



APONTAMENTOS ACERCA DO MATRICIAMENTO COMO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM RECORTE DA EXPERIÊNCIA DE MONTES CLAROS - MG

Robson Matos¹
Gisele Martins Santos²
Rodrigo Batista da Rocha³
Andrea Maria Guisoli Mendonça⁴

RESUMO: A Atenção Primária à Saúde pode ser compreendida como espaço fundamental para instituir ações de reabilitação psicossocial de base territorial. Nesse sentido, o presente estudo objetiva fazer uma análise crítica sobre o processo de implementação de Apoio Matricial em saúde mental em um território composto de três Estratégias Saúde da Família na cidade de Montes Claros-MG. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, visando descrever, compreender e explicar o Apoio Matricial como estratégia de cuidado na Atenção Primária e o impacto causado no processo de trabalho dessas equipes. Para coleta de dados, foram realizadas 22 (vinte e duas) entrevistas semiestruturadas com profissionais que atuam nas unidades como matriciando e matriciadores, sendo as entrevistas audiogravadas com posterior transcrição e sua discussão separadas nas seguintes categorias de análise: resistências e desafios da implementação do Apoio Matricial; articulação da rede de atenção psicossocial e percepção dos matriciadores. Foi utilizada a análise de conteúdo e também a técnica de observação participante pelos pesquisadores. Os resultados denotam que a implementação do Apoio Matricial teve efeitos positivos e possibilita vislumbrar uma possível ressignificação dos processos de trabalhos das equipes em questão, bem como uma necessária ampliação do debate sobre o tema.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Saúde mental; Apoio Matricial.

ABSTRACT: The Primary Health Care can be understood as a fundamental space to institute actions of psychosocial rehabilitation of territorial base. In this sense, the present study aims to critically analyze the process of implementation of Matrix Support in mental health in a territory composed of three Family Health Strategies in the city of Montes Claros-MG. It is a qualitative research, aiming to describe, understand and explain the Matrix Support as a strategy of care in Primary Health Care. To collect data, 22 (twenty-two) semi-structured interviews were conducted with professionals who work in the units as matriciandos and matriciadores, the interviews being audio-recorded with later transcription and their discussion separated into the following categories of analysis: resistance and challenges of the implementation of the Matrix Support; the articulation of the network of psychosocial attention and the perception of the matriciadores. The participant observation technique was also used. The results indicate that the implementation of the Matrix Support had positive effects and makes it possible to envisage a possible re-signification of the work processes of the teams in question, as well as a necessary extension of the debate on the subject.

KEYWORDS: Primary Health Care; Mental health; Matrix Support.

¹ Psicólogo, especialista em saúde mental pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES. robsonkmatos@gmail.com

² Assistente Social, especialista em saúde mental pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES. giselymartins10@hotmail.com

³ Enfermeiro, especialista em saúde mental pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES. rodrigomarkss@yahoo.com.br

⁴ Mestre em Desenvolvimento Social pela Universidade Estadual de Montes Claros -UNIMONTES. Coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde Mental pela Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES. andreaguisoli@gmail.com



1 INTRODUÇÃO

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 é considerado o maior movimento de assistência pública a saúde na história do Brasil e representou uma afirmação política de compromisso do Estado brasileiro para com os direitos de seus cidadãos, sendo suas diretrizes pautadas na integralidade da atenção à saúde. A Atenção Primária à Saúde (APS) com a implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 1994, destaca-se neste cenário como prioridade nas atuais políticas de saúde, devendo esta concepção substituir a lógica assistencial centrada na doença.

A Atenção Primária a Saúde (APS) no Brasil foi desenvolvida considerando a descentralização e capilaridade, que ocorre no território mais próximo do convívio das pessoas. Ela deve ser a principal porta de entrada e centro de comunicação com as Redes de Atenção à Saúde sendo, portanto, o contato preferencial dos usuários dos serviços básicos de saúde.

Dentro dessa concepção, no contexto da saúde mental, destaca-se como fundamental a Declaração de Caracas (1990), que expressou a necessária reestruturação da assistência psiquiátrica na APS, permitindo a promoção de modelos alternativos de cuidado, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais. A Declaração aponta para superação do modelo psiquiátrico, segregador e hospitalocêntrico de assistência à pessoa em sofrimento mental através de um cuidado no seu espaço social de convívio. A ideologia subjacente a esta nova modalidade de atenção não é apenas reformar os espaços já existentes para o tratamento da loucura, mas também, tornar mais fluidas, mais transitáveis, mais flexíveis, as fronteiras entre as instituições destinadas a ela e à sociedade. (LOBOSQUE, 2003; MENDONÇA, 2009).

Tais concepções buscam integralidade do cuidado em saúde mental e a aproximação desse cuidado aos territórios existenciais dos sujeitos, tendo como pressupostos basilares uma nova forma de entender doença/saúde mental e cuidado. Nesse contexto, a estratégia de Apoio Matricial (AM), formulada por Gastão Wagner de Sousa Campos (1999), é paradigmática. O AM sinaliza a necessária articulação entre saúde mental e APS na tentativa de avanço do processo de desinstitucionalização, facilitando o direcionamento dos fluxos na rede e promovendo uma articulação entre os equipamentos de saúde mental e a ESF.

O AM pode ser definido como um arranjo organizacional que tem como objetivo ampliar a resolubilidade das ações de saúde, reformulando o modo de organização dos serviços e relações entre as especialidades passando oferecer apoio técnico às equipes interdisciplinares de APS, favorecendo uma conexão em rede, que possibilita a co-responsabilização entre as equipes e a diversidade de ofertas terapêuticas através de profissionais especializados que

acompanham os processos de trabalho das ESF's e permite o conhecimento da demanda que chega à APS (JORGE; SOUSA; FRANCO, 2013). Mais ainda, o AM pode possibilitar a criação de uma clínica ampliada em saúde mental e que esse cuidado específico na APS seja reestruturado.

O processo de AM em Saúde Mental na cidade de Montes Claros é ainda muito incipiente, tendo iniciado em meados de novembro de 2015. As ações de AM acontecem por meio de reuniões mensais entre dois matriciadores especialistas de diferentes categorias e a equipe técnica (médicos, enfermeiros e dentistas) das ESF's. As reuniões têm como objetivo discutir, orientar e elaborar conjuntamente Projetos Terapêuticos Singulares para os casos mais graves do território em questão. No caso das ESF's pesquisadas, soma-se a estas ações a presença dos residentes (psicólogo, enfermeiro e assistente social) da Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Hospital Universitário Clemente Faria da Universidade Estadual de Montes Claros (HUCF-UNIMONTES) no território dois turnos por semana, realizando atividade que envolvem interconsultas, elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) conjuntos, consultas conjuntas, visitas domiciliares, educação permanente e demais intervenções terapêuticas previstas no Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental. (CHIAVERINI et al., 2011).

A partir da experiência nesse território, este trabalho objetivou fazer uma análise crítica sobre o impacto nos processos de trabalho causado pela implementação do AM em um território composto de três ESF's que compartilham a mesma unidade física na cidade de Montes Claros. Para análise deste objetivo, buscou-se discuti-lo em categorias, a saber: resistências e desafios da implementação do AM; Articulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a Percepção dos Matriciadores. A análise se deu pela realização de entrevistas semi-estruturadas com matriciadores e equipes de referência e observação participante dos Residentes Multiprofissionais em Saúde Mental no território em questão pelo período de um ano, compreendido de março de 2016 a fevereiro de 2017.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, visando descrever, compreender e explicar o AM como estratégia de cuidado na APS, respeitando o caráter interativo e as trocas simbólicas em relação aos objetivos buscados pelos pesquisadores. O universo da pesquisa foram três ESF's no município de Montes Claros – MG. Segundo dados da territorialização

realizada em 2016, essas equipes atendem em média 2030 famílias divididas em 18 (dezoito) microáreas.

Foram entrevistados 22 (vinte e dois) profissionais, sendo 4 (quatro) enfermeiros, 2 (dois) médicos, 1 (um) dentista, 1 (um) técnico de enfermagem, 12 (doze) agentes comunitários de saúde e 2 (dois) matriciadores especialistas. Como critério de inclusão: Ser profissional (efetivo ou contratado) das unidades citadas e que tenham participado do processo de implementação do AM. Quanto aos critérios de exclusão: não aceitar participar da pesquisa ou após três tentativas sem êxito de aplicar os instrumentos propostos para a coleta de dados.

No desenvolvimento da pesquisa foram utilizados 3 (três) instrumentos: 1) roteiro de entrevista semiestruturado com perguntas norteadoras referentes aos objetivos da pesquisa; 2) questionário socioeconômico aplicado individualmente que colaborou com a construção do perfil dos sujeitos pesquisados; 3) diário de campo, em que foram realizados o registro e a sistematização dos dados empíricos, auxiliando na observação participante e na análise das entrevistas. Nele foram registradas algumas características particulares do campo e da prática, reflexão dos pesquisadores e outras observações capturadas ou que emergiram no cotidiano das práticas.

Considerando que os pesquisadores estiveram envolvidos no cenário da pesquisa, acompanharam e realizaram as atividades de matriciamento durante dois turnos, foi utilizado também a técnica de observação participante, que permitiu o contato dos mesmos com o objeto pesquisado em seu cenário de trabalho. Cumpre destacar que a observação participante foi utilizada como complemento para análise de conteúdo, pois optou-se por dar mais ênfase as falas coletadas nas entrevistas

As entrevistas foram realizadas nos meses de novembro e dezembro de 2016, audio-gravadas com o consentimento dos participantes, com posterior transcrição. As falas foram analisadas com a técnica de análise de conteúdo e organizadas de acordo com os objetivos delineados na pesquisa, com extração dos trechos mais significativos dos depoimentos e, na busca da compreensão de elementos pertinentes ao tema, os conteúdos foram desmembrados em categorias de análise.

Para manter o sigilo dos entrevistados e para melhor identificá-los serão utilizadas as seguintes siglas na identificação das falas, seguida de numeração dada conforme ordem de realização das entrevistas: E (Enfermeiro); M (Médico); ACS (Agente Comunitário de Saúde); Tec.Enf (Técnico de Enfermagem); D (Dentista); MT (Matriciador).

Quanto aos aspectos éticos foram considerados de acordo com a Resolução nº 196 de 10/10/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde, a qual estipula

normas éticas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros- UNIMONTES, e aprovado mediante o Parecer Consubstanciado nº 1.737.028.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Resistências e desafios: a inserção do matriciamento no processo de trabalho das estratégias de saúde da família

Antes de debruçar os escritos sobre as problemáticas envolvidas no processo de matriciamento, cumpre lembrar a própria definição de matriciamento do Guia de Matriciamento, já abordada ao longo trabalho: um novo modo de produzir saúde em duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criando uma proposta de intervenção pedagógica-terapêutica (CHIAVERINI et al., 2011). Resumidamente, o AM cria estratégias compartilhadas em um apoio que gera novas possibilidades de intervenções e tratamento.

É sabido que um grau de complexidade inerente ao campo dificulta a implementação da proposta. Soma-se a isso a grande distância entre as propostas e realidade dos serviços, além de outros aspectos que dificultam uma política incipiente (GAMA; CAMPOS, 2009). Procurou-se, assim, por em paralelo o que se tem na literatura e as entrevistas com os distintos atores na pesquisa em questão, buscando pontuar os impasses envolvidos na implementação desse tipo de cuidado, bem como na ação interdisciplinar como um todo.

Quando se aborda o cuidado em saúde mental na APS, uma questão vem à tona através da fala e observação dos profissionais: quais casos são para os serviços especializados e quais são para serem cuidados na APS?

Como apontam Figueiredo e Campos (2009), há uma alta prevalência de casos de sofrimento mental que chegam à APS e não são adequadamente atendidos. Cerca de 9% da população brasileira apresenta transtornos mentais leves, 6% a 8% apresentam transtornos devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Conforme os autores acima citados, 80% dos usuários encaminhados aos serviços de saúde mental não trazem uma demanda específica que justifique a necessidade de atendimentos num serviço de atenção especializada. São demandas de intervenções mais imediatas em que os recursos assistenciais em outros níveis de assistência podem ser evitados.

Dentre os aspectos a serem destacados com relação a essa problemática, cabe elucidar que as equipes de APS se sentem desprotegidas, muitas vezes sem capacidade de enfrentar as demandas em saúde mental que chegam cotidianamente ao serviço, especialmente os casos mais graves e/ou crônicos, próprios da especificidade do cuidado de saúde mental. Nesse sentido, matriciamento visa dar suporte técnico a essas equipes, bem como estabelecer a responsabilização (DIMENSTEIN; GALVÃO; SEVERO, 2009). Ao questionar sobre essa responsabilização com relação aos cuidados em saúde mental no território o MT1 destaca:

MT1: Acho que o incômodo que o apoio matricial vai causar é que o caso agora não é mais do especialista. Isso vai gerar uma responsabilidade para essas equipes e uma responsabilidade a qual grande parte das equipes até então não eram responsáveis, não se justificavam como responsáveis por determinadas práticas no campo da saúde mental. Então a gente vê um campo de uma certa responsabilização que se coloca a estes profissionais. Isso gera resistência e a própria interdisciplinaridade retira esse profissional do seu campo de conforto.

Esse desconforto e despreparo também se destaca nas seguintes falas:

E1: Parece que o leque não abre muito. Pra dizer assim: eu acho que fulano tem isso, eu acho que fulano precisa de um acompanhamento, entendeu? Eu acho que a gente... eu sinto essa dificuldade. Eu acho que a gente precisa ser melhor capacitado. Inclusive tem a ficha B que eu quero implantar ela aqui. Eu conheço a ficha B e vou implantar aqui, se Deus quiser. Vou capacitar meus agentes porque eu vejo essa dificuldade. Na saúde mental, nós sabemos da maior dificuldade de identificar... identificar é uma dificuldade, a gente sabe disso.

E3: Antes disso [matriciamento] todo o paciente: manda pro CAPS! Vamos mandar pro CAPS! A gente só enxergava o CAPS. A gente também não tinha a quem recorrer, então tudo era CAPS!

Como dito, além do desconforto, as falas denotam ainda uma desresponsabilização diante da incapacidade no campo teórico-prático de lidar com o cuidado em saúde mental. Isso resulta numa dificuldade que se converte em resistência no seu processo de implementação, que, como visto, prega: corresponsabilização, clínica ampliada, interdisciplinaridade, metodologia transversal, etc.

De um modo geral, a implementação do AM no processo de trabalho dessas equipes reflete diretamente no modo de funcionamento de cada uma delas. Como destaca um dos entrevistados:

MT1: Antes do campo da saúde mental eu vejo que há uma dificuldade no próprio funcionamento das estratégias de saúde da família e que isso também vai reincidir no campo da saúde mental, que é a necessidade de executar um modelo de assistência que é também o modelo da vigilância em saúde. Modelo da promoção da saúde, que na saúde mental se chama modelo de Atenção Psicossocial. Na saúde mental as

estratégias requerem esse modelo. A estratégia não vai funcionar se não existir esse modelo. Então, por exemplo, nas equipes onde alguma atividade desse nível acontece é muito mais fácil se introduzir a saúde mental.

Conforme o entrevistado, as ações no campo da saúde mental devem ser implementadas e feitas a partir da ideia de que os próprios princípios da saúde da família já garantiriam certa atuação no campo da saúde mental, como por exemplo, o primeiro contato, o trabalho com famílias, o trabalho com a comunidade, a longitudinalidade dos casos. Nesse sentido se os princípios de saúde da família fossem trabalhados de forma integral, as dificuldades na implementação do AM seriam minimizadas.

Dessa forma, a implementação do AM nas referidas unidades em seu momento inicial provocou certa tensão e incômodo, pois passou a convocar os trabalhadores ali presentes para discutirem sobre os casos, para a responsabilização e superarem a lógica do modelo flexneriano. Como se observa no trecho:

E4: No início a gente não... eu pelo menos... as outras também... mas eu não tava aceitando muito pela forma como tinha chegado. Não era muito a forma que a gente esperava. Mas depois que realmente veio, que vocês vieram, que veio a equipe mesmo para cá para poder fazer o apoio matricial foi bem interessante. Porque assim a gente pode discutir os casos. Porque a gente tem muita dificuldade na questão de saúde mental. A gente enfermeiro tem muita dificuldade nessa questão.

A partir da prática do AM possibilitando a discussão de casos com profissionais especialistas, houve a diminuição da resistência dos profissionais no que tange à problemática da desresponsabilização e despreparo para com os casos. Entretanto, outra problemática se delinea, interligada a essa: o desafio de lidar com a interdisciplinaridade.

Não obstante a integração interdisciplinar ser um objetivo a ser alcançado nas redes sociais de atenção à saúde, sua aplicação revela alguns entraves, que foram categorizados por Galvan (2007) em três tipos básicos – os individuais, os grupais e os institucionais. Apesar da categorização, todos esses entraves podem ser resumidos à questão de poder e abertura. Para se trabalhar em uma equipe multiprofissional, sobretudo na lógica interdisciplinar, deve existir uma “negociação”, no sentido de delimitar a atuação de cada profissional de modo que se possa trabalhar de forma corporativa. E mais do que isso, além de todo esforço por parte dos profissionais para trabalhar em grupo, há a necessidade também de uma reestruturação do trabalho, fazendo com que estas deem suporte à democratização do saber e à quebra da rigidez na aquisição e transmissão do conhecimento, bem como na própria forma de proceder na assistência, eliminando disputas em termos de primazia e importância de um tipo de intervenção sobre a outra.

Assim, pode-se pensar que a dificuldade maior surge dos entraves que emergem de dentro das próprias equipes ou instituições responsáveis. Muitas vezes, esses profissionais já vêm de formações bastante compartimentalizadas, o que sugere que para que essa proposta obtenha sucesso é preciso haver uma reestruturação da formação dos profissionais até as suas atuações. Portanto, isso se configura como um processo lento e gradual, mas de uma necessidade imperativa.

Nota-se que a diminuição da resistência e o aumento de uma ação dialogada e interdisciplinar se deu a partir da identificação da própria equipe de referência que aquele conhecimento representa uma falha no seu modo de atuação. Isso gerou abertura para o diálogo com os profissionais matriciadores, possibilitando certa reestruturação do trabalho. Esse processo tem impacto nos atendimentos individuais, além de ampliar a perspectiva clínica do profissional. É importante destacar que a partir do momento que há uma apropriação teórica acerca do AM e de sua prática, tem-se um ganho tanto para os profissionais quanto para os usuários e para o funcionamento do serviço.

E2: Porque, por exemplo, eu nunca tive contato com um psiquiatra. Com o psicólogo até que a gente já teve, mas com o psiquiatra não teve. Então assim, para você estar mais perto, ter esse contato acho que ajuda bastante. E assim, a gente tem agora a agenda fixa para esses pacientes, tem um dia fixo para poder estar acompanhando eles.

E3: Até em questão também de direcionar quanto a uma consulta de saúde mental, que até então eu pelo menos tinha uma dificuldade muito grande. E os residentes acabam sendo os nossos apoiadores também, senta com a gente na hora: “oh, é assim... essa é a pergunta que tem que fazer.” Eu falo por mim, na faculdade a gente fica um pouco a desejar nessa questão, mas me ajudou bastante. Até o roteiro que eu vou seguir, que pergunta eu vou fazer, como eu devo me comportar? Isso me ajudou muito também!

E4: [...] então a gente começou a entender melhor dessas categorias, dessas coisas mais psicológicas. Até então a gente era um pouco afastado: ‘Ah, psicólogo era coisa da mente, então vamos encaminhar’. A gente não tinha um acompanhamento e tinha uma insegurança também no próprio conhecimento da gente. Sentia inseguro de agir, já que era um paciente muito instável, muito específico para aquela área da psicologia ou da psiquiatria.

Percebe-se que quando os profissionais conseguem compreender a proposta do AM eles conseguem avançar com as práticas em saúde mental. Como destacado por uma das entrevistas anteriormente, a saúde mental após a implementação do AM faz parte da agenda da equipe. Tais falas corroboram com informações do diário de campo, que registra uma gradativa integração da saúde mental no cotidiano de trabalho das ESF's, com uma série de ações implementadas como as visitas domiciliares regulares, os atendimentos compartilhados, o

acompanhamento dos casos, a realização dos grupos, o dia específico para atendimentos dos casos de saúde mental, além de uma maior interlocução com demais pontos da RAPS.

Como exemplo dessa mudança do processo de trabalho no cuidado em saúde mental, ACS2 aponta sobre o caso de uma paciente grave que não aderiria ao serviço especializado:

ACS2: Eu lembro quando a paciente X surtou pela primeira vez. A gente chamava o SAMU e SAMU demorava, aí a polícia vinha e o SAMU não vinha, aí quando o SAMU vinha, a polícia já tinha ido. A gente ficava lá a manhã inteira. Uma vez eu fiquei até meio-dia esperando. É difícil, é complicado, eles são assim bem largados mesmo. Quando o paciente surta e chega lá no hospital é complicado, é difícil ser atendido. Então, assim, eu acho que esse trabalho é muito bom por isso. Tem um acompanhamento aqui, mais de perto. Às vezes, aqui a demanda é muito grande de coisas de outros problemas clínicos e aí acaba os pacientes de saúde mental ficando no cantinho, sem atendimento.

A partir disso foi possível perceber por parte da equipe que cuidava da referida paciente uma sensibilização pelo contexto de vida e em relação ao cuidado com a paciente. Esse novo olhar implica um envolvimento, comprometimento ético com o sofrimento psíquico, essa mudança de postura também pode ser analisada nos fragmentos a seguir:

E1: O apoio matricial pra mim tem um ponto muito positivo que é esse de você entender a saúde mental, entender como ela funciona na Atenção Básica e você prestar uma assistência de qualidade. O matriciamento te proporciona isso, uma vez que ele faz com que você entenda realmente o que é um paciente mental, o que é um problema do paciente, o que você pode estar fazendo por ele. Existe um paradigma que precisa ser quebrado: que o paciente que tem problemas mentais é tratado diferente do outro paciente que não tem. Eu acho que isso é uma discriminação, mas a saúde mental vai superar isso. E a Atenção Básica é quem contribui muito pra isso.

E4: Houve uma resistência dos enfermeiros no início quando se colocou o matriciamento. Eu me lembro muito bem das reuniões dos enfermeiros: 'Nossa, quer dizer que a gente vai fazer o trabalho do psicólogo, mais um trabalho para a gente'. Então houve muita discussão, uma resistência muito grande, mas depois que o matriciamento chegou e a gente entendeu que seria uma coisa compartilhada, todo mundo junto e que a gente tinha muita informação que era preciosa para aquilo ali acontecer, é que a gente foi entendendo e percebendo que aquilo ali melhorou mesmo em relação a conhecimento e cuidado.

Como já discutido, a proposta do AM vem mobilizar as equipes para uma aproximação intersubjetiva, observando questões e condições da dimensão psicossocial, tanto nos aspectos socioeconômicos como também na condição clínica que facilitem o acesso do indivíduo à assistência levando em consideração suas necessidades e seu contexto social (DIMENSTEIN; GALVÃO; SEVERO, 2009). Outrossim, a partir dessa concepção acerca do AM, o mesmo possibilita o fortalecimento do compromisso dos profissionais com a produção de saúde e com a condução dos casos.

Nesse sentido, ao reduzir o excesso de encaminhamentos, fortalece a corresponsabilização pelos casos de saúde mental, e assim busca estimular o vínculo entre as equipes e os usuários. Isso contribui para o fortalecimento da interdisciplinaridade, rompendo com as ações contingenciais, fragmentadas e verticalizadas, moderadas pelo modelo biomédico da atenção à saúde (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008). No entanto, para que a integração profissional ocorra é necessário que a hierarquia e as relações entre os profissionais sejam menos burocratizadas e mais horizontalizadas.

3.2 Articulação da Rede de Atenção Psicossocial

Como pontua Bornstein e Stotz (2008), a mudança de um modelo de atenção não partirá de um grupo específico de profissionais, nem mesmo de apenas um nível do sistema de saúde. Sendo assim, objetivando o cuidado integral e maior contribuição para a mudança do paradigma de cuidado centrado em serviços apenas especializados, faz-se necessário que os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) e a APS se articulem e possibilitem trabalhos compartilhados e de co-responsabilização dos casos de saúde mental, visto que as demandas muitas vezes pautam-se na articulação efetiva entre esses dois níveis de assistência. Tendo em vista o que foi dito, esta categoria visa, a partir das entrevistas realizadas, analisar o papel dos CAPS como organizador da RAPS (BRASIL, 2002) no contexto da pesquisa, bem como o impacto causado nos encaminhamentos aos dispositivos da atenção secundária após a implementação do AM nas ESF's em questão.

3.2.1 Integralidade do cuidado em Saúde Mental: CAPS e Atenção Primária à Saúde

De acordo como preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), a abordagem psicossocial deve ser construída em rede, de base territorial (CHIAVERINI, 2011). Para isso, fica claro que é necessário que os profissionais de referência da APS tenham suporte teórico-prático para a satisfatória abordagem, acolhimento e cuidado com os usuários da saúde mental no território.

Nesse sentido, podemos perceber nas falas de alguns profissionais da pesquisa o quanto se sentem despreparados e desamparados nessa articulação com os demais pontos da rede:

E1: A dificuldade existe. Por exemplo: pra onde eu vou encaminhar o paciente? Quem vai receber ele agora? O que mais eu posso fazer mais por ele?

E3: A gente sozinho também não consegue resolver todos os problemas do serviço de saúde, não consegue! Então a gente precisa e tem que ter sim um apoio, essa ajuda desses pontos de referência [serviços especializados] pra que a gente tenha uma referência.

Entre os profissionais das equipes pesquisadas, nota-se também a dificuldade dos mesmos em estabelecer um trabalho em rede:

ACS3: Eu acho que a gente tem uma dificuldade de comunicação com os outros pontos.

E1: Ninguém nunca me ligou pra falar: ‘fulano, seu paciente fulano de tal esteve aqui internado, agora vai pra casa e a gente precisa que você continue acompanhando ele’.

ACS3: No CAPS quando a gente liga, escutamos: ‘ah, tem que mandar o paciente’. Tem aquela dificuldade, a gente não tem aquela referência.

Nota-se diante do conteúdo analisado uma falta de apoio dos serviços especializados, sobretudo os CAPS, que deveriam funcionar como articuladores da RAPS, oferecendo um suporte pedagógico e prático à APS bastante fragilizado. Diante de tal contexto, através da observação dos pesquisadores inseridos nas atividades das ESF's pesquisadas, foi possível perceber uma evolução significativa no que tange ao conhecimento, percepção e segurança dos profissionais da APS em lidar com a população de saúde mental no território. O que demonstra nas falas a seguir:

ACS5: Quando vocês [matriciadores] chegaram aqui, melhoraram. Antes não tinha apoio nenhum, agora aqui tá ótimo!

E1: Quando você tem o matriciamento e a equipe multiprofissional, você já tem uma pessoa ali que é especialista em saúde mental porque ele já tem uma experiência em saúde mental. Ele te ajuda a conduzir esse paciente, essa consulta. Se você tem uma dúvida ele te ajuda nisso. Antes do matriciamento, pra você ter uma ideia, eu não sabia nem como se agendava psiquiatra. E assim, o CAPS é pra atender o quê? Qual situação?

ACS12: Às vezes, eles próprios [pacientes] iam lá e buscavam o atendimento nos CAPS. Já estavam indo direto, não estavam nem vindo aqui na gente.

Observa-se que o processo de matriciamento desenvolvido nessas equipes, tanto as reuniões mensais como na presença dos matriciadores semanalmente no território, proporcionou um apoio de retaguarda aos profissionais das ESF's, incitando novas práticas clínicas no campo da saúde mental dentro do território, embora ainda existam dificuldades sobressalentes de interação, comunicação e corresponsabilização dos casos nos diferentes pontos da rede, resultando em um cuidado fragmentado.

Pondo em paralelo os achados na presente pesquisa com outros estudos, repara-se que o que foi visto corrobora com que os autores apresentam como fragilidade das redes de saúde, que se caracterizam pelo modelo de cuidado biomédico, burocratização do serviço, capacitação precária dos profissionais e fragmentação do cuidado, colocando tais dificuldades como entraves e desafios a serem superados pelo matriciamento em saúde mental, como visto anteriormente. Os estudos ressaltam ainda a necessidade de relação e diálogo entre as equipes dos serviços especializados e APS em uma lógica multiprofissional, apontando a cogestão e educação permanente como facilitadores para o processo de AM. (BONFIM et al., 2013; MACHADO; CAMATTA, 2013; RODRIGUES; MOREIRA, 2012).

Para Prata et al. (2017), há a necessidade de investimento na sensibilização e formação dos profissionais da APS, potencializando-os nos processos de acolhimento, abordagens psicossociais e comunicação entre os serviços. Portanto, a articulação entre os serviços da RAPS, sobretudo no que envolve as ESF's, tem como objetivo promover a integralidade entre os serviços especializados e a APS, melhorando a resolubilidade dos casos e redução dos encaminhamentos desnecessários.

3.2.2 Encaminhamentos

As ESF's atuam como indispensável dispositivo para os cuidados primários em saúde, entretanto, as ações de referência para as especialidades ainda são muito frequentes nas atividades dessas equipes. Essa lógica de encaminhamentos se dá por diversos motivos a qual descreveremos nesta subcategoria.

A falta de conhecimento referente ao campo da saúde mental e a insegurança dos profissionais da atenção primária em atender os usuários da saúde mental no território, resulta muitas vezes em uma demanda desnecessária desses pacientes para a atenção especializada, causando sobrecarga nesse nível de atenção. Nesse sentido, um estudo realizado com 30 CAPS nos Estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, os autores defendem que predominantemente há uma fragmentação do trabalho em saúde em conhecimentos especializados, afirmando que desta forma, propicia o fortalecimento da lógica de encaminhamentos. Há uma transferência de responsabilidade, em lugar de seu compartilhamento (CHIAVAGATTI et al., 2012).

Considerando isto e os processos de trabalho nos serviços da APS antes e após a implantação da estratégia do AM em saúde mental, observamos as seguintes percepções dos profissionais:

E4: Antigamente a gente só encaminhava, era a única coisa que a gente tava fazendo aqui na unidade.

ACS1: O que acho que acontece é que com esse matriciamento só vai pro psiquiatra, pra fora, se realmente for uma coisa que não dá pra resolver aqui. O que acontecia antes é que todo mundo encaminhava pro psiquiatra, aí tinha a fila. Agora não.

ACS2: O paciente tá sendo acompanhado em casa, sem necessidade de deslocar, com a família. A própria família tá sendo acompanhada.

TEC.ENF1: Eu acho que a resolubilidade é mais aqui mesmo, já se resolve mais rápido e de forma mais fácil.

M2: Todos os casos que eu passei [durante o matriciamento] nenhum foi para o CAPS. Então, assim, o matriciamento ele diminui os encaminhamentos sem necessidade.

Diante do exposto, é consenso diante as falas dos profissionais entrevistados de diferentes categorias profissionais que, quando não se tem o AM em saúde mental na APS, o cuidado a esses pacientes se dá, em sua maioria, pela lógica de encaminhamentos aos serviços especializados. Por outro lado, após a implantação do AM em saúde mental, as equipes demonstraram uma ampliação do potencial desses serviços para aumentar a resolubilidade dos casos e de novos modos de cuidado em saúde mental na APS, evitando assim os encaminhamentos desnecessários.

Ainda conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), os serviços de saúde da APS são desenvolvidos em grau de descentralização e capilaridade, próximo da vida das pessoas, devendo ser o contato preferencial dos usuários e principal porta de entrada. Ainda, devem acolher, escutar e resolver e/ou minorar danos e sofrimento da população adscrita, devendo também se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede (BRASIL, 2012).

Considerando o processo de AM nas ESF's do presente estudo, observa-se que embora o matriciamento seja uma experiência recente, podemos perceber que os profissionais relatam como positivo o trabalho realizado pelo AM e compreendem esse trabalho conjunto entre ESF e equipe de saúde mental como forma de diminuição do fluxo de encaminhamentos para outros serviços. Como podemos exemplificar nas falas de alguns entrevistados:

D1: Se a gente tem condição de atendê-lo, ótimo. Diminui a questão do fluxo, a demanda que é muito grande para as especialidades.

E2: [...] eu acho que diminuiu [fluxo para o CAPS] porque uma boa parte dos casos estamos resolvendo aqui, sem precisar encaminhar pra lá. A gente já está conseguindo resolver.

Portanto, quando existe a prática de AM há uma mudança no fluxo de pacientes para outras instâncias da rede. Outrossim, nota-se que existem dificuldades em definir linhas de cuidado em saúde mental e incorporar essa dimensão na agenda de muitos profissionais da APS, além da existência de poucos recursos de monitoramento dos encaminhamentos e contra-referenciamentos que são realizados entre o CAPS e a APS, mas que com o AM é possível de maneira pactuada entre os diferentes níveis de assistência um possível enfretamento desta problemática.

3.3 A percepção dos matriciadores

Os matriciadores são ferramentas fundamentais em todo o processo de AM, pois, além de capacitar as equipes, são facilitadores do acesso dos usuários da saúde mental na APS e contribuem para um melhor gerenciamento da RAPS. Para tal, estes também precisam entender a real proposta do AM e estar disponíveis para o compartilhamento de saberes. Portanto, essa categoria pretende colocar em paralelo a percepção dos matriciadores no que tange à temática do AM. Tais matriciadores atuam no território realizando as reuniões mensais de matriciamento e o suporte a distância por meios de tecnologias de informação e comunicação, como sugere o Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental. (CHIAVERINI et al., 2011).

Para Almeida et al. (2016), o matriciador tem uma área de conhecimento especializado, onde constrói um espaço de interação entre outros profissionais, compartilhando saberes que se torna comum entre as equipes. Nesse sentido, analisando as falas dos matriciadores sobre o processo AM, foi possível perceber algumas divergências no que se refere à percepção dos processos de trabalho diante da proposta AM.

Vejam os seguintes exemplos das falas do MT1 sobre sua percepção do processo de trabalho no AM:

MT1: A implementação do apoio matricial de imediato já vai se imperar a mudança do modelo de assistência. E é romper com essa lógica de que apenas o especialista em saúde mental é o cuidador dos casos. [...] A implementação do trabalho como é feito tem essa intenção inicial que é reverter o paradigma muito centrado na ideia de que o portador de sofrimento mental deve ser cuidado por especialistas em saúde mental e de uma forma geral possibilitar que essa prática aconteça na atenção primária. Vejo isso inclusive como um primeiro avanço.

MT1: [...]O que a gente quer com o apoio matricial é exatamente romper com esse modelo [biomédico]. E a atenção primária é o cenário de que isso pode acontecer. A gente está no território, a prática intersetorial ela pode acontecer a partir do fortalecimento da prática desses profissionais por especialistas.

MT1: Então essa resistência inicial está muito calcada nessa ideia e na precariedade da formação que eles têm. Implementar um modelo em que há um compartilhamento, uma interdisciplinaridade e você ainda propor um suporte pedagógico, de formação, teóricos, vai auxiliá-los nessa dificuldade.

É possível perceber que para este matriciador a prática do AM fortalece a mudança do modelo de assistência, colocando que o cuidado com os usuários da saúde mental deve ser realizado com práticas interdisciplinares, não centrada apenas no profissional especialista em saúde mental e proporcionar esse cuidado na APS com suporte pedagógico por especialistas. Já para outro matriciador (MT2), a prática do AM para ele é deficiente e pautada por resistências, incapacidade dos profissionais da APS, questionando ainda a metodologia proposta pelo AM de capacitação dos profissionais da APS, como podemos perceber nas falas seguintes:

MT2: Eu acho que a equipe lá [equipe pesquisada] tá relativamente bem estruturada. Mas eu acho que o matriciamento de uma forma geral tem muitas deficiências. Ainda existe uma resistência muito grande dos profissionais que são da atenção primária em aceitar essa intervenção [apoio matricial]. Se eles [profissionais da APS] pudessem, eles não atenderiam esses casos. E eu entendo que só o matriciamento não é suficiente pra dar conta disso, de trabalhar essa resistência da equipe. No meu entendimento, eu não sei nem se capacitar essas pessoas seria uma boa, sabe? Mas eu acho que deveria haver alguma forma de sensibilização porque acho que tem uma resistência. Não só com o portador de sofrimento psíquico, mas também com a equipe que vai lá matriciar.

MT2: A nossa tentativa de empoderar a equipe e ajudar em alguns casos pode passar por uma questão equivocada de muitas vezes achar que eles [profissionais das ESF] vão dar conta de uma coisa que eles não vão dar conta. De muitas vezes não querer tratar nada e muitas vezes cuidar de um caso que pode não ser da alçada deles. Eu acho que pra equipe médica especialmente é muito complicado porque os médicos não estão preparados pra atender casos graves. Muitas vezes nem leves.

Para o outro matriciador (MT1), esta resistência dos profissionais da APS faz parte da implementação do AM, pois, como dito, há mudanças no modelo de assistência à saúde, que ele acredita que essa resistência pode ser superada investindo na capacitação pedagógica dos profissionais, como identificado nas falas a seguir:

MT1: É um processo que é acompanhado com muita resistência porque se a gente está falando de uma prática que seja interdisciplinar e ao mesmo tempo que institui uma mudança de modelo, isso vai mexer com a lógica estrutural dos serviços. Mas a intenção do apoio matricial é essa. Secundariamente, permitir que haja a possibilidade da criação de uma clínica ou uma clínica ampliada no caso do campo da saúde mental e de que essas práticas sejam reestruturadas. [...] à medida que esses profissi-

onais [da APS] entendem a proposta a partir daí é que eu vejo que eles se sentem motivados. Mas falando especificamente [do local pesquisado] é um tempo muito curto que a gente ultrapassasse essa resistência e que esses profissionais tivessem a clareza sobre a responsabilidade desses casos. Esse momento da resistência é muito grande, talvez a gente resolva isso investindo na capacitação pedagógica mesmo desses profissionais. [...] em um ano e meio eu vejo que nós já produzimos muito.

Conforme a descrição deste matriciador, sua percepção concorda com Campos e Domitti (2007) quando os autores dizem que o objetivo do AM é assegurar retaguarda especializada aos profissionais de referência e que essa metodologia pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico a essas equipes. O autor diz ainda que há obstáculos na estruturação dos serviços que conspiram contra a proposta interdisciplinar e dialógica do AM e alerta que esses obstáculos precisam ser conhecidos, analisados e removidos ou enfraquecidos, para possibilitar trabalhar em equipe interdisciplinar e sistema de co-gestão. Castro e Campos (2016) defendem que para atingir os objetivos do AM, é necessário a superação de diversos impasses interligados à implementação das diretrizes e problemas estruturais do SUS, como visto ao longo do trabalho.

Sobre a figura do profissional enquanto matriciador no processo do AM, os mesmos descreveram:

MT1: A lógica é de que os apoiadores defendem o discurso da saúde mental e o discurso da saúde mental é um discurso diverso. São diversas disciplinas dentro da própria saúde mental, a gente já tem que saber lidar com as diversas disciplinas. Você privilegiar uma disciplina, a psiquiatria, é você repetir esse modelo biomédico, modelo do ambulatório, modelo do hospital centrado na figura do psiquiatra. E o que a gente quer com o apoio matricial é exatamente romper com esse modelo. A atenção primária é o cenário em que isso pode acontecer.

MT2: O papel do matriciador é ajudar a equipe a identificar os casos que existem de saúde mental. Os casos graves, ajudar no manejo, ajudar nos encaminhamentos, ajudar a equipe, empoderar a equipe. No sentido de tirar dúvidas, de pensar numa lógica de tratamento, de atendimento, possibilidade de manejo. [...] Então, eu entendo que a função do matriciador é essa: poder empoderar a equipe.

É notório que ambos matriciadores percebem suas funções como apoiadores técnicos-pedagógicos dos profissionais da APS para o cuidado com os usuários da saúde mental. Diante das falas, percebe-se que para um dos matriciadores, esta função se liga no sentido de defender o discurso da saúde mental com práticas interdisciplinares, e para o outro, esta função se dá no sentido de ser consultor e empoderar a equipe da APS para a identificação, manejo, tratamento e encaminhamento dos usuários.

Em relação ao envolvimento das equipes pesquisadas com o AM, os matriciadores relataram que:

MT1: Uma questão que pode ser destacada é que a saúde mental já faz parte da agenda dos profissionais e antes não fazia. Quando a gente fala que faz parte da agenda dos profissionais, faz parte da agenda da equipe. A gente pode citar um conjunto de ações que hoje acontecem no campo da saúde mental que eu vejo que é resultado da implementação dessa modalidade de trabalho: as visitas, os atendimentos compartilhados, o acompanhamento dos casos, a realização dos grupos, o dia da saúde mental.

MT1: Nesse um ano e meio de experiências com essas atividades eu só gostaria de reforçar que eu vejo que a gente evoluiu muito, principalmente com o papel dos residentes com a identificação dos casos, de uma forma que a saúde mental tomou uma dimensão que eu acho que nem essas equipes tinham noção. Então a gente vê que é uma demanda que ela fica camuflada, as equipes pouco preparadas para lidar com essas demandas, para identificar, para ir atrás.

MT2: No [local da pesquisa] acho que é positivo, talvez o fato de ter vocês como residentes ajudam bastante na identificação, na busca ativa. E acaba fazendo com que esses encontros de matriciamento sejam mais proveitosos do que em outros polos que não têm residentes.

Frente o conteúdo, os matriciadores falam do ganho da saúde mental em fazer parte das atividades das equipes como resultado da implementação do AM e ressaltam ainda a presença no território como ferramenta importante nesse processo de matriciamento, contribuindo para o envolvimento das equipes no cuidado em saúde mental nas ESF's.

Nas percepções dos matriciadores, há pontos negativos no processo do AM na APS. Destacamos algumas falas:

MT1: Eu vejo, por exemplo, a necessidade de ter se instituído uma prática obrigatória. Isso é um ponto questionável no sentido de que o gestor está pensando na qualidade da assistência. Ele implementa o serviço, ele exige que os profissionais participem, certo. Mas esse caráter obrigatório não necessariamente resulta numa participação, numa efetivação e de uma realização da prática dentro daquilo que é esperado. Mas o próprio matriciamento vai ter que lidar com isso.

MT1: A resistência dos profissionais que eu acho que tem a ver com a carência em educação permanente, [...]por de trás dessa resistência a gente tem a qualificação dos profissionais não só no campo da saúde mental mas a saúde pública de um modo geral. [...] As equipes tentam se sustentar numa posição de não responsabilização pelos casos. [...] Eu vejo é que aqui em Montes Claros o apoio matricial ele foi pensado numa lógica de inclusão do enfermeiro, do psicólogo e do psiquiatra, e eu vejo que a forma como isso foi colocado no primeiro momento gerou uma confusão com relação a proposta do apoio matricial. Isso gerou uma fragmentação dentro da própria equipe de apoiadores matriciais, por que genericamente o apoiador não se interessa qual que é a formação dele. Seja enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional ou psiquiatra, ele está ali para discutir as questões que são comuns do campo e essa fragmentação continua servindo para uma referência ao discurso biomédico. Numa lógica de que é o psiquiatra a figura mais importante, é o diagnóstico, é o tratamento farmacológico.

MT2: Eu acho que existe algumas desvantagens também. Eu acho que é muito cansativo pra quem faz o matriciamento. Porque a gente vivencia um lugar de trabalhar com resistência o tempo todo, essa posição de quem tá do lado de cá é muito desgastante[...] Mas eu acho que o maior dano do matriciamento hoje é prescindir de uma

avaliação médico-psiquiátrica porque inclusive outros profissionais, inclusive o médico não podem substituir o psiquiatra [...] E acho que a teoria do matriciamento é maravilhosa, mas que a prática não conseguiu atingir o que definiu essa teoria. Se na prática você não tiver um bom psicólogo, um bom enfermeiro, se você não tiver uma boa técnica, se o ACS não for muito presente, o trabalho se perde.

Verificamos diante às entrevistas que em algumas falas, as percepções sobre a prática do AM vão ao encontro no que é proposto pelo Ministério da Saúde. O Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental pontua que a proposta é transformar a lógica tradicional dos encaminhamentos, referências e contra-referências, entre outros, em ações horizontais, integrando os componentes e saberes nos serviços assistenciais. Corroborando ainda com Domitti (2006), quando a autora diz que o AM é entendido como um arranjo complementar às ESF, afirmando que quanto maior o compartilhamento de saberes e práticas entre as equipes, maior a possibilidade de a saúde mental sair do lugar de especialidade fragmentada e isolada. Assim, tornando-se rede de cuidado com AM especializado.

Diante do que foi apresentado, e colocando em paralelo as definições e apontamentos citados anteriormente, é possível perceber alguns contrapontos em relação a percepção e o posicionamento dos matriciadores. Esses contrapontos nos convidam a refletir que práticas verticais e cuidados fragmentados centrados em especialidades ainda estão presentes nos processos de trabalhos de alguns profissionais, com isso, fortalecendo a lógica de encaminhamentos e cuidados pautados no modelo biomédico.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou fazer uma análise crítica acerca da implementação do AM em saúde mental em três ESF's na cidade de Montes Claros, oferecendo possibilidades de discussão em relação seu processo de trabalho interdisciplinar e a efetivação de um modelo de Atenção Psicossocial. Certo ineditismo está presente ao se falar sobre AM no universo da pesquisa, que, como visto, ainda é um processo efervescente e germinal, tanto na política quanto no município

A implementação do AM teve efeitos positivos e possibilita vislumbrar uma possível resignificação dos processos de trabalhos das equipes em questão. Um pequeno passo dado em um processo que visa uma diferente orientação dos modelos assistenciais que estão enraizados no fazer em saúde. Uma mudança que envolve uma ruptura paradigmática, conceitual e ética e que sendo assim envolve uma série de entraves, uma vez que a construção do mesmo

implica um processo compartilhado com diversos interlocutores e que se perpassa nesse interm uma série de desafios estruturais.

O curto espaço de tempo de avaliação, a rotatividade de profissionais nas equipes estudadas e outros aspectos fundamentais não trabalhados que envolvem o AM, como a atuação dos ACS's, limitam o presente o estudo. Embora as limitações existam, espera-se, em meio às inquietações e desafios, que as experiências apresentadas neste trabalho potencializem novas produções em convergência com a Reforma Sanitária e Psiquiátrica que, enquanto radicalidades utópicas, devem ser entendidas como espaços de criação permanente, de realidade em potência.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Daniela Alves de; et al: **O Apoio Matricial sobre álcool e outras drogas integrando a saúde mental na Atenção Primária à Saúde**, 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Terapia Ocupacional) – Universidade de Brasília, Brasília.

BONFIM, Iris Guilherme; et al. Apoio Matricial em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: uma análise da produção científica e documental. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17(45), p. 287-300, 2013.

BEZERRA, Edilane; DIMENSTEIN, Magda. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932008000300015&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 22 de janeiro de 2017.

BORNSTEIN, Vera Joana; STOTZ, Eduardo Navarro. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão de literatura. **Ciência Saúde Coletiva**. v. 13, n. 1, p. 259-68, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília, 20 fev 2002.

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

- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; DOMITTI, Ana Carla Pereira. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, 2007, v.23, n.2.
- GAMA, Carlos Alberto Pegolo da; CAMPOS, Rosana Onocko. Saúde mental na Atenção Primária – Uma pesquisa bibliográfica exploratória e periódicos de saúde coletiva (1997-2007). **Cadernos Brasileiros de saúde mental** – V. 1 (2), 2009.
- CASTRO, Cristiane Pereira de; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26(2), 2016.
- CHIAVAGATTI, F. G; et al. Articulação entre Centros de Atenção Psicossocial e Serviços de Atenção Básica de Saúde. In: **ACTA Paul Enfermagem**. v. 25(1), p.11-17, 2012.
- CHIAVERINI, Dulce Helena; et al: **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.
- DIMENSTEIN, Magda; GALVÃO, Vanessa Medeiros; SEVERO, Ana Kalliny de Sousa. O Apoio Matricial na perspectiva de coordenadoras de Equipes de Saúde da Família. **Pesquisa e Prática Psicossocial**, v.4, n.1, p.37-48, 2009.
- DOMITTI, Ana Carla Pereira; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Um possível diálogo com a teoria a partir das práticas de apoio especializado matricial na Atenção Básica de Saúde. **Campinas: Universidade Estadual de Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social**, FCM/Unicamp, 2006
- FIGUEIREDO, Mariana Dorsa; CAMPOS, Rosana Onocko. Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde de Campinas, SP: Uma rede ou um emaranhado? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, 2009.
- GALVAN, Gabriela Bruno. Equipes de Saúde: o desafio da integração multidisciplinar. **Rev. SBPH v.10 n.2**. Rio de Janeiro, 2007.
- JORGE, Maria Salete Bessa; SOUSA, Fernando Sergio Pereira; FRANCO, Tulio Batista. Apoio matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2013.
- LOBOSQUE, Ana Marta. **Clínica em Movimento: Por Uma Sociedade Sem Manicômios (Vol. 21)**. Editora Garamond, 2003.
- MACHADO, Dana Karine de Sousa; CAMATTA, Marcio Wagner. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Primária à Saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, jun. 2013.
- MENDONÇA. Andrea Maria Guisoli. **Reforma Psiquiátrica em Montes Claros: Perspectiva Histórica**. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Social. Montes Claros, Minas Gerais. Dissertação de Mestrado, 2009.

PRATA, Nina Isabel Soalheiro dos Santos; et al. Saúde mental e atenção básica: território, violência e o desafio das abordagens psicossociais. **Trabalho Educação e Saúde** [online]. ISSN 1678-1007. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-so100046>. Acessado em 28 de janeiro 2017.

RODRIGUES, Euzilene da Silva; MOREIRA, Maria Inês Badaró. A interlocução da saúde mental com atenção básica no município de Vitória/ES. *Saúde e Sociedade* [online]., vol.21, n.3, pp.599-611, 2012. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000300007>. Acessado em 31 de janeiro de 2017.