075&lng=en&nrm=iso&tlng=en).
4. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet* [Internet]. 2007 Sep [acesso em 2014 Jul 16];370(9590):859–77. Disponível em: <http://www.thelancet.com/article/S0140673607612380/fulltext>.
5. Chisholm D, Flisher AJ, Lund C, Patel V, Saxena S, Thornicroft G, et al. Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet* [Internet]. 2007 Oct [acesso em 2015 Nov 2];370(9594):1241–52. Disponível em: <http://www.thelancet.com/article/S0140673607612422/fulltext>.
6. Zolnierek CD. Mental health policy and integrated care: global perspectives. *J Psychiatr Ment Heal Nurs* [Internet]. 2008 [acesso em 2016 Nov 2];15(7):562–8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18768008>.
7. Thornicroft G, Tansella M. Quais são os argumentos a favor da atenção comunitária à saúde mental? *Pesqui prátc psicossociais* [Internet]. 2008 [acesso em 2016 Aug 2];3(1):9–25. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2207.pdf>.
8. DeSilva M, Samele C, Saxena S, Patel V, Darzi A. Policy actions to achieve integrated community-based mental health services. [Internet]. *Health aff (Millwood)*. 2014 [acesso em 2015 Jul 17]; 33(9):1595-602. Disponível em: <http://researchonline.lshtm.ac.uk/1917969/#.VajT9zfNJ0M.mendeley>.
9. Lamb J, Bower P, Rogers A, Dowrick C, Gask L. Access to mental health in primary care: a qualitative meta-synthesis of evidence from the experience of people from 'hard to reach' groups. [Internet]. *Health (London)*. 2012 [acesso em 2016 Sept 21];16:1:76-104. Disponível em: doi: 10.1177/1363459311403945.
10. Davey B, Levin E, Iliffe S, Kharicha K. Integrating health and social care: implications for joint working and community care outcomes for older people. *J Interprof Care*. 2005;19(1):22–34.

11. Oliveira EM de, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2006 Aug [acesso em 2015 Aug 11];40(4):727–33. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102006000500025&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000500025&lng=en&nrm=iso&tlng=en).
12. Campos GWDS, Onocko-Campos RT, Del Barrio LR. Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. *Cienc Saúde Colet* [Internet]. 2013 [acesso em 2016 Aug 12];18:2797–805. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013001000002&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000002&lng=pt&nrm=iso&tlng=en).
13. Campos GW de S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 1998 Oct [acesso em 2015 Aug 10];14(4):863–70. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1998000400029&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000400029&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).
14. James Macinko J, Harris MJ. Brazil's Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *N Engl J Med*. 2015;372:2177-21 [acesso em 2016 Dec 10]. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1501140>.
15. Caçapava JR, Colvero LA. Estratégias de atendimento em saúde mental nas unidades básicas de saúde. *Rev Gauch Enferm* [Internet]. 2008 Dec [acesso em 2016 Dec 17];29:4. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7628/4683>
16. Borges CF, Baptista TWDF. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 [acesso em 2017 Jan 12];24(2):456–68. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000200025&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200025&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
17. Goncalves DA, Fortes S, Tofoli LF, Campos MR, Mari JJ. Determinants of common mental disorders detection by general practitioners in primary health care in Brazil. *Int J Psychiatry Med*. 2011;41(1):3–13.
18. Mateus MD, Mari JJ, Delgado PGG, Almeida-Filho N, Barrett T, Gerolin J, et al. The mental health system in Brazil: Policies and future challenges. *Int J Ment Health Syst* [Internet]. 2008 [acesso em 2016 Oct 31];2(1):12. Disponível em: <http://www.ijmhs.com/content/2/1/12>.
19. Ivbijaro GO, Enum Y, Khan AA, Lam SS-K, Gabzdyl A. Collaborative Care: Models for Treatment of Patients with Complex Medical-Psychiatric Conditions. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2014 [acesso em 2016 Oct 23];16(11). Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s11920-014-0506-4>.
20. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999;4(2):393-403.

21. Boardman F, Griffiths F, Kokanovic R, Potiriadis M, Dowrick C, Gunn J. Resilience as a response to the stigma of depression: A mixed methods analysis. *J Affect Disord*. 2011;135(1–3):267–76.
22. Menezes, CA. Implantação do Núcleo de Apoio ao Programa de Saúde da Família (NASF) em Olinda: estudo de caso / Cristina Albuquerque Menezes. - Recife, 2011. 68 f. (monografia - Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.
23. Ministério da Saúde. Portaria 154. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família [Internet]. Brasília(DF); 2008 [acesso em 2106 Dez 12]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154\\_24\\_01\\_08.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf).
24. Quinderé PHD, Jorge MSB, Nogueira MSL, Costa LFA, Vasconcelos MGF. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Cienc Saúde Colet* [Internet]. 2013 [acesso em 2106 Dez 10]; 8(7):2157–66. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000700031&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700031&lng=pt&nrm=iso&tlng=en).
25. Campbell SM, Shield T, Rogers A, Gask L. How do stakeholder groups vary in a Delphi technique about primary mental health care and what factors influence their ratings? *Qual Saf Health Care*. 2004;13(March 2008):428–34.
26. Zimmerman M, McGlinchey JB, Posternak MA, Friedman M, Attiullah N, Boerescu D. How should remission from depression be defined? The depressed patient's perspective. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2006 [acesso em 2106 Nov 12]; 63(1):148–50. Disponível em: <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=178006#R1631CHDBIJHJ>.
27. Cooper LA, Brown C, Vu HT, Palenchar DR, Gonzales JJ, Ford DE, et al. Primary care patients' opinions regarding the importance of various aspects of care for depression. *Gen Hosp Psychiatry*. 2000;22(3):163–73.
28. Chiaverini DH, organizadora. Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2011.
29. Department for Business innovation & Skills. Global Innovators : International Case Studies on Smart Cities Smart Cities Study (Bis research paper no. 135) [Internet]. 2013 [2107 Jan 12]. Disponível em: <https://www.gov.uk/government/publications/smart-cities-international-case-studies-global-innovators>.
30. Harzheim E, Lima KM, Hauser L. Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro: avaliação dos três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre (RS): OPAS; 2013 [acesso em 2016 Oct 12]. Disponível em: <http://apsredes.org/site2013/wp-content/uploads/2014/11/Clinicas-Saúde-da-Familia-Rio-de-Janeiro.compressed.pdf>.
31. Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; 2009 [acesso em 2016 Oct 18]. Disponível em: [http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS\\_20142017.pdf](http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf).

32. Fortes S, Menezes A, Athié K, Chazan LF, Rocha H, Thiesen J, et al. Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. *Physis Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 [acesso em 2016 Nov 21];24(4):1079–102. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n4/0103-7331-physis-24-04-01079.pdf>.
33. Campos CGWS, Wagner G, Campos S, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde Matrix support and reference team: a methodology for interdisciplinary health work management. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(2):399–407.
34. Sousa FSP, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Barros MMM, Quinderé PHD, Gondim LGF. Building the mental health care network with the matrix support tool. *Physis (Rio J)*. 2011;1(4).
35. Bower P. Primary care mental health workers: models of working and evidence of effectiveness. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2002 [acesso em 2016 Apr 20];52(484):926–33. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/bdde/727888d9e5e444b1f15c1cfe431ee884eafd.pdf>.
36. Bower P, Gilbody S, Richards D, Fletcher J, Sutton A. Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2006 Dec [acesso em 2015 May 17];189(6):484–93. Disponível em: <http://bjp.rcpsych.org/content/189/6/484>.
37. Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2012 Oct [acesso em 2016 Oct 23];10:CD006525. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23076925>.
38. Richards DA, Hill JJ, Gask L, Lovell K, Chew-Graham C, Bower P, et al. Clinical effectiveness of collaborative care for depression in UK primary care (CADET): cluster randomised controlled trial. *BMJ* [Internet]. 2013 [acesso em 2016 May 25];347:f4913. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3746956&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
39. Bower P, Gilbody S. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *BMJ Br Med J*. 2005;330(7495):839–42.
40. Harrison G, Hayden S, Cook V, Cushing A. Improving health care professionals' feedback on communication skills: Development of an on-line resource. *Patient Educ Couns*. 2012;88(3):414–9.
41. Lamb J, Dowrick C, Burroughs H, Beatty S, Edwards S, Bristow K, et al. Community Engagement in a complex intervention to improve access to primary mental health care for hard-to-reach groups. *Heal Expect*. 2015;18(6):2865–79.
42. Keeley RD, West DR, Tutt B, Nutting PA. A qualitative comparison of primary care clinicians' and their patients' perspectives on achieving depression care: implications for improving outcomes. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2014 Jan 15 [acesso em 2015 Nov 25];15(1):13. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/15/13>.



43. Elwy AR, Yeh J, Worcester J, Eisen S V. An illness perception model of primary care patients' help seeking for depression. *Qual Health Res* [Internet]. 2011 [acesso em 2016 Nov 21];21(11):1495–507. Disponível em: <http://eutils.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/eutils/elink.fcgi?dbfrom=pubmed&id=21715607&retmode=ref&cmd=prlinks%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21715607>.
44. Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Oct [acesso em 2016 Oct 23];10:CD006525. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23076925>.
45. Lund C, Tomlinson M, de Silva M, Fekadu A, Shidhaye R, Jordans M, et al. PRIME: A Programme to Reduce the Treatment Gap for Mental Disorders in Five Low- and Middle-Income Countries. *PLoS Med*. 2012;9(12).
46. Wenceslau LD, Ortega F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. *Interface (Botucatu)* [online]. 2015 [acesso em 2016 Aug 23];19(55):1121–32. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000401121&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000401121&script=sci_abstract&tlng=pt).
47. Patel V, Belkin GS, Chockalingam A, Cooper J, Saxena S, Unützer J. Grand Challenges: Integrating Mental Health Services into Priority Health Care Platforms. *PLoS Med*. 2013;10(5).
48. Starfield B. Atenção primária e sua relação com a saúde. *Atenção Primária Equilíbrio entre necessidades saúde, serviços e Tecnologia*. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2002.
49. WONCA and WHO. Integrating mental health into primary care [Internet]. 2008 [acesso em 2016 Oct 23]. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/resources/mentalhealth\\_PHC\\_2008.pdf](http://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf)
50. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* [Internet]. 2005 [acesso em 2016 Nov 21];83(3):457–502. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>.
51. Mattos RA. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Os sentidos da Integr na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Abrasco; 2001. p. 39–64.
52. Anderson MIP, Rodrigues RD. Formación de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria en Brasil: dilemas y perspectivas. *Revista Brasileira de medicina de Família e Comunidade*. 2011;6(18):19–20.
53. World Health Organization, WHO and WONCA, Vingilis E, Paquette-Warren J, Kates N, Crustolo AM, et al. Collaborative Care: Models for Treatment of Patients with Complex Medical-Psychiatric Conditions. *Ciênc saúde coletiva*. 2013;4(1):473–4.
54. Chew-Graham C, Burroughs H, Hibbert D, Gask L, Beatty S, Gravenhorst K, et al. Aiming to improve the quality of primary mental health care: developing an intervention for underserved communities. *BMC Fam Pract*. 2014;15:1–9.

55. Patel VH, Kirkwood BR, Pednekar S, Araya R, King M, Chisholm D, et al. Improving the outcomes of primary care attenders with common mental disorders in developing countries: a cluster randomized controlled trial of a collaborative stepped care intervention in Goa, India. *Trials* [Internet]. 2008 Jan [acesso em 2015 Jul 16];9(1):4. Disponível em: <http://www.trialsjournal.com/content/9/1/4>.
56. Severo SB, Seminotti N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. *Cienc Saúde Colet* [Internet]. 2010 Jun [acesso em 2017 Feb 26];15:1685–98. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000700080&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700080&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt).
57. Kovandžić M, Chew-Graham C, Reeve J, Edwards S, Peters S, Edge D, et al. Access to primary mental health care for hard-to-reach groups: from “silent suffering” to “making it work.” *Soc Sci Med*. 2011;72(5):763–72.
58. Goncalves DA, Fortes S, Campos M, Ballester D, Portugal FB, Tófoli LF, et al. Evaluation of a mental health training intervention for multidisciplinary teams in primary care in Brazil: a pre- and posttest study. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2013 [acesso em 2016 Jun 07];35(3):304-8. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163834313000066>
59. Ayres JRDCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Cienc Saude Colet*. 2005;10(3):549–60.
60. Tesser CD. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. *Interface Comun Saúde Educ* [Internet]. 2017 [acesso em 2017 Feb 27];21(62):565-78. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832016005024104&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016005024104&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).
61. Barros JO, Gonçalves RMA, Kaltner RP, Lancman S. Matrix support strategies: the experience of two Family Health Support Centers (NASFs) in São Paulo, Brazil. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2015 Sept [acesso em 2016 Oct 16];20(9):2847–56. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000902847&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000902847&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).
62. Medeiros RHA. Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. *Physis Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 Dec [acesso em 2017 Feb 27];25(4):1165–84. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312015000401165&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000401165&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).
63. Figueiredo MD, Campos RO. Mental health in the primary care system of Campinas, SP: network or spider’s web? *Cienc Saúde Colet*. 2009;14(1):129–38.
64. Tófoli LF. Apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência mental. 2005;6(2):34–42.
65. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica e Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes do NASF. Cadernos atenção básica. Brasília(DF); 2009 [acesso em 2016 Nov 21]. Disponível em: [http://bvsm.s.saúde.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_diretrizes\\_nasf.pdf](http://bvsm.s.saúde.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf)

66. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental. Brasília(DF); 2013.
67. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica, n. 39: Nucleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília(DF); 2014.
68. Borelli M, Domene SMA, Mais LA, Pavan J, Taddei JAAC. The inclusion of nutritionists in Primary Health Care: a proposal for a matrix model of nutritional care. *Cienc Saúde Colet* [Internet]. 2015 Sept [acesso em 2017 Feb 27];20(9):2765–78. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000902765&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000902765&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).
69. Pena PFA, Silva Júnior AG, Oliveira PTR, Moreira GAR, Libório AB. Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento. *Cienc Saúde Colet* [Internet]. 2012 Nov [acesso em 2016 Oct 23];17(11):3135–44. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001100029&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100029&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).
70. Pinto AGA, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Sampaio JJC, Lima GP, Bastos VC, et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Cienc Saúde Colet* [Internet]. 2012 Mar [acesso em 2017 Feb 27];17(3):653–60. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000300011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).
71. Klein AP, d'Oliveira AFPL. The “tug of war” in healthcare: psychologists’ conception and practice concerning Matrix-Based Support in the Center for Family Health Support. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017 Jan 23 [acesso em 2017 Feb 27];33(1):e00158815. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017000105002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000105002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).
72. Iglesias A, Avellar LZ. As Contribuições dos Psicólogos para o Matriciamento em Saúde Mental. *Psicol Ciência e Profissão* [Internet]. 2016 Jun [acesso em 2017 Feb 27];36(2):364–79. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932016000200364&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932016000200364&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).
73. Fortes S, Menezes A, Athié K, Chazan LF, Rocha H, Thiesen J, et al. Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. *Physis*. 2014;24(4):1079-102.
74. Soleman C, Martins CL. O trabalho do fonoaudiólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) - especificidades do trabalho em equipe na atenção básica. *Rev CEFAC* [Internet]. 2015 Aug [acesso em 2017 Feb 27];17(4):1241–53. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462015000401241&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462015000401241&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).

75. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, dos Reis AAC. Family Health Strategy Coverage in Brazil, according to the National Health Survey, 2013. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2016 Feb [acesso em 2016 Oct 5];21(2):327–38. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000200327&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200327&lng=pt&nrm=iso&tlng=en).
76. Ministério da Saúde. Histórico da cobertura da Saúde da Família. Brasília(DF); 2015 [acesso em 2016 Nov 23]. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)
77. Gomes LMD. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a integralidade na atenção básica em saúde mental em um Município da região serrana do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2013.
78. Hirdes A. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. *Cienc Saúde Colet*. 2015 [acesso em 2016 Nov 21]; 20(2):371–82. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000200371&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000200371&lng=pt&nrm=iso&tlng=en).
79. Ministério da Saúde. Portaria nº 3088. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. 2011 [acesso em 2016 Nov 11]. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html).
80. Blanco MN, Taquette SR, Monteiro DLM, Miranda FRD. Postnatal and postabortion care during adolescence in the National Health System in Rio de Janeiro, Brazil. *Int J Gynecol Obstet*. 2014;126(2):126–9.
81. Gale NK, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Med Res Methodol*. 2013;13:1.
82. Thomas J, Harden A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2008;8:45.
83. Thomas DR. A general inductive approach for qualitative data analysis. *Popul English Ed* [Internet]. 2003;27(2):237–46 [acesso em 2016 Nov 21]. Disponível em: [http://tobermory.cc.strath.ac.uk/erica/module6\\_reader/unit2/thomas2003inductiveanalysis.pdf](http://tobermory.cc.strath.ac.uk/erica/module6_reader/unit2/thomas2003inductiveanalysis.pdf).
84. Ridde V, Olivier de Sardan J-P. A mixed methods contribution to the study of health public policies: complementarities and difficulties. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2015 [acesso em 2015 Nov 9];15(Suppl 3):S7. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/15/S3/S7>.
85. Collins KMT, O’Cathain A. Introduction: ten points about mixed methods research to be considered by the novice researcher. *Int J Mult Res Approaches*. 2009;3(1):2–7.
86. Kadam UT, Croft P, Mcleod J, Hutchinson M. A qualitative study of patients’ views on anxiety and depression. *Br J Gen Pract*. 2001 May;51(466):375-80.

87. Salmon P, Wissow L, Carroll J, Ring A, Humphris GM, Davies JC, et al. Doctors' responses to patients with medically unexplained symptoms who seek emotional support: criticism or confrontation? *Gen Hosp Psychiatry*. 2007;29:454–60.
88. Ahmead M, Bower P. The effectiveness of self help technologies for emotional problems in adolescents: a systematic review. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2008;2(1):20.
89. Dimenstein M, Galvão VM, Kalliny A, Severo DS. O Apoio Matricial na Perspectiva de Coordenadoras de Equipes Matricial Support in the Perspective of Family Health Team Coordinators. *Pesqui prat psicossociais*. 2009;4(1):37–48.
90. Leitão CP. Experiência do apoio matricial inserido no modelo de gestão por organização social de saúde na cidade de São Paulo. 2012 [acesso em 2014 May 11];85. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/pte-52908#.U2-Nym1iR1g.mendeley>.
91. Sampaio J. O NASF Como Dispositivo da Gestão: limites e possibilidades. *Rev Bras Cienc Saúde* [Internet]. 2012 Oct 30 [acesso em 2014 May 9];16(3):317–24. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/12572/7870>.
92. Mais LA, Domene SMA, Barbosa MB, Taddei JAAC. Diagnosis of complementary feeding practices for creating a matrix model for action in primary health care. *Cienc Saúde Colet* [Internet]. 2014 Jan [acesso em 2017 Feb 27];19(1):93–104. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000100093&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000100093&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).
93. Oliveira EB, Mendonça JLS. Dificuldades enfrentadas pela família no acolhimento do paciente com transtorno mental após a alta hospitalar. *Rev enferm UERJ*. 2011 [acesso em 2016 Nov 21];19(2):198–203. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a05.pdf>.
94. Bezerra E, Dimenstein M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicol ciênc prof*. 2008;28(3).
95. Lester H, Birchwood M, Tait L, Shah S, England E, Smith J. Barriers and facilitators to partnership working between Early Intervention Services and the voluntary and community sector. *Heal Soc Care Community*. 2008;16(5):493–500.
96. Goldberg DP, Gask L, Zakroyeva A, Proselkova E, Ryzhkova N, Williams P. Training teachers to teach mental health skills to staff in primary care settings in a vast, under-populated area. *Ment Health Fam Med*. 2012;9(4):219–24.
97. Chisholm D, Flisher A, Lund C, Patel V, Saxena S, Thornicroft G, et al. Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet*. 2007;370(9594):1241–52.
98. Hailemariam M, Fekadu A, Selamu M, Alem A, Medhin G, Giorgis TW, et al. Developing a mental health care plan in a low resource setting: the theory of change approach. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:429.
99. Harkness E, Macdonald W, Valderas J, Coventry P, Gask L, Bower P. Identifying psychosocial interventions that improve both physical and mental health in patients with diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*. 2010;33(4):926–30.

100. Coupe N, Anderson E, Gask L, Sykes P, Richards DA, Chew-Graham C. Facilitating professional liaison in collaborative care for depression in UK primary care; a qualitative study utilising normalisation process theory. *BMC Fam Pract*. 2014 [acesso em 2016 Nov 21];15(1):78. Disponível em: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84901315132&partnerID=tZOtx3y>.
101. Shield T, Campbell S, Rogers A, Worrall A, Chew-Graham C, Gask L. Quality indicators for primary care mental health services. *Qual Saf Health Care*. 2003;12(2).
102. Deledda G, Moretti F, Rimondini M, Zimmermann C. How patients want their doctor to communicate. A literature review on primary care patients' perspective. *Patient Educ Couns*. 2013 [acesso em 2016 Nov 30]; 90(3):297-306. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22709720>.
103. Joseph AE, Phillips DR. Accessibility and utilization: Geographical perspectives on health care delivery. *Soc Sci Med*. 1984;20(1):112-3.
104. Sunkel C. Empowerment and partnership in mental health. *Lancet*. 2012 Jan; 379 (9812):201-2.
105. Patel V, Weiss HA, Chowdhary N, Naik S, Pednekar S, Chatterjee S, et al. Lay health worker led intervention for depressive and anxiety disorders in India: Impact on clinical and disability outcomes over 12 months. *Br J Psychiatry*. 2011;199(6):459-66.
106. Kokanovic, R, et al. Maps, Models, and Narratives. *Qualitative Health Research*. 2013; 23(1): 114-25.
107. Kokanovic R, Dowrick C, Butler E, Herrman H, Gunn J. Lay accounts of depression amongst Anglo-Australian residents and East African refugees. *Soc Sci Med [Internet]*. 2008 [acesso em 2017 12 Jan];66(2):454-66. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17923179>.
108. Gonçalves DA, Mari J de J, Bower P, Gask L, Dowrick C, Tófoli LF, et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cad Saúde Pública [Internet]*. 2014 [acesso em 2017 Jan 04];30(3):623-32. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014000300623&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000300623&lng=en&nrm=iso&tlng=en).
109. Mead N, Bower P. Patient-centred consultations and outcomes in primary care: A review of the literature. *Patient Educ Couns*. 2002;48(1):51-61.
110. Frosi RV, Tesser CD. Mental health care practices in primary health care: an analysis based on experiences developed in Florianópolis, Brazil. *Cienc Saúde Colet [Internet]*. 2015 Oct [acesso em 2015 Oct 30];20(10):3151-61. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015001003151&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003151&lng=en&nrm=iso&tlng=en).

111. Belling R, Whittock M, McLaren S, Burns T, Catty J, Jones IR, et al. Achieving continuity of care: facilitators and barriers in community mental health teams. *Implement Sci* [Internet]. 2011 [acesso em 2017 Jan 21];6(1):23. Disponível em: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-79952697176&partnerID=tZOtx3y1>.
112. Wells A, Lagomasino IT, Palinkas LA, Green JM, Gonzalez D. Barriers to depression treatment among low-income, Latino emergency department patients. *Community Ment Health J*. 2013;49:412–8.
113. Hall M a, Dugan E, Zheng B, Mishra AK. Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter? *Milbank Q* [Internet]. 2001 [acesso em 2016 Nov 21];79(4):613-39. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2751209&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
114. Kathree T, Selohilwe OM, Bhana A, Petersen I. Perceptions of postnatal depression and health care needs in a South African sample: the “mental” in maternal health care. *BMC Womens Health* [Internet]. 2014 [acesso em 2016 Nov 21];14(1):140. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/14/140>.
115. Patel V. Mental health in low- and middle-income countries. *Br Med Bull* [Internet]. 2007 Jan [acesso em 2015 Oct 30];81–82(1):81–96. Disponível em: <http://bmb.oxfordjournals.org/cgi/content/long/81-82/1/81>.
116. Levine S, Unützer J, Yip JY, Hoffing M, Leung M, Fan MY, et al. Physicians’ satisfaction with a collaborative disease management program for late-life depression in primary care. *Gen Hosp Psychiatr*. 2005 [acesso em 2016 Nov 23];27(6):383–91.
117. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Aquino E, Kawachi I, et al. Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(1):45–54.
118. Patel V, Araya R, De Lima M, Ludermir A, Todd C. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Soc Sci Med*. 1999;49(11):1461–71.
119. Guzder J. Women who jump into wells: reflections on suicidality in women from conflict regions of the Indian subcontinent. *Transcult Psychiatry*. 2011 Nov;48(5):585–603.
120. Araya R, Flynn T, Rojas G, Fritsch R, Simon G. Cost-effectiveness of a primary care treatment program for depression in low-income women in Santiago, Chile. *Am J Psychiatry*. 2006;163(8):1379-87.

**APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupo Focal**

Eu, \_\_\_\_\_, R.G: \_\_\_\_\_, declaro, por meio deste termo, que concordei em participar da pesquisa de campo referente à pesquisa intitulada **“AVALIAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA ÁREA PROGRAMÁTICA 2.2 DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO”**, desenvolvida pela Faculdade de Ciências Médicas / Universidade do Estado do Rio de Janeiro / Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva – CEPESC. Fui informado(a) que esta é coordenada por Sandra Lúcia Correia Lima Fortes, CRM/RJ 52.39663.2 , a quem poderei contatar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº (21) 25876469 ou e-mail sandrafortes@gmail.com.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, é estudar os avanços e as dificuldades do processo de integração das ações de saúde mental às práticas de saúde realizadas pelas Equipes de Saúde da Família e Outras equipes da Atenção básica da área programática 2.2, especialmente as organizadas através do apoio matricial, que deve ser realizado no modelo de atenção compartilhada.

Fui esclarecido(a) de que o uso das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio do preenchimento de um formulário de identificação e pela participação de um Grupo Focal com duração de 90 minutos, com gravação de áudio / vídeo. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e/ou seu(s) orientandos(as) e/ou colaborador(es).

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar a pesquisadora responsável ou ainda a Faculdade de Ciências Médicas localizada na Rua Prof. Manuel de Abreu, 444, 2º andar - Vila Isabel, Rio de Janeiro. Tel.: (21) 25876104 ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, localizada na Rua Afonso Cavalcanti, 455, sala 701 – Cidade Nova, Rio de Janeiro – RJ.

A pesquisadora principal da pesquisa me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Fui ainda informado(a) de que posso me retirar desse(a) estudo / pesquisa / programa a qualquer momento, sem sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) pesquisador(a): \_\_\_\_\_



## TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E VOZ

Nome:

Nacionalidade:

Estado Civil:

Profissão:

RG:

CPF:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

Cep:

1- AUTORIZO em caráter gratuito, irrevogável e irretratável, o uso de minha imagem e voz em todo e qualquer material entre fotografia, impressão de qualquer tipo, ou qualquer outro processo análogo, documentos, filmes, pôsteres, banners, publicações e outros meios de comunicação, em qualquer tipo de mídia, para ser analisada e utilizada em estudos e apresentações científicas realizadas pela coordenadora da pesquisa “**AVALIAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA ÁREA PROGRAMÁTICA 2.2 DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**” sejam essas destinadas apenas à divulgação científica no Brasil e/ou no exterior.

2- Por esta ser a expressão livre da minha vontade, declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e voz ou a qualquer outro, e assino a presente autorização em 02 (dias) vias de igual teor e forma, juntamente com duas testemunhas.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Testemunhas:

1- \_\_\_\_\_

Nome:

CPF:

2- \_\_\_\_\_

Nome:

CPF:

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Para os profissionais**

Eu, \_\_\_\_\_, R.G: \_\_\_\_\_, declaro, por meio deste termo, que concordei em participar da pesquisa de campo referente à pesquisa intitulada “**AValiação DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA ÁREA PROGRAMÁTICA 2.2 DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**”, desenvolvida pela Faculdade de Ciências Médicas/ Universidade do Estado do Rio de Janeiro / Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva – CEPESC. Fui informado(a) que esta é coordenada por Sandra Lúcia Correia Lima Fortes, CRM/RJ 52.39663.2, a quem poderei contatar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº (21) 25876469 ou e-mail sandrafortes@gmail.com.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, é estudar os avanços e as dificuldades do processo de integração das ações de saúde mental às práticas de saúde realizadas pelas Equipes de Saúde da Família e Outras equipes da Atenção básica da área programática 2.2, especialmente as organizadas através do apoio matricial, que deve ser realizado no modelo de atenção compartilhada.

Fui esclarecido (a) de que o uso das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Minha participação consiste na resposta aos questionários: I) Questionário de Processos de Apoio Matricial em Saúde Mental (QPAMM); II) Questionário de Integração entre a Saúde Mental e Atenção Primária(QISMAPP); III) Questionário de Avaliação da Qualidade da Estratégia Saúde da Família em Práticas de Saúde Mental (QAMQ); IV) Organização do trabalho, acolhimento e humanização na Saúde da Família (AMQ-OTAH), e questionário informando dados gerais sobre as ações de saúde mental em atenção primária no meu território de atuação no último ano.

O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e/ou seu(s) orientandos(as) / colaborador(es). Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar a pesquisadora responsável ou ainda a Faculdade de Ciências Médicas localizada na Rua Prof. Manuel de Abreu, 444, 2º andar - Vila Isabel, Rio de Janeiro. Tel.: (21) 25876104 ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, localizada na Rua Afonso Cavalcanti, 455, sala 701 – Cidade Nova, Rio de Janeiro – RJ.

A pesquisadora principal da pesquisa me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda informado(a) de que posso me retirar desse(a) estudo / pesquisa / programa a qualquer momento, sem sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_

Assinatura do(a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) pesquisador(a): \_\_\_\_\_

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Para os profissionais**

Eu, \_\_\_\_\_, R.G: \_\_\_\_\_, declaro, por meio deste termo, que concordei em participar da pesquisa de campo referente à pesquisa intitulada “**AVALIAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA ÁREA PROGRAMÁTICA 2.2 DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**”, desenvolvida pela Faculdade de Ciências Médicas/ Universidade do Estado do Rio de Janeiro / Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva – CEPESC. Fui informado(a) que esta é coordenada por Sandra Lúcia Correia Lima Fortes, CRM/RJ 52.39663.2, a quem poderei contatar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº (21) 25876469 ou e-mail sandrafortes@gmail.com.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, é estudar os avanços e as dificuldades do processo de integração das ações de saúde mental às práticas de saúde realizadas pelas Equipes de Saúde da Família e Outras equipes da Atenção básica da área programática 2.2, especialmente as organizadas através do apoio matricial, que deve ser realizado no modelo de atenção compartilhada.

Fui esclarecido (a) de que o uso das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha participação consiste na resposta a entrevista semi-estruturada que será gravada, respondendo a perguntas sobre as minhas experiências em ações de saúde mental em atenção primária.

O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e/ou seu(s) orientando(s) / colaborador(es). Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar a pesquisadora responsável ou ainda a Faculdade de Ciências Médicas localizada na Rua Prof. Manuel de Abreu, 444, 2º andar - Vila Isabel, Rio de Janeiro. Tel.: (21) 25876104 ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, localizada na Rua Afonso Cavalcanti, 455, sala 701 – Cidade Nova, Rio de Janeiro – RJ.

A pesquisadora principal da pesquisa me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda informado(a) de que posso me retirar desse(a) estudo / pesquisa / programa a qualquer momento, sem sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) pesquisador(a): \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B – Questionário de Avaliação da Integração do Cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária

Código do questionário:
Data da digitação dos dados:
Dados digitados por:
Código do arquivo:

1

### Questionário de Mapeamento das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica

Atualizado: 01 de setembro junho de 2011

Baseado nos questionários elaborados por:

1. Barbara Starfield, MD, MPH, FRCGP & James Macinko, PhD, Dept. of Health Policy & Management, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD USA.
2. James Macinko (New York University) e Célia Almeida (ENSP/FIOCRUZ). Questionário sobre o Sistema de Atenção Básica no Brasil, 2005.
3. Stella R. Taquette. Instrumento construído por equipe multidisciplinar composta por médicos, psicóloga, assistente social e epidemiologistas em projeto de pesquisa contemplado no Edital da Faperj "Prioridade Rio" 2010.

Este questionário pode ser utilizado desde que sejam dados os créditos de autoria do instrumento "Karen Athié e Sandra Fortes"

#### INSTRUÇÕES

2

Estimamos que este questionário requiera de 30 a 60 minutos para ser preenchido. Por favor, responda às perguntas da maneira mais completa possível. Tente respondê-las baseando-se em dados, relatórios, outros documentos ou informações disponíveis. Caso não tenha informação sobre alguma questão, nos diga a sua própria opinião, baseada na sua experiência como profissional trabalhando na área de atenção básica, neste município. O questionário será preenchido mais fácil e rapidamente se os informantes tiverem a mão os dados relevantes sobre a atenção básica no seu serviço, antes de começar a entrevista ou a responder as perguntas. Nas perguntas que pedem informações sobre serviços específicos solicitamos que considere o período dos últimos 6 meses. Agradecemos a sua participação. Observação: O item B deverá ser respondido apenas pelos gestores.

A. INFORMAÇÕES GERAIS			
1	Data		
2	Nome do Entrevistador		
3	Nome do Entrevistado		
4	Profissão do Entrevistado		
5	Função do Entrevistado		
6	Número de anos que trabalha nessa função		
7	Unidade		
8	Endereço		
9	Cidade		
10	Horário de funcionamento		
11	Número de telefone		
12	Número de fax		
13	Tipos de organização	a. Ambulatório Geral	e. CAPSi
		b. Ambulatório Especializado	f. ESF
		c. CAPS II	g. PACS
		d. CAPS AD	
		Outros. Especificar:	

OBSERVAÇÃO: EM ALGUMAS UNIDADES EXISTE MAIS DE UM TIPO DE ORGANIZAÇÃO PRESENTE. PREENCHA APENAS AS COLUNAS ONDE ESTÃO AS QUE VOCÊ INDICOU NO ITEM "A" COMO PRESENTES E IGNORE AS OUTRAS.



B4. Tipos de Vínculos Profissionais (completar com o n de profissionais em cada vínculo)		a.AMB. GERAL	b. AMB. ESP.	c.CAPSII	d.CAPSad	e. CAPSi	f.ESF	g. PACS
1	Estatutário (federal, estadual ou municipal)							
2	Contrato por CLT							
3	Contrato Precário							
4	OUTROS (voluntário, penalista, estagiário de graduação e de pós-graduação)							
A1	Especifique:							
5	OUTROS (voluntário, penalista, estagiário de graduação e de pós-graduação)							
A2	Especifique:							

B5. Vínculos por atividades docentes assistenciais (completar com o n de profissionais em cada vínculo)		a.AMB. GERAL	b. AMB. ESP.	c.CAPSII	d.CAPSad	e. CAPSi	f.ESF	g. PACS
1	Estudantes de graduação							
2	Residentes							
3	Pós-graduação							
4	OUTROS							
A	Especifique:							
5	OUTROS							
A2	Especifique:							

Nas tabelas abaixo marque: 0 NÃO SABE; 1 NUNCA/NÃO(0%); 2 QUASE NUNCA(1-25%); 3 ÀS VEZES(25-50%); 4. QUASE SEMPRE(50-75%); 5 SEMPRE (75-100%); 88 NÃO SE APLICA

C. ACESSO		a.AMB. GERAL	b. AMB. ESP.	c.CAPSII	d.CAPSad	e. CAPSi	f. ESF	g. PACS
(*) <b>Adequado</b> quer dizer: todos os dias estão disponíveis todos os medicamentos (ou equipamentos) necessários para o atendimento da maioria do atendimento das necessidades (não urgentes nem especializadas) dos usuários/clientes que procuram esta unidade de atenção básica.								
1	Nós últimos 6 meses houve oferta adequada de medicamentos essenciais p/ DC de saúde mental?							
2	A unidade abre aos sábados?							
3	Durante a semana a unidade fica aberta depois das 18 horas por pelo menos um dia?							
4	Durante o funcionamento da unidade existe nº de telefone para marcar consultas?							
5	Durante o funcionamento da unidade existe nº de telefone para pedir informações?							
6	O usuário espera mais de 60 minutos na unidade antes de ser atendido por um profissional de saúde da unidade?							
7	Quando um paciente abandona o tratamento existe uma busca ativa?							
8	Quando a paciente falta a uma consulta agendada seu horário é preenchido por outro atendimento?							
9	A divulgação dos serviços disponíveis em sua unidade é feita em Escolas?							
10	A divulgação dos serviços disponíveis em sua unidade é feita em Associações de bairro? (a cada 6 meses)							
11	A divulgação dos serviços disponíveis em sua unidade é feita em O.N.G.s?							
12	A divulgação dos serviços disponíveis em sua unidade é feita na rede de saúde da sua área?							

marque: 0 NÃO SABE; 1 NUNCA/NÃO(0%); 2 QUASE NUNCA(1-25%); 3 ÀS VEZES(25-50%); 4. QUASE SEMPRE(50-75%); 5 SEMPRE (75-100%); 88 NÃO SE APLICA

D. PORTA DE ENTRADA		a.AMB. GERAL	b. AMB. ESP.	c.CAPSII	d.CAPSad	e. CAPSi	f. ESF	g. PACS
1	Antes de consulta especializada, para o usuário ser atendido em sua unidade, é necessária uma consulta no nível básico?(Exceto em casos de emergência)							
2	Há acolhimento individual no mesmo dia da marcação?							
3	Há grupo de acolhimento?							
4	Há acolhimento para as famílias?							
5	A matrícula na sua unidade é feita por demanda livre? (quando o recurso da unidade corresponde à necessidade do paciente e não em qualquer caso)							
6	A matrícula na sua unidade é feita por encaminhamento formal?							
7	A matrícula na sua unidade é feita por adscrição?							
8	A matrícula na sua unidade é feita por cadastramento?							

marque: 0 NÃO SABE; 1 NUNCA/NÃO(0%); 2 QUASE NUNCA(1-25%); 3 ÀS VEZES(25-50%); 4. QUASE SEMPRE(50-75%); 5 SEMPRE (75-100%); 88 NÃO SE APLICA

E. VÍNCULO		a.AMB. GERAL	b. AMB. ESP.	c.CAPSII	d.CAPSad	e. CAPSi	f. ESF	g. PACS
1	Com que frequência os usuários/clientes são vistos pelo mesmo profissional de saúde quando são consultados?							
2	Com que frequência os usuários/clientes são vistos pela mesma equipe quando são consultados?							
3	A unidade tem população adscrita?							
4	Se o usuário tem dúvida sobre o tratamento, ele pode ligar p/ falar com o mesmo profissional que o atendeu?							
5	Acha que, na sua unidade, os profissionais de saúde dão tempo suficiente para que os clientes explicitem bem suas dúvidas ou preocupações?							
6	Com que frequência os profissionais de saúde da unidade utilizam o prontuário do usuário/cliente nas consultas?							
7	Com que frequência os profissionais de saúde são informados sobre todos os medicamentos utilizados pelo usuário/cliente na hora do atendimento?							
8	Com que frequência os profissionais de saúde são informados sobre o projeto terapêutico do usuário/cliente na hora do atendimento?							
9	Prof. de saúde são informados quando um usuário não consegue obter/comprar medicamento prescrito?							
10	O profissional atende o paciente periodicamente mesmo sem demanda espontânea? (longitudinalidade)							
11	Com que frequência os usuários sabem o nome dos profissionais que os atendem na sua Unidade?							
12	Com que frequência os usuários reconhecem os profissionais que os atendem na sua Unidade?							

Nas tabelas abaixo marque: 0 NÃO SABE; 1 NUNCA/NÃO(0%); 2 QUASE NUNCA(1-25%); 3 ÀS VEZES(25-50%); 4. QUASE SEMPRE(50-75%); 5 SEMPRE (75-100%); 88 NÃO SE APLICA

F1. INTERVENÇÕES EM SAÚDE MENTAL Em que medida a sua unidade ou clínica de atenção básica oferece os seguintes serviços?		a.AMB. B. GERAL	b. AMB. ESP.	c. CAPSI I	d. CAPS ad	e. CAPSI	f. ESF	g. PACS	F. INTERVENÇÕES EM SAÚDE MENTAL									a.AMB. GERAL	b. AMB. ESP.	c. CAPS II	d. CAPS ad	e. CAPSI	f. ESF	g. PACS
1	Acolhimento individual (no momento da marcação)								20	Reunião com a Comunidade														
2	Acolhimento em grupo								21	Reunião externa														
3	Abordagem Familiar								22	Grupos Terapêuticos em SM (não especialistas)														
4	Grupo de Sala de Espera								23	Grupos Terapêuticos em SM (especialistas)														
5	Consulta Psicológica individual								24	Visita domiciliar														
6	Consulta com T. O.								25	Prescrição de psicotrópicos														
7	Consulta Conjunta (SM)								26	Dispensação gratuita de psicotrópicos														
8	Consulta de Enfermagem								27	Oficinas														
9	Consulta de Serviço Social								28	Assembleia														
10	Consulta Psiquiátrica								29	Busca ativa														
11	Atendimento de casos SM pelo Médico Generalista								30	Outros grupos (1)														
12	Consulta com Neurologista									Especificar (1):														
13	Interconsultas (discussão casos com SM)									Outros grupos (2):														
14	Reunião multidisciplinar									Especificar (2):														
15	Matriciamento (externo)									Outros grupos (3):														
16	Supervisão									Especificar (3):														
17	Visita Institucional																							
18	Saúde mental do trabalhador da Unidade																							
19	Terapias complementares (acupuntura, auriculoterapia...)																							

Nas tabelas abaixo marque: 0 NÃO SABE; 1 NUNCA/NÃO(0%); 2 QUASE NUNCA(1-25%); 3 ÀS VEZES(25-50%); 4. QUASE SEMPRE(50-75%); 5 SEMPRE (75-100%); 88 NÃO SE APLICA

10

F2 INTERVENCOES (registros)		a.AMB. GERAL	b. AMB. ESP.	c. CAPSI I	d. CAPS ad	e. CAPSI	f. ESF	g. PACS
1	O sistema de informações possui registros específicos para as modalidades de atendimento que você realiza?							
2	Quanto às intervenções anteriormente citadas, o registro realizado é como atendimento em saúde mental?							
3	Você considera que o sistema de informações para o faturamento das atividades realizadas em sua unidade é adequado?							

G. INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS NA SUA UNIDADE (matriciamento: trabalho em colaboração entre o profissional de saúde mental e o generalista)		a.AMB. GERAL	b. AMB. ESP.	c. CAPSII	d. CAPSad	e. CAPSI	f. ESF	g. PACS
1	Na sua equipe você considera que sejam realizadas ações de saúde mental?							
2	A equipe se reúne para discutir/elaborar os projetos terapêuticos de indivíduos?							
3	A equipe se reúne para discutir/elaborar os projetos terapêuticos familiar/grupal?							
4	A equipe se reúne também para os projetos terapêuticos voltados para intervenções comunitárias?							
5	Na sua unidade quando um profissional referencia um caso existe resposta para a contra-referência?							
6	Com que frequência os profissionais não especializados em SM da sua Unidade de saúde assumem o cuidado de pacientes com problemas considerados de saúde mental?							
7	Com que frequência os profissionais não especializados em SM da sua Unidade de saúde procuram soluções para tais problemas através de conversa com profissionais de SM?							
8	Com que frequência os profissionais da sua Unidade de saúde encaminham o usuário de saúde mental para especialistas em sm?							
9	A equipe se utiliza do trabalho em colaboração para desenvolver as ações citadas acima?							
10	A equipe solicita a ajuda de outros profissionais, que atuam em outras unidade, para realizar o trabalho em colaboração?							
11	A equipe acolhe esses profissionais para realizar o trabalho em colaboração quando ele acontece na sua unidade?							
12	A equipe procura a ajuda de outros profissionais para realizar o trabalho em colaboração fora da Unidade?							
13	A equipe se utiliza do trabalho em colaboração, com os outros tipos de dispositivos de saúde para desenvolver as ações citadas acima?							
A1	Quais os outros tipos de dispositivos (onde)?							
A2	Quais os outros tipos de dispositivos (especifique)?							
B1	Quais os outros tipos de dispositivos (onde)?							
B2	Quais os outros tipos de dispositivos (especifique)?							
C1	Quais os outros tipos de dispositivos (onde)?							
C2	Quais os outros tipos de dispositivos (especifique)?							

marque: 0 NÃO SABE; 1 NUNCA/NÃO(0%); 2 QUASE NUNCA(1-25%); 3 ÀS VEZES(25-50%); 4. QUASE SEMPRE(50-75%); 5 SEMPRE (75-100%); 88 NÃO SE APLICA

G. INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS NA SUA UNIDADE (matriciamento: trabalho em colaboração entre o profissional de saúde mental e o generalista)		a.AMB. GERAL	b. AMB. ESP.	c.CAPSII	d.CAPSad	e. CAPSi	f. ESF	g. PACS
14	A equipe se utiliza do trabalho em colaboração, com os outros tipos de dispositivos de educação para desenvolver as ações citadas acima?							
A1	Quais os outros tipos de dispositivos (onde)?							
A2	Quais os outros tipos de dispositivos (especifique)?							
B1	Quais os outros tipos de dispositivos (onde)?							
B2	Quais os outros tipos de dispositivos (especifique)?							
C1	Quais os outros tipos de dispositivos (onde)?							
C2	Quais os outros tipos de dispositivos (especifique)?							
15	A equipe se utiliza do trabalho em colaboração, com os outros tipos de dispositivos da comunidade para desenvolver as ações citadas acima?							
A1	Quais os outros tipos de dispositivos (onde)?							
A2	Quais os outros tipos de dispositivos (especifique)?							
B1	Quais os outros tipos de dispositivos (onde)?							
B2	Quais os outros tipos de dispositivos (especifique)?							
C1	Quais os outros tipos de dispositivos (onde)?							
C2	Quais os outros tipos de dispositivos (especifique)?							
16	A equipe se utiliza do trabalho em colaboração com os recursos internos de sua própria unidade, para desenvolver as ações citadas acima?							
17	Na sua unidade, você considera que a equipe realiza intervenções intersetoriais?							

12

H. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE MENTAL. Quanto aos problemas de saúde mental com que frequência você observa a demanda de usuários em sua unidade com os problemas listados. Marque 0 para NENHUMA; 1 para BAIXA (1-30%); 2 para MODERADA (31-60%); 3 para ALTA (60 – 100%) 99 Não sabe

H1. QUADROS CLINICOS		a.AMB. GERAL	b. AMB. ESP.	c.CAPSII	d.CAPSad	e. CAPSi	f. ESF	g. PACS
1	Ansiedade							
2	Depressão							
3	Uso abusivo de álcool							
4	Dependência do álcool							
5	<b>Uso de Drogas</b>							
5.A	Crack							
5.B	Cocaína							
5.C	Maconha							
6	Transtornos de Personalidade							
7	Conflitos familiares							
8	Fenômenos de somatização							
9	Problemas de aprendizagem							
10	Violência doméstica							
11	Psicoses							
12	<b>Transtornos Mentais Iniciados na Infância e Adolescência</b>							
12.A	retardo							
12.B	autismo							
12.C	Transtorno de comportamento							
13	Demência							
14	Transtornos de Estresse Pós Traumáticos							
15	Uso abusivo de medicação							
16	Abuso sexual							
17	Disfunção sexual							

13

marque: 0 NÃO SABE; 1 NUNCA/NÃO(0%); 2 QUASE NUNCA(1-25%); 3 ÀS VEZES(25-50%); 4. QUASE SEMPRE(50-75%); 5 SEMPRE (75-100%); 88 NÃO SE APLICA

I. ENFOQUE FAMILIAR		a.AMB. GERAL	b. AMB. ESP.	c.CAPSII	d.CAPSad	e. CAPSi	f. ESF	g. PACS
1	A organização dos prontuários é por família?							
2	Durante as consultas, os profissionais de saúde normalmente pedem informações sobre doenças de outros membros da família?							
3	São realizadas consultas com a presença da família, nas quais o enfoque é a saúde dos indivíduos em relação a sua situação familiar?							
4	O genograma ou familiograma é recurso utilizado durante as consultas?							
5	Durante a anamnese, os profissionais de saúde perguntam sobre fatores de risco social ou condições de vida do usuário(desemprego, condições de moradia, situação familiar)							
6	Na sua unidade existe um profissional de referencia cujo o foco de cuidado seja a família?							

Quanto à frequência da integração da sua Unidade com a comunidade, que recursos comunitários você identifica como parceiros?

marque: 0 NÃO SABE; 1 NUNCA/NÃO(0%); 2 QUASE NUNCA(1-25%); 3 ÀS VEZES(25-50%); 4. QUASE SEMPRE(50-75%); 5 SEMPRE (75-100%); 88 NÃO SE APLICA

J. INTEGRAÇÃO COM A COMUNIDADE		a.AMB. GERAL	b. AMB. ESP.	c. CAPSi	d.CAPSad	e. CAPSi	f. ESF	g. PACS
1	Ambulatórios de saúde							
2	PSF							
3	CAPS							
4	ONGS							
5	CENTRO DE CONVIVÊNCIA							
6	INSTITUIÇÃO RELIGIOSA							
7	ESCOLA							
8	ASSOCIAÇÃO DE MORADORES							
9	ESCOLA DE SAMBA							
10	OUTROS							



14

11. INTEGRAÇÃO COM A COMUNIDADE	a.AMB. GERAL	b. AMB. ESP.	c.CAPSII	d.CAPSad	e. CAPSi	f. ESF	g. PACS
A1 Outros – DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES (Onde)							
A2 Outros – DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES (especifique)							
A3 Outros – DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES (especifique)							
A4 Outros – DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES (especifique)							
B1 Outros – DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES (Onde)							
B2 Outros – DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES (especifique)							
B3 Outros – DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES (especifique)							
B4 Outros – DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES (especifique)							
C1 Outros – DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES (Onde)							
C2 Outros – DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES (especifique)							
C3 Outros – DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES (especifique)							
C4 Outros – DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES (especifique)							

15

marque: 0 NÃO SABE; 1 NUNCA/NÃO(0%); 2 QUASE NUNCA(1-25%); 3 ÀS VEZES(25-50%); 4. QUASE SEMPRE(50-75%); 5 SEMPRE (75-100%); 88 NÃO SE APLICA

K. EDUCAÇÃO PERMANENTE		a.AMB. GERAL	b. AMB. ESP.	c.CAPSII	d.CAPSad	e. CAPSi	f. ESF	g. PACS
1	Você acha que os profissionais da sua unidade têm interesse em participar de atividades de educação permanente em saúde mental?							
2	A sua unidade promove internamente atividades de educação permanente para os seus profissionais?							
3	O município oferece atividades de educação permanente em saúde mental para os profissionais de sua unidade?							

Compreendemos que, muitas vezes, as informações necessárias para preencher este tipo de questionário não são adequadas nem estão disponíveis. Por favor, indique suas fontes de informação e o nível de confiança nos dados que incluiu neste questionário.

L. AUTO-AVALIAÇÃO DE CONFIANÇA DAS RESPOSTAS	1. NUNCA (0%)	2. QUASE NUNCA (1-20%)	3. ALGUMAS VEZES (21-40%)	4. MUITAS VEZES (41-60%)	5. QUASE SEMPRE (61-80%)	6. SEMPRE (81-100%)	0. NÃO SABE
1. As respostas se basearam em dados, experiência, documentos ou informes publicados?							
2. Naquelas perguntas que respondeu sem poder consultar dados, qual é o seu nível de confiança nas respostas?							

M. Em sua opinião, quais os pontos positivos e negativos para a integração entre a saúde mental e a atenção primária na sua Área Programática?

16

Suas sugestões, comentários, e/ou dúvidas:

Agradecemos a sua participação.

**APÊNDICE C - Questionnaire Mapping the Integration of Mental Health Interventions in  
Primary Care**

## **Questionnaire Mapping the Integration of Mental Health Interventions in Primary Care**

Based on the questionnaires elaborated by:

1. Barbara Starfield, MD, MPH, FRCGP & James Macinko, PhD, Dept. of Health Policy & Management, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD USA
2. James Macinko (New York University) & Celia Almeida (ENSP/FIOCRUZ). Questionnaire about the Primary Health Care System (Sistema de Atenção Básica) in Brazil, 2005.
3. Stella R. Taquette. A tool put together by a multidisciplinary team made up of GPs, psychologists, social workers and epidemiologists in a research project approved in the Edital da Faperj "Prioridade Rio" 2010.

**ATHIÉ, K; FORTES, S. Questionnaire Mapping the Integration of Mental Health Care Interventions in Primary Care, 2011.**

<b>GENERAL INFORMATION</b> (to map profession, position and workplace) descriptive answers	
Descriptivas	
1	Date
2	Interviewer's Name
3	Interviewee's Name
4	Interviewee's Profession
5	Interviewee's Position
6	Number of years working in this position
7	Unit
8	Address
9	City
10	Opening hours
11	Telephone Number
12	Fax Number
13	Type of Organisation a. General Outpatients ( ) b. Mental Health Specialised Outpatients ( ) c. CAPS Psychosocial Community Centre ( ) f. FHS Family Health Strategy ( )

**The answers to the questions of each of the topics described below are closed. Please state how often they occur in your health unit.**

<b>ACCESS</b> (To map whether patients can access services, medicines and consultations). For the item consider the following answers / frequencies to the question: 0 for DON'T KNOW; 1 for NEVER (0%); 2 for ALMOST NEVER (1-25%); 3 for SOMETIMES (26-50%); 4. for ALMOST ALWAYS (51-75%); 5. for ALWAYS (76-100%); 88 when the question does not apply to the kind of organisation being referred to.	
(*) <b>Adequate means:</b> every day all medicines (or equipment) are available to meet the clients' / users' needs (not urgent or specialized), as they seek treatment in this unit.	
1	In the last 6 months has there been an adequate offer of essential medicines for chronic mental health problems?
2	Does the unit open on Saturdays?
3	During the week does the unit stay open after 6pm at least once a week?
4	During the unit's opening hours, is there a telephone number to make appointments?
5	During the unit's opening hours, is there a telephone number to ask for information?
6	Does the user wait for more than 60 minutes in the unit before being seen by a health professional?
7	When a patient gives up treatment, is there an active search?
8	When the patient misses their appointment, is it filled by another patient?
9	Are the services available in your unit made public in schools? (every 6 months)
10	Are the services available in your unit made public in neighborhood associations?
11	Are the services available in your unit made public in NGOs?
12	Are the services available in your unit made public in your region's healthcare network?

<b>GATEWAY</b> (To map the different services available to patients in the unit). For the item consider the following answers / frequencies to the question: 0 for DON'T KNOW; 1 for NEVER (0%); 2 for ALMOST NEVER (1-25%); 3 for SOMETIMES (26-50%); 4. for ALMOST ALWAYS (51-75%); 5. for ALWAYS (76-100%); 88 when the question does not apply to the kind of organisation being referred to.	
1	Before consulting a specialist, for the user to be seen in their unit, is a GP consulted? (Except in cases of emergency)
2	Is the individual received on the day the appointment is made?
3	Is there a reception group?
4	Is there a family reception?
5	Is enrolment in your unit on demand? (When the unit's resources correspond to the patient's needs and not in any case)
6	Is enrolment in your unit by formal referral?
7	Is enrolment in your unit by catchment area?
8	Is enrolment in your unit by registration?

<b>TRUST</b> (To map the relationship between patients and health professionals, and patients and units). For the item consider the following answers / frequencies to the question: 0 for DON'T KNOW; 1 for NEVER (0%); 2 for ALMOST NEVER (1-25%); 3 for SOMETIMES (26-50%); 4. for ALMOST ALWAYS (51-75%); 5. for ALWAYS (76-100%); 88 when the question does not apply to the kind of organisation being referred to.	
1	How often are users / clients seen by the same professional when consulted?
2	How often are users / clients seen by the same team when consulted?
3	Does the unit have a population in a catchment area?
4	If the user has a doubt about treatment, can they phone to speak with the same professional that saw them?
5	Do you think the health professionals in your unit give clients enough time to explain fully their doubts and worries?
6	Do the unit's health professionals use the medical record every consultation?
7	How often are the health professionals informed about all the medicines used by the user / client during their consultation?
8	How often are the health professionals informed about the user's / client's therapeutic project during their consultation?
9	Are health professionals informed when a user cannot obtain / buy the medicine prescribed?
10	Does the professional see the patient periodically even without spontaneous demand? (longitudinality / continuity of care)
11	How often do users know the name of the professionals who see them in the unit?
12	How often do users recognise the professionals that see them in the unit?

<b>PRIMARY MENTAL HEALTH INTERVENTIONS</b> (To map psychosocial actions offered). For the item consider the following answers / frequencies to the question: 0 for DON'T KNOW; 1 for NEVER (0%); 2 for ALMOST NEVER (1-25%); 3 for SOMETIMES (26-50%); 4. for ALMOST ALWAYS (51-75%); 5. for ALWAYS (76-100%); 88 when the question does not apply to the kind of organisation being referred to.	
1	Individual reception (at the time the appointment is made)
2	Group reception
3	Family approach
4	Waiting room group
5	Individual psychological consultation
6	Consultation with occupational therapist
7	Joint consultation with mental health professional
8	Nursing consultation
9	Psychiatric consultation
10	Consultation with a social worker
11	Treatment of mental health cases by the GP

12	Consultation with a neurologista
13	Interconsultations and discussion of cases with a mental health professional
14	Multidisciplinary meeting
15	Matrix support (external – when the action needs to occur between different teams and there is a need to visit an external unit)
16	Supervision
17	Institutional visit
18	Worker's mental health
19	Complementary therapies (acupuncture, auriculotherapy)
20	Meeting with the community
21	External meeting (with the aim of strengthening the integration between the mental healthcare network and other units)
22	Therapeutic Groups in Mental Healthcare (conducted by specialists)
23	Therapeutic Groups in Mental Healthcare (non-specialists)
24	Home visit
25	Prescription of psychotropics
26	Free dispensation of psycotropics
27	Workshops (groups with specific activities such as handicraft, dance, theatre, painting)
28	General meeting (activities bringing together professionals and users to discuss the services)
29	Active search
30	Others
	Please specify:

**PRIMARY MENTAL HEALTH RECORD** (To map if mental health interventions are recorded in the Health Record System as mental health interventions or primary care interventions). For the item consider the following answers / frequencies to the question: 0 for DON'T KNOW; 1 for NEVER (0%); 2 for ALMOST NEVER (1-25%); 3 for SOMETIMES (26-50%); 4. for ALMOST ALWAYS (51-75%); 5. for ALWAYS (76-100%); 88 when the question does not apply to the kind of organisation being referred to.

1	Does the information system have specific records for the kinds of healthcare services that you receive?
2	As for the above-mentioned interventions, is mental health care assistance recorded?
3	Is the information system adequate for the invoicing of the activities carried out?

**COLLABORATION BETWEEN TEAMS.** For the item consider the following answers / frequencies to the question: 0 for DON'T KNOW; 1 for NEVER (0%); 2 for ALMOST NEVER (1-25%); 3 for SOMETIMES (26-50%); 4. for ALMOST ALWAYS (51-75%); 5. for ALWAYS (76-100%); 88 when the question does not apply to the kind of organisation being referred to.

(\***Matrix support**: collaboration between the mental healthcare professional and the GP)

(\***Therapeutic Project** : a commonly-used expression in health services referring to the care plan put together by the healthcare team or professional)

(To map collaborative work with different health teams and services as well as with other institutions such as health services, schools or community services.)

1	In your team, do you consider that mental health interventions are carried out?
2	Does the team meet to discuss/elaborate individual therapeutic projects?
3	In your unit, does the team meet to discuss the group / family therapeutic projects?
4	Does the team meet to discuss/elaborate therapeutic projects aimed at community interventions?
5	In your unit, when a professional refers a case, is there a reply to the counter-referral?

6	How often do non-specialised mental healthcare professionals of your health unit take care of patients with problems considered to be related to mental health?
7	How often do non-specialised mental healthcare professionals of your health unit seek solutions to these problems by liaising with mental healthcare professionals?
8	How often do professionals of your health unit refer the mental healthcare user to mental healthcare specialists?
9	Does the team use collaborative work to integrate the above-mentioned interventions?
10	Does the team ask for the help of other professionals who work in other units to carry out the collaborative work?
11	Does the team receive these professionals well to carry out the collaborative work when it happens in their unit?
12	Does the team seek the other professionals' help to carry out the collaborative work outside the unit?
13	Does the team collaborate with other kinds of health arrangements to integrate the above-mentioned interventions?
A1/ B1/ C1	Which other kinds of arrangements?
A2/ B2/ C2	Please specify:

<b>MENTAL HEALTH PROBLEMS</b> (To map mental health problems treated in the unit). Regarding mental health problems, how often do you observe users' presenting problem in your unit. For the item consider the following answers / frequencies to the question: 0 for NONE; 1 for LOW (1-30%); 2 for MODERATE (31-60%); 3 for HIGH (61-100%); 99 Don't know.	
1	Anxiety
2	Depression
3	Alcohol abuse
4	Alcoholism
<b>Drug Use</b>	
5.a	Use of Crack
5.b	Cocaine
5.c	Cannabis
6	Personality disorders
7	Family conflicts
8	Somatisation
9	Learning problems
10	Domestic violence
11	Psychosis
<b>Serious Mental Disorders stemming from Childhood and Adolescence</b>	
12.a	Retardedness
12.b	Autism
12.c	Behaviour disorder
13	Dementia
14	Post-traumatic stress disorders
15	Medication abuse
16	Sexual abuse
17	Sexual dysfunction

<b>FAMILY FOCUS</b> To map family interventions. For the item consider the following answers / frequencies to the question: 0 for DON'T KNOW; 1 for NEVER (0%); 2 for ALMOST NEVER (1-25%); 3 for SOMETIMES (26-50%); 4. for ALMOST ALWAYS (51-75%); 5. for ALWAYS (76-100%); 88 when the question does not apply to the kind of organisation being referred to.	
1	Is the organisation of the medical records by family?
2	During consultations, do the healthcare professionals normally ask about other members of the family's diseases?
3	Are consultations carried out in the family's presence with the focus on individuals' health in relation to their family situation?
4	Is the genogram or the familiogram a resource used during consultations?
5	During the anamnesis, do healthcare professionals ask about social risk factors or the user's living conditions? (unemployment, living arrangements, family situation)?
6	In your unit, is there a trained professional whose care focus is the family?

<b>INTEGRATION WITH COMMUNITY RESOURCES</b> Regarding frequency of integration of your unit with the community, which community resources do you identify as partners? (To map institutional integration with community resources). For the item consider the following answers / frequencies to the question: 0 for DON'T KNOW; 1 for NEVER (0%); 2 for ALMOST NEVER (1-25%); 3 for SOMETIMES (26-50%); 4. for ALMOST ALWAYS (51-75%); 5. for ALWAYS (76-100%); 88 when the question does not apply to the kind of organisation being referred to.	
1	General Outpatients
2	Family Health Strategy
3	Psychosocial Community Centre
4	NGOs
5	Social Centre
6	Religious Institution
7	School
8	Neighbourhood Association
9	Samba School
1 0	Other

<b>PRIMARY MENTAL HEALTH EDUCATION</b> (To map educational expectations regarding mental health in primary care.). For the item consider the following answers / frequencies to the question: 0 for DON'T KNOW; 1 for NEVER (0%); 2 for ALMOST NEVER (1-25%); 3 for SOMETIMES (26-50%); 4. for ALMOST ALWAYS (51-75%); 5. for ALWAYS (76-100%); 88 when the question does not apply to the kind of organisation being referred to.	
1	Do you think that the professionals in your unit are interested in participating in permanent education activities in mental health?
2	Does your unit promote internally permanent education activities for its professionals?
3	Does the town council offer permanent education activities in mental health for professionals in your unit?

**OPEN-ENDED QUESTION**

Considering the perspective of mental health matrix support, in your opinion, what are the positive and negative points of integration between mental health and primary care in the region where you work (Programmatic Area)?

N.B.: This questionnaire was originally in Portuguese. The English version was based on the original, considering only the items discussed in this original paper.



## APÊNDICE D - 1<sup>o</sup> artigo científico publicado /Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010)

### ARTIGOS DE REVISÃO

## Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010)

Mental health matrix support in Primary Care: a critical review (2000-2010)

*Apoyo matricial de la salud mental en Atención Primaria: una revisión crítica (2000-2010)*

Karen Athié. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). karenathie@gmail.com (*Autora correspondente*)

Sandra Fortes. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). sandrafortes@gmail.com

Pedro Gabriel Godinho Delgado. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). pedrogabrieldelgado@gmail.com

### Resumo

**Objetivo:** Analisar artigos publicados entre 2000 e 2010 que versam sobre a articulação entre saúde mental e Atenção Primária no Brasil, na perspectiva da prática do matriciamento. **Método:** Revisão em banco de dados virtual, no período referido. Os descritores foram: "saúde mental", "atenção primária", "atenção básica", "apoio matricial" e "matriciamento" e as categorias de análise foram construídas a partir da leitura dos artigos.

**Resultados:** Foram selecionados 86 artigos, divididos em 3 categorias: a articulação analisada a partir da saúde mental, a partir da Atenção Primária e experiências de matriciamento. A análise evidenciou a existência de diferentes formas de descrever o trabalho em colaboração. **Conclusões:** A experiência brasileira está em consonância com as recomendações mundiais rumo à diminuição da lacuna terapêutica entre a oferta e as necessidades de cuidado. A construção da Rede de Saúde Mental integrada à Estratégia Saúde da Família é um novo desafio para a reforma psiquiátrica brasileira.

### Palavras-chave:

Serviços de Saúde Mental  
Atenção Primária  
Integração  
Trabalho Compartilhado  
Matriciamento

### Abstract

**Objective:** A critical review of articles published between 2000 and 2010 on the relation between mental health and primary care in Brazil in view of the practice of matrix support. **Method:** Review of virtual database in the period in question. The descriptors were "mental health", "primary care", "matrix support", and the analysis categories were constructed from the reading of the articles. **Results:** We selected 86 articles, divided in three categories: the articulation analyzed from the Mental Health, the Primary Care Health, and experiences of matrix support. This analysis revealed the existence of different ways of describing the collaborative care. **Conclusions:** The Brazilian experience is in line with global recommendations towards decreasing the gap between the offer and treatment needs care. The construction of the integrated mental health network for Family Health Strategy is a new challenge for the Brazilian Psychiatric Reform.

### Keywords:

Mental Health Services  
Primary Care  
Integrative Care  
Collaborative Care  
Matrix Support

### Resumen

**Objetivo:** Analizar los artículos publicados entre 2000 y 2010 sobre la relación entre salud mental y atención primaria en el Brasil, desde el punto de vista del apoyo matricial. **Método:** Revisión de base de datos virtual, en el período en cuestión. Los descriptores fueron: "salud mental", "atención primaria", "atención básica", "apoyo matricial". Se determinaron categorías de análisis a partir de la lectura de los artículos. **Resultados:** Se seleccionaron 86 artículos, divididos en tres categorías: la articulación analizada desde la Salud Mental, desde la Atención Primaria y desde experiencias de apoyo matricial. El análisis reveló la existencia de diferentes maneras de describir el trabajo colaborativo. **Conclusiones:** la experiencia de Brasil está en concordancia con las recomendaciones internacionales sobre la reducción de la brecha entre la oferta y la atención de las necesidades terapéuticas. La construcción de la Red de Salud Mental integrada a la Estrategia de Salud Familiar es un nuevo reto para la Reforma Psiquiátrica brasileña.

### Palabras clave:

Servicios de Salud Mental  
Atención Primaria  
Integración  
Trabajo Compartido  
Apoyo Matricial

**Como citar:** Athié K, Fortes S, Delgado PG. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013;8(26):64-74. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/brmfc8\(26\)64](http://dx.doi.org/10.5712/brmfc8(26)64)

**Fonte de financiamento:**  
FAPECEL

**Conflito de interesses:**  
declaram não haver.  
Recebido em: 17/07/2012  
Aprovado em: 22/01/2013

## Introdução

A alta prevalência dos transtornos mentais em contraponto com a escassez de serviços é um problema de saúde pública. As avaliações mundiais apontam a necessidade de desenvolvimento dos sistemas de saúde, já que a taxa dos que necessitam e não são tratados é elevada<sup>1</sup>, sobretudo nos países em desenvolvimento<sup>2</sup>. A taxa média de falta de tratamento para a esquizofrenia é de 32,2%, de 56,3% para a depressão, de 56,0% para a distímia, de 50,2% para os transtornos bipolares, de 55,9% para o transtorno de pânico, de 57,5% para a ansiedade generalizada, de 57,3% para o transtorno obsessivo-compulsivo e de 78,1% para abuso e dependência de álcool<sup>2</sup>. Considera-se que para haver a melhora desejada em relação à iniquidade e à oferta de serviços é preciso identificar o que afeta a implementação dos recursos de: política e infraestrutura, serviços de saúde mental, serviços comunitários, recursos humanos e financeiros<sup>2</sup>. O estigma social<sup>3</sup> da doença mental é considerado um dos fatores que afetam o desenvolvimento do plano de cuidado.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e pesquisadores do Movement for Global Mental Health (MGMH) argumentam em favor de um sistema de serviços pela base comunitária, conforme discussão publicada em edição especial no *The Lancet Series*<sup>4</sup>, em 2007. Nessa, é defendida uma rede efetiva de cuidados com um conjunto diversificado de serviços que inclua a Atenção Primária à Saúde (APS). A base racional é econômica e de efetividade e compreende que apenas os serviços especializados em saúde mental não garantirão a integralidade da assistência<sup>5</sup>.

O MGMH avaliou o impacto das doenças mentais na qualidade de vida dos indivíduos e na economia mundial. No início deste século, 450 milhões de pessoas sofriam de desordens neuropsiquiátricas no mundo. Quando esse número é comparado com os dados dos anos 1990, a expectativa é que em 2020 haja um aumento de 15%<sup>6</sup>. Além disso, os transtornos mentais são responsáveis por 12% a 15% da incapacidade mundial total, mais do que as doenças cardiovasculares e duas vezes mais que o câncer<sup>5</sup>.

Esses problemas inspiraram a criação do *slogan* proposto pela OMS: "Não há saúde sem saúde mental". A discussão sobre a integralidade e os modelos médicos de atenção à saúde pode ser considerada um dos vetores para a diminuição da lacuna terapêutica entre a oferta de serviços de saúde mental e a necessidade da população<sup>8</sup>.

Um documento que retrata como pode ser complexo estruturar sistemas de saúde para os cuidados básicos da saúde global e mental é *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global*. A publicação realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Mundial dos Médicos de Família (World Organization of Family Doctors/WONCA), em 2008, descreve 12 experiências diferentes, apontando as necessidades gerais e especificidades para essa integração. Os relatos esclarecem que não há uma abordagem única que possa ser seguida por todos os países<sup>9</sup> em razão das diferenças locais e culturais, o que pode ser verificado nos princípios gerais sugeridos para tal integração (Tabela 1).

Tabela 1. 10 Princípios para integrar a saúde mental nos cuidados primários.

1	A política e os planos têm que incorporar cuidados primários para a saúde mental.
2	Ativismo e campanhas de informação são necessários para mudar atitudes e comportamentos.
3	É necessária a formação adequada dos profissionais de cuidados primários.
4	As tarefas de cuidado primário têm que ser limitadas e realizáveis.
5	Profissionais e instituições especializadas em saúde mental devem estar disponíveis para apoiar os cuidados primários.
6	Os pacientes devem ter acesso a medicamentos psicotrópicos essenciais nos cuidados primários.
7	A integração é um processo, não um acontecimento.
8	Um coordenador de serviços de saúde mental é crucial.
9	A colaboração com outros setores governamentais não relacionados com a saúde, com organizações não governamentais, com profissionais de saúde ao nível da vila ou da comunidade e com voluntários é necessária.
10	Recursos financeiros e humanos são necessários.

Fonte: WHO e WONCA<sup>9</sup>. Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: Uma perspectiva global, 2009.

## As recomendações mundiais e as especificidades locais

A diversidade dos cenários onde ocorre a articulação entre a Saúde Mental e a APS permite a observação da interferência cultural, geográfica e política local. Assim, ainda que a direção de cuidado seja a mesma, verificam-se diferenças nas práticas, a começar pela forma de nomeá-las: 1) práticas integrativas ou de integração (*integrative care*)<sup>10</sup>, 2) trabalho em colaboração (*collaborative care*)<sup>11</sup>, 3) trabalho compartilhado (*shared care*)<sup>12</sup>, 4) matriciamento<sup>13</sup> e apoio matricial<sup>14</sup>.

A realidade local é determinante para o modelo de articulação. Duas importantes experiências, consideradas referências mundiais, inclusive para o sistema brasileiro, são: a dos canadenses pelos Family Doctors (FD) e a dos britânicos através dos General Practitioners (GP). Um exemplo é a realização da 12ª Conferência de Cuidados Colaborativos em Saúde Mental pelos médicos de família no Canadá, cujo tema é *Charting a New Course to Better Care: stronger Links between Consumers, Families and Health Care Providers*<sup>15</sup>.

## Definição da articulação entre a saúde mental e a APS: matriciamento

No Brasil a definição de matriciamento em saúde mental tem origem em discussões sobre a organização do trabalho em saúde nos anos 1990<sup>16</sup>, quando a construção da sua rede de serviços se inicia, depois da aprovação do SUS em 1988. Naquele momento, as referências que se opunham ao funcionamento da saúde centrado no hospital eram as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Com o desenvolvimento das políticas e do SUS, a rede de saúde começa a incluir em seu sistema, ainda nos anos 1990, equipamentos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994. O primeiro citado, representando o tratamento não hospitalocêntrico para pacientes psiquiátricos e o segundo inspirado na discussão da Reforma Sanitária Brasileira para a saúde geral da população. Nos primeiros anos do século XXI, as políticas públicas desses equipamentos foram aprovadas sob a forma da Lei n. 10.216, de 2001 (CAPS), e da Portaria n. 648, de 2006 (PSF). A noção de matriciamento em saúde mental e da articulação entre serviços, necessária para o funcionamento da rede é formalizada através da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), pela Portaria n. 154/2008<sup>17</sup>, que recomenda a presença de profissional de saúde mental para o trabalho em colaboração, redimensionando o trabalho de referência e contrarreferência e incluindo nas ações a necessidade de pensar essa nova forma de articulação 20 anos após a criação do SUS e quase 10 anos após a promulgação da Lei n. 10.216/2001<sup>18</sup>. Além disso, o NASF formaliza o cálculo dos gastos em saúde mental na APS, o que causa um impacto no financiamento geral da saúde mental<sup>19</sup>.

Este artigo é resultado da revisão de literatura feita pela pesquisa Avaliação do cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária na Área Programática 2.2 do Município do Rio de Janeiro, aprovada em 2010 pela FAPERJ e que tem como objetivo analisar criticamente artigos publicados entre 2000 e 2010 que versam sobre a articulação entre Saúde Mental e APS no Brasil.

## Método

A revisão crítica<sup>20</sup> com delineamento descritivo foi desenvolvida através da literatura científica concentrando-se nos trabalhos publicados sobre a articulação entre a saúde mental e a APS entre 2000 a 2010 no Brasil. Essa escolha foi baseada nas recomendações da Base Cochrane de revisões sistemáticas qualitativas, onde esse tipo de análise explora aspectos políticos e práticos de propostas recentes para a saúde. Dois elementos que enfatizam esse tipo de estudo são: o levantamento de informações sobre o problema e a sua organização e definição de efetividade<sup>21</sup>.

O mapeamento da literatura foi realizado prioritariamente através de consulta pela Virtual Health Library ([www.bireme.br](http://www.bireme.br)). A amplitude da busca também incluiu a Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS), Base COCHRANE, Scientific Electronic Library (SCIELO pública) e Medline de artigos em português ou sobre a experiência brasileira. A estratégia de busca foi a combinação dos termos: "saúde mental e atenção primária"; "saúde mental e atenção básica"; "saúde mental e matriciamento"; e "saúde mental e apoio matricial". Da combinação dos descritores "saúde mental e atenção básica" foram encontrados 4.989 artigos, dos quais 205 em português. A segunda combinação, "saúde mental e atenção primária", resultou em 5.523 artigos, dos quais 187 em português. Esses modos de busca se justificam pelo uso de terminologias utilizadas no Brasil, onde Atenção Básica é a denominação mais comum. A utilização das combinações "saúde mental" e as

palavras "matriciamento" e "apoio matricial" foi em razão da terminologia técnica que vem sendo utilizada no Brasil. Para a combinação "saúde mental" com a palavra "matriciamento" foram encontradas 4 referências e com a expressão "apoio matricial", 7, todas em português. Assim, dos 10.523 documentos catalogados, essa revisão selecionou as 403 referências escritas em língua portuguesa.

Os critérios de avaliação das 403 referências registradas e elegíveis para as finalidades deste estudo foram:

- Inclusão: para os artigos de revista que citavam a integração entre os cuidados realizados na Atenção Básica e a saúde mental no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2010;
- Exclusão: a) para as repetições dos textos incluídos nos modos de busca utilizados; b) monografias, teses, dissertações; também foram eliminados documentos encontrados na busca que não tinham relevância na discussão entre a integração saúde mental e Atenção Primária, ou documentos técnicos.

## Resultados

Entre janeiro de 2000 e dezembro de 2010 foram selecionados 86 artigos (Tabela 2) sobre a articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Básica. Foi observado que a maioria desses artigos foi produzida nas regiões Sudeste, Sul e em algumas cidades do Nordeste. No período estudado, observou-se tendência ao aumento da produção científica sobre o assunto a partir dos anos de 2006 e 2007, culminando com o incremento significativo da produção nos anos de 2008 e 2009, como se pode verificar na Figura 1.

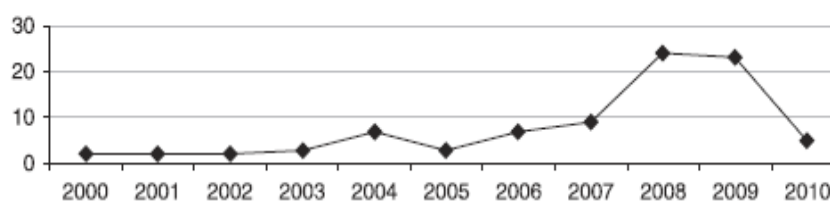


Figura 1. Incremento anual da Produção de artigos publicados sobre saúde mental e atenção primária entre 2000 e 2010.

As categorias de análise foram criadas através da leitura de características comuns. Os itens: categoria profissional e campo assistencial foram determinantes, pois foi observado que os autores discutiam de dois modos: a partir da experiência prática e/ou a partir do seu referencial específico, tanto do campo da saúde mental como do da Atenção Primária. Assim foram criadas três categorias: articulação vista da saúde mental, articulação vista da Atenção Primária e articulação realizada na prática, que é quando o matriciamento acontece.

### Articulação vista da saúde mental: a visão dos especialistas em saúde mental

Os 28 artigos incluídos nessa categoria são de análises qualitativas. Os enfoques são: aspectos políticos, históricos, dos recursos estruturais e humanos da rede e de avaliação. Os principais assuntos identificados foram: avaliação de modelo de atenção especializada na Rede Básica em Saúde Mental, formação dos trabalhadores de saúde mental, aspectos operacionais da desinstitucionalização hospitalar de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e o trabalho do CAPS, atenção especializada em saúde mental no território, centros de convivência, articulação teórica dos princípios da Saúde Mental e da Atenção Básica, Políticas de Saúde Infantil, depressão e uso de drogas, relato de experiências dos profissionais de saúde mental, avaliações de serviço, estudos no campo das representações e políticas educacionais. Essa leitura observa que as publicações desse período de 10 anos sobre a articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Primária pelo olhar dos especialistas de saúde mental se relaciona ao processo de reforma psiquiátrica e a ampliação do modelo assistencial não hospitalocêntrico. A suposição é que a articulação entre a Saúde Mental e a APS é pensada pela referência prática nas Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios Especializados e CAPS muito mais do que pela Estratégia da Saúde da Família. Nessa perspectiva, observa-se que os CAPS e os ambulatórios de saúde mental localizados nas UBS são considerados APS, embora sejam espaços de atenção por especialistas.

## Mstricimento em saúde mental

Tabela 2. Artigos selecionados sobre a articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Básica.

Lista dos 86 artigos revisados
<b>Articulação vista da saúde mental: a visão dos especialistas em saúde mental</b>
Boarini ML, Borges RF. O Psicólogo na atenção básica à saúde. <i>Psicol Cienc Prof.</i> 2009; 29(3): 602-613. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932009000300013">http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932009000300013</a>
Campos TRD, Furtado JP, Passos E, Ferrer AL, Miranda L, Gama CAP. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. <i>Rev Saúde Pública.</i> 2009; 43(Suppl. 1): 16-22. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000800004">http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000800004</a>
Caçapava JR, Colvero LA, Martines WRV, Machado AL, Silva ALA, Vargas D, et al. Trabalho na atenção básica: integralidade do cuidado em saúde mental. <i>Rev Esc Enferm USP.</i> 2009; 43(Spe. 2): 1256-1260. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000600019">http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000600019</a>
Gama CAP, Onocko Campos R. Saúde Mental na Atenção Básica: Uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). <i>Cad Bras Saúde Mental.</i> 2009 out./dez; 1(2): 112-131.
Dalla Vecchia M, Martins STF. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. <i>Interface.</i> 2009; 13(28): 151-164. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000100013">http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000100013</a>
Escudeiro CC, Souza ML. A Saúde mental no Sistema Único de Saúde: mudança do modelo de atenção na região de Lins-SP. <i>Saúde Soc.</i> 2009; 18(Suppl. 1): 44-47. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000500007">http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000500007</a>
Ferreira Neto J. Psicologia e saúde mental: três momentos de uma história. <i>Saúde Debate.</i> 2008 jan./dez.; 32(78-80): 18-26.
Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. <i>Ciênc Saúde Coletiva.</i> 2009; 14(1): 297-305. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036">http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036</a>
Nascimento A, Galvanese AT. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. <i>Rev Saúde Pública.</i> 2009; 43(Supl. 1): 8-15. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000800003">http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000800003</a>
Silveira DP, Vieira ALS. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. <i>Ciênc Saúde Coletiva.</i> 2009; 14(1): 139-148. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100019">http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100019</a>
Borges PL, Bretas RP, Azevedo SF, Barbosa JMM. Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. <i>Cad Saúde Pública.</i> 2008; 24(12): 2798-2808. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001200008">http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001200008</a>
Botti NC, Andrade WW. A saúde mental na atenção básica - articulação entre os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica. <i>Rev Bras Enferm.</i> 2009 set./out; 62(5): 675-80.
Couto MCV, Duarte C, Delgado PGG. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. <i>Rev Bras Psiquiatr.</i> 2008; 30(4): 384-389. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000400015">http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000400015</a>
Nunes M, Torrenté M, Ottoni V, Moraes Neto V, Santana M. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. <i>Cad Saúde Pública.</i> 2008; 24(1): 188-196. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100019">http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100019</a>
Reinaldo AMS. Saúde mental na atenção básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária. <i>Esc Anna Nery.</i> 2008 mar.; 12(1): 173-178. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452008000100027">http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452008000100027</a>
Schneider A. A construção da rede de atenção em saúde mental de um município do Sul do Brasil. <i>Barbarói.</i> 2008 jan./jun.; 28: 124-135.
Tonini NS, Maraschin MS, Kantorski LP. Reorganização dos serviços: desafios para efetivação da Reforma Psiquiátrica. <i>Rev Gaúcha Enferm.</i> 2008 jun.; 29(2):262-8.
Vasconcelos MGF, Jorge MSB, Guimarães JMX, Pinto A. Saúde mental no contexto do programa saúde da família: representações sociais de usuários e familiares. <i>Rev. RENE.</i> 2008 jul./set.; 9(3): 9-18.
Zambenedetti G, Perrone C. O Processo de construção de uma rede de atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica. <i>Physis.</i> 2008; 18(2): 277-293. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312008000200005">http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312008000200005</a>
Braga SG, Moraes M. Queixa escolar: atuação do psicólogo e interfaces com a educação. <i>Psicol USP.</i> 2007; 18(4): 35-51. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642007000400003">http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642007000400003</a>
Fontanella B, Turato ER. Percepção de sintomas depressivos por dependentes de substâncias psicoativas procurando tratamento. <i>J Bras Psiquiatr.</i> 2005 out./dez.; 54(4): 278-284.
Leite L, Oliveira M. O trabalho da equipe itinerante nos processos de inclusão social de portadores de sofrimento psíquico. <i>Divulg Saúde Debate.</i> 2006 ago.; 36: 53-60.
Costa-Rosa A, Luzio C, Mendes M, Florezi P. Uma experiência de pronto atendimento em saúde mental coletiva. <i>Estud Psicol.</i> 2004; 21(2): 101-115. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2004000200008">http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2004000200008</a>
De Micheli D, Fisberg M, Formigoni MLOS. Estudo da efetividade da intervenção breve para o uso de álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. <i>Rev Assoc Med Bras.</i> 2004; 50(3): 305-313. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302004000300040">http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302004000300040</a>
Sousa H. A saúde mental em Paraipaba (CE). <i>Divulg Saúde Debate.</i> 2004 mar.; (30): 91-94.
Campos C, Soares CB. The production of mental health services: the conception of the workers. <i>Ciênc Saúde Coletiva.</i> 2003; 8(2): 621-628. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000200022">http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000200022</a>
Delgado PG, Weber R. Configurações dos serviços de atenção diária até 2001: um estudo com 295 serviços. <i>J Bras Psiquiatr.</i> 2003 maio-jun.; 52(3): 236-242.
Breda M, Augusto L. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. <i>Ciênc Saúde Coletiva.</i> 2001; 6(2): 471-480. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000200016">http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000200016</a>
<b>Articulação vista da Atenção Primária: a visão dos não especialistas em saúde mental</b>
Andrade FB, Ferreira Filha MO, Dias MD, Silva AO, Costa ICC, Lima ÉAR, et al. Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária. <i>Texto Contexto Enferm.</i> 2010 mar.; 19(1): 129-136.

Tabela 2. Continuação...

Lista dos 86 artigos revisados
Braga LC, Carvalho LR, Binder M. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). <i>Ciênc Saúde Coletiva</i> . 2010; 15 (Suppl. 1): 1585-1596. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S1413-8123201000070007">http://dx.doi.org/10.1590/S1413-8123201000070007</a>
Neves H, Lucchese R, Munari D. Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências. <i>Rev Bras Enferm</i> . 2010; 63(4): 1585-1596. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700070">http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700070</a>
Ribeiro L, Medeiros SM, Albuquerque JS, Fernandes SMBA. Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros?. <i>Rev Esc Enferm USP</i> . 2010; 44(2): 376-382. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200019">http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200019</a>
Rosenstock K, Neves M. Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil. <i>Rev Bras Enferm</i> . 2010 ago.; 63(4): 581-586. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000400013">http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000400013</a>
Andrade F, Bazerra AIC, Pontes ALF, Ferreira Fiha MO, Vianna RPT, Dias MD, et al. Saúde mental na atenção básica: um estudo epidemiológico baseado no enfoque de risco. <i>Rev Bras Enferm</i> . 2009; 62(5): 675-680. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000500004">http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000500004</a>
Tanaka O, Ribeiro E. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. <i>Ciênc Saúde Coletiva</i> . 2009; 14(2): 477-486. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000200016">http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000200016</a>
Fiorotti C, Tomazelli J, Malagris L. Transtornos mentais comuns em pacientes hipertensos: estudo em unidade de atenção primária à saúde no Rio de Janeiro. <i>Rev APS</i> . 2009 jul./set.; 12(3).
Mascia A, Silva FB, Lucchese AC, Marco MA, Martins MCFN, Martins LAN. Atitudes frente a aspectos relevantes da prática médica: estudo transversal randomizado com alunos de segundo e sexto anos. <i>Rev Bras Educ Med</i> . 2009; 33(1): 40-48. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000100006">http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000100006</a>
Rodrigues MAP, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Use of primary care services by elderly people with chronic conditions, Brazil. <i>Rev Saúde Pública</i> . 2009; 43(4): 604-612. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0034-891020090005000037">http://dx.doi.org/10.1590/S0034-891020090005000037</a>
Romagnoli R. Breve estudo institucionalista acerca do Programa de Saúde da Família. <i>Saúde Soc</i> . 2009; 18(3): 525-536. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000300016">http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000300016</a>
Vecchia MD, Martins STF. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. <i>Ciênc Saúde Coletiva</i> . 2009; 14(1): 183-193. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100024">http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100024</a>
Eglê K. Atendimento ao comportamento suicida: concepções de enfermeiras de unidades de saúde. <i>Ciênc Cuid Saúde</i> . 2008 out./dez.; 7(4): 468-475.
Fernandes R, Rozenthal M. Avaliação da sintomatologia depressiva de mulheres no climatério com a escala de rastreamento populacional para depressão CES-D. <i>Rev Psiqiatr Rio Gd Sul</i> . 2008; 30(3): 192-200. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082008000400008">http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082008000400008</a>
Fonseca M, Guimarães M, Vasconcelos E. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. <i>Rev APS</i> . 2008 jul./set.; 11(3): 285-294.
Gianini R, Carvalho TC, Dos Anjos RMP, Pinto PLS, Maluf ME, Lanza LB, et al. Prática de rastreamento no cenário do Programa Saúde da Família em Sorocaba (SP). <i>Rev Bras Educ Med</i> . 2008; 32(1): 15-22. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000100003">http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000100003</a>
Gonçalves DM, Kapczinski F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. <i>Cad Saúde Pública</i> . 2008; 24(9): 2043-2053. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000900010">http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000900010</a>
Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. <i>Cad Saúde Pública</i> . 2008; 24(2): 267-280. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200005">http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200005</a>
Ribeiro MS, Alves MJM, Silva PM, Vieira E. Concordância diagnóstica entre profissionais dos níveis primário e secundário na atenção à saúde mental. <i>Rev APS</i> . 2008 abr./jun.; 11(2): 126-135.
Rodrigues MP, Lima KC, Roncalli A. A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. <i>Ciênc Saúde Coletiva</i> . 2008; 13(1): 71-82. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000100012">http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000100012</a>
Vargas D, Luis M. Alcohol, alcoholism and alcohol addicts: conceptions and attitudes of nurses from district basic health centers. <i>Rev Latino-Am Enferm</i> . 2008; 16: 543-550. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000700007">http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000700007</a>
Ferrioli SHT, Marturano E, Puntel L. Family context and child mental health problems in the Family Health Program. <i>Rev Saúde Pública</i> . 2007; 41(2): 251-259. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0034-891020060005000017">http://dx.doi.org/10.1590/S0034-891020060005000017</a>
Fortes S, Villano L, Lopes CS. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. <i>Rev Bras Psiquiatr</i> . 2008 mar.; 30(1): 32-37. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S1516-444620060005000066">http://dx.doi.org/10.1590/S1516-444620060005000066</a>
Lemos S, Lemos M, Souza MGG. O preparo do enfermeiro da atenção básica para a saúde mental. <i>Arq Ciênc Saúde</i> . 2007 out./dez.; 14(4): 198-202.
Modesto T, Santos D. Saúde mental na atenção básica. <i>Rev Bahiana Saúde Pública</i> . 2007 jan./jun.; 31(1): 19-24.
Barros M, Pillon S. Programa saúde da família: desafios e potencialidades frente ao uso de drogas. <i>Rev Eletr Enferm</i> . 2006; 8(1): 144-149.
Leal S, Lopes M. Vulnerabilidade à morbidade por causas externas entre mulheres com 60 anos e mais, usuárias da atenção básica de saúde. <i>Ciênc Cuid Saúde</i> . 2006 set./dez.; 5(3): 309-316.
Tanaka O, Lauridsen-Ribeiro E. Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. <i>Cad Saúde Pública</i> . 2006; 22(9): 1845-1853. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000900015">http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000900015</a>
Tavares C. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde de saúde mental. <i>Texto Contexto Enferm</i> . 2006 abr./jun.; 15(2): 287-295. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000200013">http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000200013</a>

## Matriciamento em saúde mental

Tabela 2. Continuação...

Lista dos 86 artigos revisados
Oliveira A, Ataíde I, Silva M. A invisibilidade dos problemas de saúde mental na atenção primária: o trabalho da enfermeira construindo caminhos. <i>Texto Contexto Enferm.</i> 2004; 13(4): 618-624. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072004000400015">http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072004000400015</a>
Valentini W, Levav I, Kohn R, Miranda CT, Mello A AF, Mello MF, et al. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. <i>Rev Saúde Pública.</i> 2004; 38(4): 523-528. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000400007">http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000400007</a>
Dytz J, Lima M, Rocha S. O modo de vida e a saúde mental de mulheres de baixa renda. <i>Saúde Debate.</i> 2003 jan./abr.; 27(63): 15-24.
Enumo S, Trindade Z. Ações de prevenção da deficiência mental, dirigidas a gestantes e recém-nascidos, no âmbito da saúde pública da grande Vitória-ES. <i>Psicol USP.</i> 2002; 13(1): 107-132. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642002000100006">http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642002000100006</a>
Fleck M, Lima AFBS, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges VR, et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. <i>Rev Saúde Pública.</i> 2002; 36(4): 431-438. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000400008">http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000400008</a>
Lima RT, Manguiera NM. Avaliação de implantação de ações básicas de saúde. <i>Rev Bras Ciênc Saúde.</i> 2001; 5(2): 149-158.
Faloto O, Busnello E, Bozzetti MC. Validação de escalas diagnósticas do funcionamento familiar para utilização em serviços de atenção primária à saúde. <i>Rev Panam Salud Publica.</i> 2000; 7(4): 255-263. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892000000400007">http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892000000400007</a>
Dutra K, Parini E, Starling S. Utilização do diazepam em unidades de atenção primária do distrito sanitário norte - secretaria municipal de saúde de Belo Horizonte, MG, 1997. <i>Rev Ciênc Farm.</i> 2000; 21(2): 201-215.
<b>Articulação do ponto de vista do matriciamento</b>
Arona E. Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. <i>Saúde Soc.</i> 2009; 18(Suppl. 1): 26-36. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000500005">http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000500005</a>
Carneiro A, Oliveira ACM, Santos MMS, Alves MS, Casais NA, Santos JE. Saúde mental e atenção primária: uma experiência com agentes comunitários de saúde em Salvador-BA. <i>Rev Bras Promoç Saúde.</i> 2009 out./dez.; 22(4): 264-271. <a href="http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2009.p264">http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2009.p264</a>
Delfini P, Sato MT, Antonelli P, Guimarães P. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. <i>Ciênc Saúde Coletiva.</i> 2009; 14(Suppl. 1): 1483-1492. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800021">http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800021</a>
Dimenstein M, Severo AK, Brito M, Pimenta AL, Medeiros V, Bezerra E. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. <i>Saúde Soc.</i> 2009; 18(1): 63-74. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000100007">http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000100007</a>
Figueiredo M, Campos Onocko R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. <i>Ciênc Saúde Coletiva.</i> 2009; 14(1): 129-138. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100018">http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100018</a>
Paiva F, Ronzani T. A inserção do psicólogo na atenção primária à saúde: possibilidades e desafios do trabalho em saúde coletiva. <i>Rev APS.</i> 2009 jan./mar.; 12(1): 88-92. Com apoio das Equipes de Saúde Mental, ESF de Florianópolis tratam transtornos leves na Atenção Básica. <i>Rev Bras Saúde Fam.</i> 2008 jul./set.; 9(19): 36-41.
Bezerra E, Dimenstein M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. <i>Psicol Ciênc Prof.</i> 2008; 28(3): 632-645. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932008000300015">http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932008000300015</a>
Clemente A, Matos DR, Grejanin DKM, Santos HE, Quevedo MP, Massa PA. Residência multiprofissional em saúde da família e a formação de psicólogos para a atuação na atenção básica. <i>Saúde Soc.</i> 2008; 17(1): 176-184. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000100016">http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000100016</a>
Figueiredo Dorsa M, Onocko R. Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. <i>Saúde Debate.</i> 2008; 32(78-80): 143-150.
Soares M. A inserção do enfermeiro psiquiátrico na equipe de apoio matricial em saúde mental. <i>SMAD, Rev Eletr Saúde Mental Álcool Drog (Ed. port.).</i> 2008; 4(2): 2-12.
Barban E, Oliveira A. O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no Programa Saúde da Família do município de São José do Rio Preto. <i>Arq Ciênc Saúde.</i> 2007 jan.-mar.; 14(1):54-65.
Nunes M, Juca V, Valentim C. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. <i>Cad Saúde Pública.</i> 2007; 23(10): 2375-2384. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000012">http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000012</a>
Oliveira I, Silva F, Yamamoto O. A psicologia no Programa de Saúde da Família (PSF) em Natal: espaço a ser conquistado ou um limite da prática psicológica? <i>Aletheia.</i> 2007 jan./jun.; 25: 5-19.
Tofoli LF, Fortes S. Apoio Matricial de Saúde Mental na Atenção Primária no Município de Sobral no Ceará: relato de experiência. <i>Sanare.</i> 2007; 6(2): 34-42.
Breda M, Rosa W, Pereira M, Scotena M. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. <i>Rev Latino-Am Enferm.</i> 2005; 13(3): 450-452. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000300021">http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000300021</a>
Buchele F, Laurindo D, Borges V, Coelho E. A interface da saúde mental na Atenção Básica. <i>Cogitare Enferm.</i> 2006 set./dez.; 11(3): 226-233.
Santana M, Morais M. Saúde mental em Francisco Morato: percepção dos trabalhadores do CAPs sobre a atenção praticada e suas dificuldades. <i>Bol Inst Saúde.</i> 2005; 37: 31-33.
Souza A. Ampliando o campo da atenção psicossocial: a articulação dos centros de atenção psicossocial com a saúde da família. <i>Esc Anna Nery.</i> 2006 dez.; 10(4): 703-710. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452006000400012">http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452006000400012</a>
Ballester D. Avaliação de um programa de capacitação em saúde mental para médicos dos serviços básicos de saúde. São Paulo; 2004.
Nascimento A, Braga V. Atenção em Saúde Mental: a prática do enfermeiro e do médico do Programa Saúde da Família de Caucaia - CE. <i>Cogitare Enferm.</i> 2004 jan./jun.; 9(1): 84-93.

## Articulação vista da Atenção Primária: a visão dos não especialistas em saúde mental

Os 37 artigos incluídos nessa categoria versam sobre: compreensão das fases da vida (pré-natal, infância, adolescência e velhice), questões de gênero, contexto familiar, estudos de prevalência de transtornos mentais comuns e em comorbidade com outras doenças crônicas, avaliação de risco para transtornos mentais, adesão ao tratamento de doenças crônicas, queixas inespecíficas, qualidade de vida e estratégias terapêuticas comunitárias, drogas, álcool, suicídio, somatizações, acesso à medicação, uso abusivo de benzodiazepínicos, saúde mental do trabalhador, capacitação para o diagnóstico em saúde mental, fluxo de atendimento, busca ativa e sistema de informações. A perspectiva que une essas referências é a ideia de resolutividade em saúde mental pela equipe da Atenção Primária, onde os artigos traduzem as necessidades observadas na assistência e buscam soluções efetivas para os problemas apontados pela ação junto à população adscrita.

## Experiências de matriciamento: a visão a partir da relação entre especialistas e não especialistas em saúde mental

Os 21 artigos incluídos nessa categoria relatam a experiência do trabalho em colaboração na assistência e na formação de recursos humanos. Trata-se do matriciamento em saúde mental como prática. As descrições apontam o cenário de relação entre o matriciador (especialista de saúde mental) e os matriciados (não especialistas em saúde mental)<sup>22,23</sup>.

Essa perspectiva da articulação, que se funda na experiência, difere em suas formas de organizar o trabalho pois, além da assistência, inclui a gestão, os pactos políticos e locais, assim como a avaliação política. Nesse espectro, a articulação é descrita a partir de experiências focais, onde as experiências descritas nascem de iniciativas pessoais dos profissionais da ponta e que, a partir da demanda da população, tratam das necessidades clínicas e circunstanciais. Também aparece entre as descrições a necessidade de atividades de educação permanente.

## Discussão

Este levantamento bibliográfico ajudou a mapear diferenças de perspectiva política da Saúde Mental e da Atenção Primária que se relacionam ao mesmo tempo com vetores clínicos e históricos.

As evidências clínicas revelam necessidade de ampliação da cobertura em saúde mental em razão da alta prevalência de sofrimento psíquico identificada na Atenção Primária. Em 1995, a OMS<sup>24,25</sup> relatou as formas mais frequentes: depressão (31%), ansiedade (19%), alcoolismo (10%) e transtornos somatoformes (18%). Dados semelhantes se confirmaram no Brasil. Em estudos<sup>26,27</sup> realizados na década de 1980 foram encontradas prevalências aproximadas de 55% de transtornos mentais comuns nos pacientes de centros de saúde de São Paulo<sup>28-30</sup>. Em estudo de 2004<sup>31</sup>, na clientela atendida no Programa Saúde da Família (PSF) em Petrópolis, RJ, foi verificada prevalência de 56% de transtornos mentais comuns, entre os quais: depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de dor somatoforme e transtornos dissociativos. Esses dados se referem à detecção por não especialistas e reforçam a necessidade de inclusão sistemática desse nível de cuidado no planejamento da assistência em saúde mental, como preconiza a OMS e o MGMH.

O outro vetor, e que se refere a questão histórica, pode relativizar as noções de Atenção Primária e até mesmo a de território. Isto se evidencia na medida em que os artigos incluídos na categoria "articulação vista da saúde mental" se circunscrevem ao campo dos serviços em saúde mental (CAPS e rede ambulatorial) contabilizados como especializados, além das ações na ESF. Em contrapartida, na categoria "articulação vista da Atenção Primária", a ênfase é essencialmente na atenção realizada pela ESF. Não existem estudos sobre o impacto dessa diferença de olhar da saúde mental e da Atenção Primária na organização dos sistemas de saúde; entretanto, estudo<sup>32</sup> que compara Unidades de Saúde da Família (USF) – que delimitam área de abrangência com adstrição da clientela – e Unidades Básicas de Saúde (UBS) – em que a demanda atendida é espontânea ou encaminhada por outros serviços – sugere que a origem dessas diferenças pode se relacionar ao conceito de APS\* proposto por Starfield<sup>33,34</sup>.

\* Dimensões de avaliação para a atenção primária à saúde: acessibilidade, porta de entrada; elenco de serviços; vínculo; coordenação e orientação familiar, orientação comunitária e formação profissional.



A necessidade de matriciamento em saúde mental, sua viabilidade política-institucional e o território onde ela acontece formam o trio de vetores apontados pelo levantamento realizado. Nesse sentido, duas experiências que ocorreram em períodos que antecedem a formalização dos CAPS, ESF e NASF se destacam: a de Sobral e a de Campinas. A primeira acontece através da preocupação com direitos humanos a partir de uma situação explícita de sua violação e a segunda surge de movimento intelectual local.

## A experiência de Sobral, CE

Em 1999, na cidade de Sobral, em decorrência de violação de direitos humanos, morre paciente internado em hospital psiquiátrico. A denúncia resultou no fechamento do hospital e alavancou a prática de matriciamento<sup>35,9</sup>. Na época, acontecia nessa cidade o movimento de integração da saúde mental e Programa Saúde da Família, o qual buscava cuidar dos casos do território através de interconsultas e consultas conjuntas. O papel do CAPS da cidade foi fundamental, pois se tratava da retaguarda especializada dessa ação. Essa é uma das 12 experiências presentes no manual da OMS sobre integração entre Saúde Mental e a APS.

## A experiência de Campinas, SP

Essa experiência se inicia em 2001, através do Programa Paidéia Saúde da Família, uma adaptação do Programa Saúde da Família do Ministério da Saúde, ajustado ao contexto sanitário local. A experiência de Campinas nasce em meio à discussão da saúde coletiva e do movimento intelectual na área dos trabalhadores de saúde mental que, desde 1997, através de publicação sobre metodologia de gestão de cuidado<sup>16</sup>, introduz o conceito de matriciamento e apoio matricial. A problemática tem origem na saúde coletiva e constrói referências do modelo de saúde pública brasileiro. Essa experiência do Programa Saúde da Família, pelos princípios de atenção integral ao sujeito e o vínculo, incorpora a dimensão subjetiva e social na prática clínica<sup>36</sup>.

## Conclusão

Através da análise dos mecanismos de articulação entre Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde no Brasil, publicados entre 2000 e 2010, observou-se que:

- Há concentração de publicações nas regiões Sudeste, Sul e em poucos estados do Nordeste, o que aponta o viés da iniquidade regional das publicações e da oferta de serviços;
- A Saúde Mental e a Atenção Primária, embora sejam ambas de base territorial, têm diferenças metodológicas e isso tem consequência nas leituras, demandas e avaliações sobre o trabalho em colaboração e a prática do matriciamento;
- A operacionalização da Lei n. 10.216/2001 e das portarias n. 648/2006 e n. 154/2008 de forma articulada é um exercício que depende também do território onde ela ocorre;
- A prática do matriciamento é um convite para repensar o papel da reforma sanitária, representada pela ESF, e da reforma psiquiátrica, representada pelo CAPS, assim como o papel das Unidades de Saúde da Família, ambulatórios de saúde mental e hospitais.

Concluindo, embora a experiência brasileira esteja se construindo em consonância com as recomendações mundiais que propõem diminuir a lacuna terapêutica entre oferta e necessidades de cuidado, a construção da Rede de Saúde Mental integrada à Estratégia Saúde da Família é um desafio novo para a reforma psiquiátrica brasileira. Daí a importância da análise: a estratégia de matriciamento corresponderá às expectativas de cobertura e acesso?

## Referências

- Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ.* 2004 Nov; 82(11): 858-866.
- Whiteford H, Knaap M, Thornicroft G, Saxena S. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet.* 2007 Sep; 370(9590): 878-89. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61239-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61239-2)
- Weiss MG. Reducing the stigma of mental illness: a report from a global programme of the World Psychiatric Association. *Bull World Health Organ.* 2006 Apr; 84(4): 333-334.
- Global Mental Health: The Lancet Series. London; 2007.
- Thornicroft G, Tansella M. Quais são os argumentos a favor da atenção comunitária à saúde mental?. *Pesqui Prát Psicossociais.* 2008; 3(1): 9-25.
- Konh R, Saraceno B, Levav I, Saxena S. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ.* 2004; 82(11): 858-866. <http://dx.doi.org/10.1590/S0042-96862004001100011>
- Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Masello J, Phillips MR et al. No health without mental health. *Lancet.* 2007 Sep 8; 370(9590): 859-77. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61238-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0)
- Lancet Global Mental Health Group, Chisholm D, Fisher AJ, Lund C, Patel V, Saxena S, et al. Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet.* 2007 Oct; 370(9594): 1241-52. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61242-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61242-2)
- World Health Organization - WHO, World Organization of Family Doctors - WONCA. *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: Uma perspectiva global.* Lisboa: WHO, WONCA; 2009.
- Bartels, Coakley EH, Zubritsky C, Ware JH, Miles KM, Areán PA, et al. Improving Access to Geriatric Mental Health Services: A Randomized Trial Comparing Treatment Engagement With Integrated Versus Enhanced Referral Care for Depression, Anxiety, and At-Risk Alcohol Use. *Am J Psychiatry.* 2004; 161:1455-1462. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.161.8.1455>
- Gask L, Bower P, Lovell K, Escott D, Archer J, Gilbody S, et al. What work has to be done to implement collaborative care for depression? Process evaluation of a trial utilizing the Normalization Process Model. *Implement Sci.* 2010 Feb; 5: 15. <http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-5-15>
- A Report of The Collaborative Working Group on Shared Mental Health Care. Canadian Psychiatric Association, College of Family Physicians of Canada; 2000.
- Arona E. Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. *Saúde Soc.* 2009; 18(Suppl. 1): 26-36. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000500005>
- Barban E, Oliveira A. O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no Programa Saúde da Família do município de São José do Rio Preto. *Arq Ciênc Saúde;* 2007 jan./mar.; 14(1):54-65.
- Canadian Collaborative Mental Health Conference. *The College of Family Physicians of Canada.* [acesso em 2011 nov.]. Disponível em <http://www.shared-care.ca/page.aspx?menu=57&app=251&cat1=628&tp=2&k=no>
- Campos GWS. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública.* 2007 fev.; 23(2): 399-407. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, jan.* 2008.
- Brasil. Governo Federal. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, abr.* 2001.
- Weber R, Vieira SF, Godinho Delgado PG. Política de Saúde Mental do Brasil - evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. *Rev Saúde Pública.* 2012; 46(1): 51-58. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000085>
- Greenhalgh T. Meta-narrative mapping: a new approach to the systematic review of complex evidence. In: Hurwitz B, Greenhalgh T, Skultans V. *Narrative Research in Health and Illness.* BMJ Books; 2004.
- Noyes J, Popay J, Pearson A, Hannes K, Booth A. Qualitative research and Cochrane reviews. In: Higgins P, Green S. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions: Cochrane Book Series.* Chichester: John Wiley & Sons, Ltd; 2008. cap. 20. <http://dx.doi.org/10.1002/9780470712184.ch20>
- Nascimento A, Braga V. Atenção em Saúde Mental: a prática do enfermeiro e do médico do Programa Saúde da Família de Caucais - CE. *Cogitare Enferm.* 2004 jan./jun.; 9(1): 84-93.
- Carneiro A, Oliveira ACM, Santos MMS, Alves MS, Casais NA, Santos JE. Saúde mental e atenção primária: uma experiência com agentes comunitários de saúde em Salvador-BA. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2009 out./dez.; 22(4): 264-271. <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2009.p264>
- Coyne JC, Schwenk TL, Fechner-Bates S. Non detection of Depression by Primary Care Physicians Reconsidered. *Gen Hosp Psychiatry.* 1995; 17(1): 3-12. [http://dx.doi.org/10.1016/0163-8343\(94\)00056-J](http://dx.doi.org/10.1016/0163-8343(94)00056-J)
- Ustun TB, Sartorius N. *Mental Illness in General Health Care: na International Study.* Chichester: John Wiley & sons; 1995.
- Mari J. Minor Psychiatric Morbidity in Three Primary care Clinics in the City of São Paulo. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1987; 22:129-138. <http://dx.doi.org/10.1007/BF00583847>
- Mari J, Williams P. A Comparison of the Validity of Two Psychiatric Screening Questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil Using Relative Operating Characteristic (ROC) Analysis. *Psychol Med.* 1985 Aug; 15(3): 651-9. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700031500>

**Matriciamento em saúde mental**

---

28. Vilano L. Problemas Psicológicos e morbidades psiquiátricas em serviços de saúde não psiquiátricos: o ambulatório de clínica geral. [Tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 1998. 227 p.
29. Iacoponi E. The Detection of Emotional Disorders by Primary Care Physicians – a Study in São Paulo, Brazil. [Thesis]. London: University of London; 1989.
30. Mari J, Iacoponi E, Williams P, Simões O, Silva JB. Detection of psychiatric morbidity in the primary medical care setting in Brazil. *Rev Saúde Públ.* 1987; 21:501-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101987000600006>
31. Fortes S, Villano LAB, Lopes CS. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008 Mar; 30(1): 32-37. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006005000066>
32. Elias E, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Júnior A, et al. A atenção Básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por extrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006; 11(3): 633-641. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300012>
33. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde; 2004.
34. Macincko J, Almeida C, Oliveira E, Sá P. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int J Health Plann Mgmt.* 2004; 19: 303-17.
35. Tofoli LF, Fortes S. Apoio Matricial de Saúde Mental na Atenção Primária no Município de Sobral no Ceará: relato de experiência. *Sanare.* 2007; 6(2): 34-42.
36. Figueiredo Dorsa M, Onocko R. Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. *Saúde Debate.* 2008; 32(78-80): 143-150.

## APÊNDICE E - 2<sup>o</sup> artigo científico publicado /Perceptions of Health Managers and Professionals about Mental Health and Primary Care Integration in Rio de Janeiro: a Mixed Methods Study

Athié *et al.* *BMC Health Services Research* (2016) 16:532  
DOI 10.1186/s12913-016-1740-8

BMC Health Services Research

### RESEARCH ARTICLE

### Open Access

# Perceptions of health managers and professionals about mental health and primary care integration in Rio de Janeiro: a mixed methods study



Karen Athié<sup>1\*</sup>, Alice Lopes do Amaral Menezes<sup>2</sup>, Angela Machado da Silva<sup>2</sup>, Monica Campos<sup>3</sup>, Pedro Gabriel Delgado<sup>4</sup>, Sandra Fortes<sup>2</sup> and Christopher Dowrick<sup>5</sup>

#### Abstract

**Background:** Community-based primary mental health care is recommended in low and middle-income countries. The Brazilian Health System has been restructuring primary care by expanding its Family Health Strategy. Due to mental health problems, psychosocial vulnerability and accessibility, Matrix Support teams are being set up to broaden the professional scope of primary care. This paper aims to analyse the perceptions of health professionals and managers about the integration of primary care and mental health.

**Method:** In this mixed-method study 18 health managers and 24 professionals were interviewed from different primary and mental health care services in Rio de Janeiro. A semi-structured survey was conducted with 185 closed questions ranging from 1 to 5 and one open-ended question, to evaluate: access, gateway, trust, family focus, primary mental health interventions, mental health records, mental health problems, team collaboration, integration with community resources and primary mental health education. Two comparisons were made: health managers and professionals' (Mann-Whitney non-parametric test) and health managers' perceptions (Kruskal-Wallis non-parametric-test) in 4 service designs (General Traditional Outpatients, Mental Health Specialised Outpatients, Psychosocial Community Centre and Family Health Strategy)(SPSS version 17.0). Qualitative data were subjected to Framework Analysis.

**Results:** Firstly, health managers and professionals' perceptions converged in all components, except the health record system. Secondly, managers' perceptions in traditional services contrasted with managers' perceptions in community-based services in components such as mental health interventions and team collaboration, and converged in gateway, trust, record system and primary mental health education. Qualitative data revealed an acceptance of mental health and primary care integration, but a lack of communication between institutions. The Mixed Method demonstrated that interviewees consider mental health and primary care integration as a requirement of the system, while their perceptions and the model of work produced by the institutional culture are inextricably linked.

**Conclusion:** There is a gap between health managers' and professionals' understanding of community-based primary mental health care. The integration of different processes of work entails both rethinking workforce actions and institutional support to help make changes.

**Keywords:** Mental health, Primary care, Collaborative care, Mental health matrix support, Integration, LAMIC, Mixed methods, MHGAP, Public health, Implementation science

\* Correspondence: karensathie@gmail.com

<sup>1</sup>Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas/ Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brazil  
Full list of author information is available at the end of the article



© 2016 The Author(s). **Open Access** This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.

## Background

Mental health problems [1] are a challenge to public health systems, especially in low and middle-income countries (LAMIC) [2, 3]. Studies [4, 5] have demonstrated that they are associated with important economic and social problems regarding global health and the impact of sustainable development [6]. Primary health care has been understood as the basis for reducing the gap between population needs and care offers, especially delivered through primary care and communitarian actions [7, 8]. Integration and delivery of primary mental health care are of increasing importance for the achievement of these goals.

The literature review on studies about primary care and mental health integration covers a broad scope including Human Rights [9], Welfare State organisation [10], the integration of different work processes [11–13], human resources training [14], access [15], common mental disorders [16, 17], medication [18] and psychosocial interventions [17]. Integrating health actions is complex and health managers and care professionals need more than just to agree to share the same physical place in order to work together [19, 20]. Therefore, this complex practice emphasises how important it is to prepare human resources to deliver mental health care in the community [1] and to organise integrated work processes, both of which are considered challenges to this integration [21].

Furthermore, little is known about professionals' perceptions regarding integrated care. A single study in Latin America that focused on health professionals' [22] opinions, suggests that managers' and health professionals' opinions are based on past experience, expectations, definitions of quality of care and power relationships between health professionals. A second point is a wide-ranging and confused terminology concerning primary mental health, which can also be a barrier to defining collaboration processes between different workers [23]; although the words used to define them can be very similar, interpretations on how to apply them can vary very often. the way to interpret and apply them is variable.

Additionally, as integrated care is an international recommendation requiring changes in the organisation of health systems, especially in LAMIC, these changes are being made all over the world, including Brazil. The SUS (the Brazilian National Health Service, or literally the Unified Health System)<sup>1</sup>, created with the new constitution in 1988 during the country's redemocratisation process, is based on the tenets of universal, integral and equal rights of access to health. Based on these principles, changes to strengthen community-based primary care services have been implemented since the 1990s. In Brazil, traditionally, primary care was organised into General Traditional Outpatient services (GTO). These

units covered large geographical areas, with 100,000 inhabitants, involving professionals from different medical backgrounds in basic specialities. After 1994, this primary care model started to change progressively to the Family Health Strategy (FHS) model, where multidisciplinary teams are responsible for 3500 people (not necessarily patients) living in a community-ascribed area [24] (see Table 1).

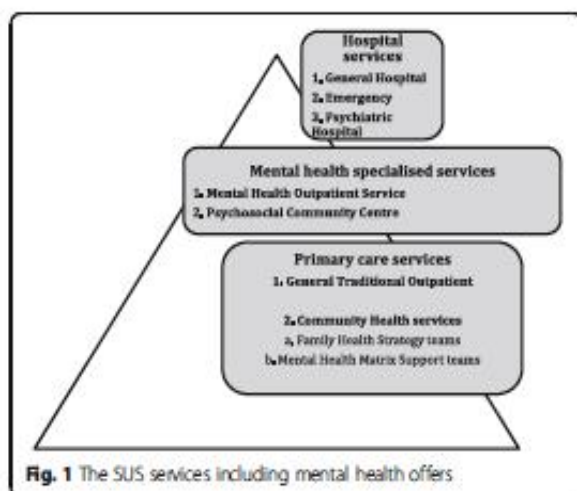
This change in Brazilian Primary Care, delivering health services in communities instead of waiting for populations' demands, brought about important improvements in public health indicators, such as an increase in the detection of neglected tropical diseases, and reduced health disparities and child mortality. The communitarian basis revealed a high prevalence of mental health problems in the ascribed population, which is associated with psychosocial problems, lower quality of life and clinical co-morbidities [25, 26]. Due to SUS' equal tenet, FHS teams have been initially implemented in low-income areas where they must deal with problems such as domestic violence and drug dealers, as well as treating diseases such as diabetes, HIV and hypertension.

In parallel, also since the 90's, mental health services started to undergo reform shifting from long-term Psychiatric Hospital beds to Mental Health Psychosocial Community Centres (PCC). This is the target of the Brazilian Psychiatric Reform [27], which set out the Brazilian Mental Health Policy in 2001. PCC were created to care for those patients with severe mental health problems within a population of 100,000 inhabitants. For patients with less severe mental disorders, but still in need of specialised mental health care, there are Mental Health Outpatient Services (MHOS). Their integration is by referral and counter-referral processes (Table 1). Moreover, in view of the stigma surrounding mental health issues and the vulnerability of the low-income population covered by FHS, a local model of collaborative care was developed, based on Mental Health Matrix Support teams (MHMS). These teams help FHS teams to deal with psychosocial problems and common mental disorders. Collaborative care entails continuing education, which involves enabling capacity building of the FHS teams while MHMS teams assist them organising the delivery of mental health care in communities as well as helping them in the treatment of traditional primary mental health problems, such as medically unexplained symptoms, psychosomatic problems and common mental disorders (see Fig. 1).

One of the main problems faced by SUS is the integration of different service levels, which aims to increase access to the most vulnerable population living in very low development conditions [24], and narrow the gap between mental health needs and treatment offer. Therefore, the Brazilian Mental Health Service is divided

**Table 1** SUS primary care and mental health services

Assistance model design	Traditional model (Currently being deactivated)		Primary care model (Currently being implemented)		
Care focus	Individual and disease-oriented		Health, community and territory-oriented		
Kind of Service	General Traditional Outpatient Service (GTO)	Mental Health Outpatient Service (MHOS)	Family Health Strategy (FHS)	Mental Health Matrix Support Teams (MHMS)	Psychosocial Community Centre (PCC)
Care Level	Primary	Specialised	Primary	Primary	Specialised for severe mental health patients
Coverage	100,000 inhabitants from a geographical area.	This service is not commonly associated to patient's territory.	3500 enrolled people in delimited territory.	Each team covers up to 9 FHS teams, according to population size.	100,000 to 200,000 inhabitants from a defined geographical area, which depends on patient's territory.
Access Design	Consultations are booked on demand.	Consultations are booked on referral from another health professional.	Consultations and care are delivered in units located in the community. The evaluation focus considers not only the individual but also family and community context.	Provides support to FHS teams and works in collaboration, assisting their patients.	Consultations are booked either by referral or on demand.
Team Composition	Internal medicine, paediatrics and gynaecology outpatient clinics provide general care. Frequently, there is also a mental health clinic.	Psychiatrists and psychologists.	Multidisciplinary team comprise: 1 family physician, 1 nurse, 1 nursing technician and 6 community health workers. Perform active search of patients. Work according to primary care premises: gateway, longitudinally, comprehensiveness and care coordination.	Multidisciplinary team composed of professionals, including one mental health professional (e.g. a psychologist or a psychiatrist). Health managers define the team based on epidemiological data, local needs and the number of health teams to be supported.	Multidisciplinary team consisting of: neurologists, nurses, nursing technicians, pharmacists, nutritionists and psychiatrists, psychologists, social workers, speech therapists, music therapists, occupational therapists, among other multi non-specialised professionals admitted to the team.
Mental Health Clinical and Assistance offers	Referred patients with mental health problems to a mental health outpatient clinic.	Specialty consultations based on referral and counter-referral proceedings. Their routine does not include working with primary care professionals.	When patients with mental health problems are identified, FHS requests the support of MHMS Teams and works in collaboration with them to provide mental health care in the community.	MHMS works at least once a month with FHS teams in order to improve the FHS teams capacity to identify emotional suffering and take care of it and monitor mental health cases. This includes integrating care actions delivering mental health care in the territory.	Provide care to patients with severe mental problems. PCC works with FHS under two circumstances: either referring their own patients to FHS teams or helping FHS teams provide care to severe mental health patients already being treated by the FHS teams.



into three levels: primary care services, specialised outpatient units and hospitals, as shown in Fig. 1.

Rio de Janeiro City has been an important example of this process, with a shift from General Traditional Outpatients to FHS teams, increasing their coverage from 3.5 % in 2008 to 40 % in 2012 [28, 29], mainly in poor and violent inner-city communities [30] (Fig. 2).

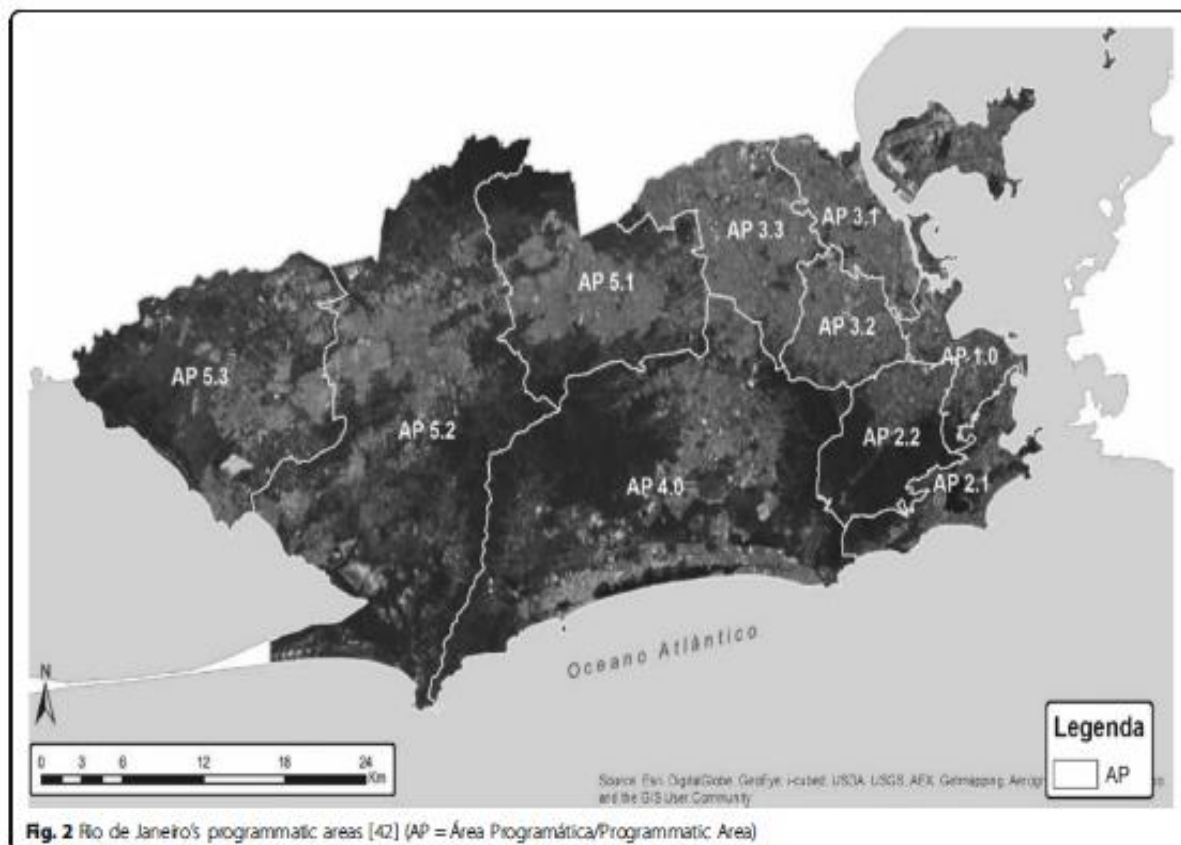
The context includes important social contrasts, notably between favelas (slums) and middle and upper-class

homes, which coexist in the same neighbourhood [31, 32]. Thus, the Human Development Index varies from high to very low (e.g. 0.97 in Gávea neighbourhood vs. 0.25 in Realengo) [33–36]. There are stark differences even in poor areas. For example, in total, there are about 800 favelas and their social development index ranges from 0.63 (medium) to 0.25 (very low). Over 750 of those are below 0.59 (low human development). Additionally, some favelas, often controlled by drug dealers [37], tend to be violent in spite of political and military actions implemented since 2010.

Preferentially, primary care units have been located in places accessible to these vulnerable communities, which in Rio are usually found on the hillsides next to middle-class neighbourhoods.

Hence, in 2008, considering collaborative care experiences from the United Kingdom and other countries [38–40], a research group<sup>2</sup> on mental health in primary care from the University of the State of Rio de Janeiro (UERJ) started to work with primary care teams in one of Rio de Janeiro's Health Districts, known as Programmatic Area 2.2, with 371,120 inhabitants.

Due to patients' problems such as anxiety, depression, post-traumatic stress and unexplained medical complaints, a group of researchers, professors, residents and health professionals undertook actions aimed at mental health and primary care professionals working together.



These actions were based on the integration of mental health and primary care in this part of Rio and included training primary mental health workers. Thus, a partnership involving the University of the State of Rio de Janeiro (UERJ) and the coordination staff of Programmatic Area 2.2 has fostered MHMS activities in the health units in this region with a view to integrating mental health teams and primary care.

These collaborative experiences between the local services and UERJ tested this integrated model of work (MHMS) while national deliberations (Law 154/2008) on an interdisciplinary collaborative care model for SUS were approved. The Matrix Support Teams, officially called NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), were created to work together with FHS in order to improve their capacity. So, the matrix support implemented in PA 2.2, at this historical moment, can be considered an innovation involving all primary care services, outpatient services and psychosocial community centres. When this research was carried out (between 2011 and 2013), PA 2.2 had not completely deployed the NASF team based on the national model references. This pioneer experience in PA 2.2 was important also to develop the first practical national recommendations about mental health matrix support for the NASFs, the Practical Guide to Primary Mental Health Care [41].

The purpose of this paper is to study health managers' and professionals' perceptions, in their different services, about the integration of mental health in primary care settings. The main goal is to analyse them and point out key messages related to planning, organisation and implementation of collaborative care to reduce the local mental health gap and foster continuity of care.

## Method

### Design of the study

This mixed-method cross-sectional study was developed to map different aspects of mental health and primary care integration from the perspective of health managers and health professionals. Thereby, considering them as potential supporters or stakeholders of the integration of mental health in primary care, this research has tackled three research issues. The quantitative study pointed out how they evaluate their health actions regarding primary mental health care references, and the qualitative one, as a necessary complement, explored their experience of MHMS.

The issues were:

- health managers' and professionals' perceptions about primary mental health care implementation in Rio in the period studied;
- the similarities and differences between health managers' and professionals' perceptions;
- prospects for Brazilian MHMS.

## Setting characteristics

### *Geographical and socio-economic context in Rio de Janeiro's favelas*

This study was conducted in Rio de Janeiro City, which is divided into ten Health Districts (Programmatic Areas) (Fig. 2) [42], all of them providing similar mental health and primary care services. This programmatic area (PA 2.2) has 371,120 inhabitants in 7 neighbourhoods: Alto da Boa Vista, Praça da Bandeira, Tijuca, Andaraí, Grajaú, Maracanã and Vila Isabel. For public health management purposes, each neighbourhood is divided into micro-areas. Although the area's Human Development Index (HDI) is about 0.9, which is similar to rich countries, the region is marked by social contrasts. According to the last national census, monthly income ranged from \$ 61.12 to 3558.59 [34] (American dollars). The Social Development Index (SDI) verified that the highest rate is 0.7 in Maracanã (high development conditions) and the lowest is 0.54 in Praça da Bandeira (low development conditions). The favela population accounts for around 43,000 inhabitants. In the micro-areas of this study the ratio ranges from 0.55 (low) in Parque Vila Isabel to 0.48 (very low) in the Casa Branca Community. Moreover, 4 of the 37 Peacemaking Police Units are located in this region. Since 2010, these units have been deployed in Rio de Janeiro's favelas and other underprivileged areas with violence and drug dealing.

### *SUS Primary Care and Mental Health Services Designs in Programmatic Area 2.2*

The survey was conducted with health professionals working in all primary care and mental health units in this region: General Traditional Outpatient Services (GTO) ( $n = 4$ ), Mental Health Outpatient Services (MHOS) ( $n = 4$ ), Psychosocial Community Centres (PCC) ( $n = 2$ ), Family Health Strategy (FHS) ( $n = 8$ ). In view of the complex makeup of the SUS (Fig. 1), with part of the services being deactivated and another part being implemented, some important aspects of these services must be highlighted, such as care focus, service status, care level, coverage, access design, team composition, principles of mental health clinical and assistance management (Table 1).

## Participants

In this research all professionals involved in mental health matrix support activities in PA 2.2 were interviewed, including family health doctors and MHMS supporters, as well as all health unit managers in this area. Due to the moment of this new model's implementation in this area, the group concerned was still small. Thus, in total, all 42 people working with MHMS were interviewed (35 female and 7 male), covering all health managers (15 female and 3 male), general practitioners, psychologists and psychiatrists



(20 female and 4 male), all involved in primary care and mental health integration in the territory studied.

Other FHS professionals, such as nurses and community health workers were excluded. The reasons were: firstly, during the period studied, MHMS activities were mainly between doctors and mental health professionals, and secondly, despite the relevance of other FHS professionals' opinions, this project had financial constraints and, consequently, nine more nurses and fifty-four Community Health Workers, who did not take active part in the mental health matrix support work, were not interviewed.

Among the 18 health managers we observed different professional backgrounds, namely: doctors (8), nurses (6), dentist (1), physiotherapist (1), social worker (1), psychologist (1) and of the 24 health professionals, there were General Practitioners (13), psychiatrists (4) and psychologists (7).

After obtaining approval from an official local district council and from the university's ethical committee, these professionals were invited either by email or phone and asked to participate voluntarily. All of them signed an informed written consent approved by the ethical committee. Each interview took approximately 90 min; all of them were recorded.

#### Data collection tool: creating an instrument to evaluate mental health and primary care integration

A semi-structured questionnaire (see Additional file 1) was created to quantitatively evaluate these professionals' perceptions of their own services in relation to integration processes, followed by one open-ended question inquiring about positive and negative aspects of MHMS. To create this instrument, three other instruments were considered. The first is an international reference created to evaluate primary care services, The Primary Care Assessment TOOL [43, 44]; the second is the corresponding Brazilian version of the first, adapted to the Brazilian context and validated into Brazilian Portuguese [45]; the third is a questionnaire to evaluate Brazilian multidisciplinary teams [46].

The questionnaire, specially developed for evaluating primary care and mental health integration, comprised 185 questions, divided into different sections (Table 2). Alternatives were presented on a Likert scale ranging from 1 (none or never), 2 (almost never), 3 (sometimes), 4 (almost always) to 5 (always). In the mental health problems section, which sought to identify how professionals observed specific mental health problems among patients coming into their units, the scale varied from 0 (no-one), 1 (low frequency), 2 (medium frequency), to 3 (high frequency). Besides the answer scale, the section about mental health interventions and integration with the community had space for freely stating examples. At the end of the survey, there was an open-ended question about positive and

**Table 2** Description of questionnaire's sections

Section	Objective
General Information	To map profession, function and workplace.
Access	To map whether patients can access services, medicines and consultations.
Gateway	To map the different services available to patients in the unit
Trust	To map the relationship between patients and health professionals, and patients and units
Primary Mental Health Interventions	To map psychosocial actions offered.
Primary Mental Health Record	To map if mental health interventions are recorded in the Health Record System as mental health interventions or primary care interventions.
Collaboration between Teams	To map collaborative work with different health teams and services as well as with other institutions such as health services, schools or community services.
Mental Health Problems	To map mental health problems treated in the unit.
Family Focus	To map family interventions.
Integration with Community Resources	To map institutional integration with community resources.
Primary Mental Health Education	To map educational expectations regarding mental health in primary care.
Positive and Negative Aspects (Open-ended question)	To map positive and negative aspects of primary care and mental health integration.

negative aspects of primary care and mental health integration, related to the previous 6 months.

#### Pilot study of mental health and primary care integration instrument

A pilot test was conducted in two stages. Firstly, undergraduate students training to work in primary mental care settings applied the questionnaire to verify language problems and the amount of time needed to answer each question. The problems were adjusted to improve the instrument, which was also discussed individually and collectively with mental health and primary care professionals and managers from other territories. Secondly, each of the three research applicants made one training interview with a health professional working outside PA 2.2.

#### Periods of interviews

The interviews occurred in two periods. Firstly, managers were interviewed from September 2011 to January 2012. The health professionals' interviews were collected from December 2012 to November 2013. From this group one GP did not participate as he was on

holiday. Due to the lack of financial resources to cover researchers' interview fees, the second period was longer than planned.

#### **Alpha cronbach**

In order to validate the questionnaire, Cronbach's Alpha was calculated, after concluding the managers' interviews, so that internal consistency could be evaluated. The internal consistency by section was: unacceptable for Access ( $\alpha = 0.495$ ); questionable for Gateway ( $\alpha = 0.649$ ) and Integration with Community Resources ( $\alpha = 0.662$ ); acceptable for Trust ( $\alpha = 0.729$ ), Collaboration between Teams ( $\alpha = 0.764$ ) and Mental Health Problems ( $\alpha = 0.762$ ); good for Family Focus ( $\alpha = 0.852$ ); and excellent for Primary Mental Health Interventions (0.909), Mental Health Interventions Record ( $\alpha = 0.912$ ) and Primary Mental Health Education ( $\alpha = 0.882$ ). The final result was 0.730 ( $p$ -value 0.000), which was considered acceptable [47–49].

#### **Analysis**

Analysis of the database involved two interpretative phases. First, while the quantitative analysis compared 1) health managers considering their design services and 2) health managers' and professionals' perceptions as a workforce, the qualitative analysis considered the whole group's perceptions about the advantages and disadvantages of MHMS. Secondly, to answer the three key issues about mental health and primary care integration, a framework was created to identify convergences and divergences between qualitative and quantitative results and associate them.

#### **Quantitative analysis**

Data were analysed with SPSS statistical software (version 17.0). The Mann-Whitney non-parametric test was used to compare health professionals' and managers' perceptions. The second comparison was to observe different types of primary care and mental health managers' perceptions. The Kruskal-Wallis non-parametric-test was used to compare managers' perceptions in 4 kinds of services (GTO, MHOS, PCC and FHS). Numerical data were calculated based on the number of answers to each section. The missing values were not excluded; they were replaced by mean values.

Considering each dimension studied, the hypotheses were:

Hypothesis 1. Health managers and professionals diverge in their answers evaluating mental health and primary care integration.

Hypothesis 2. Managers from different services diverge in their answers evaluating mental health and primary care integration.

#### **Qualitative analysis**

Examination was based on framework analysis and thematic analysis methods.

Qualitative data encompassed all information that participants were asked to provide to complement or exemplify their answers to the quantitative survey questions. For instance: descriptions of resources; examples of mental health interventions not mentioned in the questionnaire; examples of collaboration between health services, education and community, and of integration with other services. Besides that, an open-ended question requested explanations about positive and negative aspects of mental health and primary care integration.

The content was described and organised according to the framework analysis method [50], which allowed for the comparison of positive and negative aspects. Firstly, content analysis enabled grouping of a large amount of text into categories. This analysis was processed using the same quantitative method dimensions (Table 2) as a filter. To interpret the data, interviews were repeatedly read and listened to and ideas about key aspects were noted down to develop initial codes as a thematic analysis. Next, they were linked according to their nature and contents to length and frequency of these perceptions [24, 51]. These codes helped to arrange the data into broader themes, which were revised. The discussion between three researchers processed the data into the most prominent ideas. These ideas were organised into three categories. Although this field of study is treated in interesting international studies [52, 53], this approach was chosen due to lack of past research in this field, where the growth of MHMS teams in SUS's structure is being progressively implemented in order to cover a country with more than 5000 municipalities. Thus, themes were developed inductively [54].

#### **Mixed method**

The integration [55, 56] of these two methods was arranged in a framework considering three key issues introduced at the beginning of the method section. Subsequently, qualitative and quantitative answers were compared to see if they converged or diverged. The analysis was conducted according to primary mental health care references [57].

## **Results**

### **Quantitative results**

#### **Health Managers' and Professionals' perceptions**

Given that health managers and professionals diverge, their perceptions about the results of different points evaluated in this study proved to be similar in most respects.

The group evaluated Access (2.9/5) worse than Gateway (3.5/5), which means that while about 60 % of the population they are covering can have access to their

services, once this population arrived at this offer this sample considered that people have more chances (70 %) of starting a treatment. Trust (4.3/5) demonstrated that this group evaluated their relationship as positive with people that they take care of. Mental Health Interventions (2.8/5) highlighted that this sample does not consider that Mental Health interventions are offered to a percentage smaller than about 55 % of their patient needs. Team Collaboration (3.3/5) showed that this group as a whole has a positive perception of their co-joint actions. However, their evaluation of the record system revealed different perceptions between the two groups included in this sample. While assistance professionals evaluated (2.4/5) that less than 50 % of these recorders are adequate, health managers had a more positive view of this point, considering (3.3/5) about 70 % of these recorders adequate. Mental Health Problems (1.6/4) highlighted that the perceptions of the interviewees were 40 % between a low (1 to 30 %) and a medium (31 to 60 %) frequency of mental health problems in the patients treated in their units. Family Focus (3.4/5) results showed that they usually work considering family problems in about 70 % of cases. However, in Integration with Community Resources (2.6/5), they demonstrated that they work with these resources in about 50 % of their needs. Concluding, Primary Mental Health Education (3.4/5) highlighted that continuing educational activities to prepare interviewees and their unit teams to work with primary mental health care is positive in 70 % of the answers (Table 3).

#### Managers' perceptions of service design

Concerning the hypothesis that managers from services diverge in their evaluation of mental health and primary

care integration in their own routine, the findings confirmed that units see things differently in this regard.

Access dimension ( $p$ -value < 5) highlighted that managers working in mental health outpatient services consider that only about 50 % (2.4/5) of people that need their services have access to them. The other managers evaluated this higher, (in about 65 % (3.2/5) of cases, people have access to their services). Managers perceived Gateway similarly: about 70 % of patients (3.6/5) are treated in these services when they have access to them. Trust (between patients and health professionals) was the best evaluated section (4.4/5), which means that these managers considered that their relationship with patients is good. In Mental Health Interventions ( $p$ -value < 5), non-specialised (GTO = 2.1; FHS = 2.8) services evaluated their actions worse in terms of mental health activities than specialised services (MHOS = 3.0; PCC = 3.8); Record System was considered adequate in about 70 % of cases (3.3/5). In Collaboration between Teams, GTO(2.6/5) managers made a worse evaluation, followed by MHOS(3.3), FHS(3.6) and PCC(3.7). Mental Health Problems (1.5/4) highlighted that interviewees' perceptions were 37 % between a low (1 to 30 %) and a medium (31 to 60 %) frequency of mental health problems in the patients treated in their units. Family Focus is best evaluated in services based in communities. While GTO(2.3) and MHOS(2.8) evaluated that their offer has a Family Focus in less than 60 % of their cases, PCC(4.0) and FHS(3.9) evaluated that they offer that in 80 % of cases. Integration with Community Resources (2.7/5) are smaller than 60 %. To conclude, Primary Mental Health Education ( $p$ -value < 5) is better evaluated in community-based services (PCC = 4.7; FHS = 3.9), followed by MHOS(3.0/5) and GTO(2.3/5), which evaluated this point as very low.

**Table 3** Comparing health managers' and professionals' perceptions

Health Managers' and Professionals' perceptions Mann-Whitney non-parametric test (M-W)	Mean			Std. deviation		
	Health Managers and Professionals (n = 42)			Health Managers and Professionals AP		
	Prof. n = 24	Man. n = 18	Total	Prof.	Man	Total
Access	2.9	3.0	2.9	.64	.43	.55
Gateway	3.5	3.6	3.5	.71	.74	.72
Trust	4.3	4.4	4.3	.37	.37	.37
Mental Health Interventions	2.8	2.8	2.8	.38	.63	.50
Is Record System adequate to register mental health actions?*	2.4	3.3	2.8	1.12	1.60	1.41
Collaboration between Teams	3.2	3.3	3.3	.52	.57	.54
Mental Health Problems	1.6	1.5	1.6	.38	.21	.32
Family Focus	3.4	3.3	3.4	.66	.96	.79
Integration with Community Resources	2.5	2.7	2.6	.76	.59	.69
Primary Mental Health Education	3.4	3.4	3.4	.90	1.08	.97

\*M-W test was performed with  $p$ -value < 5 %

Especially noteworthy was the following contrast: Mental Health Interventions, Collaboration between Teams; Family Focus and Primary Mental Health Education received the worst evaluation by the General Traditional Outpatients and the best by the Psychosocial Community Centre. In Team Collaboration, Psychosocial Community Centre as specialised services and FHS as non-specialised services obtained very similar values (3,6/5), which means that they considered they work collaboratively in about 70 % of their cases; likewise, for Family Focus (3,9/5), which means they believe they usually care for people using this strategy in about 80 % of their cases (Table 4).

### Qualitative results

#### *Descriptive information: structure, examples of interventions and partnerships*

Some questions had space for examples or specific information. The answers that appeared in this study are:

1. Analysis of contact resources showed that all units have an e-mail, telephone and access to the Internet.
2. Regarding Mental Health Interventions, the examples shared indicated in general a large provision of groups for patients with different health conditions, such as: chronic diseases; reducing health problems; family planning; pregnancy; adolescents; the elderly; anti-smoking; alcoholics anonymous; handicrafts; gardening; income generation; yoga and massage.
3. Regarding Integration with Community Resources, professionals mentioned as examples: outpatient units; emergency units; hospitals; university services; programmatic area coordination; health system information; nurseries; schools; "Health in the School" program; police; shelters for women, men and the

elderly; non-profit organisations; football teams; samba schools; community radio and Peacemaking units.

#### *Open-ended question: positive and negative perceptions of mhms*

The open-ended question was to elicit from the interviewee their opinions about mental health and primary care integration regarding MHMS actions. Thus, these professionals were asked to share their positive and negative opinions. As the managers sample was very small, this research group analysed this answer without comparing health managers and professionals.

As a whole, the outcomes highlighted significant aspects of MHMS organisation, workforce and practice. Taking into account the different analytical themes, health professionals' perceptions were organised into three categories: Network, Primary Mental Health Education and Primary Mental Health Interventions. Communication problems emerged as a common issue in all situations related to primary care and mental health integration and they are present in all three categories.

The Network category considered how the structural components of MHMS teams are connected, including logistics, human resources, workforce, and organisational partnerships. This category highlighted issues such as networking, integration and institutional communication. For instance:

*"The municipal government should constantly communicate the workflow between specialists and non-specialists because we do not know where new FHS teams are being created, what their scope is and which territory they cover". (Manager 1, outpatient specialized services psychiatrist).*

**Table 4** Comparing different managers' perceptions perspectives

Managers' perception Kruskal-Wallis non-parametric test (K-W)	Mean					Std. deviation				
	Services (Managers answers/4 groups)					Services				
	GTO n=4	MHOS n=4	PCC n=2	FHS n=8	Total n=18	GTO	MHOS	PCC	FHS	Total
Access*	3.1	2.4	3.2	3.2	3.0	.31	.42	.18	.34	.43
Gateway	3.5	3.5	3.2	3.8	3.6	.89	1.11	.27	.59	.74
Trust	4.2	4.4	4.5	4.5	4.4	.28	.24	.44	.46	.37
Mental health Interventions*	2.1	3.0	3.8	2.8	2.8	.37	.56	.05	.48	.63
Is Record System adequate to register mental health actions?	3.3	4.4	4.0	2.5	3.3	1.52	.42	.47	1.91	1.60
Collaboration between Teams*	2.6	3.3	3.7	3.6	3.3	.37	.47	.49	.39	.57
Mental Health Problems*	1.3	1.5	1.8	1.6	1.5	.17	.11	.33	.17	.21
Family Focus*	2.3	2.8	4.0	3.9	3.3	.63	.35	.00	.86	.96
Integration with Community Resources	2.6	2.6	3.0	2.8	2.7	.43	.94	.24	.58	.59
Primary Mental health Education*	2.3	3.0	4.7	3.9	3.4	1.20	.72	.47	.71	1.08

\*K-W test was performed with p-value < 5 %

This quotation illustrates the lack of knowledge about different systems' structures and how that can negatively affect the interactions between different services. On the other hand, the quotation below demonstrates how positive the network can be when the partnership between services is clear.

*(...) when we have this strong partnership, we access a mental health support team, doing referrals and counter referrals, leading to better understanding of the case for planning care". (Manager 1)*

The Primary Mental Health Education category referred to the relevance of integrating knowledge and expertise between different workforces. Not only is it suggested that health professionals need to learn from each other, but also that different work processes must be integrated and further knowledge may be acquired by all the professionals involved. For example:

*"(...) patients already exist, but we need (as primary care professionals) to better understand what it is possible to do in order to offer support to them here, because it is so difficult to work with mental health problems." (Manager 2, FHS, nurse)*

This quotation highlighted how difficult it is for a non-specialist to care for mental health problems without tools or enough knowledge to tackle these problems, including the capacity to recognise mental health problems. Similarly, this same quotation showed that the professional considers it important to receive technical support to be able to help patients with this type of problem.

*"The problem is the lack of human resources, because all that (regarding the health system changes in the city) will raise demand, and unfortunately we cannot address current problems". (Manager 3, GTO, doctor)*

Concerning Primary Mental Health Education, while the previous quotation emphasised human resources availability, the following quotation demonstrated a concern with the quality of primary mental health education when the interviewee described the relevance of MHMS to improve community health workers' capacity to deal with mental health problems, mainly because they are considered gatekeepers of the health system.

*"MHMS have been qualifying community health workers. MHMS organised training sessions for their work (mentioning community health workers)". (Health professional 1, FHS, GP)*

Furthermore, as well as showing an improvement in the capacity to identify and treat mental health problems, the next quotation underlines that FHS teams should understand, in technical terms, the primary mental health professional's conceptual references.

*(...) but I do not know if people know that we need a methodology concerning MHMS teams' references, something more formal, a structured methodology, (...). (health professional 2 FHS, GP).*

The Primary Mental Health Intervention category is concerned with how mental health actions in primary care have been delivered. The actions mentioned were: MHMS, support for the FHS team, prevention and mental health promotion, implementation of community therapy, home visits and joint consultations.

Positive evaluations included a clinical perspective of the primary care professionals when referring to the consequences of the integration.

*"I think that we have been improving diagnosis and treatment of mental illnesses". (Health Professional, FHS, GP2)*

Moreover, primary mental health care interventions were considered important as professionals search for better understanding and to act closer to the patients' context than was done in a traditional specialised mental health approach, as it usually focused on the individual's disease only.

*"Mental health patients should be cared for in their area, with people they trust, in their home environment, in their territory". (Health Professional, FHS, GP1)*

From a negative perspective, the general timetable was the main issue.

*"The problem with the matrix support is it takes place once a month, when we have many more patients that must be treated more frequently". (Manager, FHS, nurse)*

This quotation not only demonstrates difficulties related to the integration of different work processes but also emphasises a concern with the continuity of mental health care, which is one of MHMS teams' biggest challenges.

The table below summarises the main qualitative data findings, showing positive aspects as benefits and negative aspects as barriers to integrating mental health and primary care (Table 5).

**Table 5** Open-ended question summary

Mental Health and Primary Care Integration	Positive aspects	Negative aspects
Network category	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connecting primary care and mental health services.</li> <li>• Planning care together</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lack of knowledge about different units, system structures and work processes</li> <li>• Constraints regarding institutional processes</li> </ul>
Primary Mental Health education category	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Helping non-specialists managing mental health problems</li> <li>• Training SUS gatekeepers to identify mental health problems</li> <li>• Narrowing the communication gap between different work processes</li> <li>• Favouring primary teams to diagnose and prescribe appropriate interventions.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lack of human resources, excessive turnover of GPs, excessive working hours</li> <li>• Lack of knowledge regarding psychosocial interventions in PC</li> </ul>
Primary Mental Health Interventions category	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Improving access to cases of difficult adherence</li> <li>• Delivering mental health care in the community</li> <li>• Integrating actions to care of co-morbidities</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrating different professionals' timetables</li> <li>• Low frequency of mental health matrix support in the community (once a month)</li> <li>• Continuity of care is not perceived as a health tenet</li> </ul>

### Mixed-method results

Faced with these results and using the 3 key issues in a framework, this study linked crucial points between the methods. Thereby, the outcomes were:

- i) What are the health professionals' perceptions about MHMS in Rio during the period studied?

The quantitative results showed that the professionals interviewed have been evaluating their actions only based on recent experiences or discussions. The qualitative results demonstrated that the workforce's experiences pointed to challenges and difficulties to integrate different work processes, considering perceptions and experiences without clear and structured references.

- ii) What are the similarities and differences between health managers' and professionals' perceptions?

While quantitative data showed that health managers and professionals had different perspectives only of the record system of this evaluation, qualitative data demonstrated the importance for both groups of clear communication, good relationships with other institutions and continuing primary mental health education to create a network and integrate actions from different perspectives. This shows how difficult it can be to integrate different work processes in a context where communication is problematic.

- iii) What prospects are there for Brazilian MHMS?

Quantitative data about health managers and professionals demonstrated that these professionals converge in most of their perceptions. However, quantitative data about managers' perceptions of service design contrasted different perspectives from traditional services and

community-based services. The qualitative results emphasise how important it is to consider institutional designs to foster integration between different services without support or specific knowledge.

### Discussion

Evaluating primary care and mental health integration was planned as a local demonstrative project, exploring the perceptions of professionals involved in integrated care to offer primary mental health care to a low-income population, especially in community-based contexts. The main findings were:

1. The need for the creation of an instrument to evaluate the perception of professionals involved in PC and MH integration actions. The points of the questionnaire referred to the structure of the health system, the method of work between the professionals and the method of work to offer primary mental health care.
2. Health managers' and professionals' perceptions tend to agree in all points studied, except for Health Record System.
3. Managers' perceptions of service design tend to disagree on points such as Access, Mental Health Interventions, Team Collaboration, Family Focus and Primary Mental Health Education. These perceptions tend to agree in terms of Gateway, Trust, Record System and Integration with Community Resources and Primary Mental Health Education.
4. A lack of communication and clear common knowledge about MHMS were underscored as crucial problems.
5. The mixed method demonstrated how important it is to contrast information concerning workforce and institutional perceptions faced with positive and negative MHMS aspects.

6. Health managers and professionals consider mental health and primary care integration as a requirement of the system.

These findings confirmed that planning and managing the integration of different work processes are fundamental to understanding the workforce's point of view as well as to understanding they are strongly influenced by the model of work produced by the institutional culture [58]. For instance, these professionals value Primary Mental Health Education (3.4/5), and they are looking forward to improving their skills and knowledge to deliver mental health actions in Rio de Janeiro's favelas, as the Primary Mental Health category highlighted. However, the workforce interviewed demonstrated awareness of constraints in institutional processes, human resources and knowledge [59]. These negative aspects suggest that despite health professionals' being open and agreeing to work with MHMS, infrastructure problems have been identified in this vulnerable, low-income [60] and violent area, revealing inconsistencies between workforce and institutional perspectives.

Regarding the MHGAP, there was an interesting comparison of this setting with research in countries undergoing socio-economic conflicts and also wars in LAMIC. The literature review showed that although it is possible to facilitate primary care and mental health integration [61], indicators such as governance and different workforces [62] are better managed regionally [63], in the same health level platforms as in national perspectives, with different levels of health involved. Moreover, primary mental health care is, in some cases, considered a humanitarian solution, delivering health care to vulnerable people [64].

Nowadays, similar experiences of MHMS, as in Rio de Janeiro's favelas, are growing in many Brazilian cities as a political strategy to improve the capacity of FHS teams to treat and prevent health problems and promote community-based health. This nationwide perspective has been implemented through Multidisciplinary Matrix support teams, where the presence of a mental health professional is always guaranteed [24]. This is especially important considering that Brazil is a country with more than 5000 municipalities, where this process is being massively implemented. However, as the findings emphasised, two different primary care platforms and a lack of clear information revealed a lack of common and clear objectives shared with this workforce [58].

For example, the evidence about the information recorders not only highlighted the relevance of an integrated information system but also these perceptions showed the concerns of these health professionals about how their work can be measured.

Another interesting example of a difference in viewpoints was that community-based health managers (PCC and FHS) evaluated better the sections on the community-based method of work, whereas the health managers working in traditional services evaluated them as worse. In order to integrate primary care and mental health it is important to recognise whether or not the MHMS purposes are coherent with health service culture to unite two different work processes. Hence, the need to create a programme integrating mental health into primary care in order to deliver primary mental health care and overcome the MHgap [27, 65].

These findings offer an insight into how primary mental health teams have experienced MHMS, suggesting that now is the time to qualify these actions [14], empower the workforce [5] and improve the network's capability [66].

Likewise, especially noteworthy was the gap between work processes and expertise for the development of MHMS. These outcomes confirm the existence of subjective barriers in institutional relationships [23] and suggest that lack of communication might be responsible for points of tension between those involved, such as technical and ideological differences.

For example, in severe mental health cases, the collaboration between PCC and primary care services only happens when PCC patients need it and not when community-based primary care services identify the need of specialised collaboration in its area. This point may underline how important the link is between the need for institutional support and improved communication [14, 22, 67, 68].

Thus, the data identified some differences between health professionals as points of tension. For instance, even when the professional has a positive experience with MHMS, the qualitative data emphasised how difficult it is to combine two different backgrounds, sharing knowledge and making decisions together.

For further initiatives, explanatory guidelines, websites and telehealth might be important as a form of professional health education. Moreover, the creation of specific national primary mental health care indicators to evaluate these health services and practices is important to organise the primary mental health agenda [66], particularly considering the continuity of mental health care in primary care [69].

Some strengths of this study were:

- Contributing to the literature about primary care and community-based mental health integration in Brazil, Latin America and LAMIC;
- Integrating quali-quantitative data such as health managers' and professionals' perceptions, health managers' perceptions of different services involved in PC and MH and MHMS opinions in a mixed-methods study;

- Emphasising the association of health professionals' workforce and institutional designs in public health as a fundamental issue to think about health services and research.

The limitations were:

- The number of interviewees was small, which suggests the need for further studies with a similar methodology in other areas of the city and the country;
- Data collection was done in two different periods. It would have been preferable to collect it all in the same period and a few questionnaire questions lack specificity in terms of mental health references or primary care;
- We did not interview important members of FHS teams such as nurses and community workers. This study also did not sufficiently evaluate long-term outcomes and was primarily aimed at doctors (GPs, psychiatrists and psychologists).

## Conclusion

The aim of this study was to map health managers' and professionals' perceptions about Primary Care and Mental Health by MHMS in Rio de Janeiro. The lessons learnt were especially about how to plan actions to deliver primary mental health care in vulnerable communities.

Although SUS is unified, this system has two primary care platforms in activity. The complexity of this background along with the findings concerning the record system suggests it is essential to integrate and record the available information about the integration process in a common health record system. This clearly demonstrates the reach and impact of primary mental health actions in the communities and how they can differ from traditional services.

These perceptions provided valuable lessons for policy planning and research, including aspects related to those points of tension where different perspectives on mental health care must be integrated. This involves engaging the policy makers, managers, primary care and mental health professionals on the ground. Hence, the study pointed to the challenge of connecting different health knowledge and the importance of communication strategies.

Additionally, health professionals clearly recognised the need to improve their knowledge about primary mental health care, underlining willingness on their part to rethink their actions. However, they need institutional support and motivation to be involved in further actions.

Concluding, in order to push the boundaries of traditional mental health interventions as a means of delivering mental health care in the community, not only did this study reveal that enhancing institutional

communication is essential to integrate different work processes but it also shows that health professionals should be turned into stakeholders.

## Endnotes

<sup>1</sup>From this explanation on referred to the Brazilian National Health Service simply as SUS.

<sup>2</sup>Grupo Interdisciplinar de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde—CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico) (<http://dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrup/9879901048555185>).

## Additional file

**Additional file 1:** Questionnaire Mapping the Integration of Mental Health Interventions in Primary Care. This questionnaire was originally in Portuguese. The English version was based on the original, considering only the items discussed in this original paper. (DOC 180 kb)

## Abbreviations

FHS: Family Health Strategy; GTO: General Traditional Outpatient; HDI: Human Development Index; LAMIC: Low and middle income countries; MH: Mental Health; MHGAP: Mental Health Gap; MHMS: Mental Health Matrix Support; MHOS: Mental Health Outpatient Services; PC: Primary Care; PCC: Psychosocial Community Centre; SDI: Social Development Index; SUS: Unified Health System; WHO: World Health Organization

## Acknowledgements

We sincerely thank Prof. Cesar Favoretto and Stella Taquete for their altruistic contributions and the interviewees for sharing their perceptions about their process of work. Additionally, we would like to thank Mr. Robin Ward for improving the language of this paper. And finally, we offer our thanks to the institutional support of Medical Sciences Post-Graduation Program of University of the State of Rio de Janeiro; CAPES; CNPq; Secretariat Municipal de Saude e Defesa Civil da Cidade do Rio de Janeiro; and the Institute of Psychology Health and Society—University of Liverpool.

## Funding

This study has received funding support from FAPERJ (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro) and CAPES (Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior), who sponsored my doctoral sandwich in the University of Liverpool.

## Availability of data and materials

The datasets generated during and/or analysed during the current study are not publicly available as they contain interviewees' identifiable information. Sharing data would breach interviewee confidentiality.

## Authors' contributions

KA conceived the study and drafted the manuscript, including data acquisition, analysis and interpretation, in addition to the final revision. She has given final approval of the version to be published and agreed to be accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work have been appropriately investigated and resolved. AM interviewed professionals for data collection, proofreading, and revising. AMdS interviewed professionals for data collection, proofread and revised. MRC participated in the design of the study and performed the statistical analysis, interpretation of data and revision. PGD conceived the study and participated in its design, making corrections on the final version. SF conceived the study and participated in its design and coordination, helped to draft the manuscript and agreed to be accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work have been appropriately investigated and resolved. CD helped to draft the manuscript, has given final approval of the version to be published and agreed to be accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or



integrity of any part of the work have been appropriately investigated and resolved. The publication of this paper has been approved by all co-authors.

#### Competing interests

This study does not have financial, political, personal, religious, ideological, academic, intellectual, commercial or any other competing interests.

#### Consent for publication

Not applicable.

#### Ethics approval and consent to participate

The research protocol was approved by the University of the State of Rio de Janeiro and by the Municipal Secretary of Health for the City of Rio de Janeiro Ethics Research Committees (CAAE no.02.520.314.000-10). All participants signed an informed written consent approved by the ethics committee.

#### Author details

<sup>1</sup>Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas/ Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brazil. <sup>2</sup>Laboratório Interdisciplinar em Atenção Primária à Saúde/LIPAPS/Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brazil. <sup>3</sup>Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brazil. <sup>4</sup>Núcleo de Pesquisas em Políticas Públicas de Saúde Mental/ Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brazil. <sup>5</sup>Institute of Psychology Health and Society, University of Liverpool, Liverpool, UK.

Received: 15 December 2015 Accepted: 6 September 2016

Published online: 30 September 2016

#### References

- Kakuma R, Minas H, van Ginneken N, Dal Poz MR, Desiraju K, Morris JE, et al. Global Mental Health 5 Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. *Lancet*. 2011;378(9803):1654–63.
- World Health Organization. mhGAP intervention guide – For mental, neurological and substance abuse disorders in non-specialized health settings. [Internet]. Mental Health Gap Action Programme. Geneva; 2010.
- Hailemariam M, Feladu A, Selamu M, Alem A, Medhin G, Giorgis TW, et al. Developing a mental health care plan in a low resource setting: the theory of change approach. *BMC Health Serv Res*. 2015;15(1):429.
- Zohierk CD. Mental health policy and integrated care: global perspectives. *J Psychiatr Ment Heal Nurs*. 2008;15(7):562–8.
- Sunkel C. Empowerment and partnership in mental health. *Lancet*. 2012;379(9812):201–2.
- Chisholm D, Flisher AJ, Lund C, Patel V, Saxena S, Thornicroft G, et al. Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet* [Internet]. 2007;370(9594):1241–52. Elsevier; [cited 2015 Nov 2].
- World Health Organization (WHO), WHO and WONCA, Vingilis E, Paquette-Warren J, Kates N, Crustolo AM, et al. Collaborative Care: models for treatment of patients with complex medical-psychiatric conditions. UNESCO e Ministério da Saúde, editor. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. BMC Health Serv Res. 2013;4(1):473–4 [cited 2014 May 2].
- Stafford B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457–502.
- Patel V. Mental health in low- and middle-income countries. *Br Med Bull*. 2007;81(82)(1):81–96 [cited 2015 Oct 30].
- Cornil BM. [Primary care policies and health reforms: an evaluative approach based on an analysis of the Family Health Program in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil, 1994–2000]. *Cad Saude Publica*. 2002;18(Suppl):191–202.
- Nunes MA, Ferri CP, Manzoli P, Soares RM, Drehmer M, Buss C, et al. Nutrition, mental health and violence: from pregnancy to postpartum Cohort of women attending primary care units in Southern Brazil—ECCAGE study. *BMC Psychiatry*. 2010;10:66.
- Taborda JG, Bertolote JM, Cardoso RG, Blank P. The impact of primary mental health care in a prison system in Brazil. *Can J Psychiatry*. 1999;44(2):180–2.
- Paula CS, Nakamura E, Wissow L, Bordin I, do Nascimento R, Leite AM, et al. Primary care and children's mental health in Brazil. *Acad Pediatr*. 2009;9(4):249–55.e1.
- Gonçalves DA, Fortes S, Campos M, Ballester D, Portugal FB, Tófoli LF, et al. Evaluation of a mental health training intervention for multidisciplinary teams in primary care in Brazil: a pre- and posttest study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013;35(3):304–8.
- Frosi RV, Tesser CD. Mental health care practices in primary health care: an analysis based on experiences developed in Florianópolis, Brazil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2015;20(10):3151–61 ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva; [cited 2015 Oct 30].
- Gonçalves DA, Fortes S, Tófoli LF, Campos MR, Mari Jde J. Determinants of common mental disorders detection by general practitioners in primary health care in Brazil. *Int J Psychiatry Med*. 2011;41(1):3–13.
- Kathree T, Selohilwe OM, Bhana A, Petersen L. Perceptions of postnatal depression and health care needs in a South African sample: the "mental" in maternal health care. *BMC Womens Health*. 2014;14(1):140.
- de Jesus Mari J, Tófoli LF, Noto C, Li LM, Diehl A, Claudino AM, et al. Pharmacological and psychosocial management of mental, neurological and substance use disorders in low- and middle-income countries: issues and current strategies. *Drugs*. 2013;73:1549–68. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24000001>.
- Knowles SE, Chew-Graham C, Coupe N, Adejemi J, Keyworth C, Thampy H, et al. Better together? a naturalistic qualitative study of inter-professional working in collaborative care for co-morbid depression and physical health problems. *Implement Sci*. 2013;8(1):10. Available from: <http://www.implementationscience.com/content/8/1/10>.
- Lawn S, Lloyd A, King A, Sweet L, Gurn L. Integration of primary health services: being put together does not mean they will work together. *BMC Res Notes*. 2014;7:66.
- Bower P. Primary care mental health workers: models of working and evidence of effectiveness. *Br J Gen Pract*. 2002;52(484):926–33.
- Campbell SM, Shield T, Rogers A, Gask L. How do stakeholder groups vary in a Delphi technique about primary mental health care and what factors influence their ratings? *Qual Saf Health Care*. 2004;13(March 2008):428–34.
- Gask L. Overt and covert barriers to the integration of primary and specialist mental health care. *Soc Sci Med*. 2005;61:1785–94.
- Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy — delivering community-based primary care in a Universal Health System. *N Engl J Med*. 2015;372(23):2177–81.
- Gonçalves DA, Mari Jde J, Bower P, Gask L, Dowrick C, Tófoli LF, et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2014;30(3):623–32 Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; [cited 2015 Jul 10].
- Portugal FB, Campos MR, Gonçalves DA, Mari Jde J, Gask L, Bower P, et al. Psychiatric morbidity and quality of life of primary care attendees in two cities in Brazil. *J Bras Psiquiatr*. 2014;63(1):23–32.
- Mateus MD, Mari Jde J, Delgado PGG, Almeida-Filho N, Barnett T, Gerolin J, et al. The mental health system in Brazil: Policies and future challenges. *Int J Ment Health Syst*. 2009;2(1):12.
- Harzheim E, Lima KM, Hauser L. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das clínicas da família na cidade do Rio de Janeiro [Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); 2013.
- Do Patrocínio SSM, et al. The Support Center for Family Health: national proposal and implementation in towns of Rio de Janeiro. *Saúde debate* Vol 39 no spe Rio de Janeiro; 2015.
- Xavier HN, Magalhães F. Urban Slums Reports: The case of Rio de Janeiro, Brazil [Internet]. Urban Slums Reports. Rio de Janeiro; 2003. Available from: [http://www.ud.ac.uk/dpu-projects/Global\\_Report/pdfs/Rio\\_bw.pdf](http://www.ud.ac.uk/dpu-projects/Global_Report/pdfs/Rio_bw.pdf). Accessed 12 Sept 2016.
- Gaffney C. Mega-events and socio-spatial dynamics in Rio de Janeiro, 1919–2016. *J Lat Am Geogr*. 2010;9(1):7–29.
- Roth-Gordon J. The language that came down the hill: Slang, crime, and citizenship in Rio de Janeiro. *Am Anthropol*. 2009;111(1):57–68.
- Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos (Armaçém dos dados). Índice de Desenvolvimento Social (IDS) e seus indicadores constituintes, segundo favelas. Rio de Janeiro: Prefeitura do Rio de Janeiro; 2010.
- Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos (Armaçém dos dados). Indicadores de Renda - Desigualdade por estratos da população. Renda domiciliar nominal per capita média do 1º, 2º, 3º, 4º e 5º quintos mais pobres e do quinto e décimo mais ricos, por Bairros ou Grupo de Bairros. Rio de Janeiro: Prefeitura do Rio de Janeiro; 2010.

35. Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos (Armazém dos dados). Desenvolvimento Humano e Condições de Vida na Cidade do Rio de Janeiro (jan. 2004) (Estudo N° 1347) [Internet]. Rio de Janeiro; 2004. Available from: [http://www.camara.rj.gov.br/planodiretor/pd2009/saudepd/Anexo3\\_DH.pdf](http://www.camara.rj.gov.br/planodiretor/pd2009/saudepd/Anexo3_DH.pdf). Accessed 12 Sept 2016.
36. Prefeitura do Rio de Janeiro. Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos (Armazém dos dados) [Internet]. 2000 [cited 2015 Nov 20]. Available from: <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/>. Accessed 12 Sept 2016.
37. Governo do Rio de Janeiro. Unidade de Polícia Pacificadora website [Internet]. [cited 2015 Nov 20]. Available from: <http://www.upp.rj.com/>. Accessed 12 Sept 2016.
38. Simon GE, Katon WJ, VonKorff M, Unutzer J, Lin EH, Walker EA, et al. Cost-effectiveness of a collaborative care program for primary care patients with persistent depression. *Am J Psychiatry*. 2001;158(10):1638–44.
39. Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med*. 2006;166(21):2314–21.
40. Bower P, Gilbody S, Richards D, Fletcher J, Sutton A. Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. *Br J Psychiatry*. 2006;189:484–93.
41. Chiaverini D. Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
42. Prefeitura do Rio de Janeiro. Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro PMS [Internet]. 2014. Available from: [http://www.rio.rj.gov.br/Arquivos/10112/3700816/4128745/PMS\\_20142017.pdf](http://www.rio.rj.gov.br/Arquivos/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf). Accessed 12 Sept 2016.
43. Friedman DJ, Starfield B. Models of Population Health: their value for US Public Health Practice, policy, and research. *Am J Public Health*. 2003;93(3):366–9.
44. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ Br Med J*. 2003;327(7425):1219–21.
45. Ministério da Saúde. Manual do instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde 2010. p. 80.
46. Bianco MN, Taquette SR, Monteiro DLM, Miranda FRD. Postnatal and postabortion care during adolescence in the National Health System in Rio de Janeiro, Brazil. *Int J Gynecol Obstet*. 2014;126(2):126–9.
47. Cronbach L. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951;16(3):297–334.
48. Taft C, Karlsson J, Sullivan M. Performance of the Swedish SF-36 version 2.0. *Qual Life Res*. 2004;13(1):251–6.
49. George D. SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update [Internet]. Boston: Allyn & Bacon; 2003. p. 386.
50. Snape D, Spencer L. The foundation of qualitative research. In: Editorial matter, editor. *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*. London: SAGE Publications; 2003. p. 2–10.
51. Thomas J, Harden A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2008;8:45.
52. Jenkins R, Othieno C, Okeyo S, Aruwa J, Kingora J, Jenkins B, et al. Health system challenges to integration of mental health delivery in primary care in Kenya: perspectives of primary care health workers. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:1.
53. Sriwardhana C, Adikari A, Jayaweera K, Abeyathna B, Sumathipala A. Integrating mental health into primary care for post-conflict populations: a pilot study. *Int J Ment Health Syst*. 2016;10(1):12.
54. Thomas DR. A general inductive approach for qualitative data analysis. *Popul English Ed*. 2008;27(2):237–46.
55. Gathain AQ, Murphy E, Nichol J. Three techniques for integrating data in mixed methods studies. *BMJ*. 2010;341(November):1147–50.
56. O'Gathain A, Murphy E, Nichol J. RESEARCH METHODS & REPORTING: Three techniques for integrating data in mixed methods studies. *BMJ Br Med J*. 2010;341:1147–50. Overseas Retired Dr Ed.
57. Chew-Graham C, et al. Aiming to improve the quality of primary mental health care: developing an intervention for underserved communities. *BMC Family Practice*. 2014;15:68.
58. Wame T, McAndrew S, King M, Holland K. Learning to listen to the organisational rhetoric of primary health and social care integration. *Nurse Educ Today*. 2007;27(8):947–54.
59. Ford K, Middleton J, Palmer B, Farrington A. Primary healthcare workers: training needs in mental health. *Br J Nurs [Internet]*. 2014;6(21):1244–50. MA Healthcare London; [cited 2015 Jul 17].
60. Patel V, Araya R, De Lima M, Ludemir A, Todd C. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Soc Sci Med*. 1999;49(11):1461–71.
61. Jenkins R, Bobyleva Z, Goldberg D, Gask L, Zacroeva AG, Potasheva A, et al. Integrating mental health into primary care in Sverdlovsk. *Ment Health Fam Med*. 2009;6:29–36. Radcliffe Publishing.
62. Majale M. Employment creation through participatory urban planning and slum upgrading: The case of Kitale, Kenya. *Habitat Int*. 2008;32:270–82.
63. O'Hanlon KP, Budosan B. Post-disaster recovery: a case study of human resource deployment in the health sector in post-conflict Kosovo. *Prehosp Disaster Med*. 2011;26(1):7–14.
64. Kelly JT, Betancourt TS, Mukwege D, Lipton R, VanRooyen MJ. Experiences of female survivors of sexual violence in eastern Democratic Republic of the Congo: a mixed-methods study. *Confl Health*. 2011;5(1):25. Available from: <http://www.conflictandhealth.com/content/5/1/25>.
65. Bruckner TA, Scheffler RM, Shen G, Yoon J, Chisholm D, Morris J, et al. The mental health workforce gap in low- and middle-income countries: A needs-based approach. *Bull World Health Organ*. 2011;89(3):184–94.
66. Coupe N, Anderson E, Gask L, Syles P, Richards DA, Chew-Graham C. Facilitating professional liaison in collaborative care for depression in UK primary care: a qualitative study utilising normalisation process theory. *BMC Fam Pract*. 2014;15(1):78.
67. Flys T, González R, Sued O, Suarez Conejero J, Kestler E, Sosa N, et al. A novel educational strategy targeting health care workers in underserved communities in Central America to integrate HIV into primary medical care. *PLoS One*. 2012;7(10):e46426.
68. King M, Nazareth I, Lampe F, Bower P, Chandler M, Morou M, et al. Conceptual framework and systematic review of the effects of participants' and professionals' preferences in randomised controlled trials. *Winchester Health technology assessment*; 2005.
69. Belling R, Whitlock M, McLaren S, Burns T, Catty J, Jones IR, et al. Achieving continuity of care: facilitators and barriers in community mental health teams. *Implement Sci*. 2011;6(1):23.

Submit your next manuscript to BioMed Central  
and we will help you at every step:

- We accept pre-submission inquiries
- Our selector tool helps you to find the most relevant journal
- We provide round the clock customer support
- Convenient online submission
- Thorough peer review
- Inclusion in PubMed and all major indexing services
- Maximum visibility for your research

Submit your manuscript at  
[www.biomedcentral.com/submit](http://www.biomedcentral.com/submit)



APÊNDICE F - 3<sup>o</sup> artigo científico publicado /Anxious and Depressed Women's Experiences of Emotional Suffering and Help Seeking in a Rio de Janeiro Favela (Experiências de Mulheres Ansiosas e Deprimidas sobre Sofrimento Emocional e Busca de Cuidado em uma Favela do Rio de Janeiro

DOI: 10.1590/1413-81232017221.11732016

75

ARTIGO ARTICLE

Anxious and depressed women's experiences of emotional suffering and help seeking in a Rio de Janeiro favela

Experiências de mulheres ansiosas e deprimidas sobre sofrimento emocional e busca de cuidado em uma favela do Rio de Janeiro

Karen Athié<sup>1</sup>  
 Christopher Dowrick<sup>2</sup>  
 Alice Lopes do Amaral Menezes<sup>1</sup>  
 Luanda Cruz<sup>1</sup>  
 Ana Cristina Lima<sup>1</sup>  
 Pedro Gabriel Godinho Delgado<sup>3</sup>  
 Cesar Favoretto<sup>1</sup>  
 Sandra Fortes<sup>1</sup>

**Abstract** Taking into consideration issues such as stigma and the mental health gap, this study explores narratives of anxious and depressed women treated in a community-based primary care service in a Rio de Janeiro favela about their suffering and care. We analysed 13 in-depth interviews using questions from Kadam's study. Framework analysis studied Access, Gateway, Trust, Psychosocial Issues, and Primary Mental Health Care, as key-concepts. Vulnerability and accessibility were the theoretical references. Thematic analysis found "suffering category", highlighting family and community problems, and "help seeking category", indicating how these women have coped with their emotional problems and addressed their needs through health services, community resources and self-help. Women's language patterns indicated links between implicit social rules and constraints to talk about suffering, especially if related to local violence. High medical turnover and overload are barriers for establishing a positive relationship with family physicians and continuity of care is a facilitator that promotes trust, security and adherence. Concluding, to plan community-based primary mental health care of this population, cultural and social factors must be comprehended as well as the work health teams conditions.

**Key words** Mental health, Primary care, Depression, Anxiety, Access

**Resumo** Considerando o estigma e a lacuna de acesso ao cuidado em saúde mental, o estudo explorou narrativas de mulheres ansiosas e deprimidas, atendidas na Clínica da Família em favela do Rio de Janeiro, sobre sofrimento e cuidado. Analisou-se 13 entrevistas em profundidade a partir das perguntas do estudo de Kadam. Os dados foram dispostos em Framework, tendo Acesso, Porta de Entrada, Confiança, Questões Psicossociais e Saúde Mental na Atenção Primária como conceitos norteadores. Vulnerabilidade e acessibilidade embasaram teoricamente essa leitura. Do estudo temático emergiram as categorias: "sofrimento emocional" onde se destacam os problemas familiares e comunitários e "busca de ajuda" revelando o papel dos serviços de saúde, recursos comunitários e a autoajuda no enfrentamento do sofrimento emocional. Regras sociais implícitas constroem as mulheres, sendo observados padrões de linguagem específicos ligados à vulnerabilidade e à violência. Alta rotatividade e sobrecarga dos profissionais são barreiras para uma relação positiva com essas mulheres ao passo que a continuidade do cuidado é facilitador da confiança no profissional, gerando segurança e adesão. Conclui-se ser crucial considerar fatores socioculturais e condições adequadas de trabalho das equipes para o cuidado integral dessa população.

**Palavras-chave** Saúde mental, Atenção primária, Depressão, Ansiedade, Acesso

<sup>1</sup> Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde, Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Boulevard Vinte e Oito de Setembro 77, Vila Isabel. 20551-030 Rio de Janeiro RJ Brasil. karenathie@gmail.com

<sup>2</sup> Institute of Psychology Health and Society, University of Liverpool. Liverpool Inglaterra.

<sup>3</sup> Núcleo de Políticas Públicas em Saúde Mental (NUPPSAM), Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

## Introduction

The care of people with anxiety and depression involves aspects ranging from stigma<sup>1</sup>, acceptance of the illness<sup>2</sup> and clinical management<sup>3</sup>. Disregarding these circumstances might affect patients' quality of life<sup>4</sup> and worsen the prognosis of chronic physical diseases<sup>5</sup>. Common mental disorders (CMD) are also strongly associated with gender issues and social inequity<sup>6,7</sup>. Their prevalence is extremely high among patients attending primary care, currently been regarded as epidemic<sup>8</sup>. Taking care of CMD<sup>9</sup> has been considered a challenge to public health systems, particularly to integration of mental health care actions in primary care setting.

The Global Mental Health Movement calls for action to reduce the gap between health needs and care provision<sup>10</sup> suggesting community-based services. In order to guarantee treatment of adult patients with CMD, although primary care and mental health integration has been considered a complex process of work<sup>11</sup>, implementing collaborative actions is recommended, specially in Low and Middle Income Countries (LAMIC)<sup>12-14</sup>. The aim is to improve primary mental health care access in a vulnerable population through collaborative care<sup>15</sup>, professional's training and organisation of multidisciplinary teams with non mental health specialists, such as community health workers (CHW)<sup>16</sup> and counsellors<sup>17</sup>.

Little is known about patients' experiences in this setting. The literature on experiences of patients diagnosed with CMD in community-based primary care services demonstrates challenges such as health professionals' communication abilities about the emotional suffering<sup>18</sup> and continuity of care<sup>19</sup>; psychosocial interventions tailored to primary care setting in different cultural contexts<sup>20,21</sup>; and the relationship between patients, services and primary mental health care<sup>22,23</sup>.

Bearing in mind the WHO Mental Health Gap discussion<sup>24</sup>, this study tackled to emphasise patient's experiences of mental health suffering<sup>25</sup> in a vulnerable<sup>26</sup> and unequal<sup>27</sup> context where primary mental health care have been set up<sup>28</sup>.

This model of work was implemented in a violent Rio de Janeiro favela called Morro dos Macacos. The community-based primary care service is called Family Health Strategy (FHS). Particularly in Rio de Janeiro, this offer has grown, between 2008 and 2013, increasing coverage by FHS unities from 3% to 48% of the population prioritizing low-income areas<sup>29</sup>.

The FHS unities can have one or more FHS teams. Each team has a family doctor (FD), a nurse, a technical nurse and 6 CHW delivering care to 3500 people. As tenets they work with an enrolled population, continuity of care and active search.

The collaborative mental health team is called Mental Health Matrix Support (MHMS). Created to collaborate with FHS, to improve access and their FHS team's skills to deal with mental health problems, this integrative care model has been implemented in more than 5000 Brazilian cities<sup>30</sup>. The MHMS team have a psychiatrist and a psychologist collaborating through actions such as joint consultation, domiciliary visits and groups.

Hence, this qualitative case study is about anxious and depressed women experiences with access to primary mental health care and how they have been dealing their suffering in Rio de Janeiro's favela.

The research was in a vulnerable community with a low-income population and constant violence. In this regard, the theoretical concepts used were vulnerability and accessibility.

Malagon-Oviedo and Czeresnia<sup>31</sup> consider vulnerability not only as an instability between a human being and a challenge of the environment, but also a concept that links a vulnerable person and a coercive situation, a relationship established between oppressor and oppressed. We also consider the perspective of vulnerability of people living in a community as a group with similar problems, as suggested Campbell et al.

Firstly, to comprehend the health care perspectives of women living in a Rio's favela, accessibility was the second theoretical reference employed. This concept is related to enabling a population to engage with a community-based service. In this case, as suggested by Hall et al.<sup>32</sup>, trust arising from vulnerable conditions is helpful to understand the link between patients' needs and FHS services. Due to the fact that the group studied has CMD, mental health stigma<sup>33</sup> and difficulties to accept mental health as a health problem were embedded in these references. Secondly rather than to install a community centre in a vulnerable community, which does not seem enough to a vulnerable population to trust<sup>34</sup>, the literature recommends identifying stakeholders to create service linked to the local people<sup>35,36</sup>. Hence, access to mental health care in a community-based service is a bridge linking the service and community, containing clinical, social, cultural and political elements.

The purposes of this study were to explore the issues:

1. Anxious and depressed women from a Rio's favela requirements to talk about their suffering
2. How they have been experiencing care offered by FD in FHS and MHMS team in primary care setting.

## Method

### Qualitative Design

This qualitative case study was designed to explore anxious and depressed women's narratives about suffering and help-seeking, including primary care services with mental health collaborative care teams, in one Rio's favela. In order to identify their experiences about that, we tackled 3 main issues:

- Links between their emotional suffering and their local context
- Sources of community-based care.
- Lessons provided by these narratives for the organization of community-based primary mental health care.

### Area

The area is a Rio's favela (slum) called Morro dos Macacos located in Vila Isabel neighbourhood, which have a contrasting Social Development Index (SDI). While Morro dos Macacos has 0.55 (low SDI), Vila Isabel has 0.67 (medium SDI). Using another index (Human Development Index) Vila Isabel in general is considered high (0.9), the same level of Rio de Janeiro city as a whole (0.799). These indexes highlighted social and economical diversity in a metropolis like Rio de Janeiro.

### Setting

Since 2006, the Morro dos Macacos has a FHS Unit named Parque Vila Isabel. This unit has 3 teams covering this area.

In 2008 MHMS actions started in this favela aiming to help FHS teams to improve access to mental health through regular meetings once a month. Women handcraft support's group was also developed by the collaboration between FHS and the MHMS as an intervention for patients with emotional suffering, including CMD. The activity has been led by CHWs and helped by a psychologist-facilitator from the MHMS team.

### Participants

The group studied were women (18 to 80 years old) who was diagnosed with CMD in a previous study: Evaluation of Depression treatment in Primary Care in Programmatic Area 2.2 in Rio de Janeiro, Brazil, 2011, or in the selection for the women groups.

In 2013, 69 positive patients from this first study were contacted. Only 22 initially accepted to participate. The low return rate was due to wrong phones numbers for contact and the time the interviews were scheduled due to the unit's working hours. Women employed or not available on business hour (9 AM to 5 PM) had more difficulties to participate. Due to lack of trust in the Unit two contacts refused to participate. People in treatment in specialised units with psychologists or psychiatrists were excluded. Ten were interviewed.

Using the saturation criteria the research team decided to invite other diagnosed patients from women group (Women of Programmatic Area 2.2 Project: income generation and social support groups as a strategy to care for patients with CMD in FHS Unities). They were diagnosed with CMD, lived in the same favela and were treated in the same unit. One of the interviewees was in both projects.

There were no sociodemographic or medical differences between these two groups (Table 1). A total of thirteen were interviewed. To preserve their identity, all real names were shift to flower's names (Rose, Heather, Tulip, Marigold, Daisy, Orchid, Violet, Angelica, Lily, Jasmine, Acacia, Palm, Pansy).

### Tools

The tool used was a semi-structured in-depth interview covering 6 topics developed in a qualitative study about patients' views on anxiety and depression published by Kadam et al. (Chart 1). The questions were about: emotional suffering experiences and how women used to find help as well as what they expected, including their help-seeking experiences, with general practitioners. The questions were translated to Portuguese<sup>37</sup>. The data collection was recorded and transcribed.

### Analyses

A framework<sup>38</sup> was created for analyzing the data using key-issues based in primary mental health care dimensions previously discussed in

**Table 1.** Women's Group Profile. Anxious and Depressed Women' Sample.

<b>Age</b>	30 to 77 age	58 mean
<b>Personal Income</b>	0 to USD 263.71	USD 134,36 monthly mean
<b>Folk</b>	The most of them were brown or mulatto, followed by black and white.	
<b>Familiar Status</b>	2 never married or lived with someone 6 married or had an union 3 divorced 1 widow	
<b>Professional Status</b>	housewives, housemaids, retired, unemployed, saleslady or administrative assistant	
<b>Educational Level</b>	7 went to the school for 8 years, 3 went to the school for 4 years 3 went to the school between 8 and 12 years and	
<b>Religion</b>	5 Catholics 4 Protestants 1 Umbanda/ Afro-Brazilian Religion	

**Chart 1.** In-Depth Interviews Script from Kadam et al.<sup>37</sup>. A Qualitative Study of Patients' Views on Anxiety and Depression. *British Journal of General Practice*, 2001. In-Depth Interviews Script.

1. If you can think of an occasion when you have felt 'stressed', please tell the 'story' of what happened — what lead up to the problem, what you felt during this time and who or what was involved? The word 'stress' could mean feelings of tension, wound up, anxious or mood which was low, tearful, or depressed.
2. When you had this problem, how did you cope with it or what help did you seek?
3. What sort of things made the problem worse or were not of any help?
4. In an ideal world what sort of help should be available? Are there any new ways of coping with problems that you have heard about and might want to try out, particularly in relation to the type of problem you described on the previous page?
5. At the time of your own 'stress' how could your own General practice have possibly helped?
6. Have you any comments or observations on this study?

another broad project about primary care and mental health integration in the MHMS perspective. Evaluation of Primary Care and Mental Health Integration in a Programmatic Area 2.2 in the city of Rio de Janeiro. In order to contrast and compare different perspectives about MHMS, this narrative study searched women's experiences about the same dimensions studied before: Access, Gateway, Trust, Psychosocial Problems, and Primary Mental Health Care (Chart 2).

Following, to interpret the data, interviews were listened to and read repeatedly. The ideas were noted down to develop initial codes<sup>39</sup>. Based on the dimensions showed, three researchers (a psychologist, a psychiatrist and a FD) analysed data. Although, there was no disagreement, it

was observed that each one used their professional point of view in the analyses. For instance, the psychologist observed language patterns, the psychiatrist the relationship with the treatment offer and the FD why these women do not seek exclusively medical help for taking care of their emotional suffering.

After, the classification of the data was useful to tailor the narratives into the two emerged category: emotional suffering and help seeking (Figure 1). Although primary mental health care community based in LAMIC has relevant references in the literature<sup>35,40</sup>, there is a gap about this subject in Brazil. Thus, the sub-categories, were developed inductively<sup>41</sup> and fostered the answers to the 3 key-issues of this study.

### Ethical Aspects

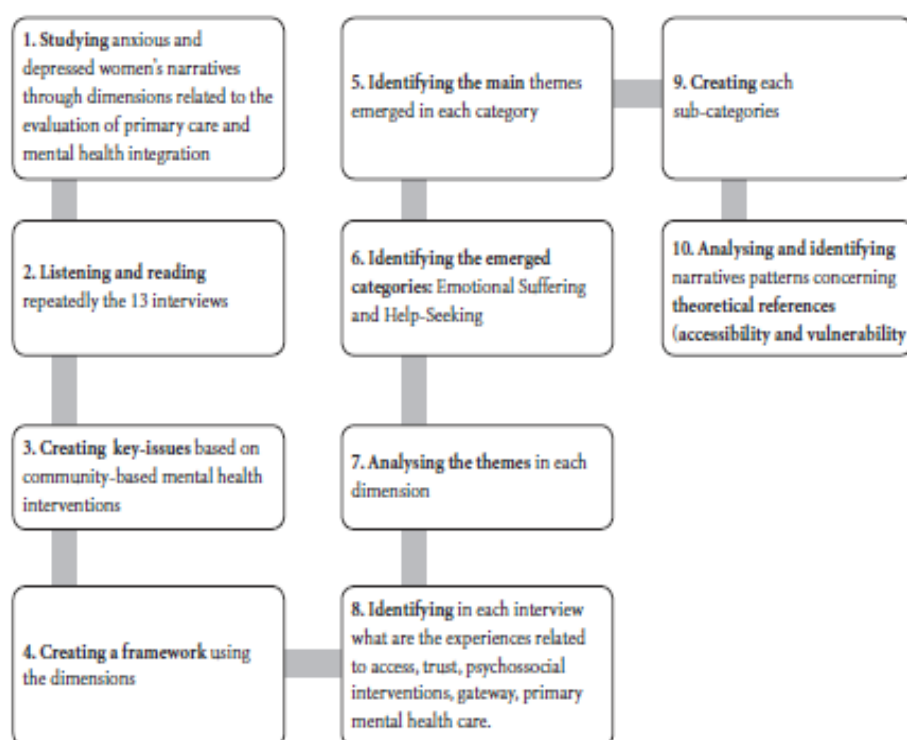
The research protocol was approved by the University of the State of Rio de Janeiro and Rio de Janeiro's Municipal Secretary Ethics Research Committees. All women interviewed signed the consent form.

### Results and Discussion

The results indicated barriers and facilitators to accept care and share suffering using three key-issues: links between emotional suffering and local context; sources of community-based care; and lessons provided by these narratives to primary mental health care.

**Chart 2.** Primary Mental Health Care Dimensions.

Dimensions	Key- Issues
Access	How the patient sets a care appointment
Gateway	How the patient describes the health service offered
Trust	How the patient describes the continuity of care
Psychosocial Problems	How the patient describes their suffering or from others
Primary mental health care	How the patient describes solutions for their suffering in the community



**Figure 1.** Analysis Process Workflow.

Firstly, this discussion emphasised specific women narratives' patterns indicating how in this context they should express their emotional problems. Secondly, the Emotional Suffering and Help Seeking categories and their sub-categories (Chart 3) highlighted how local rules counteracts what they need to alleviate emotional suffering. Thirdly, the analysis indicated barriers and facilitators of the relationship established between these women's needs and the primary mental health care offered, by FDs in the FHS Unit (Chart 4).

### Women's Narratives Patterns

Women narratives demonstrated language patterns, which seem to be a local speech, not only to express suffering and to talk about violence problems, but mainly a way to overcome favela's implicit rules of communication<sup>41</sup>. Turning to indirect ways of sharing their suffering experiences, women frequently demonstrated fear of expressing themselves freely. For instance, an interviewee said she believed there is a mutual

compact between herself and FD because she noted when she did not allude to the favela's context, the FD did not question her either.

*Yes, I do not tell anything to the doctor and he does not ask me either... do you know what I mean? (Tulip)*

The expression "I do not tell anything" illustrated how the local rules determinates what can be communicated to people considered outsiders. This is a common way to express their worries, although the local relationships involving violence tends to impose silence of local violence. The narratives introduced the violence and other vulnerable situations discretely, which suggested that they have local secrets. Additionally, as they wanted to assure the interviewer's comprehension of this oxymoron, women often asked if the interviewer understood what she was communicating. This indicates that the narrative was constructed carefully evaluating what could be said or not, due to the consequences of community laws. Moreover, the rhetoric highlighted that they looked for complicity with the interviewers,

Chart 3. Summary of Categories.

Emotional Suffering	Help Seeking
<p><b>Individual problems</b> grief, physical symptoms (insomnia, headache, vomit, sadness,</p> <p><b>Family problems</b> lack of family support, awareness with grandsons, domestic violence, traumatic familiar scenes.</p> <p><b>Community Problems</b> violence</p>	<p><b>Health services</b> in community (FHS) outside the community (Specialists)</p> <p><b>Community solutions</b> drug dealers (Internal slum rules) institutional religious</p> <p><b>Self- help</b> contact with nature positive thoughts</p>

Chart 4. What is important to anxious and depressed women share their emotional problems with Family Doctors in a favela (slum)?

Barriers	Facilitators
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Doctor is someone from outside</li> <li>2. Length of consultations and overload, turnover</li> <li>3. Afraid of gossip and lack of secrecy</li> <li>4. Do not know that they can share emotional problems</li> <li>5. To believe that it is better to share with an specialist</li> <li>6. To believe that a family doctor do not treat mental health issues</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trust</li> <li>2. Community health worker</li> <li>3. Family doctor permanence</li> <li>4. Medication</li> <li>5. Co-morbidities</li> <li>6. Opportunity to talk in security; Group activities, mental health professionals in community</li> </ol>



mainly when asking for acquiescence instead of accurately affirming their thoughts.

Sometimes, another language pattern arises when they express directly their emotional suffering experience related to being powerless, particularly when they are unable to protect their families of local violence. For instance:

*Violence, because I ... Many times I came here bringing my grandson to school while there was shooting, my legs were locked, my grandchildren could not enter in the Community, many times I could not even seek my granddaughter at school, because there was a lot of shooting.* (Daisy)

As a whole, the analysis of these situations indicates women's resilience in a hostile environment, which may underline personal sources of empowerment as developing ways to be adapted in coercive situations<sup>28</sup>. It also demonstrates how they cope with their suffering under these local rules<sup>6</sup>.

Due to these people's perspective based on their sense of geographical and historical place, their different roles, they are able to adapt and create new meanings for their problems. Resilience, as a key to investigate these reactions, might be understood as an exercise of ingenuity and imagination, as Dowrick et al.<sup>28</sup> pointed out from *learning the art of living intelligently with misunderstanding*. This author defined resilience actions in vulnerable situations as an effect of personal support networks and resources to deal with problems, as well as a natural reaction to survive, tackling particular activities, expanding meaning, emotions and strengths.

Thus, narratives evidenced language patterns that reflect the local rules while women were coping with emotional suffering in favela. Silence, fear and indirect ways to describe causes and consequences of that were commonly related to their vulnerable situation.

Hence, although this underlined useful abilities to live in an adverse context, the language patterns indicated the powerless conditions of these women<sup>20</sup>.

### **Emotional Suffering and Help Seeking Categories**

#### **Emotional Suffering Categories**

The narratives presented 3 different subcategories: *individual problems, family problems and community problems*. *Individual problems* were linked with physical problems, either as a cause or as a consequence of emotional suffering, and were also related to traumatic situations. *Fami-*

*ly problems* category was associated to personal group concerns, particularly their families. And the last category highlighted how the women suffering are interconnected with the favela's situation. Although these categories were described separately, the narratives carried complex patterns integrating physical and emotional suffering with the problems in their families and community.

Especially important was their description about personal suffering and how they cope with local rules in order to adapt their lives to what was possible<sup>62</sup>. For example, suffering was manifested linking personal and local problems to physical symptoms such as headaches, stomachaches, insomnia and blood pressure:

*Sometimes I came to the Unit with a huge headache. So, she asks me (referring to the nurse) what is happening. Sometimes, it is a domestic problem, and I will tell you mam, I am not the kind of person that talk about my life to other people, I keep to myself. [...] I do not talk to anyone because it is difficult to find someone in this world that you can trust. So you talk to someone that share things about your life, even things that you did not say, so this is dull and I prefer not to say anything.* (Orchid)

Furthermore, their suffering narratives demonstrated also emotional symptoms.

*When I lost my son, he was 18 years old. I was very ... It was very bad for me. [...] I've..., I've felt like staying the whole day lying down, doing nothing.* (Tulip)

The quotes indicated how violence has been forbidding these women to share their suffering. An internal conflict is presented: while talking could be helpful, it is also very painful to talk about these problems, which contents cannot be shared by local rules. This underlines how important are the coping abilities of these women to deal with their context<sup>28</sup>.

Descriptions associating favela's rules and suffering in an explicit way were also found:

*I went to get my grandson in the middle of shooting. And all this has worsen my health and I'm ... not a hundred per cent. But I'm looking for various ways to recover (This patient has also severe heart problems).* (Daisy)

Once again another quote about the tension caused by the police presence inside the favela indicated the link between suffering and community rules:

*Very scared, I was very afraid, any shot I heard... Even today, with the police in the community, I am still afraid, I am still nervous. I do not know, I am very afraid of being disturbed by them.* (Heather)

A study of Rio's favela demonstrated the link between the submission of vulnerable people living in favelas to gangs and security forces and the lack of systematic access to the health-care system<sup>36</sup>. Thus, considering the coercive presence of weapons, this idea reinforced the power of the silence law as an implicit rule of communication as well as the use of personal resilience<sup>38</sup> in order to survive<sup>43</sup>.

### Help Seeking Categories

Help-seeking narratives highlighted issues about access and the therapeutic itinerary. The sub-categories detected were: *health services*, *community solutions* and *self-help*.

*Health services category* was divided in two: *inside* the community, when narratives referred to the FHS team's and *outside*, when they described access to other health unities such as specialised services. *Community solutions category* evidenced how they seek help in local resources as religious institutions, besides search for the local drug dealer's support. *Self-help category* was identified when they were conscious of their suffering and wanted a discrete and safe way to take care of themselves. Furthermore, *help seeking categories* underlined that they considered previous relationship quality before sharing an emotional suffering, including trust as a core component for accepting help<sup>32</sup>. A trustful relationship is fundamental and based on local context comprehension.

In the *health services category* narratives suggested that the doctor not being one from the community is a barrier:

*I thought I have never complained about my situation, do you understand? I think in my mind... in my mind I think that the doctor is a person from outside, and he has nothing to do with my problem. [...] But I think it is like that, nobody has anything to do with my problems. I must handle the hot potato.* (Violet)

In contrast, although they consider the FHS unit as a place for receiving care of their general health problems, including medication and vaccines, women emphasised barriers to talk about their emotional problems due to doctors' overload and length of the consultation:

*[...] I am coming here (referring the health Unit) because I have diabetes, so, I come here, take my medicines, I verify my blood pressure, my sugar, everything here [...] And the doctor is looking after all people there, poor doctor, [...] You need to have a mind, you know, to be able to take care of different health problems and in her case she is only a general practitioner.* (Rose)

Narratives about comprehension of care offer may affected negatively the trust in the FHS team, emphasizing how important was relationship recognised as a good and stable one for these women to accept care<sup>44</sup>. For example, when they mentioned their relationship with the CHW that lives in the community and is an important link between these women and FHS Unit:

*She is CHW. She is always at my house, when she goes to visit people there, she always knocks at the door to know how am I going on, do you know what I mean?* (Palm)

Hence, CHW's role is recognised as a part of the community and a health professional that gives health information and facilitates the access of these women to the Unit.

*Who has been helping me here a lot was my CHW, the first-one was Flower. She helped me with my personal contraceptive planning, which included injections and later a chirurgic intervention for no longer been able to have children.* (Orchid)

Additionally, the high turnover of FD is a point frequently associated with lack of trust and an important fail in the continuity of care, both tenets of FHS:

*I know the CHW name [...] The doctor's name I don't know because it was my first consultation with her, she is new here, and I don't know her.* (Angelica)

The lack of trust also arises from the fact that the same doctor consults other family members:

*It is a place you cannot be commenting on your things. Everyone will know. [...]. Once my brother and I were treating with the same FD. [...] I knew that she had told him (something). Then that hurt me ...* (Lily)

These quotations strengthened the association between trust and continuity of care, which was a problem related to high FD turnover:

Health services category was also related to places *outside the community* where help for emotional problems was sought, such as specialised services:

*[...] This psychologist was her colleague (mentioning the employer, who had indicated this professional). [...] I talked a lot with her, so this conversation helped me a lot, especially with my head.* (Jessamine).

Bearing in mind the patients' barriers to discuss mental health suffering with FDs, the quote revealed that the women preferred to receive care for their suffering outside the community. It seems that this happens due to internal favela's rules, such as the "silence law", where no one can speak about certain local issues.

Additionally, their comprehension about what is happening to them involves body and mind division. The analysis detected that these women looked for relief of associated physical symptoms when searching for a doctor:

*I explained that I have been taking Benzodiazepines, but has not... but has not been working. So, the doctor prescribed an anti-allergic... (Acacia)*

This underlined how they recognised that medication helps with their suffering in moments where the body did not answer as they wanted. Physical symptoms such as headache, insomnia and pain disturbed their lives routine. On the other hand, this quote suggested FD's difficulties to prescribe an effective medication:

*The doctor was taking care of me... I do not go to the doctor today nowadays, but I have gone when I felt these things, I have gone to the doctor, he prescribed a medicine to everything and talked with me. (Jessamine)*

That quote emphasises when the doctor combines medication prescription with conversation as a better way to take care and to relief CMD symptoms. This reveals that, when this composition makes sense to a patient, it is a clue to overlap the barriers in help seeking. Moreover, interviewees described individual and groups interventions organised by MHMS actions as safe spaces to share their emotional problems:

*I have been taking the same medicines that Dr. Tree prescribed, that is a Benzodiazepine, there was another one that I forgot it. (Heather)*

*Because when I am in the group I fell better... I fell well. But when the group finished, and we (mentioning the group of women) went to our houses, it was as if everything come back... everything that was happening before. (Rose)*

In both cases, data indicates trust and a sense of safety as keys to these women to accept the treatment. Theoretical references about accessibility in communities linked that to safe social spaces<sup>45</sup>. Moreover, in this author transcultural perspective this quotation demonstrates how important groups are, not only to relieve emotional suffering but also to strengthen alliances and social relationships suggesting the creation of a "receptive social environment"<sup>46</sup> empowers the voice of local groups to express needs and demands<sup>45</sup>.

*Community solutions category* emphasised that interviewees feel powerless to face these problems involving violence and drugs. For instance, when a woman contacted the drug dealers to help her to reprimand her violent and jealous partner.

*I became depressed, so I could support no more [referring to conflicts with her partner], and then*

*I went to talk to the kids (local drug dealers) [...]. So he stopped for a while [...] I cannot call the police, I live in the community [...] then, as I said I'm sad, they scolded him and he stopped (referring to jealous partner). (Rose)*

This revealed that she was sought help using favela's rules to relief some personal pressure. In this case, it is known that drug dealers act as a sort of community leaders and do not allow domestic violence.

The narratives also underlined how religious institutions were considered as one type of Community solutions for them:

*I will try to read the Bible, when I have a lot of things (mentioning her problems). I look for... I turn on the radio on an Evangelic radio... (Pansy)*

Especially noteworthy was how church could offer access to a health professional as a way to deal with suffering.

*[...] our church has several doctors there and also it has a psychologist, because I have just talked to them, right? (Pansy)*

Women's narratives revealed that they often find support in religious institutions. In the community these seem to be a possible place to take care of their problems:

*When I was felling something, I ran away, I left everything and I went to church. [...] now I have been away from there for some months because shooting have been happening in my way, which makes me scary to go down to the church at night. But my refuge, when I was nervous, was going to Church, because I started to pray, and I delivered my problems to God, and asked for strength. (Violet)*

The last category *Self-help* accentuated trust as a condition for help seeking. This suggests that the therapeutic itinerary may look ways for to avoid community problems, gossips, as well as a confrontation between their personal life and community rules.

*I will not seek any psychologist to be knowing of my life, I will not be talking about my life to anyone. [...] I'm going there inside the park, and talk there with the trees there.[...] (Pansy)*

*Because it is difficult to involve other people in your problem. The problem is yours. There are things that only you can solve, nobody else, can you understand? (Marigold)*

The narratives demonstrate concrete *self-help* examples to cope with their feelings of isolation and to be better adapted to their context. The resilience expressed might be the answer to the preference for personal solutions rather than professional approaches as suggested Dowrick et al.<sup>29</sup>.

*Help seeking categories* demonstrate how these women have experienced their suffering and balanced different aspects such as community resources, local violence problems, CMD symptoms and the search for security and trust.

#### **Why, when and with whom share emotional problems in Rio's favelas context?**

The difficulties to engage an effective 'talk' with doctors were initially understood as a lack of readiness to seek help, its development pointed out how these women have been dealing with this violent context being resilient and creative.

The more resilient these women are, the more difficult is for them to spend their time to seek for help with health services, and consequently to talk with someone. Otherwise, their coping capacity has facilitated them to face their routine, surviving and adapting to the circumstances of an unstable ambient.

Another study with underserved CMD patients helped to clarify why they did not tend to consult a general practitioner<sup>46</sup> and have a negative perception of offer of health care due to a weak doctor-patient relationship<sup>46</sup>. Besides the medical turnover, this study indicates that to establish a trustful relationship is important that health professionals understand cultural and individual aspects of their suffering. In general these experiences did not match priorities implicit in treatment CMD protocols<sup>47</sup>, however this help to develop alternatives to guarantee adherence and continuity of care.

Theoretical reference underlined the impacts of context, culture and local survival strategies on peoples' responses to adversity and illness and suggested a *conceptualisation of community mental health competence, defined as the ability of community members to work collectively to facilitate more effective prevention, care, treatment and advocacy. This perspective emphasised the relevance of facilitating partnerships and critical thinking to produce a safe space for the "voice" of vulnerable communities. The group is a way to recognise communities' needs and empower them*<sup>32</sup>. A literature review about trust, choice and empowerment found evidences demonstrating the role of continuity of care as essential to trust. This author highlighted empowerment as a collective outcome rather than an individual one<sup>48</sup>.

Summarising this study found that:

1. Women's suffering is commonly associated with favela's context, concerning vulnerabilities such as gender, low income and family status, and

particularly with a lack of physical and psychological security for them and their families.

2. While trust is a core dispositive for these women to adhere to any health intervention, favela's rules forbids people to talk about their internal problems to an outsider, which may difficult health access. Additionally, this is prominent when the unit has problems such as high turnover and FD's overload. Otherwise, safety spaces to talk and access to medication are aspects that approximate FHS team and this population.

3. The therapeutic itinerary respects the community rules.

Strengths of this study were the contribution to the literature of primary mental health care in Latin America, highlighting the patients' perspectives of these processes. Only a qualitative study could demonstrate this type of result, reinforcing its importance in health research. The limitations include the small size of the sample and the fact that all interviewees come from the same community. Another limitation was that although the interviewees were women, gender issue were not considered in the analytical framework, which was focused on access to treatment. We consider that other studies should explore these aspects, contrasting different perspectives from women, health professionals and theoretical references.

This paper contributes for the facilitation of access and planning of tailored for Primary Mental Health Care interventions and vulnerable places. Development of trust, stability of health professionals inside the community, a better comprehension of social and cultural components of emotional suffering and the implementation of collective actions (groups) for support and empowerment came out as essential aspects in primary mental health care in Brazil.

#### **Conclusions**

This study about anxious and depressed women in Rio's favelas reveals how important is to understand the complex connections among clinical, social and cultural context to implement primary mental health care interventions.

Firstly, women's experiences revealed how the presence of constant violence has influenced their suffering. Help-seeking category revealed important itinerary therapeutic aspects where these women search available support to relieve their suffering. Although the health services were described as important references, their narratives emphasised how favela's rules were deter-

minant to their emotional suffering communication patterns, which came out as coping abilities.

Summing up, these categories highlighted potential barriers and facilitators in the relationship between these women and their FHS teams, pointing out that in order to accept this care offer, trust is a core factor and must be built considering not only medical evidences and anxiety and depression symptoms but also cultural and social factors.

### Collaborations

K Athié took part in the construction of the research project, literature review, design of data analysis methodology, data analysis, structuring

the article and writing the final version. C Dowrick took part in the literature review, design of data analysis methodology, data analysis, structuring the article and writing the final version. ALA Menezes took part in the construction of the research project, data collection, structuring the article and writing. L Cruz took part in the construction of the research project and data collection. AC Lima took part in the construction of the research project and data collection. PGG Delgado took part in the construction of the research project, literature review and data analysis methodology. C Favoreto took part in the construction of the research project, literature review and data analysis methodology. S Fortes took part in the construction of the research project, literature review, design of data analysis methodology, data analysis, structuring the article and writing the final version.

### References

- Kovandžić M, Chew-Graham C, Reeve J, Edwards S, Peters S, Edge D, Aseem S, Gask L, Dowrick C. Access to primary mental health care for hard-to-reach groups: From "silent suffering" to "making it work". *Soc Sci Med* 2011; 72(5):763-772.
- Knowles SE, Chew-Graham C, Coupe N, Adeyemi I, Keyworth C, Thampy H, Coventry PA. Better together? a naturalistic qualitative study of inter-professional working in collaborative care for co-morbid depression and physical health problems. *Implement Sci* 2013; 8:110.
- Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, Dickens C, Coventry P. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane database Syst Rev* 2012; 10:CD006525.
- Harkness E, Macdonald W, Valderas J, Coventry P, Gask L, Bower. Identifying psychosocial interventions that improve both physical and mental health in patients with diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care* 2010; 33(4):926-930.
- Ivbijaro GO, Enum Y, Khan AA, Lam SS, Gabzdyl A. Collaborative Care: Models for Treatment of Patients with Complex Medical-Psychiatric Conditions. *Curr Psychiatry Rep* 2014; 16(11):506.
- Fortes S, Lopes CS, Villano LA, Campos MR, Gonçalves DA, Mari JJ. Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies. *Rev Bras Psiquiatr* 2011; 33(2):150-156.
- Patel V, Araya R, de Lima M, Ludermitr A, Todd C. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Soc Sci Med* 1999; 49(11):1461-1471.
- Lancet Global Mental Health Group, Chisholm D, Flisher AJ, Lund C, Patel V, Saxena S, Thornicroft G, Tomlinson M. Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet* 2007; 370(9594):1241-1252.
- Hock RS, Or F, Kolappa K, Burkey MD, Surkan PJ, Eaton WW. A new resolution for global mental health. *Lancet* 2012; 379(9824):1367-1368.
- Araya R, Alvarado R, Sepúlveda R, Rojas G. Lessons from scaling up a depression treatment program in primary care in Chile. *Rev Panam Salud Publica* 2012; 32(3):234-240.
- Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, Dickens C, Coventry P. Collaborative care for depression and anxiety problems (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 10:CD006525.
- Lund C, Tomlinson M, De Silva M, Fekadu A, Shidhaye R, Jordans M, Petersen I, Bhana A, Kigozi F, Prince M, Thornicroft G, Hanlon C, Kakuma R, McDaid D, Saxena S, Chisholm D, Raja S, Kippen-Wood S, Honikman S, Fairall L, Patel V. PRIME: A Programme to Reduce the Treatment Gap for Mental Disorders in Five Low- and Middle-Income Countries. *PLoS Med* 2012; 9(12):e1001359.
- Coventry P, Lovell K, Dickens C, Bower P, Chew-Graham C, McElvenny D, Hann M, Cherrington A, Garrett C, Gibbons CJ, Baguley C, Roughley K, Adeyemi I, Reeves D, Waheed W, Gask L. Integrated primary care for patients with mental and physical multimorbidity: cluster randomised controlled trial of collaborative care for patients with depression comorbid with diabetes or cardiovascular disease. *BMJ* 2015; 350:h638.
- World Health Organization (WHO). *Mental Health GAP intervention guide*. Geneva: WHO; 2014.

## ANEXO – Aprovação do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Rio de Janeiro, 11 de agosto de 2010

Do: Comitê de Ética em Pesquisa  
Profª. Patrícia Maria C. O. Duque  
Para: Coord. Profª. Sandra Lucia Correia Lima Fortes

Registro CEP/HUPE: 2624 (este número deverá ser citado nas correspondências referentes ao projeto)  
CAAE: 0073.0.228.000-10

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, após avaliação, considerou o projeto, "AVALIAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA ÁREA PROGRAMÁTICA 2.2 DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO" aprovado, encontrando-se este dentro dos padrões éticos da pesquisa em seres humanos, conforme Resolução n.º196 sobre pesquisa envolvendo seres humanos de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, bem como o termo de consentimento livre e esclarecido.

O pesquisador deverá informar ao Comitê de Ética qualquer acontecimento ocorrido no decorrer da pesquisa.

O Comitê de Ética solicita a V. Sª., que ao término da pesquisa encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto.

  
Profª. Patrícia Maria C. O. Duque  
Membro do Comitê de Ética em Pesquisa