

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – FPS  
GRADUAÇÃO DE PSICOLOGIA

VANESSA STEFANE NASCIMENTO SANTOS

**PERCURSOS FORMATIVOS EM SAÚDE MENTAL: O  
MATRICIAMENTO COMO ESTRATÉGIA DO CUIDADO NUM  
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

RECIFE/PE

2019

VANESSA STEFANE NASCIMENTO SANTOS

**PERCURSOS FORMATIVOS EM SAÚDE MENTAL: O  
MATRICIAMENTO COMO ESTRATÉGIA DO CUIDADO NUM  
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Psicologia sob a orientação da tutora Michele Gomes Tarquino.

Orientador (a): Michele Gomes Tarquino, Esp  
Antropologia da Saúde.

RECIFE/PE

2019

VANESSA STEFANE NASCIMENTO SANTOS

**PERCURSOS FORMATIVOS EM SAÚDE MENTAL: O  
MATRICIAMENTO COMO ESTRATÉGIA DO CUIDADO NUM  
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Psicologia sob a orientação da tutora Michele Gomes Tarquino.

---

Vanessa Stefane Nascimento Santos

Aprovado em: Recife/PE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Michele Gomes Tarquino, Esp. Antropologia da Saúde  
Orientadora - Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS

---

Nome do professor (a) avaliador, titulação (Esp. Ms. Dr)  
(Membro 1- Instituto a qual professor (a) pertence (a)

---

Nome do professor (a) avaliador, titulação (Esp. Ms. Dr)  
(Membro 2- Instituto a qual professor (a) pertence (a)

*Dedico este trabalho a todos que contribuíram  
direta ou indiretamente em minha formação  
acadêmica.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Agradeço a todos que contribuíram no decorrer desta jornada, em especialmente:*

*A Deus, a quem devo minha vida.*

*A minha família que sempre me apoiou nos estudos e nas escolhas tomadas.*

*A orientadora Tutora. Michele Gomes Tarquino que teve papel fundamental na elaboração deste trabalho.*

*Aos meus colegas pelo companheirismo e disponibilidade para me auxiliar em alguns momentos.*

*“Em última análise, precisamos amar para não adoecer”*

*(Freud)*

## **LISTA DE TABELAS**

<b>TABELA 1</b> - Resultados obtidos da busca em cada base de dados.....	24
<b>TABELA 2</b> - Desenho de operações para nós críticos do problema e os recursos críticos..	27
<b>TABELA 3</b> - Metas esperadas da realização da oficina .....	28

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**MRSB** – Movimento da Reforma Sanitária Brasileira

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial

**RAPS** – Rede de Atenção Psicossocial

**PNSM** – Política Nacional de Saúde Mental

**MS** – Ministério da Saúde

**APS** – Atenção Primária à Saúde

**UBS** – Unidade Básica de Saúde

**ESF** – Equipe de Saúde da Família

**NASF** – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

**AM** – Apoio Matricial

**EPS** – Educação Permanente em Saúde

**SGTES** – Secretária de Gestão do Trabalho e Educação Permanente

**DECS** – Descritores em Ciência de Saúde

**BVS** – Biblioteca Virtual em Saúde

**LILACS** - Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

**MEDLINE** – Análise de Literatura Médica

**SCIELO**- Scientific Electronic Library Online



## RESUMO

Este trabalho idealiza elucidar as contribuições da implantação de uma oficina de matriciamento em saúde mental para os profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial localizado no município de Moreno no Estado de Pernambuco. Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Objetivo: Realizar revisão integrativa da literatura. Realizar uma oficina de sensibilização para a implantação do matriciamento em Saúde Mental do Centro de Atenção Psicossocial Acolher. Realizar uma roda de conversa para o mapeamento de ações da unidade sobre o matriciamento. Fazer o levantamento do perfil dos profissionais de nível superior que atuam no Centro de Atenção Psicossocial Acolher e instrumentalizar os profissionais do CAPS Acolher sobre o campo teórico da prática do matriciamento. Metodologia: Trata-se de uma Triangulação Metodológica que permite a combinação de métodos flexíveis e dinâmicos, como a oficina, com métodos estruturados com os seguintes passos: Revisão integrativa da literatura, Roda de conversa, Exposição dialogada e simulação de casos, com elaboração de uma proposta de intervenção acerca do matriciamento voltada para a equipe do Centro de Atenção Psicossocial Acolher. Resultados: consideram-se as metas esperadas da oficina como produto do resultado da proposta de intervenção. A discussão será embasada pelos artigos selecionados para compor a amostra da revisão integrativa. Conclusão: Ressalta-se a importância do apoio matricial como uma estratégia do cuidado ao promover a responsabilização compartilhada entre equipes de saúde da família e profissionais da saúde mental.

**Palavras-Chave:** Saúde Mental, Apoio Matricial, Centro de Atenção Psicossocial, Atenção Primária à Saúde, Oficina em Saúde Mental.

## RESUMEN

Este documento tiene como objetivo dilucidar las contribuciones de la implementación de un taller de matriz de salud mental para los profesionales de un Centro de Atención Psicosocial ubicado en el municipio de Moreno, Estado de Pernambuco. La matriz o el soporte matricial es una nueva forma de producir salud en la que dos o más equipos, en un proceso de construcción compartido, crean una propuesta de intervención pedagógico-terapéutica. Objetivo: realizar una revisión bibliográfica integradora. Realizar un taller de sensibilización para la implementación de la matriz de Salud Mental del Centro de Atención Psicosocial. Mantenga una rueda de conversación para mapear las acciones de la unidad en la matriz. Para encuestar el perfil de los profesionales de nivel superior que trabajan en el Centro de Atención Psicosocial Bienvenida e instruir a los profesionales de CAPS Bienvenida sobre el campo teórico de la práctica de la matriculación. Metodología: Esta es una triangulación metodológica que permite la combinación de métodos flexibles y dinámicos, como el taller, con métodos estructurados con los siguientes pasos: revisión de literatura integradora, rueda de conversación, exposición de diálogos y simulación de casos, con elaboración de Una propuesta de intervención sobre el matrimonio dirigida al equipo del Centro de Atención Psicosocial. Resultados: Los objetivos esperados del taller se consideran como el resultado de la propuesta de intervención. La discusión se basará en los artículos seleccionados para componer la muestra de revisión integradora. Conclusión: La importancia del apoyo matricial como estrategia de atención se enfatiza al promover la corresponsabilidad compartida entre los equipos de salud familiar y los profesionales de la salud mental.

**Palabras - clave:** Salud mental, Apoyo Material, Centro de atención psicosocial, Atención primaria de salud, Taller sobre salud mental.

## SUMÁRIO

<b>1.INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2.OBJETIVOS .....</b>	<b>21</b>
<b>2.1 Objetivo Geral .....</b>	<b>21</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos .....</b>	<b>21</b>
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>22</b>
<b>3.1 Plano de intervenção.....</b>	<b>25</b>
<b>4. RESULTADOS/DISCUSSÃO .....</b>	<b>29</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>31</b>
<b>6. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>32</b>



## 1.INTRODUÇÃO

Ao resgatar a historicidade da compreensão humana sobre o fenômeno da loucura, depreende-se que a mesma outrora não era compreendida a partir da noção de doença mental. Na antiguidade, associava-se com o divino: os oráculos, o destino das tragédias gregas, os demônios expulsos na Bíblia <sup>(1)</sup>, ou a aspectos orgânicos ligados aos hábitos e à harmonia com o cosmos, como em Hipócrates, Platão e Galeno <sup>(2-3)</sup>. Na Idade Média, a loucura passa a ser assimilada nas comunidades ou vinculada ao sobrenatural no chamado de Deus ou na presença do demônio, para a qual eram endereçadas purificações rituais: exorcismos, peregrinações, orações e penitências <sup>(4)</sup>.

Há, deste modo, duas linhas de pensamento da loucura na Renascença: a primeira, de natureza cósmica, composta pela Nau dos loucos; a segunda, uma experiência crítica, diante da concepção em voga da natureza humana <sup>(4)</sup>. Dá-se início a exclusão direta, os transportados nas naus dos loucos não obtinham asilo fixo nos burgos, tornando-se andarilhos <sup>(4)</sup>.

Desde a alta idade média, a Europa era acometida por epidemias contagiosas e como medida de segurança destina-se o isolamento aos leprosos, em leprosários permanentemente e sem tratamento. A prática preventiva de contágio surte efeito e extingue a lepra na Europa, expandindo-se a uma metodologia de saúde de isolamento, a contemplar demais grupos: à errância dos loucos, inválidos, idosos, prostitutas, pobres e presidiários, disseminando a internação aos pertencentes a esse nicho; a separação entre doentes e sãos resultou na fragmentação dualista entre normal e patológico <sup>(4)</sup>.

No declínio da idade média, advém o ideal de homem racional, detentor da liberdade, vinculado à organização cultural e advento do capitalismo. Surge um comportamento de esquiva aos elementos aludidos “irracionais”: os afetos, a morte e a loucura.

Ao fim da idade moderna, a Revolução Francesa (1789-1799) destitui os sistemas de internação, vigentes como metodologia de saúde a doenças infectocontagiosas da época, pois remetia ao antigo regime. Entretanto, os mantém para o louco, classificado pela razão iluminista como temerário a sociedade. Ao transcorrer do tempo, a loucura estampa um aspecto negativo ao ideal humano instaurado pelos ideais iluministas <sup>(4)</sup>.

O enfoque da loucura como doença e da psiquiatria como especialidade médica é recente na história da humanidade – aproximadamente 200 anos. A partir do século XVIII é que, o homem inventou uma nova maneira de perceber, uma nova maneira de vivenciar a condição humana <sup>(5)</sup>.

Nutre-se um olhar sobre a loucura como alvo de correção, observação e controle, que culminará no século XIX, em seu diagnóstico e tratamento.

A loucura sempre existiu, bem como o lugar para se tratar dos loucos: templos, domicílios e instituições, mas a instituição psiquiátrica, propriamente dita, é uma construção do século XVIII<sup>(6)</sup>.

A partir dessa construção histórica do olhar da psiquiatria clássica, estabeleceu-se “o diferente”, aquele que não segue o padrão de comportamento que a sociedade define. O doente mental, o excluído do convívio dos iguais, dos ditos normais, foi então afastado dos donos da razão, dos produtivos e dos que não ameaçavam a sociedade.

Logo, o cuidado ao doente mental adquiriu a característica da exclusão, de reclusão e institucionalização.

No cenário racionalista internacional, Phillippe Pinel, considerado por muitos o pai da psiquiatria, reorganiza os hospitais franceses e assume a loucura como objeto de disciplina e cuidado médico. O marco inaugura a psiquiatria clássica, que desponta como uma paradoxal reforma: desprendida de amarras e punições, todavia, persiste ao louco ainda mais enraizado o âmbito da reclusão. A patologia é apontada como intrínseco, antagônico ao normal, como medida, seu tratamento compõe uma adequação a padrões sociais e de conduta.

No binômio normal-patológico, a psiquiatria clássica estipula elos entre as condutas do louco e funcionamento orgânico. À guisa da medicina orgânica, a medicina mental a princípio alocou a essência da doença em grupos de sintomas, criando uma sintomatologia e uma nosografia<sup>(7)</sup>. A adoção de críticas teóricas ao binômio normal-patológico não se empreendeu prontamente da prática dominante:

Após o termino da Segunda Guerra Mundial (1939- 1945), houve mudanças na perspectiva de mundo e da promoção do cuidado, tratamento e compreensão do sofrimento humano. Inúmeros elementos históricos e socioeconômicos resultaram na implantação de novas perspectivas de encerrar a loucura.

A década de sessenta inicia-se sob a tenção da Guerra Fria, o mundo estava dividido entre países capitalistas e socialistas, instaurou-se um clima de insegurança política e ameaça de uma nova guerra mundial. Como reflexo, diversos países da América Latina passariam por golpes de Estado e instauração de regimes autoritários. É nesse cenário de instabilidade mundial que aflora no Brasil o movimento da Reforma sanitária e, por conseguinte o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira<sup>(8)</sup>.

No Brasil<sup>(9)</sup>, surgiu em meados da década de 70 um movimento postulando a democratização da saúde, justamente num período no qual novos sujeitos sociais emergiram nas lutas contra a ditadura.

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) constituiu-se no processo de amplas mobilizações da sociedade brasileira pela redemocratização. Expressou a indignação da sociedade frente as aviltantes desigualdades, a mercantilização da saúde <sup>(10)</sup> e, configurou-se como ação política concentrada em torno de um projeto civilizatório de sociedade inclusiva, solidária, tendo a saúde como direito universal de cidadania.

Do mesmo modo, a Reforma psiquiátrica instaura-se neste período, em conformidade com os ideais do movimento anteriormente mencionado, num processo em que diversos movimentos sociais se unem reivindicando o fim do Golpe Militar (1964-1985), abertura política e ampliação de direitos. Após duas décadas de regime militar, o país dá o pontapé inicial para um movimento de resgate da democracia dos setores de debate político, de ascendência dos levantes sociais associados à luta da classe trabalhadora e o regresso da luta dos profissionais da saúde e usuários por uma organização de um Sistema Único de Saúde (SUS), universal, igualitário e de qualidade.

O fundamento legal do SUS é a Constituição Federal de 1988, regulamentado na Lei Federal n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização e regulação das ações de saúde, e na Lei Federal n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que trata do financiamento da saúde e da participação popular. A promulgação da Lei Orgânica da Saúde - Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O Sistema Único de Saúde, o SUS, é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados aos órgãos e instituições públicas e federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. À iniciativa privada é permitido participar deste sistema de maneira complementar.

Ou seja, a Reforma Psiquiátrica Brasileira está estreitamente vinculada ao movimento social que se denota como Movimento Sanitário no Brasil, suas convicções, propostas e princípios na luta pela saúde pública. Traz como uma das vertentes centrais a desinstitucionalização aspirando à desconstrução do manicômio e dos parâmetros que o sustentam.

O termo desinstitucionalização significa deslocar o centro da atenção da instituição para a comunidade, distrito, território. Este termo tem sua origem no movimento italiano de reforma psiquiátrica.

Para Rotelli e colaboradores <sup>(11)</sup>, *o mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a “doença”, da “existência global complexa e concreta” dos pacientes e do*

*corpo social. Sobre esta separação artificial se constrói um conjunto de aparatos científicos, legisladores, administrativos (precisamente a “instituição”), todos referidos à “doença”.*

A desinstitucionalização tem uma conotação muito mais ampla do que simplesmente deslocar o centro da atenção do hospício, do manicômio, para a comunidade. Para o autor referido e também ator do processo, é o conjunto que é necessário desmontar (desinstitucionalizar) para o contato efetivo com o paciente na sua “existência” doente.

Traça três <sup>(12)</sup> formulações importantes para o conceito de desinstitucionalização, a saber: a desinstitucionalização como desospitalização, a desinstitucionalização como desassistência e, por último, a desinstitucionalização como desconstrução. Essa última, abordada acima, nas ponderações de Rotelli e outros <sup>(11)</sup>. A compreensão e distinção desse conceito é fundamental para a compreensão do processo e, de acordo com Amarante, irá determinar a forma de lidar prático e teórico com a desinstitucionalização.

O Movimento da Reforma Sanitária no Brasil traz como desígnio a saúde como direito de todo cidadão, assim como, as ações de saúde devem assegurar o alcance à população, sejam de cunho preventivo e/ ou curativo, sendo possível esse feito por intermédio de um único sistema. A aspiração de um sistema único propunha a descentralização da gestão, no âmbito administrativo e financeiro e a participação ativa da população que constitui o controle social no campo.

Não obstante, a Reforma Psiquiátrica Brasileira intenta não meramente a desinstitucionalização da loucura, através da dissolução dos manicômios, mas defende também os direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico e orienta mudanças na assistência em saúde dessa população.

As décadas de 1980 e 1990 situam-se como o período de ebulição dos eventos de maior maturidade conceitual e político da reforma psiquiátrica. A luta pela substituição do modelo manicomial encontra respaldo nas políticas de saúde do Brasil que tiveram como marco teórico e político, as conferências nacionais de saúde.

A 1ª Conferência Nacional em Saúde Mental em 1987, instaurou o processo da reforma psiquiátrica no Brasil, ao salientar propostas consideráveis, como: orientar que os trabalhadores em saúde mental buscassem realizar seu trabalho juntamente com a sociedade civil, não só com o objetivo de redirecionar sua prática institucional, como também para buscar a democratização desses espaços; formular e programar políticas nessa área, com a participação da população usuária, reconhecendo os espaços de mobilização popular. Posteriormente, houve a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental em 1992, culminando na 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001.



A superação do modelo manicomial encontrou eco nas políticas de saúde do Brasil que tiveram como referência a 8ª Conferência Nacional de Saúde e o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, que ficou conhecido como o congresso de Bauru-SP, cuja bandeira de luta foi “Por uma Sociedade sem Manicômios”.

A reforma psiquiátrica abrange duas particularidades essenciais que comprovam a relevância de sua necessidade para a época: a centralidade nas estratégias de desconstrução do imaginário do sujeito louco como nocivo ao convívio social, isto é, a construção de um ponto de vista substancial para a loucura e a consolidação dos serviços substitutivos que segundo Amarante <sup>(8)</sup>, são aqueles que além de oferecer uma assistência integral e tratamento diferenciado à população que necessita de atendimento em saúde mental, é capaz de substituir em sua totalidade a lógica manicomial, em que o manicômio e o saber da psiquiatria clássica são considerados como as únicas estratégias de tratamento e intervenção na vida desse sujeito.

Como reflexo da reforma psiquiátrica brasileira emergem os serviços substitutivos, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como decorrência da superação do modelo manicomial anterior. De acordo com o Ministério da Saúde <sup>(17)</sup>, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) pode ser definido como equipamento de saúde aberto, comunitário e vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), que funciona como unidade de referência e tratamento para pessoas com transtornos mentais severos ou persistentes. Esses quadros implicam a necessidade de cuidados intensivos, comunitários e personalizados.

O primeiro serviço substitutivo modelo CAPS foi criado no Brasil em 1987, na cidade de São Paulo, sendo fruto de uma intervenção política e social da Secretaria Municipal de Saúde na Antiga Casa de Saúde Anchieta, local de maus tratos e mortes de pacientes. De mesmo modo, foi a criação do Centro Comunitário de Saúde Mental de São Lourenço do Sul, Rio Grande do Sul, conhecido como “Nossa Casa”. Nicácio <sup>(12)</sup>, Bezerra Júnior <sup>(13)</sup> e Aguiar <sup>(14)</sup> consideram a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, em 1989, um marco na história da psiquiatria brasileira, por se tratar de uma experiência inovadora, em que ocorreu uma intervenção médico legal num asilo.

A partir desses marcos, passou-se a privilegiar a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, quais sejam: redes de atenção à saúde mental, (CAPS), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, oficinas terapêuticas, residências terapêuticas, respeitando -se as particularidades e necessidades de cada local.

A luta pela superação do aparato manicomial, disparada pela Reforma Psiquiátrica, implica, para os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a transformação da assistência às pessoas em situação de sofrimento psíquico. De acordo com Costa-Rosa <sup>(9)</sup>,

funcionar numa lógica autenticamente substitutiva ao modo manicomial configura as ações em saúde mental como práticas de Atenção Psicossocial.

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) <sup>(15)</sup> posiciona os CAPS como serviços que ocupam função estratégica na missão de substituição da lógica manicomial. Componente da atenção especializada da RAPS, o CAPS é um serviço de referência no cuidado de pessoas em intenso sofrimento psíquico, em situações de crise, a partir do modelo de atenção e suporte psicossocial dirigido ao reposicionamento subjetivo do sujeito e, como indica o Ministério da Saúde (MS) <sup>(17)</sup>, à reintegração dos usuários em seus territórios familiares, sociais, afetivos: espaços de contratualidade e cidadania.

De acordo com Yasui e Costa-Rosa <sup>(16)</sup>, o modelo de Atenção Psicossocial é intensamente territorial. O espaço típico das práticas do paradigma psicossocial funciona como dispositivos integrais territorializados de Atenção Psicossocial em uma relação de porosidade com o território. Modelo focado no cuidado em liberdade, sustentar crise no território requer, portanto, intensa relação dos CAPS com as equipes da Atenção Básica.

Diante do exposto, vê-se a importância da luta do Movimento Sanitário no Brasil e o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois propõe a universalização da saúde, ênfase na atenção básica e na medicina comunitária e controle popular da gestão, que se refletem na definição legal dos princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação popular do SUS.

Nesse contexto, a articulação da Saúde Mental e da Atenção Básica torna-se imprescindível, considerando a Unidade Básica de Saúde (UBS) como espaço mais próximo à comunidade local, onde as pessoas em sofrimento vivem e devem ser inseridas socialmente. A Unidade de Saúde, como representante da atenção básica, figura como porta de entrada do setor, o primeiro nível de contato da população com o sistema nacional de saúde, onde as pessoas chegam com as mais variadas queixas e devem ser acolhidas em suas questões de saúde, por mais que esse acompanhamento não se restrinja a esse espaço.

Delgado <sup>(18)</sup> chama a atenção para a obrigatoriedade dessa interface da saúde mental com as outras situações cotidianas das Unidades Básicas de Saúde, bem como as potencialidades dessa articulação, na medida em que o usuário passa a ser acolhido em sua integralidade, reconhecido os fatores sociais, políticos, econômicos, culturais e subjetivos como determinantes e condicionantes do processo saúde/doença, no entendimento do Ministério da Saúde <sup>(17)</sup>.

Nesse cenário, advém em 2003 a proposta do apoio matricial, que tem por objetivo contribuir para o acolhimento das pessoas em sofrimento mental nos espaços sociais onde

circulam, por meio de uma construção coletiva de saberes junto às equipes de saúde da família (ESF) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) <sup>(19)</sup>.

O Apoio Matricial (AM) se constituiu como proposta do Ministério da Saúde para a articulação entre a rede de Saúde Mental e as Unidades de Saúde, com vistas à implementação de uma clínica ampliada, ao compartilhamento no cuidado a esses usuários, à integração dialógica entre diferentes categorias profissionais e especialidades, à promoção à saúde e à disponibilização de outras ofertas terapêuticas através de um profissional de saúde mental que acompanhe sistematicamente as USs.

O Apoio Matricial ou Matriciamento se encontra interconectado na busca constante de construir e produzir outro paradigma para o modelo de gestão em saúde, capaz de gerar um processo de trabalho alicerçado no encontro dialógico entre equipes de saúde generalistas e especializadas, de gestão das organizações e gestão formativa nos serviços de saúde.

Segundo Gastão Wagner de Sousa Campos, <sup>(19)</sup>, *formula-se esse arranjo matricial por se entender que a gestão em saúde deve descer para o cotidiano das relações equipe/usuário, trabalhadores/ usuários, gestor/equipe, gestores/usuários. Para isso foi necessário desenvolver outro paradigma, outra forma de pensar gestão que combinasse certo grau de autonomia necessária ao trabalhador com certo grau de controle também sobre o trabalhador: controle da lei, de valores, do direito à saúde, da gratuidade do Sistema Único de Saúde (SUS), e mesmo de diretrizes de modelo, atenção básica, o vínculo, a horizontalidade, a coordenação de caso, a definição de um arranjo prévio que é a do trabalho multiprofissional. Enfim, nós fomos construindo evidências que são técnicas, que precisam ser implementadas, adaptadas, reconstruídas [...] mais que adaptadas, recriadas para cada contexto situacional* <sup>(19)</sup>.

Dessa maneira, pode-se afirmar que esse arranjo matricial é uma potente estratégia de efetivação da Política de Saúde Mental na gestão, nos serviços, nos territórios e na comunidade. Isso ao desconstruírem os modelos preestabelecidos e normativos, engessados em funções cristalizadas, para centralizar o olhar sobre o usuário e a comunidade, como possibilidade de fortalecimento de vínculos e maior qualidade de vida.

Conforme se compreende, as ações de saúde mental devem obedecer ao modelo de redes de cuidado de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas voltadas ao estabelecimento de vínculos e acolhimento. Isso porque, a organização em rede de serviços rompe com o modelo hierárquico tradicional fundamentado em níveis de complexidade, que impossibilita a flexibilização e a articulação das ações, restringindo a assistência e organizando a demanda de acordo com as necessidades do sistema, e não conforme as necessidades dos usuários, principais protagonistas aos quais os serviços se destinam <sup>(21)</sup>.

Desse modo, a interconexão por meio do matriciamento em saúde mental com os demais pontos de atenção integrantes da rede de atenção se impõe como algo relevante para os atuais gestores, implicando transformações profundas nas práticas institucionalizadas ao chamar para a arena das discussões todos aqueles que precisam ser corresponsabilizados pelo cuidado.

Evidentemente, existem os limites decorrentes, sobretudo, da própria determinação do cotidiano múltiplo, diverso e dinâmico presente no campo psicossocial.

Dessa forma, o matriciamento, conforme Campos <sup>(19)</sup>, tem o objetivo de aumentar o grau de resolubilidade das ações de saúde no território. Esse arranjo propõe uma reformulação no modo de organização dos serviços e relações horizontais entre as especialidades que passam a oferecer apoio técnico horizontal às equipes interdisciplinares de Atenção Primária à Saúde (APS), favorecendo, assim, a conexão em rede.

Normalmente, os sistemas de saúde se organizam de modo vertical (Hierárquica), com uma diferença de autoridade entre quem encaminha um caso e quem o recebe, ocorrendo uma transferência de responsabilidade ao encaminhar. A comunicação entre os níveis hierárquicos ocorre, por vezes, de modo caótico e irregular, através de informes escritos, pareceres e formulários de contratransferência que não concernem uma resolubilidade de excelência.

A proposta do matriciamento visa modificar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referências e contratransferência e protocolos. Ou seja, defende as ações de modo horizontais que integrem os saberes e níveis assistenciais.

Logo, a proposta do compartilhamento de saberes e práticas entre os trabalhadores do (CAPS) e da APS dialoga com o enfrentamento desses impasses supracitados, na medida que o AM possibilita o alargamento da visão das equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF) frente às demandas de saúde mental no território, pois inclui os aspectos da vida e do sofrimento psíquico mediante vivências pessoais e da própria existência humana. Assim, o apoiador matricial é um especialista detentor de um núcleo de conhecimento e de um perfil distinto daquele dos profissionais de referência; contudo, ele pode agregar recursos de saber e mesmo colaborar com intervenções que aumentem a capacidade em dar resolubilidade a problemas de saúde no território. O Apoio Matricial procura construir e avivar espaço para a comunicação ativa e para o compartilhamento e aprimoramento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores.

Esta proposta de trabalho deve ser direcionada à corresponsabilização e à gestão integrada do cuidado (por meio de atendimento compartilhado e interdisciplinar), à troca de saberes e à pactuação de projetos terapêuticos que incluam os usuários dos serviços e a comunidade como participantes dessa construção.

O processo de matriciamento em saúde mental ocorre na integração das equipes e o território de referência, em conformidade com a construção associada a diretrizes sanitárias e clínicas.

A Saúde Mental, por sua complexidade e multideterminação, ainda é associada aos estigmas e à exclusão social e, por isso, exige assistência interdisciplinar. Um aspecto fundamental para o desenvolvimento de um trabalho voltado ao atendimento de demandas em Saúde Mental é o preparo das equipes da Estratégia de Saúde da Família e equipe de Saúde Mental para o alinhamento conceitual e técnico dos profissionais envolvidos no cuidado.

Nos últimos anos a metodologia de trabalho de grupo, denominada oficina, vem sendo utilizada como instrumento de campo de ação e conhecimento em diversas áreas. Na área da Saúde Mental, tem sido amplamente utilizada nas práticas voltadas para promoção, recuperação da saúde, reabilitação de doenças agudas e crônicas, prevenção de danos e agravos e, também, para a formação profissional.

Todavia, uma oficina para a sensibilização da implantação do matriciamento em saúde mental num Centro de Atenção Psicossocial pode vir a caracterizar-se como uma estratégia de Educação Permanente em Saúde (EPS).

Segundo o Ministério da Saúde, a Educação Permanente em Saúde é uma política de responsabilidade da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que tem como objetivo contribuir para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos profissionais e trabalhadores de saúde. Portanto, a SGTES assume um papel de melhoria da formação e qualificação dos trabalhadores e profissionais da saúde, valorizando e democratizando as relações de trabalho no SUS<sup>(22)</sup>.

Logo, as práticas de oficinas em saúde mental objetivam a humanização, integralidade, a saúde como direito, a intersetorialidade, a identificação e a intervenção dos fatores de risco.

Além disso, as oficinas buscam caminhar no sentido de permitir ao sujeito estabelecer laços de cuidado consigo mesmo, de trabalho e de afetividade com os outros, determinando a finalidade político-social associada a (RAPS).

Entende-se que o Apoio Matricial surge nesse cenário como estratégia por meio da qual as equipes responsáveis pelo trabalho no âmbito da Atenção Primária são capacitadas para o atendimento e acompanhamento de usuários com transtorno mental, uma vez que o desconhecimento dos profissionais acerca deste resulta em prejuízos para a integralidade do cuidado.

Dada sua característica inovadora e sua potencialidade para aproximar o cuidado em saúde mental à realidade cotidiana dos serviços de atenção primária, o AM vem recebendo uma

merecida atenção no campo das práticas em saúde coletiva, sendo apontado por diferentes autores como uma estratégia que potencializa a responsabilização dos casos de saúde mental pela atenção primária e colabora com a efetivação do cuidado integral em saúde<sup>(18)(19)</sup>.

O trabalho de AM é fundamentado através de um apoio teórico pedagógico à equipe de Saúde da Família, dita equipe de referência. A partir disso, inicia-se um processo de responsabilização em que a equipe de referência passa a ser incumbida de conduzir e dar resolução a casos mais leves ao longo do tempo, isso é, um cuidado longitudinal, fortemente arraigado ao acolhimento e vínculo<sup>(18)</sup>.

A equipe ou profissional de referência são aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário, na perspectiva de acompanhamento longitudinal com esse conjunto de usuários. Já a equipe de apoio matricial é composta por especialistas que tem um conhecimento e um perfil diferente daquele dos profissionais de referência, mas que podem agregar conhecimentos e contribuir com intervenções que aumentem a resolubilidade de problemas de saúde da equipe de referência<sup>(21)</sup>.

Constrói-se desse modo, uma lógica de corresponsabilização que substituí a prática dos encaminhamentos indiscriminados para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)<sup>(21)</sup>.

Diante do exposto, o presente trabalho visa analisar: Qual a importância da implantação do matriciamento dentro de um Centro de Atenção Psicossocial?

## **2.OBJETIVOS**

### 2.1 Objetivo Geral

Realizar uma oficina de sensibilização para a implantação do matriciamento em Saúde Mental do Centro de Atenção Psicossocial Acolher.

### 2.2 Objetivos Específicos

- a. Realizar revisão integrativa de literatura.
- b. Realizar uma roda de conversa para o mapeamento das ações na unidade sobre o matriciamento.
- c. Fazer o levantamento do perfil dos profissionais de nível superior que atuam no Centro de Atenção Psicossocial Acolher.
- d. Instrumentalizar os profissionais do Centro de Atenção Psicossocial Acolher sobre o campo teórico da prática do matriciamento.

### 3. METODOLOGIA

O trabalho é uma proposta de intervenção que tem como objetivo realizar uma oficina de sensibilização para a implantação do matriciamento em saúde mental para os profissionais de nível superior do Centro de Atenção Psicossocial Acolher no município de Moreno/PE.

A oficina ocorrerá em três etapas: a primeira consiste no levantamento do diagnóstico situacional, a segunda etapa consiste no planejamento de ações junto à equipe para a implantação do matriciamento e por último o monitoramento junto à equipe das ações planejadas e suas execuções. Na primeira etapa, a cada encontro ocorrerá uma roda de conversa no Centro de Atenção Psicossocial Acolher com o tempo de acordo com o estipulado para cada atividade. Na segunda etapa, ocorrerá uma roda de conversa para o planejamento de ações com os profissionais com o tempo de duas horas para as atividades. Neste mesmo dia, haverá a avaliação por parte da equipe dos três primeiros encontros e pactuação dos encontros de monitoramento. Na terceira etapa, ocorrerá três encontros para o monitoramento junto à equipe das ações no período de três meses. O monitoramento ocorrerá durante um período de três meses sendo cada encontro mensal com duração de duas horas com a equipe.

Trata-se de uma triangulação metodológica que permite a combinação de métodos flexíveis e dinâmicos, como a oficina, com métodos estruturados com os seguintes passos: Revisão integrativa da literatura, Roda de conversa, Exposição dialogada e simulação de casos.

Mais precisamente, com vistas a atingir os objetivos propostos, foi selecionado o método de revisão integrativa da literatura. A revisão integrativa é caracterizada como sendo "uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática" <sup>(20)</sup>.

Os seguintes passos do método da revisão integrativa de literatura foram seguidos: a identificação do problema (questão norteadora); a busca da literatura (com a delimitação de palavras-chave, bases de dados e estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão definidos para a seleção dos artigos), análise dos estudos que constituem a amostra; apresentação da revisão/ síntese do conhecimento <sup>(20)</sup>.

A questão norteadora do trabalho foi: Qual a importância da implantação do matriciamento dentro de um Centro de Atenção Psicossocial?

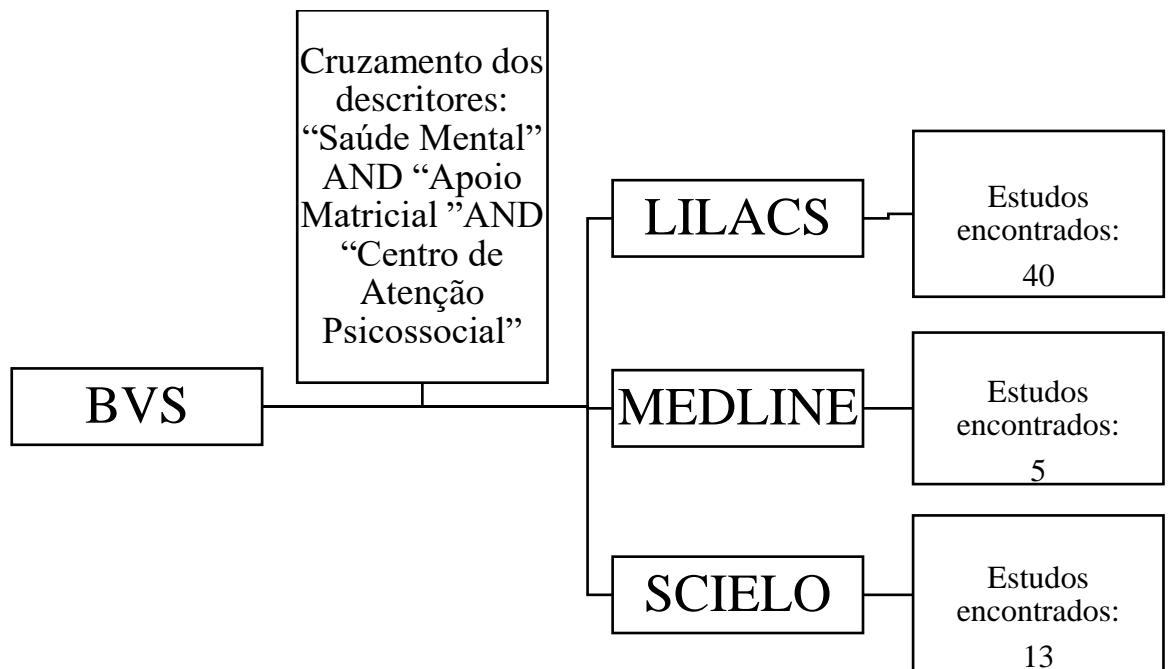
Para a construção do presente trabalho, foi realizada a busca de artigos científicos publicados na BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), através das bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Análise de Literatura Médica (MEDLINE). Para a busca das publicações, foram utilizados os descritores indexados como Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)



Saúde Mental, Apoio Matricial e Centro de Atenção Psicossocial, cujo levantamento bibliográfico foi realizado entre os meses de fevereiro a setembro de 2019.

Os critérios de inclusão estabelecidos para a amostra foram: publicações entre os anos de 2009 a 2019, no idioma português, texto disponível, publicados nas bases já mencionadas, que fizeram referência ao apoio matricial em saúde mental num Centro de Atenção Psicossocial. Foram considerados como critérios de exclusão teses e dissertações, estudos não relacionados com a proposta do estudo.

A busca foi realizada a partir do cruzamento dos descritores com o uso do conector booleano “AND” e resultou em um total de 58 artigos o detalhamento desta busca pode ser observado no fluxograma contido na figura 1.



**Fonte:** Dados levantados pela autora do trabalho.

Posteriormente, foram lidos os resumos e os que atenderam aos objetivos propostos e se encaixaram nos critérios de inclusão e exclusão foram lidos e relidos na íntegra, a partir disto foram selecionados 9 estudos para subsidiar a proposta de intervenção da oficina.

Os resultados obtidos da busca em cada base de dados e eliminados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão estão presentes na tabela 1.

**Tabela 1.** Os resultados da busca nas bases de dados.

Base de dados	Resultados da busca	Resumos analisados	Resumos que não atentam o objetivo proposto	Estudos selecionados para análise	Estudos selecionados para revisão
LILACS	40	40	9	13	6
MEDLINE	5	5	1	4	2
SCIELO	13	13	7	1	1
TOTAL	58	58	17	19	9

**Fonte:** Dados levantados pela autora do trabalho (2019).

### **3.1 PLANO DE INTERVENÇÃO**

A oficina intitulada: Acolher para matriciar: oficina sobre matriciamento em saúde mental ocorrerá em três etapas detalhadas a seguir: a primeira consiste no levantamento do diagnóstico situacional, a segunda etapa consiste em o planejamento de ações junto à equipe para a implantação do matriciamento e por último o monitoramento junto à equipe das ações planejadas e suas execuções. Na primeira etapa a cada encontro ocorrerá uma roda de conversa no Centro de Atenção Psicossocial Acolher com o tempo de acordo com o estipulado para cada atividade. Na segunda etapa ocorrerá uma roda de conversa para o planejamento de ações com os profissionais e o tempo de duas horas para as atividades. Neste mesmo dia haverá a avaliação por parte da equipe dos três primeiros encontros e pactuação dos encontros de monitoramento. Na terceira etapa ocorrerá três encontros para o monitoramento junto à equipe das ações no período de três meses. O monitoramento ocorrerá durante um período de três meses sendo cada encontro mensal de duração de duas horas com a equipe.

#### **Procedimentos do Plano Interventivo**

##### **Primeira Etapa:**

##### **1. Diagnóstico Situacional**

No primeiro encontro será realizado uma roda de conversa com os profissionais de nível superior do Centro de Atenção Psicossocial Acolher.

De acordo com Mélló <sup>(23)</sup>, as rodas de conversas priorizam discussões em torno de uma temática (selecionada de acordo com os objetivos da pesquisa) e, no processo dialógico, as pessoas podem apresentar suas elaborações, mesmo contraditórias, sendo que cada pessoa instiga a outra a falar, sendo possível se posicionar e ouvir o posicionamento do outro.

A roda de conversa terá o tempo médio de duas horas e será norteada por um roteiro semiestruturado com perguntas disparadoras, tais como, a compreensão acerca do matriciamento em saúde mental, a compreensão da função exercida pelo profissional na unidade e seu perfil, como ocorrem as articulações do dispositivo com a Atenção Primária do município e quais os desafios do matriciamento na unidade. O objetivo da roda de conversa é realizar o levantamento do conhecimento dos profissionais acerca do matriciamento e das ações já realizadas pelos mesmos no Centro de Atenção Psicossocial Acolher.

O diagnóstico situacional será estabelecido com base nos dados obtidos após a realização do segundo encontro com os profissionais.

## **2. Identificação do Problema**

O segundo encontro será dividido em duas etapas: Na primeira etapa ocorrerá uma roda de conversa com os profissionais para o feedback da primeira roda de conversa durante trinta minutos, haverá a formação de um círculo para a facilitação da organização da discussão das percepções obtidas no encontro anterior. Na segunda etapa do encontro ocorrerá também a exposição para os profissionais acerca do conceito de matriciamento e sua operacionalidade. Nesse sentido será utilizada como estratégia a simulação de casos difíceis a serem matriciados e a discussão conceitual sobre o matriciamento será ofertada nesse momento, possibilitando com isso a instrumentalização da equipe acerca desta ferramenta política/clínica e também pedagógica. Será utilizado para a fundamentação da exposição o Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental do Ministério da Saúde. A exposição ocorrerá em uma hora com a abertura para uma breve discussão dos profissionais acerca da temática abordada.

Posteriormente nos trinta minutos restantes haverá a seleção dos nós críticos, a priorização dos pontos críticos será classificada mediante a identificação da importância, urgência e capacidade dos profissionais para enfrentá-los, tal seleção será realizada pelos profissionais.

A partir da análise dos dois encontros será possível a elucidação do problema e o planejamento de ações para o enfrentamento dos nós críticos pelos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial Acolher.

### **Segunda Etapa:**

## **3. Planejamento de ações e Recursos Críticos**

O terceiro encontro será dividido em duas etapas: A princípio uma roda de conversa para a elaboração do desenho de ações e recursos críticos a partir da seleção dos nós críticos realizada pelos profissionais. Os recursos críticos são aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis. Envolve aspectos variáveis como cognitivo, político, organizacional entre outros. Seguidamente haverá uma devolutiva por parte da facilitadora para a equipe dos três primeiros encontros e ainda a pactuação dos encontros de monitoramento. Na primeira etapa composta pela roda de conversa será elaborado um instrumento para o planejamento de ações e recursos críticos para o matriciamento no Centro de Atenção Psicossocial Acolher. O tempo despendido para a roda de conversa e elaboração do instrumento será de duas horas. O instrumento corresponde uma tabela com o desenho de operações para os nós críticos do problema e os recursos críticos contendo: nó crítico; operação/projeto; resultados esperados; produtos; recursos necessários e recursos críticos.

**Tabela 2.** Desenho de operações para nós críticos do problema e os recursos críticos.

Nó Crítico	Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos	Recursos Necessários	Recursos Críticos

Na segunda etapa haverá a devolutiva dos três primeiros encontros pelos profissionais, ocorrerá a entrega de um questionário para a avaliação dos encontros anteriores. Os profissionais avaliaram aspectos como os conteúdos da oficina, a metodologia utilizada, a relevância da temática abordada, o desempenho do facilitador da oficina, o alcance dos nós críticos e por fim o quanto o profissional considerou pertinente para a sua formação. O questionário constará com afirmativas de resposta (sim) ou (não) e justificativa. Ao final haverá a pactuação dos encontros de monitoramento. Tais atividades ocorreram no período de 1:00 hora.

No tocante as ações dentro do Centro de Atenção Psicossocial serão a corresponsabilização do cuidado dos usuários em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Acolher pela equipe do CAPS e Equipe de Saúde da Família; Promoção da Clínica Ampliada, Ampliação da Tomada de Decisões construindo possibilidades para a alta dos usuários do CAPS Acolher.

### **Terceira Etapa:**

#### **4. Monitoramento**

Esta última etapa consta de três encontros para o monitoramento de ações estabelecidas para a implantação do matriciamento do Centro de Atenção Psicossocial Acolher. O monitoramento ocorrerá durante um período de três meses sendo cada encontro mensal de duração de duas horas com a equipe. Haverá roda de conversa sobre as ações realizadas no período, reconhecimento das dificuldades do processo. Suporte e construção de estratégias juntamente com a equipe.

#### **5. Análise das metas a serem alcançadas a partir da realização da oficina**

As metas a serem alcançadas com base na realização da oficina correspondem:

**Tabela 3.** Metas esperadas com a realização da oficina.

Corresponsabilização do Cuidado entre as equipes do CAPS Acolher e as equipes da atenção básica (estratégia de saúde da família e NASF).
Promoção da Clínica Ampliada e singular para cada sujeito.
Ampliação da Tomada de Decisão da Equipe com relação aos encaminhamentos dos projetos terapêuticos dos usuários em acompanhamento pelo CAPS Acolher.

#### 4. RESULTADOS/DISCUSSÃO

Ao iniciar a discussão cabe reafirmar que os resultados correspondem às metas esperadas da proposta de implantação da oficina de matriciamento em saúde mental com os profissionais do Centro de Atenção Psicossocial Acolher no município de moreno/ PE.

A fim de sistematizar a discussão dos resultados, será discorrido uma breve síntese acerca de oficina em saúde mental e cada meta esperada como produto da oficina.

A concepção de novos modelos de organizar e operar as práticas de saúde são aspectos fundamentais para a realização de um sistema de saúde acessível e de qualidade. A prática de oficinas em saúde mental constitui-se como uma metodologia de formação para ou de cuidado em saúde, pois sua base de operacionalidade enriquece o acolhimento, a formação de vínculos, a problematização, a responsabilização e coopera para o exercício da cidadania.

Em tais modelos a concepção de cuidado fundamenta-se no conceito de saúde como um direito de cidadania, não apenas no sentido jurídico, mas no sentido emancipatório.

Todavia, as oficinas em saúde mental são capazes de propiciar uma Educação Permanente em Saúde, uma vez que, a EPS propõe que as equipes trabalhem com os problemas da prática, reflitam e busquem encontrar soluções. Celeste <sup>(25)</sup> aponta a importância dessa proposta na mudança do agir do trabalhador da saúde diante da construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na efetividade do seu processo de cuidado, o dispositivo da corresponsabilização entre equipe e usuário incorpora a família, a comunidade e as ações intersetoriais articuladas no contexto sociocomunitário.

Facilita, ainda, a elaboração de novos processos de trabalho, com enfoque multidisciplinar, possibilitando espaços de troca de experiências, conhecimentos, discussões e encontros que viabilizam a formação de projetos terapêuticos singularizados e de cuidado criativo. Associado a isso, somam-se a incorporação da Saúde Mental no fazer das equipes e a diversificação dos dispositivos de cuidado, que implicam em ações que impulsionam o fazer em conjunto e formas dialógicas de organização do trabalho <sup>(27-28)</sup>.

Além disso, o trabalho em conjunto ajuda os profissionais a se sentirem mais seguros e a perceberem que não estão sozinhos para resolver os casos, que podem compartilhar responsabilidades e se fortalecerem para lidar melhor com situações do dia a dia <sup>(21)</sup>. Assim, fica evidente a ênfase do matriciamento como um suporte especializado de saberes e ações para trabalhadores, surgindo como importante forma de capacitação para os profissionais, contribuindo para o aumento da capacidade resolutiva das equipes <sup>(21)</sup>.

No que concerne a ampliação da tomada de decisão da equipe, a pluralidade de componentes na atuação profissional direcionada à assistência em saúde mental sob uma óptica matricial, garante maior apropriação na tomada de decisão destes profissionais, de forma que os mesmos não se limitam apenas à conduta clínica apontada por uma categoria profissional, mas sim, por todo um aparato multiprofissional e multidisciplinar<sup>(21)</sup>.

No tocante a clínica ampliada, “traduz-se numa ampliação do objeto de trabalho e na busca de resultados eficientes, com inclusão de novos instrumentos”<sup>(21)</sup>. É uma prática que parte do “núcleo biomédico para os aspectos subjetivos e sociais de cada sujeito, respeitando a característica singular de cada caso [...] sem abrir mão de critérios técnicos previamente definidos”<sup>(21)</sup>.

Dessa forma, considerá-lo como sujeito singular e complexo implica a abordagem de diferentes perspectivas que permitam atender a todas as suas necessidades, neste caso, mediante a construção de projetos terapêuticos singularizados com a corresponsabilização de todos os atores envolvidos.



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dada à relevância do assunto, torna-se imprescindível a proposta de implantação de uma oficina de matriciamento em saúde mental num Centro de Atenção Psicossocial. Pois, caracteriza-se como uma estratégia de Educação Permanente em Saúde, uma vez que busca ampliar o conhecimento acerca do cuidado em saúde mental dos profissionais.

O matriciamento, portanto, pode ser compreendido como um arranjo organizacional nascido no Brasil e que, sempre pautado na realidade do território, fomenta uma nova forma de se produzir saúde a partir da troca de conhecimentos e da integração dialógica entre as equipes de referência da atenção primária e os profissionais de saúde que atuam como matriciadores <sup>(24)</sup>.

Nesse sentido, a realização do matriciamento do Centro de Atenção Psicossocial Acolher propicia subsídios para que os profissionais da atenção primária se tornem capazes de intervir e conduzir os casos mais simples de saúde mental de sua área adstrita, possibilitando o acesso aos serviços de saúde e a um plano terapêutico individualizado e resolutivo.

O apoio matricial tem, como um de seus pontos fortes, o potencial de ser um dispositivo articulador da rede, não apenas promovendo a corresponsabilização nos diversos níveis de organização, mas também apoiando as equipes de Estratégia de Saúde da Família nas demandas cotidianas, além de contribuir para a construção de ações de Saúde Mental no território <sup>(26-27)</sup>.

A construção de uma rede de cuidado em que ESF e serviços substitutivos de saúde mental se articulem e pactuem planos terapêuticos e ferramentas de cuidado é fundamental para superar de modo definitivo as antigas práticas institucionalizantes e fundamentar a assistência à saúde mental através de um cuidado integral que emana de práticas psicossociais. Constrói-se desse modo, uma lógica de corresponsabilização que substituí a prática dos encaminhamentos indiscriminados para os Centros de Atenção Psicossocial <sup>(21)</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Serrano, A. I. O que é psiquiatria alternativa? São Paulo: Ed. Brasiliense; 1986.
2. Pessotti, I. A loucura e as épocas. São Paulo: Ed. 34; 1994.
3. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 141-68.
4. Foucault, M. (2014). História da loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva.
5. Bezerra B Jr. Saúde mental ou psiquiatria. Anais do 4º Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e 3º Encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica; 1995; Ribeirão Preto; SP. Ribeirão Preto: EERP-USP; 1995.
6. Foucault M. A história da loucura na Idade Clássica. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva; 1978.
7. Foucault, M. Doença mental e psicologia. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 200.
8. Amarante, P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2016.
9. Paim, J. S. Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão crítica. 300 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.
10. Arouca, A. S. Democracia é saúde. In: conferência nacional de saúde, 8. Brasília. Anais... Brasília: DF. p. 35-42: 1986.
11. Rotelli F, Leonardis O, Mauri D, Risio C. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990.
12. Amarante P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.
13. Bezerra Jr B. Cidadania e loucura: um paradoxo? In: Bezerra Jr B, Amarante P, organizadores. Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1992
14. Aguiar MGG. A reinvenção do ser enfermeira no cotidiano da Casa de Saúde Anchieta e núcleos de atenção psicossocial [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1995.
15. . Delgado PGG. Política Nacional de Saúde Mental: O Contexto decisivo do Pacto pela Saúde. Jornal do CONASEMS 2007; (ago.):8-9.
16. Yasui S, Costa-Rosa A. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. Rev. Saúde Debate. 2008; 32(78/80):27-37.

17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria-Executiva. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília (DF): MS; 2004.
18. Delgado PGG. Política Nacional de Saúde Mental: O Contexto decisivo do Pacto pela Saúde. *Jornal do CONASEMS* 2007; (ago.):8-9.
19. Campos FCB, Nascimento SPS. O apoio matricial: reciclando a saúde mental na atenção básica. *Cad IPUB* 2007; 13(24):57-66.
20. Souza, Marcela Tavares de; Silva, Michelly Dias da; Carvalho, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.
21. Pinto AGA, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Sampaio JJC, Lima GP, Bastos VC, Sampaio HAC. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Ciênc saúde coletiva*. 2012; 17(3):653-60.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: SGTES: políticas e ações. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
23. Mélo, R. P. et al. Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa. *Psicologia e Sociedade*, v.19, n.3, p. 26-32, 2007.
24. Chiaverini, D. H. (Org.). et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.
25. Celeste T. Educação permanente: um novo olhar sobre a aprendizagem no trabalho. *Revista Digital de Educação Permanente em Saúde*, 2004, 1(1), 26-27.
26. Mielke FB, Olchowsky A. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: a avaliação de apoio matricial. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(6):900-7.
27. Dimenstein M, Galvão VM, Severo AK. O apoio matricial na perspectiva de coordenadoras de equipes de saúde da família. *Pesquisa e Práticas Psicossociais*. 2009;4(1):37-48.
28. Figueiredo MD, Campos RO. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(1):129-38.