



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

DANIELA SOUSA DE OLIVEIRA

**APOIO MATRICIAL E EQUIPE DE REFERÊNCIA: MODOS
DE REINVENTAR AS PRÁTICAS NO COTIDIANO DA SAÚDE
MENTAL.**

Brasília-DF

2013

DANIELA SOUSA DE OLIVEIRA

**APOIO MATRICIAL E EQUIPE DE REFERÊNCIA: MODOS
DE REINVENTAR AS PRÁTICAS NO COTIDIANO DA SAÚDE
MENTAL.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia
como requisito parcial para obtenção do título de
Bacharel em Terapia Ocupacional.

Orientadora: Prof.^a Dra. Paula Giovana Furlan

Brasília – DF

2013

Oliveira, Daniela Sousa.

Apoio Matricial E Equipe De Referência: Modos de Reinventar as Práticas no Cotidiano da Saúde Mental/

Daniela Sousa de Oliveira. – Brasília: Universidade de Brasília, 2013.

55f. : il.

Monografia (Bacharelado) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia.

Orientador: Prof^a. Dra. Paula Giovana Furlan

1. Gestão em Saúde, 2. Saúde Mental, 3. Serviço de Saúde Mental.

Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial deste trabalho, por processos fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura:

Data:

DANIELA SOUSA DE OLIVEIRA

**APOIO MATRICIAL E EQUIPE DE REFERÊNCIA: MODOS
DE REINVENTAR AS PRÁTICAS NO COTIDIANO DA SAÚDE
MENTAL.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado á Universidade de
Brasília - Faculdade de Ceilândia como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Paula Giovana Furlan

Universidade de Brasília

Prof. Dr. Antonio José Costa Cardoso

Universidade de Brasília

Prof. Dr. José Antônio Iturri de La Mata

Universidade de Brasília

Brasília, 11 Dezembro de 2013.

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. JUSTIFICATIVA.....	24
3. OBJETIVOS.....	25
3.1 Geral.....	25
3.2 Específicos.....	25
4. METODOLOGIA.....	26
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	29
5.1 Cotidiano.....	30
5.1.1 Ações de Saúde Mental no Território.....	31
5.1.2 Desarticulando Barreiras.....	33
5.1.3 Profissionais diante de um novo arranjo organizacional.....	35
5.2 CAPS.....	37
5.2.1. Democratização do Serviço de Saúde Mental.....	38
5.2.2 Rompendo com Serviços Asilares.....	39
5.3 <i>Corresponsabilidade</i>	41
5.3.1 Visões horizontalizadas do Cuidado em Saúde Mental.....	43
5.3.2 Traduzindo mecanismos tecnológicos em saúde mental na atenção básica.....	44
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	53

Dedico este trabalho a Deus e a minha família.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que me iluminou e permitiu que isso acontecesse em minha vida, sem ele não sou nada.

Agradeço aos meus pais, Jonas e Leuda Oliveira, meus maiores exemplos, que me apoiaram incondicionalmente. E aos meus irmãos Danilo e Daniel. À minha avó Terezinha de Jesus.

Também a minhas colegas, Elizete Souza, Fabiana Barbosa, Jeane Kely, Irisney Cavalcante, que sempre estiveram presentes, tanto nos momentos de angústia como nos momentos de mais angústia ainda. Pela confiança, paciência, compreensão, pelo sorriso, pelo abraço, pelos momentos de estudos. Em vocês encontrei verdadeiras irmãs. Obrigada!
Agradeço a Deus por ter colocado-as em minha vida.

À professora Patrícia Escalda e Maria de Marilac, com muita paciência e atenção, dedicaram do seu valioso tempo para me orientar nos projetos de pesquisa. À professora Kátia Meneses que durante o projeto To Clicando, provocou-me amadurecimento e postura profissional.

À minha amiga Samira Pimenta que não mediu esforços em me ajudar. Também á Tázya Coelho, á Dayanne Silva, á Daiara Silva, á Jeniffer Tavares que mesmo distantes fizeram parte de todas as minhas conquistas, bem os desbravamentos do club “Comando Delta”,
Amo muito vezes!

À Marta Cristina minha educadora cristã, amiga, ora mãe, ora companheira, que substancialmente com sua simplicidade contribui para minha formação cristã. Um verdadeiro exemplo de mulher e de professora. Amo você!

Ao meu querido e já falecido Pr. Joaquin e sua esposa Madalena que por meio deles conhece Jesus Cristo.

À professora Paula Furlan, que acreditou em mim, potencializou meus acertos e me fez aprender com os erros. Obrigada, você sem dúvida é um exemplo que vou basear todas minhas ações como profissional.

Aos professores Iturri e Antonio José que apenas em uma disciplina, provocou-me a curiosidade e o desejo de aprender. Assim como o desempenho excepcional em transmitir seus conhecimentos.

Àos amigos do CAPS II – Samambaia - Laila, Bruna, Filipe, Beto, Beatriz e Vânia.
Obrigada pela Paciência!

Ao Paulo Cunha, obrigada por querer fazer parte da minha vida. Amo-te!

Agradeço a mim mesma, porque apesar dos pesares estou preste a conquistar um sonho.

Obrigada Senhor!

“Talvez uma das funções mais importantes da arte consista em conscientizar os homens da grandeza que eles ignoram trazer em si”. André Malraux

Os que confiam no SENHOR serão como o monte de Sião, que não se abala, mas permanece para sempre. (Salmos 125:1)

RESUMO

Oliveira, Daniela Sousa. **Apoio matricial e equipe de referência:** modos de reinventar as práticas no cotidiano da saúde mental. 2013. 55 f. Monografia (Graduação) – Universidade de Brasília, Graduação em Terapia Ocupacional, Faculdade de Ceilândia. Brasília, 2013.

Aborda-se a questão do apoio matricial e equipe de referência, tendo como cenário a saúde mental, com intuito de sugerir melhorias na atenção básica. Este estudo priorizou ações ocorridas no cotidiano dos profissionais e dos usuários, numa investida em entender o processo de construção deste arranjo organizacional. A inovação e criatividade do profissional de saúde são ferramentas que contribuem para a produção do cuidado, gerado por meio de tecnologias leves, humanizando as relações entre os trabalhadores e usuários. Numa tentativa de manter uma retaguarda especializada, o apoio matricial interfere em uma conjuntura teórico/prática, oferecendo suporte tecnológico e pedagógico aos profissionais das equipes de referência. Os objetivos do trabalho foram: analisar a percepção de profissionais sobre as práticas do apoio matricial no cotidiano de um equipamento de saúde mental; descrever como se organiza o apoio matricial na saúde mental; entender como o apoio matricial é exercido na prática e identificar as contribuições do apoio matricial ao trabalho cotidiano da saúde mental. Trata-se de pesquisa qualitativa em que utilizou-se o método revisão sistemática de literatura. Foi feita busca de artigos na base de dados eletrônica Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os seguintes descritores: Apoio Matricial, Equipe de referência, Atenção Básica, Atenção Primária, Saúde Mental. Foram incluídos artigos do ano de 2009 a 2013, em língua portuguesa e textos completos, totalizando trinta e dois artigos, e destes, oito se enquadraram nos critérios de pesquisa. A análise dos artigos encontrados foi feita pela análise temática, proposta pela análise de conteúdo, categorizando em: **cotidiano** (*Ações de Saúde Mental no Território, Desarticulando Barreiras e Profissionais diante de um novo arranjo organizacional*); **CAPS** (*Democratização do Serviço de Saúde Mental e Rompendo com Serviços Asilares*); **corresponsabilização** (*Visões horizontalizadas do Cuidado em Saúde Mental e Traduzindo mecanismos tecnológicos em saúde mental na atenção básica*). O estudo possibilitou entender a dinâmica relacional das equipes da atenção básica em relação à saúde mental. Verificou-se a ocorrência de crescentes publicações do tema apoio matricial, integrando-se diversas categorias de trabalho para compor a consolidação deste arranjo.

Palavras-chave: Gestão Em Saúde. Saúde Mental. Serviço De Saúde Mental.

ABSTRACT

Oliveira, Daniela Sousa. Matrix Support and Reference team. Ways to reinvent the routine practice of mental health. 2013. 55 pages. Monograph(Graduation) The University of Brasília, graduation in Occupational Therapy. College of Ceilândia. Brasília, 2013.

The question about matrix support and reference team is dealt with focusing mental health scene with purpose of suggest improvements in the basic attention. This research prioritizes actions happen in professionals and users routine in an attempt to understand the process of building this organizational arrangement. Health professional innovation and creativity are characteristics contribute to the careful production created by soft technologies humanizing relations between workers and users. In an attempt to keep a specialized rear the matrix support interferes in a theoretical and practical context offering a technological and pedagogical help to the professional reference staff. The objectives are analyze team perception about matrix support practices in daily life of a mental health equipment, describe how matrix support in mental health organizes it, understand how matrix support is exercised in practice and identify matrix support contributions to the mental health routine work. This study is a qualitative research and the method used was a systematic review of the literature. The files was searched in electronic database of virtual health library with next descriptors: Matrix support, Reference team, Basic attention, Primary attention and Mental Health. The files are from 2009 to 2013 and there are complete texts, all of them in Portuguese, totaling thirty two files, however only eight of them fit the search rules into. The analysis of found files was made by thematic analysis and it was proposed by content analysis, categorizing in routine and subcategorizing in (Mental health actions in territory, Disarticulation of barriers and professionals in front of a new organizational arrangement); Psychosocial attention center (Democratization of mental health service and disruption of asylum service); responsabilization (Horizontal vision care in mental health and translation of technological mechanisms in mental health in primary care). This study gave the opportunity to understand the relational dynamic between basic attention staff and mental health. It was verified the increasing occurrence of publications about matrix support integrating many work categories to make the consolidation of this arrangement up.

Keywords: Management in health. Mental health. Mental health service.

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1: Seleccionada para revisão sistemática.....28

Tabela 2: Categorias e subcategorias.....29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIS	Ações Integradas em Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CNS	Conferencia Nacional de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde e previdência
GDF	Governo do Distrito Federal
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NAPS	Núcleo de Apoio psicossocial
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PSF	Programa Saúde da Família
RA	Região Administrativa
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAISM	Rede Atenção Integral em Saúde Mental
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa procura compreender como serviços de saúde mental enxergam o arranjo das organizações de trabalho aplicado em uma estratégia de apoio matricial (AM) na atenção básica. A reforma psiquiátrica da década de 1970 coincidiu com a eclosão do movimento sanitário, e ambos tiveram o intuito de modificar os modelos hospitalocêntricos da saúde mental para um modelo comunitário, modificando o manejo dos usuários e a atuação dos trabalhadores para aperfeiçoar os procedimentos de gestão e suas tecnologias de cuidado. A reforma psiquiátrica surge com o apoio dos movimentos sociais de críticas aos manicômios, tendo como protagonistas os usuários e seus familiares. Assim como a experiência italiana referiu-se à desinstitucionalização, também o Brasil segue esse processo, que é um novo arranjo de organização dos serviços em saúde mental, principalmente na construção de espaços de intervenção, o que possibilitou uma nova política de saúde mental (BRASIL, 2005).

Um dos objetivos da reforma psiquiátrica é a busca da democratização, evidenciando-se a descentralização do trabalho das equipes, que se encontrava “antagônico” e fragmentado (BEZERRA, 2008). Em 1980, com o Movimento de Reforma Sanitária, discutiu-se uma forma de reestruturação do sistema administrativo da saúde (BRASIL, 2005). Em meio à ineficiência das ações em saúde na década de 1950, a reforma sanitária é desencadeada pela 3ª Conferência Nacional de Saúde. Zambenedetti e Silva (2008) dizem que:

Na 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1963, fica expresso o problema em relação à concentração política, administrativa e geográfica dos dispositivos assistenciais, deixando grandes contingentes populacionais desassistidos. Como solução, sugere-se a extensão da cobertura assistencial através da criação de uma rede básica de “serviços médico-sanitários”. (ZAMBENEDETTI e SILVA, 2008, p.136).

A reversão deste modelo para uma nova reestruturação foi pensada através de serviços descentralizados, tendo como base a problemática da heterogeneidade instaurada nas ações em saúde. Na Conferência Nacional de Saúde discutia o gerenciamento do serviço como: descentralização, hierarquização, regionalização. Também a conveniência de ampliação por meio dos serviços voltados para prevenção e promoção. O movimento dos trabalhadores em saúde mental (MTSM) culminou nas primeiras intenções de reforma psiquiátricas no Brasil. No que se refere Zambenedetti e Silva (2008):

Esse período foi marcado por uma série de denúncias contra a chamada “indústria da loucura”, as violências asilares, as péssimas condições de trabalho dentro das instituições psiquiátricas. As reivindicações do MTSM são incorporadas ao movimento sanitário: a luta de ambos é comum (ZAMBENEDETTI e SILVA, 2008, p.140).

Segundo Zambenedetti e Silva (2008), ocorreu motivação em um sentimento de mudança que não violasse a reforma sanitária, mais que gerasse uma união em um único processo reformador, com ações que estratégias visam o planejamento do CONASP (Conselho Consultivo da Administração de Saúde e Previdência) e dos AIS (Ações Integradas em Saúde). Para Zambenedetti e Silva (2008):

No âmbito da saúde mental, esses planos enfatizaram a necessidade de constituição de uma rede extra-hospitalar, também chamada rede complementar ao hospital psiquiátrico, composta por serviços intermediários (anteriores à internação), dispostos de maneira hierarquizada e regionalizada, seguindo princípios advindos do movimento de reforma sanitária (ZAMBENEDETTI e SILVA, 2008, p.140).

O modelo de prevenção revelou vulnerabilidade nas estratégias de reforma psiquiátrica, que para Zambenedetti e Silva (2008), foram incapazes de efetivar um processo de desospitalização. Dessa forma sintomática e “biomédica”, os profissionais realizam os atendimentos com foco apenas nos episódios de crise, que intensificaram ainda mais os sintomas (ZAMBENEDETTI e SILVA, 2008).

Nesse contexto, como afirma Brasil (2005), nasce o primeiro CAPS – Centro de Atenção Psicossocial em São Paulo, em 1987, que teve seu trabalho iniciado apenas em 1989, pela Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP). Também é implantado, em Santos, o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), que prestava assistência em período integral. A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Para Brasil (2005), trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, mas sim possível e exequível, acarretava mudanças nas práticas, nos saberes, nos valores, na cultural e no social, sobretudo no cotidiano das instituições, marcado por conflitos de ideias, tensões e desafios de um novo modelo de cuidado.

Em 1988 foi criado o SUS – Sistema Único de Saúde em esfera federal, estadual e municipal, com o intuito principal de integrar a sociedade, os “conselheiros comunitário de saúde”, para controle social. O Congresso Nacional em 1989 cria um projeto de lei, que

garante os direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção gradual dos manicômios (Brasil, 2005).

Na década de 1990, iniciam-se as tramitações para estabelecimento das propostas inovadoras que dizem respeito à atenção a saúde mental no Brasil. Durante a II Conferência Nacional de Saúde Mental, em Caracas, o Brasil assina uma declaração que possibilitou a regulamentação, consolidação e fiscalização dos serviços de atenção à saúde, fundadas a partir das experiências CAPS, NAPS e os hospitais-dia (BRASIL, 2005).

Somente doze anos depois, em 2001, ocorre a legitimidade do projeto de lei 10.216, de 6 de Abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com necessidades especiais de tratamento a transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Os conjuntos de iniciativas políticas científicas e sociais ocorridas na época possibilitaram ao portador de sofrimento psíquico uma atenção mais humanizada, oferecendo alternativa de tratamento extra-hospitalar, pela busca da reinserção social.

Em 2004, o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, em São Paulo, reuniu dois mil trabalhadores e usuários de CAPS, que tiveram discussões em dois eixos. Primeiro, a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, e segundo, a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes. A partir daí, se estabeleceu os primeiros passos para a consolidação da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005).

Até 2010, o Brasil contava com 1.620 CAPS implantados, cobertura de 0.66 CAPS por 100.000 habitantes. No DF, com população de 2.562.963 habitantes, existe 1 CAPS I, 2 CAPS II e 3 CAPS III, um total de 6 CAPS, em um indicador de 0,25 CAPS/100.00 hab. O centro-oeste possui 0,49 CAPS/100.00 hab. O Distrito Federal tem os índices mais baixos, se comparado a regiões como Nordeste, em que o indicador é de 0,81 CAPS/100.00 hab, e a região Sul, com 0,87 CAPS/100.00 hab. Essas regiões possuem os maiores índices de CAPS/100.00 hab (Fonte: Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas – MS e IBGE, Censo 2010).

Já em 2013, no Brasil (com 193.976.530 habitantes), a cobertura cresce de 0.66 CAPS/100.00 hab, em 2010, para 0.82 CAPS/100.00 hab. Brasília, em 2013, possui 0,36 CAPS/100.00 hab. A cobertura de CAPS em Brasília, que tem 2.648.532 habitantes, não

atende a demanda. Para se atingir o ideal, seria necessária a implantação de mais CAPS, para se alcançar o indicador de, pelo menos, 0,71 CAPS/100.00 hab (Fonte: sala de apoio a gestão). A implantação dos CAPS significa a concretização da Reforma Psiquiátrica, a substituição dos hospitais psiquiátricos para o novo modelo comunitário. Por meio da gestão transversal, os CAPS podem estabelecer com mais facilidade estratégias para atender a necessidade de cuidado em saúde mental, intensificando as ações de apoio matricial, em conjunto com a Atenção Básica, e oferecendo uma possibilidade de estreitar as relações entre estes equipamentos de saúde e de procurar meios de atender as necessidades de saúde mental no seu território, com foco na intersetorialidade do serviço e no cotidiano dos trabalhadores (CAMPOS, 1999).

A portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, considerando a aprovação da Lei nº 10.216/01, dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais, e deu origem à regulamentação dos serviços prestados, pela Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – SUS. “Buscaram-se novas alternativas de atenção à saúde mental que originaram a criação dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), dos Núcleos de Atenção Psicossociais (NAPS), bem como dos Hospitais-Dia e das Residências Terapêuticas” (BRENDOW, 2010). Uma das mudanças significativas está no tratamento ao doente mental que passa ser considerado como “usuário sujeitos de direitos” (BRENDOW, 2010). O intuito é obter novas possibilidades de atenção à saúde mental, não priorizando a doença, mas sim o indivíduo por completo. Com uma proposta inovadora, menciona a articulação de mecanismos que acentua ações intersetoriais no “fortalecimento da atenção em rede que possibilite uma intervenção integrada, visando a integralidade no atendimento ao usuário” (BRENDOW, 2010,p.232).

No § 2º A Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, estabelece os serviços dos CAPS como um serviço ambulatorial de atenção diária funcionando segundo a lógica do território. No Art. 3º, especifica que a área restrita do CAPS é independente as estruturas hospitalares. O CAPS II tem a função atender público em saúde mental, “distinguindo-se pelas características descritas, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo” (Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002).

As relações dos profissionais do CAPS com os usuários é de suma importância e estratégia, em que a segunda é caracterizada como um “conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos da saúde” (Portaria Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011). Colocar-se, segundo Mendes (2012), como “reordenadora do SUS e como coordenadora das redes de atenção à saúde”, que deveria cumprir três funções que sistematizam a atenção à saúde, descritas abaixo:

A função resolutiva de atender a 85% dos problemas mais comuns de saúde; a função ordenadora de coordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações nas redes; e a função de responsabilização pela saúde da população usuária que está adscrita, nas redes de atenção à saúde, às equipes de cuidados primários (MENDES, 2012, p.21).

Dessa forma, é estabelecido um vínculo entre a população e os serviços, no processo de orientação do cuidado de sua própria saúde. Na atenção primária é feito o acionamento da referência e contra-referência e a substituição das práticas convencionais de assistências por novas propostas de trabalho (PAIM, 2008, p.550-551). A organização de Rede de Atenção a Saúde (RAS) funciona “como estratégia para um cuidado integral e direcionado as necessidades de saúde da população” (PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011).

As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde (PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011).

As RAS atuam no território sempre articuladas e em parceria com outras equipes de atenção básica do território como NASF e CAPS, (Portaria Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011). No que se refere ao NASF, no ano de 2008 a Portaria GM 154/08 objetivou ações de atenção dos Núcleos de Apoio à saúde da Família (NASF):

Com o objetivo de **ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade**, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica (PORTARIA GM 154/08, Art. 1º).

Esse período de implementação de alternativas substitutivas as manicômios, foi uns dos mais acentuados avanços que potencializaram ações na saúde mental por meio da

Atenção Básica. O NASF tem o propósito estabelecer um sistema de articulação entre as equipes de Saúde da Família e as equipes de saúde mental. Tenta melhorar o atendimento e fortalecer a acessibilidade dos serviços de saúde aos usuários, uma estratégia que ainda precisa ser monitorada e fiscalizada, a partir das novas invenções de saberes produzido das experiências dos trabalhadores (BRASIL, 2011).

O NASF, ao contrário dos Centros de Saúde, não constitui porta de entrada do sistema único de saúde. Ele atua na atenção básica, de modo a compartilhar práticas em saúde em um determinado território, sob a responsabilidade das Estratégias Saúde da Família (ESF), desempenhando um papel de apoio às equipes. Esse apoio prevê a “revisão da prática de encaminhamentos com base nos processos de referência e contrareferência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família” (PORTARIA GM 154/08, Art.2º, § 2º).

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, das Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais, etc.) e academia da saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes, atuando diretamente no **apoio matricial** às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado e no território destas equipes (PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011).

Nessa linha, é importante incorporar dispositivos de apoio horizontal, tais como trocas de experiências e discussão de situações entre trabalhadores, comunidades de práticas, grupos de estudos e momentos de apoio matricial (AM)” (PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011). O desenvolvimento organizacional se enriquece pela criação de novos dispositivos que fomentam a melhoria do funcionamento da rotina de trabalho. A divisão do trabalho diminui o poder hierárquico sobre o usuário, e também não sobrecarrega uma única pessoa. Essa ideia é vista na organização de serviço estimulada no AM, uma gestão de apoio que prioriza a delegação do poder e promove a autonomia e criação de estratégias de planejamento com base nas demandas dos usuários e nos especialistas (CAMPOS, 2007). Ela direciona os fluxos na rede, impulsionando uma junção entre os equipamentos de saúde mental e os Centros de Saúde. Para Brasil (2005),

Um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para as equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde. Nesse arranjo, a equipe de saúde mental compartilha alguns casos com as equipes de Atenção Básica. Esse compartilhamento se produz em forma de

corresponsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos, e também na forma de supervisão e capacitação. A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local. No caso de municípios maiores, onde estão implantados CAPS ou outros equipamentos da rede de atenção à saúde mental, a lógica do apoio matricial é a mesma: a equipe do CAPS, juntamente com membros das equipes dos outros equipamentos, apoiam as diferentes equipes de Atenção Básica através de ações de supervisão, atendimento conjunto e específico e capacitação (BRASIL, 2005, p.34).

O apoio matricial é regulamentado na atenção básica por meio dos NASFs, como também um modelo de organização de serviço em saúde, disponibilizando o suporte teórico-pedagógico para manter ações entre as equipes de saúde. “O objetivo é assegurar a retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde” (CAMPOS e DOMITTI, 2007). Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados.

O correto entendimento da expressão “apoio”, que é central na proposta dos Nasf, remete à compreensão de uma tecnologia de gestão denominada “apoio matricial”, que se complementa com o processo de trabalho em “equipes de referência” (BRASIL 2010, p. 11).

O apoio proporciona relações mais estreitas entre as equipes, o contato e troca de responsabilidade, gerando uma gestão compartilhada entre os profissionais especializados e a equipe de referência, potencializando o usuário por meio da humanização, o que resulta na ampliação das ações em saúde, sendo utilizado o projeto terapêutico singular com método avaliativo construído junto com o usuário.

Os CAPS, Centros de saúde e NASFs atuam ora como personagens de matriciamento e ora como integrante das equipes de referência (ER). Os apoiadores estabelecem o matriciamento, definindo espectro de responsabilidade dos diferentes integrantes da equipe, e constituem o apoio matricial como uma ferramenta de arranjo organizacional, que engloba os profissionais de referência e leva a um compartilhamento das informações dos usuários com os apoiadores. A equipe de referência tem a responsabilidade pela condução do caso individual ou coletivo (CAMPOS e DOMITTI, 2007); trabalha de forma transversal, simultaneamente em dois arranjos. A ER contribui para aumentar a responsabilidade sobre o paciente, estabelecendo um vínculo terapêutico, oferecendo um tratamento digno, respeitoso, com qualidade (PNH, 2009).

Cada profissional de referência fica responsável por um usuário de forma integral. Realiza-se o projeto terapêutico singular e providencia-se o acesso a outros tipos de serviços, até mesmo orientação sobre a dinâmica do serviço de saúde, quando for necessário. É importante ressaltar que o apoio matricial não foi uma estratégia criada para o funcionamento do NASF. É uma metodologia de gestão do trabalho em saúde proposta por Campos (1999).

O apoio matricial também é visto como tecnologia de gestão que visa à implementação de um **modelo de atenção à saúde**, podendo ser definido como “combinações tecnológicas para resolução de problemas e para atendimento de necessidades de saúde” (PAIM, 2008, p.554). Os modelos de atenção, até pouco tempo, eram formados por redes hierarquizadas de serviços de saúde vinculados ao modelo piramidal de Taylor, que veio “rotular o modelo hospitalocêntrico centrado na combinação de tecnologias no hospital” (PAIM, 2008 p.550).

A gestão na perspectiva Taylorista torna o trabalho alienado, em que é possível observar a separação dos produtores dos produtos; o profissional é mais um operário a realizar a função atribuída, mecanizada, em que não corre participação conjunta dos gestores e trabalhadores, num espaço onde não acontece uma reflexão sobre o que fazer, como fazer e pra quem fazer (CAMPOS, 2007). Por muito tempo se pensou que relações administrativas de trabalho em saúde eram concepções de trabalho que se baseiam em sistemas de compra forçada do trabalho, desestimulando os trabalhadores e categorizando-os como um objeto de trabalho (CAMPOS, 2007).

O sistema Taylorista não adaptou as necessidades da saúde. Foi se destacando como um pensamento voltado para uma perspectiva sociocultural, originando-se em metodologias de gestão que não substituem significativamente o modo antigo, centralizador (CAMPOS, 2007). O processo de trabalho aponta para diferentes modelos de atenção como: “o meio, a atividade e os objetos, que são na prática combinações tecnológicas dispostas nos meios de trabalho” (PAIM,). Uma lógica que tenta organizar os instrumentos de trabalho para serem utilizadas na saúde de forma hierárquica.

É feita a crítica por Campos, que a teoria de Taylor desvincularia o conhecimento científico do subjetivismo na execução do trabalho, visando ao compromisso de “meta – racional”, e a transformação do trabalhador em maquinismo. A base dessa teoria resulta no empobrecido trabalhador, servindo apenas para produzir. É a afirmação da hierarquização

burocrática que aumenta o poder, e renúncia a exercício da subjetividade, o raciocínio do pensamento (CAMPOS, 2007).

Um método anti-Taylor é proposto para estabelecer uma construção democrática, que se inscrevesse nas relações econômicas, políticas e sociais, e que favorecesse o trabalhador e usuários. O método Paidéia, como também é denominado, se responsabilizaria em firmar entre os trabalhadores e instituições uma reflexão crítica sobre serviço. “É impossível um só indivíduo produzir democracia, na prática é uma reforma social no produto da práxis dos trabalhadores e dos empregadores” (CAMPOS, 2007, p.56). Trabalhar com os sujeitos permite agir no campo da saúde, o fortalecimento para uma administração horizontal, cujos serviços venham estabelecer serviços individualizados, mas não fragmentado.

Para uma reconstrução do trabalho, seria necessária uma visão que tentasse fugir do sistema capitalista, onde o produto assume valores de troca e de uso. O valor de uso estaria relacionado ao consumismo e o de troca à circulação dos produtos. Para Campos (2007),

Utilidade de um produto (um bem – escova de dentes -,ou um serviço – consulta médica) é dado pelo fato de esses produtos, potencialmente, atenderem a necessidades sociais. O valor de uso não é, pois, igual ou equivalente a necessidades sociais. O trabalho mira (objetiva) necessidades sociais mais produz coisas com valor de uso, coisas potencialmente úteis, supostamente capazes de atender a necessidades (CAMPOS, 2007, p.48-49)

A importância de atender às necessidades sociais cristaliza os processos mais complexos, e atende a demanda social, econômica e política (CAMPOS, 2007). O trabalho não se restringe apenas ao trabalho produtivo, que considera apenas as necessidades de produtos construídos pelos valores sociais empregados, mas a toda atividade humana, que atenda a uma necessidade específica. A construção dos espaços de trabalho deve ser no sentido de mudar o funcionamento dos serviços (CAMPOS, 2007).

Espaço coletivo: um conceito, ou melhor, um arranjo organizacional montado para estimular a produção/construção de sujeitos e de Coletivos Organizacionais. Refere-se, portanto, a espaços concretos (de lugar e tempo) destinados à comunicação (escuta e circulação de informações sobre desejos, interesses e aspectos da realidade) e tomada de decisão (prioridades, projetos e contratos). Os espaços coletivos são arranjos que podem tomar a forma de Equipes de Trabalho, Conselhos de co-gestão, assembleias, Colegiados de Gestão, reuniões de Produção, etc.(CAMPOS,2007,p50)

A instrumentalização de procedimentos duros mantém a atenção do trabalho limitada e a controla, de forma que as metas são estabelecidas como principal objetivo. O SUS foi implantado em uma conjuntura fragmentada, em que o médico é o portador do conhecimento e técnicas e as demandas sociais são atendidas no momento agudo do

problema; além do comportamento rotineiro dos funcionários, horários, relatórios e metas; ou seja, uma abordagem centrada apenas nos regulamentos (CAMPOS, 2007).

O CAPS, a Atenção Básica e o NASF fazem acontecer, no contexto do matriciamento, um ciclo que apoia a atenção à saúde, caracterizada pela regulamentação do fluxo e a reorientação das demandas as áreas especializadas, situações que são acompanhadas pelas equipes de referência na avaliação de vulnerabilidades. Um modelo de atenção afirmada pelo acolhimento, no qual solidificam-se os vínculos entre os profissionais, que são estimulados a trabalharem com outras racionalidades além das próprias visões de mundo.

A falta de comunicação entre os profissionais de saúde, por causa da condição hierárquica, dificulta o interesse das equipes de referência em compartilhar casos no matriciamento. Com o objetivo de estimular capacidade de resolução de problemas, o ideal seria a construção e compartilhamento do conhecimento entre os profissionais e apoiadores. O trabalho de forma interdisciplinar em uma equipe exige do profissional uma predisposição subjetiva para receber e fazer críticas, dialogar acerca de seus saberes e para tomada decisões (SOUZA, 2012).

Pensando nisso, como os profissionais de saúde devem entender a metodologia de matriciamento, em uma perspectiva de aumentar a interlocução entre as equipes? O compartilhamento de novas idéias e experiências nas reuniões de AM devem conduzir o processo de reinvenção das práticas cotidianas em uma equipe de saúde mental. Deve-se reduzir e extinguir os encaminhamentos para potencializar o AM, em uma lógica do processo saúde-doença que está focada no sujeito e no seu contexto (SANTOS,2012).

Este estudo pretende estudar as frentes de matriciamento e equipes de referência no CAPS com a atenção básica, uma análise das atividades cotidianas exercidas por este equipamento de saúde no sentido de afirmação da lógica matricial. A compreensão sobre o matriciamento é um desafio para os profissionais que estão habituados ao sistema tradicional, uma oportunidade de inserir essas discussões na pauta das reuniões e sensibilizar os novos trabalhadores. Como esse arranjo poderia destacar-se numa empreitada organizacional de um serviço de saúde mental na atenção básica?

2. JUSTIFICATIVA

A motivação em realizar esta pesquisa deu-se em se verificar a importância de ações organizacionais em saúde, que propiciem domínio e articulação dos profissionais de diversas categorias de saúde, como integrantes ativos do apoio matricial e asseguradores da retaguarda nos centros de saúde, no que diz respeito à atenção ao cuidado em saúde. O apoio matricial em um arranjo organizacional de serviço é um modelo de gestão recém-criado pelo Ministério da Saúde, com o intuito de ampliar as ações em saúde, desviando-se da lógica de encaminhamentos para uma gestão compartilhada.

A pesquisa é uma análise crítica de uma temática inovadora e até certo ponto conhecida pelos profissionais da saúde, mas não suficientemente problematizada. O profissional da saúde da equipe especializada deve ser capaz de entender a operacionalização desse modelo, e principalmente, ser mediador na construção do vínculo terapêutico com o usuário, o profissional de referência. Isso aproxima ainda mais o usuário do seu plano terapêutico das equipes de matriciamento. As práticas comuns dos apoiadores e das equipes de referência são promover o acolhimento, vínculo, corresponsabilidade, integralidade ao cuidado e principalmente, estabelecer uma comunicação entre as equipes e o usuário. Saber como o profissional está inventando e reinventando suas práticas cotidianas é acrescentar a esse modelo de organização de serviços experiências vividas pelos profissionais, de modo a alcançar o aperfeiçoamento contínuo.

O modelo pretende identificar as barreiras, obstáculos que causam desarticulação do espaço de conversação, e reconhecer as diferenças que fortalecem os profissionais e que realçam a percepção da gestão compartilhada como um facilitador, para que os próprios trabalhadores possam enxergar o trabalho que desempenham em suas relações dentro do serviço. O Ministério da Saúde reforça a autonomia e a democracia institucional que possam preencher os buracos causados pelo modelo instituído, ou seja, maior satisfação dos trabalhadores com seu próprio trabalho, em um arranjo organizacional que priorize o compromisso entre os gestores/ usuários/ trabalhadores. Portanto, o desenvolvimento em diversas temáticas de apoio é elaborado para possíveis articulações que propiciem significado às ações dos profissionais, orientando-se neste contexto de matriciamento, com a ideia de descentralização do poder e do fortalecimento das equipes multiprofissionais.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral:

- Analisar as publicações científicas atuais identificando a percepção da equipe sobre as práticas do apoio matricial no cotidiano de um equipamento de saúde mental.

3.2 Específicos:

- Identificar a relação do apoio matricial da saúde mental na atenção básica.
- Entender o funcionamento do CAPS com arranjo apoio matricial.
- Identificar as contribuições do apoio matricial ao trabalho cotidiano da saúde mental.
- Discutir a interferência do apoio matricial nas relações profissional-usuário do serviço.

4. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, em uma tentativa de entender os modelos de organização de serviço em saúde, o apoio matricial e a equipe de referência, em uma discussão aprofundada com interface da saúde mental. “A abordagem qualitativa surgiu no século XIX, na Alemanha, a partir da necessidade das ciências sociais para estudo dos fenômenos humanos” (QUEIROZ, 2007, p.276). Faz parte de um “quadro referencial dos próprios sujeitos do estudo”, responsabilizando o pesquisador de traduzir as vivências e os sentidos do sujeito, e não os “comportamentos” (QUEIROZ, 2007, p.276). Para pesquisa qualitativa, é importante estar atento às estruturas conceituais que irão nortear os pontos estratégicos. SILVEIRA (2009) afirma que:

As características da pesquisa qualitativa são: objetivação do fenômeno; hierarquização das ações de descrever, compreender, explicar, precisão das relações entre o global e o local em determinado fenômeno; observância das diferenças entre o mundo social e o mundo natural; respeito ao caráter interativo entre os objetivos buscados pelos investigadores, suas orientações teóricas e seus dados empíricos; busca de resultados os mais fidedignos possíveis; oposição ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências (SILVEIRA, 2009, p.32).

O Método de Revisão Sistemática busca coletar informações sobre estudos de diversas bibliotecas de dados para servir de análise temporal e atemporal. “Nesse sentido, revisões sistemáticas e metanálise são os métodos mais adequados e atuais para resumir e sintetizar evidências sobre a eficácia e os efeitos de intervenções” (SAMPAIO, 2006 p.83). Galvão (2004) enfatiza que:

A revisão sistemática é uma síntese rigorosa de todas as pesquisas relacionadas com uma questão específica; a pergunta pode ser sobre causa, diagnóstico, prognóstico de um problema de saúde; mas, frequentemente, envolve a eficácia de uma intervenção para a resolução deste. (GALVÃO, 2004, p.550).

É forma de se ter evidências de uma determinada situação e/ou estratégia. Um método rigoroso que visa selecionar estudos para uma possível interpretação. “Essa investigação disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca” (SAMPAIO, 2006 p.84). As revisões são unicamente essenciais para compor as

informações de um apanhado de pesquisas, de forma que possam apresentar “resultados conflitante e/ou coincidentes” (SAMPAIO, 2006 p.84). Galvão (2004) define que:

A revisão sistemática “é uma forma de síntese das informações disponíveis em dado momento, sobre um problema específico, de forma objetiva e reproduzível, por meio de método científico. Ela tem como princípios gerais a exaustão na busca dos estudos analisados, a seleção justificada dos estudos por critérios de inclusão e exclusão explícitos e a avaliação da qualidade metodológica, bem como a quantificação do efeito dos tratamentos por meio de técnicas estatísticas” (GALVÃO, 2004, p.550).

A ideia principal é oferecer subsídios que resultem em reflexões para a construção e aplicação em uma revisão sistemática os aspectos relevantes da saúde mental e a atenção básica, numa conjuntura de matriciamento. A análise de conteúdo visa a:

Representação de um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visam a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção dessas mensagens (BARDIN 1979, p. 42 apud SILVEIRA, 2009.p.84).

A análise foi feita pelo método de análise temática. Segundo (SILVEIRA, 2009, p.84) “A análise temática trabalha com a noção de tema, o qual está ligado a uma afirmação a respeito de determinado assunto; comporta um feixe de relações e pode ser graficamente representada por meio de uma palavra, frase ou resumo”. Para Minayo (2007, p. 316), “a análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado”.

Por meio deste método, foi possível encontrar pontos de vista dos autores e se estes vão ao encontro da realidade vivenciada no cotidiano relatado nos artigos. Também foi possível analisar como o apoio matricial é exercido na prática; comparar as expectativas e análise da conduta comportamental do profissional em relação as atividade de matriciamento, para implementação de identificar boas práticas; salientar as preocupações individuais como também desenvolvimento de elaboração de novas ferramentas de apoio.

Espera-se que os resultados obtidos auxiliem na compreensão da atuação dos profissionais no que diz respeito ao matriciamento da saúde mental na atenção básica. Espera-se também verificar se o AM pode facilitar o diálogo entre as equipes no

compartilhamento de projetos, experiências, vivências e o conhecimento, de forma a potencializar o trabalho; entender como as equipes se articulam nos territórios e nas comunidades, e como utilizam essas ferramentas na atenção à saúde mental, além de entender quais alterações dizem respeito ao cuidado integral no planejamento de um projeto, se as fronteiras internas advindas do gerenciamento das organizações em saúde se aproximam do contexto destes cenários nas atividades cotidianas.

Estão incluídos artigos pesquisados de 2009 a 2013, com os seguintes descritores: o Apoio Matricial (AM) Equipe de Referência (ER), Atenção Básica, Saúde Mental, Atenção Primária, Equipe em saúde. Somente em língua portuguesa e em estudos completos. E excluídas teses, monografias, estudos incompletos e artigos que não relatavam o AM e a saúde mental na Atenção Básica. As buscas tiveram início em Julho e finalizaram-se em novembro de 2013. As bases de dados foram todas as indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde – BVS. Foram encontrados 32 artigos, sendo 8 selecionados para essa análise, respeitando-se os critérios de exclusão e inclusão. A seleção dos artigos, foram categorizados e subcategorizados segundo ordem temática, análise de conteúdo, desencadeados de forma circunstancial, sem edição das informações. O estudo veio com a concepção de identificar as implicações que acontecerão nas atividades práticas relatadas pelos autores sobre os profissionais e usuários da saúde mental na atenção básica.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foram selecionados oito artigos, organizados em uma tabela para melhor compreensão do material utilizado nesta revisão sistemática, com a descrição das características dos artigos selecionados.

Tabela 1: Artigos selecionados para revisão sistemática

ARTIGOS	OBJETIVOS
1-DIMENSTEIN,M;GALVÃO.V.M;SEVERO,AKS. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família:experimentando inovações em saúde mental. <i>Saúde soc.</i> ,S.P., V.18, P. 63-74, 2009.	<i>Mapear as dificuldades e avanços da rede em saúde mental, a partir da ótica de coordenadores de ESF.</i>
2-MIRANDA L.; ONOCKO-CAMPOS, R. T.Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. <i>Cad. Saúde Pública</i> , R.J., V26 (6), P.1153-1162, 2010.	<i>Construir uma reflexão acerca das potências e limites na organização do processo de trabalho envolve pacientes no contexto dos CAPS.</i>
3-CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. <i>Saúde soc.</i> , vol.20, n.4, P. 961-970 2011.	<i>Consolidar a responsabilização clínica, valorizar o cuidado interdisciplinar e contribuir para a regulação das redes assistenciais.</i>
4-CAVALCANTE, C.M. et al. Desafios do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. <i>RBPS</i> , v. 24 P. 102-108,2011.	<i>Discutir as práticas de cuidado em saúde mental realizadas pelos trabalhadores de saúde da ESF.</i>
5-PINTO, A.G.A. et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. <i>Ciênc. saúde coletiva</i> , vol.17, n.3, P. 653-660. 2012	<i>Analisar a articulação das ações de saúde mental entre as equipes da Estratégia Saúde da Família e do CAPS pelo processo de matriciamento.</i>
6-SILVA, C.B;SANTOS,J.E;SOUZA,R.C.Estratégia de apoio em saúde mental aos agentes comunitários de saúde de Salvador-BA. <i>Saúde soc.</i> vol.21, n.1, P.653-660. 2012	<i>Relatar experiência de apoio matricial junto aos Agentes Comunitários de Saúde.</i>
7-AZEVEDO, D.M.;GONDIM,M.C.S.M;SILVA,D.S. Apoio matricial em saúde mental: percepção de profissionais no território. <i>R. pesq.: cuid. Fundam</i> , vol.17, n.3, P.. 653-660. 2013.	<i>Investigar a percepção dos profissionais de saúde acerca da articulação entre os serviços de um mesmo território.</i>
8- QUINDERÉ,P.H.D;Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental:a experiência do apoio matricial, V.18 no.7 R. J., <i>Ciência & Saúde Coletiva</i> .2013.	<i>Compreender as ações de apoio matricial em saúde mental na atenção primária.</i>

Seguindo a análise de conteúdo, foram retirados dos artigos os temas mais frequentes e subcategorizados, como mostra tabela à abaixo.

Tabela 2: Categorias e subcategorias

Categoria	COTIDIANO	CAPS	Corresponsabilização
Subcategoria	Ações de Saúde Mental no Território,	Democratização do Serviço de Saúde Mental	Visões horizontalizadas do Cuidado em Saúde Mental
	Desarticulando Barreiras	Rompendo com Serviços Asilares	Traduzindo mecanismos tecnológicos em saúde mental na atenção básica
	Profissionais diante de um novo arranjo organizacional		

5.1 Cotidiano

“O cuidado deve ser pensado sempre a partir do cotidiano dos serviços de saúde mental e do vínculo que se estabelece entre o usuário, sujeito de direitos e o trabalhador de saúde” (PORTAL SAÚDE, 2010). O artigo de PINTO et al (2010) fez uma análise das articulações das ações de saúde mental entre as equipes da Estratégia Saúde da Família e do CAPS pelo processo de matriciamento com ênfase na integralidade do cuidado e resolubilidade assistencial, no qual foram selecionados 32 usuários e 22 familiares atendidos no matriciamento em saúde mental, 46 profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família e 15 dos Centros de Atenção Psicossocial de dois

municípios do Estado do Ceará. Uma análise pautada na hermenêutica, uma crítica à atenção básica, que se estabelece com propostas inovadoras de compartilhamento entre a família, equipe e usuário, e que revelou que as atividades matriciais de saúde mental estão direcionadas a integralidade.

Além disso, foi possível perceber que a maioria dos profissionais destacam a resistência às práticas rotineiras na assistência, como preenchimento de formulários, conduzindo a não adesão às novas propostas organizacionais. O cotidiano está relacionado às diversas interações de pessoas em diferentes espaços sociais, podendo se revelar um recurso terapêutico para tratamento. Os apoiadores matriciais estão na atenção básica para otimizar os fluxos de pessoas com transtorno mental, direcionando os profissionais da atenção básica.

“Na abordagem dos casos de saúde mental, o foco tende a ser o desequilíbrio psíquico demarcado pelos comportamentos não comuns para a vida” (PINTO et al,2010, p.655). Pelo nível do agravamento dos sintomas, os casos são ordenados aos entendimentos nos centros de saúde, quando leve, e matriciados aos CAPS quando se configuram casos moderados e graves.

5.1.1 Ações de Saúde Mental no Território

Muitas vezes o atendimento no território possibilita ações horizontalizadas em vez de investidas verticalizadas, um atendimento que prevê tanto a parte orgânica como a psicossocial, como exemplo, um paciente que tenha algum transtorno leve e tenha também comorbidades como diabetes e hipertensão. No centro de saúde que tenha matriciamento da saúde mental, a assistência poderá ser completa. Essa é uma das ideias do matriciamento. Seriam encaminhados ao CAPS aqueles usuários que realmente necessitassem de intervenções pontuais; e os usuários atendidos na atenção básica são aqueles contemplados com consulta especializada do apoio matricial. PINTO et al (2010) reforça a necessidade da atenção no território,

Portanto, é no território onde a população efetiva seu cuidado e, por isso, os dispositivos assistenciais do SUS devem se articular com tais instituições para compor pactos de atuação integrada. Com o apoio matricial, a integração incide na **interlocação** entre CAPS e ESF, sobretudo (PINTO et al, 2010, p.658).

Este desenho organizacional do matriciamento permite a troca de “informações territoriais e demandas clínicas” e almeja a resultabilidade nos casos de saúde mental e ainda a solidificação do cuidado no território, partindo de participações e articulações intersetoriais (PINTO et al, 2010, p.658). Mas para que as atividades produzidas no dia-a-dia venham ao encontro da melhoria de práticas processuais, é preciso que sejam continuamente modificadas pelas experiências vividas no matriciamento (PINTO et al, 2010,p.656), o “reflexo de uma clínica solidificada em saberes e práticas inovadoras com vistas a abordar de modo complexo os problemas emanados no sujeito-usuário em relação à sua subjetividade” (PINTO et al,2010, p.656). Faz parte do processo de implementação de tecnologias de cuidado o conhecimento do funcionamento no ambiente de trabalho da atenção básica e CAPS, saber o que eles dispõem para usuário e profissionais, diferenciando as abordagens e reforçando escuta ativa, para o fortalecimento da assistência em saúde.

Em outro artigo, MIRANDA e ONOCKO-CAMPOS (2010) analisam o arranjo denominado “equipes de referência”, em relação ao tratamento de pacientes psicóticos, no contexto dos CAPS. Com cunho metodológico avaliativo, baseado na Hermenêutica Gadameriana e no paradigma construtivista. Foram feitos 18 grupos focais com profissionais, usuários e familiares em seis CAPSIII, e foram indicadas funções de arranjo organizacionais, com destaque às equipes de referência, que consideraram a sustentação da alteridade e a construção de caso clínico.

Por meio das equipes de referência, os usuários são acompanhados com integralidade na assistência. Uma vez mediador entre o serviço e o usuário, o profissional de referência tem contribuído para o reforçamento dos significados e da confiança dos usuários no tratamento, em uma aproximação longitudinal dos profissionais. Para (MIRANDA e ONOCKO-CAMPOS, 2010, p.1158), “todos os pacientes evidenciam ter relações de intensa proximidade e confiança com seus profissionais de referência, com quem contam para diversos tipos de mediação da vida cotidiana”. No que se refere ao trabalho do profissional de referência, MIRANDA e ONOCKO-CAMPOS 2010, p.1159 afirmam que:

Esse trabalho exige um saber-fazer pautado nas relações cotidianas que envolvem a vida do paciente e, por isso, não pode ser completamente governado por planos pré-definidos. É necessário que o profissional suspenda seus saberes e tenha paciência e perseverança para acompanhar os passos do

usuário no seu mundo social, ajudando-o a ampliar suas possibilidades de relação, no ritmo que lhe é possível (MIRANDA e ONOCKO-CAMPOS, 2010, p.1159).

O profissional de referência deve estar atento às manobras políticas que são exigidas no arranjo das relações cotidianas do paciente, devendo instigá-lo à autonomia e ao crescimento de sua rede social, de modo que gere convívio com diferentes atores sociais e amplie a convivência em espaços diferentes. Para Miranda e Onocko-Campos (2010), os “profissionais não estariam destinando demasiadamente seus investimentos para o cotidiano do CAPS, em detrimento da construção de um trabalho compartilhado com a atenção básica”.

5.1.2 Desarticulando Barreiras

Quando as práticas de intervenção das Unidades Básicas de Saúde sobrepõem-se às intervenções de saúde mental, desarticulam ações de matriciamento, (MIRANDA e ONOCKO-CAMPOS, 2010, p.1159). São vistos por PINTO (et al,2012) como sendo a maior dificuldade os programas como de hipertensão e diabetes de idosos e grávidas, que tomam muito tempo dos profissionais no dia-a-dia e aumenta a resistência dos profissionais da atenção básica no atendimento as pessoas com transtornos mentais.

Em detrimento da organização de trabalho, aumenta-se o excedente de responsabilidade dos profissionais de referência, resultando em uma queixa comum, a sobrecarga do trabalho. MIRANDA e ONOCKO-CAMPOS (2010, p.1159) traduzem as condutas dos profissionais de referência no cotidiano:

Observemos que, ao desempenhar a mediação do cotidiano dos usuários, não cabe ao técnico de referência fazer por estes, mas sim se adaptar ao ritmo e às necessidades deles, oferecendo suporte para o contato consigo e com o outro, bem como para as vivências que decorrem desse contato, estejam elas relacionadas ao ganho de autonomia ou a sensações de agonia e ruptura. (MIRANDA e ONOCKO-CAMPOS 2010, p.1159).

Tamanha proximidade pode levar o técnico de referência a assumir atitudes onipotentes ou controladoras correndo o risco de “controlar tudo direitinho”, conforme aponta uma usuária. (MIRANDA e ONOCKO-CAMPOS 2010, p.1159).

O risco do excesso de controle pelo profissional de referência é que o paciente pode adotar uma postura negativa, ocasionando o aumento de hábitos ruins no cotidiano, que levam o profissional de referência a “práticas burocráticas cindidas da clínica” (MIRANDA e ONOCKO-CAMPOS 2010, p.1159). Segundo Pinto et al (2012), o modelo de atenção a saúde está baseado na promoção e está intimamente ligada as políticas públicas e qualidade de vida, contrastando com a “vivencia cotidiana das relações terapêuticas”. O profissional de referência tem que saber mediar às investidas, para que não haja substituição do poder e/ou decisão.

SILVA, SANTOS e SOUZA (2012) relataram experiência de apoio matricial junto aos Agentes Comunitários de Saúde no bairro de Saramandaia (Salvador, Bahia), que buscou formular novas formas de relação entre saúde mental e saúde da família. Concluíram que o AM garantiu espaço de cuidado aos Agentes Comunitários de Saúde e fomentou a construção de redes do cotidiano, estimulando a articulação entre saúde mental e saúde da família de forma a favorecer o exercício da cidadania e a autonomia dos sujeitos sobre sua própria saúde.

SILVA, SANTOS e SOUZA (2012) trazem o termo "rede do cotidiano", dentro das ações dos agentes comunitários de saúde (ACS), em que o matriciamento gerou uma construção de saberes coletivos, reforçando os laços da saúde mental e saúde da família, com o intuito de propiciar “cidadania e a autonomia dos sujeitos sobre sua própria saúde” (SILVA, SANTOS e SOUZA, 2012, p.153).

Os ACS da Estratégia Saúde da Família (ESF), que estão em convívio constante no cotidiano da comunidade, abriram caminho para intervenções dos apoiadores, de modo que venham a ser inseridos no cotidiano da comunidade. Por sua vez, o ACS dizem estar amarrados e sofrendo pela falta de conhecimento em saúde mental. A autora diz que devem ser criados “dispositivos institucionais para o cuidado com a saúde mental do ACS” (SILVA, SANTOS e SOUZA, 2012, p.154). Por esse motivo o apoio matricial na atenção básica passa a ser uma estratégia de intervenção e cuidado junto a esses trabalhadores, oferecendo suporte pedagógico. (SILVA, SANTOS e SOUZA, 2012, p.154). O artigo segue uma linha metodológica em que os participantes vivenciam a saúde mental no “seu cotidiano e como transportavam tal vivência para seu fazer e agir cotidiano. Todos os profissionais fizeram referência à necessidade de um suporte técnico e assistencial para conduzir as atividades na comunidade”; (SILVA, SANTOS e SOUZA 2012, p.155).

A dissociação entre trabalho cotidiano e gestão indica a prevalência da heterogestão, onde os trabalhadores se sentem desautorizados a pensar sobre aquilo que rege seu trabalho e a política pública, havendo, deste modo, uma contradição em relação ao controle social proposto atualmente pelo SUS e pelas políticas de saúde mental (DIMENSTEIN, GALVÃO e SEVERO, 2009, p.37 apud SANTOS-FILHO e BARROS, 2007).

5.1.3 Profissionais diante de um novo arranjo organizacional

É notória a percepção de que os acontecimentos no cotidiano e as relações estabelecidas são resultados de aprimoramento e domínio de tecnologia. Para criar eixos norteadores, na discussão do grupo focal, Silva, Santos e Souza (2012), partiram das experiências concretas do cotidiano de trabalho dos ACS (SILVA, SANTOS e SOUZA, 2012, p.155).

Azevedo, Gondim e Silva (2013), investigaram a percepção dos profissionais de saúde acerca da articulação entre os serviços de um mesmo território, na perspectiva do cuidado ao portador de transtorno mental. E como plano metodológico desenvolveram uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, realizada no município de Caicó/RN, sendo entrevistados 12 profissionais de saúde em abril de 2011. Segundo os pesquisadores, nos serviços de saúde pesquisados, desenvolve-se um cuidado fragmentado e pouco articulado, além de o matriciamento não ser reconhecido como prática do processo de trabalho em saúde. Azevedo, Gondim e Silva (2013) explicam o contexto da educação permanente e SILVA, SANTOS e SOUZA, (p.157 2012 apud SOUZA 1999) a experiência dos ACS, quando dizem:

A aprendizagem no cotidiano é a relação primordial com o mundo que fundamenta qualquer conhecimento. Sentíamos que era necessário, então, haver uma relação de cooperação, de troca, de co-construção, na qual a ESF seria a protagonista do seu próprio processo de qualificação. (SILVA, SANTOS e SOUZA 2012, p. 157 apud SOUZA 1999).

Neste contexto, a Educação Permanente em Saúde (EPS) para os profissionais que compõem esta rede é apontada como uma forte aliada para a mudança desse quadro, pois visa concretizar um encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, onde o aprender e o ensinar se congregam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (AZEVEDO, GONDIM E SILVA, 2013, p. 3317).

SILVA, SANTOS e SOUZA, (2012), afirmam que a concretização da estrutura do matriciamento, em relação à afirmação do trabalho dos ACS, segue um processo dinâmico de construção e reconstrução. “Sem essa parceria não haveria confiança por parte dos ACS, e o trabalho ficaria prejudicado, tendo redução em sua potência geradora de mudanças” (SILVA, SANTOS e SOUZA 2012, p.158). “O atendimento do portador de transtornos mentais ou sofrimentos psíquicos deve fazer parte do cotidiano das Unidades Básicas de Saúde (UBS)” (CAVALCANTE et al, 2010, p.103).

Por estarem na linha de frente, os ACS estão sendo marcados pelos problemas sociais e psíquicos em sua vida diária. “O matriciamento, assim, foi sustentado por nosso desejo de não restringi-lo a uma mera qualificação da ESF em saúde mental, e de contribuir na formação de sujeitos que compreendam a relação existente entre condições de vida e saúde” (SILVA, SANTOS e SOUZA,2012, p.160). SILVA, SANTOS e SOUZA (2012) colocaram em evidência o cotidiano dos ACS, em um envolvimento da atenção básica com saúde mental, em que foi possível enxergar as ações do matriciamento como promotor de integralização.

Em seu artigo, CAVALCANTE et al (2010) resolveu discutir as práticas de cuidado em saúde mental realizadas pelos trabalhadores de saúde da Estratégia Saúde da Família no município de Fortaleza-CE, Brasil. Trata-se de um estudo crítico-reflexivo realizado em seis Unidades Básicas de Saúde do município de Fortaleza-Ce. O autor observou que o cuidado em saúde mental ainda acontece de forma esporádica por parte de alguns trabalhadores na atenção básica. Todavia, já se apresentam alguns avanços, como o apoio matricial, as tecnologias relacionais em saúde, a visita domiciliar e a terapia comunitária. Em CAVALCANTE et al (2010), a atenção em saúde mental na atenção básica é incorporada por novas tecnologias de cuidado:

Estudos apontam que a atenção básica é capaz de resolver 80% das demandas em saúde, desde que sejam reconduzidas as relações de trabalho, por meio da construção de novas práticas; reordenamento do modelo de atenção e incorporação de dispositivos como o acolhimento no fazer cotidiano da rede de serviços de saúde (CAVALCANTE et al, 2010, p.104)

Neste artigo, o autor notou que o cotidiano dos serviços de saúde mental faz “criação de vínculos entre os trabalhadores/usuários/ familiares, a escuta e o relacionamento terapêuticos, atividades laborais e grupais, a construção de um projeto terapêutico compartilhado e outras” (CAVALCANTE et al, 2010, p105). Em contraponto, existem desafios que ainda são encontrados no cotidiano assistencial,

como a falta de formação, capacitação e sensibilização dos profissionais das UBS em relação a uma temática transversal na vida que é a Saúde Mental” (CAVALCANTE et al, 2010, p106).

Dimenstein, Galvão e Severo (2009) tiveram o objetivo de mapear as dificuldades e avanços dessa proposta para a rede em saúde mental do município, a partir da ótica de coordenadores de ESF, levando em conta as particularidades do lugar ocupado por esses profissionais enquanto articuladores da equipe multiprofissional, bem como as especificidades de sua própria formação. Utilizaram entrevistas semi-estruturadas com o auxílio do gravador, duas em cada unidade de saúde. A partir disso foi feita uma análise de conteúdo de caráter temático definido a partir dos eixos que compõem o roteiro de entrevista.

Para Dimenstein, Galvão e Severo (2009), a demanda em saúde mental vivenciada no cotidiano, de modo geral, são pessoas que procuram a renovação de receita e continuidade do tratamento. Ainda muitos usuários são guiados pelo pensamento medicamentoso. Apesar de várias investidas de programas que estão objetivando o desenvolvimento de equipamentos de saúde, existem muitos gestores, profissionais que ainda se estrutura nessa mesma linha de raciocínio.

O cotidiano é uma ferramenta fundamental no tratamento de pessoas com transtorno mental que tenham suporte do apoio matricial na atenção básica. Uma interlocução deve estar pautada nas necessidades dos usuários priorizando a integralidade, a equidade, a universalidade e a escuta ativa.

5.2 CAPS

A elaboração da reforma psiquiátrica brasileira recomenda uma ação transformadora sobre o tratamento dos pacientes, visando a uma concepção positiva das pessoas com transtornos mentais. Essa mudança é experimentada principalmente pelo profissional do CAPS como algo que venha satisfazer suas expectativas ou não. O CAPS, sendo um serviço aberto, tem o foco no desenvolvimento de atividades que envolvem o paciente, com objetivo de desconstruir o sistema asilar para construção de novo desenho de saúde mental. As atividades são feitas em conjunto, em um espaço coletivo, e sua organização pode encontrar entraves, haja vista a carência de materiais. Cabe aos profissionais encontrar formas adaptativas e resolutivas de combater o sistema hegemônico. Deve direcionar a promoção de qualidade de vida e cidadania, com

eficiência e eficácia nas intervenções. É apresentado como dispositivo articulador da rede de atenção a saúde, sendo um marco na concretização de progresso em assistência a saúde mental.

Os CAPS são amparados pela Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; e pela Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001, que estabelece no Art.1º que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. (PORTARIA 336/2002).

5.2.1. Democratização do Serviço de Saúde Mental

No artigo de Pinto et al (2013), os CAPS são apresentados como estratégia primordial organizacional à atenção em saúde mental, de modo que substituam os Hospitais Psiquiátricos, fazendo a assistência ocorrer no território do usuário; oferecem serviços diários e abertos à comunidade. Com a necessidade de serviço que articule ações de saúde mental no território, “o processo de matriciamento em saúde mental ocorre na integração das equipes de saúde da família e atenção psicossocial para acompanhamento das pessoas com problemas psíquicos leves (PINTO et al, 2013 p.654)”.

Hoje o sistema de saúde pública detém uma Rede Atenção Integral em Saúde Mental (RAISM) com serviços de CAPS AD, Residências Terapêuticas e Leitos Psiquiátricos em Hospital Geral, bem como estratégias de articulação comunitária. Com a crescente demanda, um aumento mais substancial no SUS os CAPS e ESF tentam minimizar os efeitos da segregação do cuidado, triando-se a demanda para equalizar os fluxos de entradas de usuários, mesmo com permanência e a saída do serviço. Isso é feito pelo sistema de acolhimento, que tem como prioridade a escuda qualificada, com foco na necessidade do usuário.

O matriciamento proporciona que as pessoas enxerguem a saúde mental não somente nos CAPS, mas também na atenção básica. Esse pensamento traz também a eliminação do preconceito com os usuários dos CAPS. Promove a territorialização, aproximando as pessoas dos serviços de saúde, a acolhimento, a sensibilização, a integralidade e a longitudinalidade. Este vínculo da unidade básica com o CAPS estabelece comunicação e compartilhamento das informações, em processo de tratamento conhecido como clínicas horizontalizadas, sem hierarquia, operando a interdisciplinaridade das equipes que remete ações cada vez mais pontuais e objetiva.

Portanto, o apoio matricial em saúde mental opera práticas inovadoras e focos de atuação multidisciplinar. Nos fluxos assistenciais, a melhoria da articulação entre os serviços foi dinamizada entre o CAPS e as unidades de Saúde da Família. Constituir uma atenção integral à saúde, reconhecendo o campo psicossocial como enfoque indispensável em todas as ações assistenciais e de promoção exige uma composição gerencial, clínica, ética e política que priorize a intersubjetividade, a participação e a articulação intersetorial (PINTO et al, 2013,p.659).

5.2.2 Rompendo com Serviços Asilares

Dimenstein, Galvão e Severo (2009) dizem que é “necessário que os serviços comunitários, tal como o CAPS, alterem seu modelo cultural de referência para modificar os modelos de intervenção”. São necessários mais serviços que visam à interligação na atenção básica, desvinculando-se da ideia de caso, na óptica de um sujeito inserido em uma realidade social.

Quinderé et al (2012) tiveram como objetivo compreender as ações de apoio matricial em saúde mental na atenção primária, no encontro entre as equipes dos centros de atenção psicossocial e as equipes da ESF, quanto à acessibilidade e à resolubilidade da assistência. Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada nas cidades de Fortaleza e Sobral, no Estado do Ceará, com 37 entrevistados, trabalhadores de saúde mental e da atenção primária, 14 (quatorze) usuários e 13 (treze) familiares que participaram das ações do apoio matricial. Os autores concluem que a articulação entre os níveis de atenção do sistema de saúde pode contribuir para a resolubilidade da assistência dos casos de saúde mental, sobretudo a atenção primária.

Quinderé et al (2012) relatam alguns problemas para o CAPS do Ceará, encaminhados para feito pela atenção primária, gerado pela a insegurança destes

profissionais. Assim também acontece com médicos, visto que quando o paciente se queixa de tristeza, eles o encaminham para o CAPS.

Chorou, manda pro CAPS”, conforme se observa nas narrativas dos trabalhadores de saúde: [...] a dificuldade maior está aí, nas dificuldades que as equipes têm de atender essas pessoas de saúde mental. Acabam achando mesmo que é função do CAPS, da atenção secundária ficar com essa demanda [...] (QUINDERÉ et al, 2012,p.2160)

Isso gera uma sobrecarga no CAPS desnecessária, pois esses tipos de casos poderiam ser acompanhados na atenção básica. Nesse sentido, surge também a visita domiciliar em conjunto com equipe de saúde da atenção básica e os profissionais do CAPS, oferecendo o CAPS suporte especializado em saúde mental.

A aproximação de trabalho em conjunto destes dois equipamentos tiram de destaque algumas barreiras como dificuldades econômicas e locomoção, cumprindo o papel de cobertura territorial e reprimindo a aumento de demandas. O apoio matricial aparece como uma alternativa e um potencializador às demandas da atenção básica de saúde mental, operando no conhecimento do processo de saúde-doença.

Com relação ao nível de atenção, uma parte de profissionais se mostra desinteressada e outra comprometida com os casos de saúde mental. Para QUINDERÉ et al (2012), nem sempre o problema é configurando nos profissionais, visto que as condições de trabalho também são fatores negativos predominantes na Atenção Básica:

É visível a inexistência de práticas de saúde mental na atenção primária. Tal realidade está associada a motivos tais como: o desconhecimento dos profissionais acerca do processo de reforma psiquiátrica; não se sentirem ou de fato não serem capacitados para atuarem nos casos de transtornos mentais, ainda que leves; falta de medicações psiquiátricas para fornecer aos usuários nesse nível de atenção; a insuficiência ou mesmo inexistência de uma rede assistencial em saúde mental de suporte; destacando-se também as péssimas e precárias condições de trabalho e de atendimento dos casos nas UBS (QUINDERÉ et al, 2012, p.2162).

O desinteresse dos profissionais da atenção básica e o inadequado atendimento produzem ineficiência dos atendimentos e desarticulação da rede, gerando descontinuidade e ausência de assistência. Assim, os pacientes encaminhados para o CAPS nunca poderão ser atendidos pela atenção básica que atuam no território em que ele vive, fragmentando-se o atendimento ao sujeito em distúrbios orgânicos e psíquicos. O “sujeito que adocece da mente não teria corpo, portanto, nem necessidades clínicas advindas de adoecimentos físicos” (QUINDERÉ et al, 2012, p.2162 e 2163). Pela

implantação do apoio matricial, a precipitação dos profissionais em encaminhar e atender pacientes de saúde mental diminui, operando em tentativa de acolher e manejar os casos, diante das intercorrências. Não se limitando a enrijecidos procedimentos burocráticos de referência e contrarreferência.

5.3 Corresponsabilidade

O AM é visto como uma tecnologia que “apresenta potencial de ser um dispositivo articulador da rede, promovendo a corresponsabilização nos diversos níveis, apoiando as UBS nas demandas cotidianas”(DIMENSTEIN,GALVÃO e SEVERO, 2009,p37). A Corresponsabilização no artigo de Dimenstein, Galvão e Severo,(2009) é colocada como uma alavanca que parte das articulações entre os serviços saúde mental e a rede de atenção básica, apresentando uma oportunidade de desvincular com lógica hegemônica da saúde, destacada do modelo hospitalocêntrico.

A ESF, no campo da saúde mental, prioriza ações que fortaleçam a corresponsabilização dos cuidados entre os profissionais, usuários e até os familiares. Um exemplo prático é projeto terapêutico singular, um marco da corresponsabilização, em que o usuário é o principal ator na formulação de seu plano terapêutico. Acredita-se que, dessa maneira, o objetivo seria a extinção da lógica de encaminhamentos para a construção de processo de responsabilização entre os envolvidos (DIMENSTEIN, GALVÃO e SEVERO, 2009, p38). DIMENSTEIN, GALVÃO e SEVERO (2009, p. 43) dizem ser preciso “estimular processos de gestão compartilhada entre gestores e trabalhadores” e também explana:

A flexibilidade nos processos de trabalho para a “criação de múltiplas e diversas estratégias de cuidado aumentando a responsabilidade de cada profissional, não apenas nas decisões e nas competências para o projeto de cuidados, mas também na gestão dos dispositivos institucionais” (DIMENSTEIN, GALVÃO e SEVERO.2009 p.43 apud YASUI e COSTA-ROSA, 2008).

No processo de cuidado na perspectiva psicossocial, faz-se necessário a entre técnicos, serviços, usuários, comunidade e família na construção de novos projetos de vida para os usuários, buscando a liberdade em negação ao isolamento (DIMENSTEIN,GALVÃO e SEVERO. 2009,p.43 apud ALVES e GULJOR, 2004).

“A possibilidade de processos de pactuação com corresponsabilidade gira em torno de metas não-definidas de modo verticalizado” (DIMENSTEIN,GALVÃO e SEVERO. 2009,p.43). Para que ocorra, é preciso fomentar a formação dos gestores e desenvolver a escuta qualificada para aprimorar as ações do gestor como um apoiador, colocando-o mais próximo do trabalho diário. A corresponsabilização é uma parceria no processo do cuidado e na promoção de qualidade de vida da pessoa com transtorno mental. O fortalecimento do projeto terapêutico só se dá na divisão do trabalho, cabendo a cada um desempenho de qualidade. Dimenstein, Galvão e Severo (2009) dizem que:

A democratização das relações e intensificação das ações comunicativas entre dirigentes, técnicos e usuários deve-se constituir como um dos produtos desses instrumentos de gestão, instituindo-se como espaço para mudança das práticas institucionais (DIMENSTEIN, GALVÃO e SEVERO. 2009 p. 43 apud SANTOS-FILHO e BARROS, 2007, p. 181).

Ainda neste mesmo artigo, os autores dizem que mesmo “os casos atendidos nos serviços substitutivos não têm encontrado uma efetiva corresponsabilização entre as equipes dos serviços substitutivos e as unidades básicas de saúde”. Uma afirmativa de que os casos de saúde mental somente devem ser atendidos nos equipamento especializados. Além de centrar as intervenções nos médico, ainda considera os métodos curativos e fragmentados de assistência em saúde. O artigo relata que “Os CAPS não conseguiram ainda colocar como meta assistir os casos de saúde mental e produzir arranjos de corresponsabilização com a atenção básica” (DIMENSTEIN,GALVÃO e SEVERO, 2009,p.45).

Encontra-se uma dificuldade na mediação dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e a práticas de atenção psicossociais (CAVALCANTE et al , 2010, p.102 apud BRASIL, 2002), em que existe a possibilidade de conexões com a atenção básica e a Estratégia Saúde da Família (ESF), intermediada pelo “apoio matricial” (CAVALCANTE et al, 2010, p.102 apud BRASIL, 2004, p. 25). A ideia é auxiliar a preservação dos serviços comunitários, como por exemplo, os CAPSs, sendo um modelo certificado na cultura de referência e contra-referência (DIMENSTEIN,GALVÃO e SEVERO, 2009,p. 45 apud Dell’Acqua e Mezzina, 2005). Explicado por Dimenstein, Galvão e Severo (2009),como sendo;

Serviços condizentes com o Paradigma Psicossocial deveriam priorizar a interligação com a atenção básica por pensar o portador de transtorno mental não mais enquanto um caso, mas como um sujeito inserido em uma realidade

social, articulando para isso os dispositivos que mais se aproximem da sua realidade (DIMENSTEIN, GALVÃO e SEVERO, 2009,p.45).

5.3.1 Visões horizontalizadas do Cuidado em Saúde Mental

Uma gestão que se preocupa com corresponsabilização é uma gestão que tende a oferecer uma atenção compartilhada e atende às respectivas necessidades do usuário. A atenção básica, com a proposta de incorporação de tecnologias da saúde mental, visa prestar acompanhamento ao usuário, e o tem como o ator principal do seu projeto terapêutico, otimizando a corresponsabilização de ambas as vertentes.

Busca estabelecer uma constituição de vínculos e de corresponsabilização entre os atores sociais: o Trabalhador, o usuário, a família, a comunidade, o serviço, que se denominam com dispositivos relacionais de acolhimento, vínculo, corresponsabilização e de autonomia (CAVALCANTE et al,2010,p.102).

A desarticulação dessas tecnologias indica a existência de “uma rede fria com o processo de verticalização e não de corresponsabilização do cuidado” (DIMENSTEIN GALVÃO E SEVERO, 2009, p.45). É necessária a constituição de mais redes, que permitam o usuário a disponibilidade de maior gama de opções para serviços e assim funcionem como “lugares de passagem e não de cronificação” sendo estes equipamentos integrados a rede descentralizada (DIMENSTEIN, GALVÃO e SEVERO, 2009, p.45 apud Oliveira, 2006).

Diferentemente do exercício da referência e contra-referência, o apoio matricial funciona sob a lógica da corresponsabilização e co-gestão de todos os atores envolvidos na atenção à saúde, permitindo um trabalho realizado de forma coletiva, sem fragmentação da assistência, bem como torna possível o diálogo entre os diversos profissionais de saúde(AZEVEDO,GONDIM e SILVA,2013,p.3316)

O objetivo é o crescimento a resultabilidade de problemas vinculados tanto à atenção básica como à saúde mental, nos seus locais de origem, evitando-se os encaminhamentos desnecessários e oferecendo-se um cuidado focado na singularidade do usuário. “A troca de informações entre os serviços devem ser contínua para que o assistência aocuidado não seja prejudicado, e que o processo de corresponsabilização seja efetivamente concretizado” (AZEVEDO, GONDIM e SILVA, 2013,p.3317). Ainda

que o apoio matricial esteja sendo incorporado aos poucos nos serviços de atenção básica, é considerável reforçar uma sensibilização dos gestores diante de uma nova demanda.

No processo de cuidado na perspectiva psicossocial, faz-se necessário a corresponsabilização entre técnicos, serviços, usuários, comunidade e família na construção de novos projetos de vida para os usuários, buscando a liberdade em negação ao isolamento (DIMENSTEIN, GALVÃO e SEVERO, 2009, p 45 apud ALVES e GULJOR, 2004, p. 43).

Cunha e Campos, (2011) Objetivam construir, no âmbito gerencial, uma cultura organizacional democrática, e no plano epistemológico, um manejo do conhecimento que valorize a singularidade dos casos e possibilite um equilíbrio dinâmico entre os saberes dos vários profissionais de uma equipe ou de uma rede assistencial, discutindo a experiência dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e a experiência pioneira de Campinas-SP, Brasil, em Apoio Matricial.

A atenção básica tem dificuldade de dá permeabilidade para novos serviços especializados. Existem barreiras que impedem os profissionais da Atenção Básica buscar contatos externos, no que resulta em bastante esforço dos profissionais em tentativas que muitas vezes são nulas aos objetivos firmados. Isso gera na equipe pouco diálogo, estruturas gerenciais que estão consolidados em um formato verticalizado. “Aponta-se, então, a necessidade de construir-se mecanismos para valorizar com mais equilíbrio os diversos profissionais de saúde, de diferentes serviços da rede assistencial” (CUNHA e CAMPOS 2011, p.963).

5.3.2 Traduzindo mecanismos tecnológicos em saúde mental na atenção básica

Diante disso, é possível encontrar serviços que tentam implementar essa intermediação entre as redes, mas que desconsideram a territorialização e corresponsabilidade dos serviços. Cunha e Campos, (2011) criticam o trabalho das centrais de regulação que segundo ele, “apenas distribui os usuários, sem critérios territoriais e à revelia dos profissionais e equipes de referência, e em algumas cidades chegam a agendar em centrais de telefone até mesmo consultas da Atenção Primária”.

Cunha e Campos, (2011) consideram essa forma de trabalho burocrática, a qual pode motivar a fragmentação do trabalho e causar depreciação na relação dos vínculos “equipe/usuário”;

Evidentemente existem situações em que esse tipo de mecanismo de regulação centralizada é necessário e até mesmo imprescindível. No entanto, a lógica burocrática dessa forma de regulação pressupõe terminalidade e precisão das ações de saúde, que não condiz com a realidade epidemiológica atual, caracterizada fortemente por problemas crônicos e complexos (CUNHA e CAMPOS 2011, p.964).

A expansão da interdisciplinaridade representa em uma ampliação do serviço prestada aos usuários. Num parâmetro de divisão prever segmentos que processem a responsabilidade de diferentes profissionais. No sentido de que a equipe acione os apoiadores matriciais para combinar a conversão das interconsultas tradicionais, delegando responsabilidade aos profissionais de referência e pactuando a corresponsabilidade de todos da equipe (CUNHA e CAMPOS 2011, p.964).

Cunha e Campos (2011) destacam as principais atividades realizadas por uma equipe do NASF na realização do apoio matricial. Dentre delas se encontra a responsabilidade, em nível de “atendimento compartilhado, para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos (CUNHA e CAMPOS 2011, p.968 apud Brasil, 2009), e as “ações comuns nos territórios de sua responsabilidade desenvolvidas de forma articulada com as equipes de Saúde da Família” (CUNHA e Campos 2011, p.968 apud BRASIL, 2009). Destacam os desdobramentos no apoio aos grupos sociais, tais como: trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos, como escolas, creches, igrejas, pastorais etc” (CUNHA, 2011, p.968 apud BRASIL, 2009).

Os autores evidenciam o NASF como experiência que auxilia a formação de equipes de referência e apoio matricial. Apresentam a “escassez de serviços especializados”, o que dificulta o trabalho dos apoiadores e profissionais de referência. Afirmam também que a substituição de centros de referência especializada, por dispor dessa especialização na atenção básica, causam empobrecimento e confusão na função dos profissionais.

Os NASF realiza a corresponsabilidade no suporte técnico e pedagógico fornecidos dentro da perspectiva do matriciamento. “Além disso, na medida em que outros serviços especializados ainda não praticam o Apoio Matricial, o trabalho das equipes do NASF é maior, tanto pelo aprendizado mútuo quanto pelo isolamento que a

atenção primária experimenta na relação com a rede assistencial” (CUNHA e CAMPOS 2011, p.968 apud BRASIL, 2009).

É imprescindível indicar que o processo de corresponsabilização é um resultado de participação e compartilhamento do saber de cada profissional. Deve se misturar a outros saberes de outras especialidades de forma organizada e centrada na necessidade de cuidado de cada usuário, ou seja, não privatização do conhecimento. Deve-se eleger ações de responsabilidade mútua, que diminuam a insensibilidade e que acompanhe as ideias inovadoras e o desenvolvimento de novas tecnologias de trabalho que poderão surgir.

Fomenta-se a desarticulação do modelo de gestão prevista por Taylor, refém dos atos burocráticos, investindo-se em práticas que visam a fragmentação das atividades e padronização dos profissionais. “Por um lado, este contexto dificulta a implantação e a compreensão da proposta de Equipe de Referência e Apoio Matricial, por outro lado é justamente pelo esgotamento desse tipo de arranjo gerencial que se necessita de reformas como a sugerida” (CUNHA e CAMPOS 2011, p.969).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a análise, foi possível verificar que a atenção básica está em contínuo processo de incorporação das práticas organizacionais do apoio matricial e das equipes de referência. Com a desospitalização firmada pela Reforma Psiquiátrica, os CAPS têm sido o equipamento substitutivo dos hospitais psiquiátricos. As categorias temáticas: cotidiano e as subcategorias *Ações de Saúde Mental no Território, Desarticulando Barreiras e Profissionais diante de um novo arranjo organizacional; CAPS, Democratização do Serviço de Saúde Mental e Rompendo com Serviços Asilares; corresponsabilização, Visões horizontalizadas do Cuidado em Saúde Mental e Traduzindo mecanismos tecnológicos em saúde mental na atenção básica;* foram as que mais sobressaíram nos artigos. Muitas ideias foram repetidas entre os autores, contudo também um citando o outro para afirmar algum tipo de questão. A categoria corresponsabilização, com destaque para a subcategoria *Traduzindo mecanismos tecnológicos em saúde mental na atenção básica* foi predominante na maioria dos artigos escolhidos desta pesquisa.

O cotidiano é o reflexo das ações que incorporam tecnologias leves do trabalho, de forma que as atividades diárias estejam voltadas para as necessidades do usuário, cumprindo a rotina dos profissionais e melhora das práticas processuais, continuamente modificadas pelas experiências vividas no matriciamento.

Para que haja instabilidade e cooperação de ambas as partes, é preciso a vinculação e pactuação de metas, a partir do projeto terapêutico singular. O acompanhamento dos profissionais de referência de forma longitudinal e horizontalizado estabelece vínculo de confiança. O profissional de referência tem o papel importante de mediar nos momentos de crise, no que diz respeito às intervenções no cotidiano, que envolvem a vida do paciente. Desse modo, ele não deve ser unidirecional, ou seja, o profissional de referência deve determinar planos e metas com o conhecimento e participação do paciente em uma direção multidirecional.

A subcategoria *Ações de Saúde Mental no Território* fica evidente na relação profissional e suas atribuições, como o de respeitar o ritmo de cada paciente e auxiliá-lo nas relações sociais; promover a cidadania e autonomia nas atividades de vida diárias. Diferentemente das atividades funcionais dos trabalhadores da UBS, em que se

configuram com tanta sobrecarga, a qual interfere na atenção a pessoas com transtorno mental, os modelos de atenção à saúde mental na atenção básica devem priorizar a atenção a saúde, baseada nos critérios de instauração de qualidade de vida, frequentemente vista nas práticas cotidianas.

A preocupação de tornar o cotidiano de trabalho livre de desarticulações e sistema verticalizados é feita com compartilhamentos de ideias e oferta de suporte técnico pedagógico, feito pelo matriciamento. Os profissionais de referência promovem a sensibilização do primeiro contato e os apoiadores do matriciamento, com intervenções mais pontuais e clínicas, estão com mais frequência no dia-a-dia das pessoas. Essas são as contribuições do cotidiano da saúde mental articulada à atenção básica.

Os *CAPS* são uma invenção que funciona na organização da saúde mental, com uma proposta de substituir os hospitais psiquiátricos, uma proposta inovadora com um novo modelo de rede cuidados para pessoas com transtorno mental. O *Rompimento com Serviços Asilares* nos *CAPS* gera de profissionais especializados, que visam dar suporte à atenção básica, no que diz respeito à saúde mental. Verifica-se a ocorrência de pessoas que frequentam os *CAPS* estigmatizadas e rotuladas pela sociedade.

Foi encontrado em muitos artigos a dificuldade com a sobrecarga de trabalho e o despreparo dos profissionais da atenção básica em atender pessoas com transtorno mental. As condições ambientais de trabalho são precárias, o que causa desestímulo nos profissionais. O mau funcionamento das redes e a falta de medicações psiquiátricas sinalizam futuras ações fragmentadas no trabalho. Houve casos de dificuldade de trabalho na atenção básica de promover assistência a pessoas com transtorno mental.

Nenhum artigo descreve como eram desenvolvidas as investidas do trabalho prestado dos apoiadores na atenção básica; mas apenas que os apoiadores eram vistos como um salva-vidas e não como realmente um “apoiador”, ou alguém que facilite o auxílio no trabalho, seja ele com interface singular ou grupal. A atenção básica precisa urgentemente construir uma prática reflexiva sobre suas atividades com os apoiadores e fortalecer as relações de cada profissão. Precisa desfazer-se da segregação do seu serviço, tirando “cada macaco do seu galho”, e concentrar-se no compartilhamento das ideias e propostas de outros especialidade, no sentido de que haja motivação no produzir e prazer no realizar. Quando a atenção básica se organizar desta forma, ocorrerá maior afinidade com os equipamentos, principalmente como os *CAPS*,

encurtando o caminho dos apoiadores matriciais. Dessa forma poderá valorizar a organização da atenção básica na atenção a saúde mental.

CORRESPONSABILIZAÇÃO é o meio pelo qual se articula o apoio matricial, pelo qual se verifica a ocorrência de vínculo existente entre os profissionais, usuário e familiares. Muitos artigos citaram o projeto terapêutico singular como o maior ato concretizador da corresponsabilização. Mas no sistema verticalizado a responsabilidade sobre o profissional causa dano e sobrecarga de trabalho, que interferem na conduta do profissional.

É necessária uma visão que implique a revisão dos passos, que desconsidere a hierarquia, em que se possa estabelecer uma clínica que priorize o envolvimento com o paciente, ainda que a família ou o serviço estejam apáticos aos interesses do usuário. Uma vez que corresponsabilização está inteiramente ligada à qualidade de vida, a escuta qualificada provoca a unificação do tratamento, pontos-chaves que aparecem nos artigos com intuito de garantir o fortalecimento desta conduta.

Traduzindo mecanismos tecnológicos em saúde mental na atenção básica, houve casos de insucesso, como o caso de individualização dos profissionais da atenção básica, principalmente o médico. Os CAPS são os mais prejudicados, onde as incidências de casos não elegíveis aumentam o fluxo de usuários com danos leves.

Tanto no aspecto da saúde mental como da atenção básica, a maioria dos problemas foram causados pelo fenômeno do individualismo, que ainda se apresenta como uma grande barreira para os profissionais de referência e apoio matricial. Há o desafio de se romper com esse tradicionalismo e promover entre os profissionais, familiares e gestores a adoção de novo modelo comunitário em um espaço de interlocução e que funcione a interdisciplinaridade.

Verificou-se a ideia de disseminar entre os trabalhadores a troca de ideias, o diálogo e a sensibilização nos atendimentos. A corresponsabilização é a categoria que salvaguarda o direcionamento do plano terapêutico compartilhado. Objetiva o bem-estar entre o usuário e os profissionais, sendo de certa forma disciplinada, mas realça sua finalidade de encontrar um ponto de intervenção no qual caiba a participação de todos os profissionais interessados.

A corresponsabilidade gera um nível de confiança e responsabilidade inigualável, tanto quando é construída de um profissional com profissional, como quando de profissional para usuário, e/ou familiar, e/ou gestor. Isso pode produzir nos

usuários um sentimento de reconhecimento e valorização pelo trabalho dos profissionais, aumentando o vínculo e a confiança no tratamento. A corresponsabilidade coloca os profissionais em papel de facilitador e agregador de valores. Devolve aos profissionais um sentimento de prazer e vocação, cuja ausência ainda é um enfrentamento que os apoiadores matriciais estão tendo no trabalho do dia-a-dia.

Obtendo isso, as relações se mostraram mais voláteis à integração deste novo modelo comunitário, tornando-se o trabalho como fonte de prazer, e não fonte de sofrimento e adoecimento, desprovendo-se da neutralidade em suas condutas.

Arranjos como o do matriciamento são formas tecnológicas que asseguram os princípios da reforma psiquiátrica, sugerido como novo modelo de atendimento garantido pelos CAPS e integralizado na atenção pelos profissionais de referência e os apoiadores. Mesmo com a difícil tarefa de se contrapor a lógica de serviços do modelo hegemônico, não é difícil atuar como uma nova lógica, mesmo ainda não consolidada. Na literatura existem muitas publicações, e no meio acadêmico o novo modelo comunitário já está consolidado.

Discussões e debates com os profissionais devem ser de grande relevância para a aplicabilidade do sistema. A fonte de intervenção são os profissionais, gestores, familiares e os usuários. Assim como existem profissionais alienados, existem também gestores que desconhecem esse modelo, bem como os familiares e o próprio usuário, que mesmo inseridos no sistema, desconhecem as abordagens e o real objetivo de muitas intervenções. Assim, a relação do apoio matricial da saúde mental na atenção básica deve ser estreitamente de trocas de saberes, objetivando a responsabilidade, a fim de atender às necessidades instrumentais dos profissionais, assegurados pela retaguarda dos especialistas.

O funcionamento do CAPS com apoio matricial se dá pela capacitação das equipes da atenção básica, tendo demanda espontânea e podendo se vincular ao usuário e a outros serviços de saúde. O CAPS é referência ao apoio matricial na atenção básica para atender os casos leves. O papel do CAPS com apoio matricial é de organizar a rede de saúde mental e principalmente, estender uma relação de intercâmbio para execução das ações no território da atenção básica, no qual o usuário está vinculado. As equipes de apoio matricial dos CAPS se articulam neste arranjo para singularizar ações nos projetos terapêuticos, que atendam à necessidade específica do usuário.

Visões horizontalizadas do Cuidado em Saúde Mental, os casos matriciados pelos CAPS devem ser assistidos nos dois serviços, em que é visível o estabelecimento de forte interlocução durante o projeto terapêutico, para que se possa verificar evolução do sofrimento mental ou não. Com o apoio matricial nos serviços de saúde, acontece a diminuição de demandas leves nos CAPS. Os profissionais da atenção básica muitas vezes enxergam o apoio matricial com um setor para o qual encaminham os casos de saúde mental, sendo que, na realidade, eles deveriam atender sob orientação dos especialistas, apoiadores. Essa relação de matriciamento objetiva estreitar as relações dos serviços em saúde mental, não fazendo diferenças de acordo com a situação social de cada um, mas tendo o usuário como ator principal e o apoio matricial como referência à saúde mental em seu território.

O apoio matricial contribui tanto para o cotidiano do usuário quanto dos profissionais. É necessário que os profissionais estejam em comum acordo com os manejos dos apoiadores e comprometidos com a necessidade de cada usuário e assim se organizem em equipes de referências ou profissionais de referências. A prática no cotidiano é chave para se compreender, de forma funcional, o trabalho e as relações impostas no matriciamento. Matriciar é o oposto de encaminhar, hoje, no sistema de atenção básica. Significa assistir a pessoa com transtornos mentais dentro do seu contexto, com o apoio do médico que conhece suas comorbidades e do agente comunitário de saúde que conhece sua realidade social.

A interferência do apoio matricial nas relações profissional-usuário do serviço causa certa flexibilidade para atender as necessidades dos usuários e para abordagens interdisciplinares visando à reinserção do usuário à sociedade. O profissional que tem suporte técnico e pedagógico dos apoiadores está mais seguro e consciente de suas práticas. Os casos matriciados, desenvolvem-se pela articulação de uma equipe de profissionais especialista, não sobrecarregando apenas um profissional. Isso acontece quando os apoiadores conseguem se vincular a equipe.

O apoio matricial necessita da colaboração dos gestores para que os profissionais entendam o manuseio deste arranjo e para que se possibilitem ações horizontalizadas. As interferências do matriciamento resultam na qualidade da assistência à saúde mental, de modo que alcance pessoas em áreas desorbitadas e ajude os profissionais da atenção básica. Portanto, por meio desta revisão sistemática, presume-se a necessidade de continuar a exploração sobre o apoio matricial, assim como a divulgação de pesquisas

exitosas sobre ele, para que se torne uma forma possível de organização do serviço de saúde mental, bem como de sua acessibilidade.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

AZEVEDO, D.M; Gondim M.C.S.M.;Silva D.S. Apoio matricial em saúde mental: percepção de profissionais no território.**R. pesq.: cuid. fundam.** 2013.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M.;Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicol. cienc. prof.** [online]. Vol.28, n.3, p. 632-645. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas.** OPAS. Brasília, novembro de 2005.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde,** Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Caderno de referência para o processo de formação de profissionais do Apoio Institucional Integrado do Ministério da Saúde: QUALISUS-REDE / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007/2010.** Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro de 2011b.

BREDOW, S.S.; DRAVANZ, G. M. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243 ago./dez. 2010.

CAMPOS, G. W.S.;O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, vol.14, n.4, p. 863-870 1998.

CAMPOS, G. W.S.;Equipes de referência e apoio especializado matricial:um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. vol.4, n.2, p. 393-403, 1999a.

CAMPOS, G. W.S.;Equipes de referência e apoio especializado matricial:um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**,vol.4, n.2, p. 393-403,1999b.

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

CAVALCANTE,C.M.C.;Pinto,D.M.; Carvalho,A.Z.T.;Jorge,M.S.B.; Freitas,C.H.A. Desafios do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **RBPS**, 2011

CUNHA,G.T.; CAMPOS, G.W.S.;Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde soc.**, 2011.

DIMENSTEIN,M.; Galvão,V.M.;Severo,A.K.S.;O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família:experimentando inovações em saúde mental. **Saúde soc.**, 2009

MANZINI, E. J.;**Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros.** Depto de Educação Especial, Programa de Pós Graduação em Educação, Unesp, Marília Apoio: CNPq. 2003.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MIRANDA,L.;Onocko-Campos,R.T.;Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. **Cad. Saúde Pública**, 2010.

PAIM, J.S.; Giovanella,L.; Escorel,S.; Lobato, L.V.C.; Noronha, José Carvalho de; Carvalho, Antonio Ivo de. **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro, Fiocruz.Cap.15, p.547-573, 2008.

PINTO,A.G.A.;Jorge,M.S.B;Vasconcelos,M.G.F;Sampaio,J.J.C;Lima,G.P;Basto,V.C;Sampaio,H.A.CApoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciênc. saúde coletiva**, 2012.

PORTAL SAÚDE, **Saúde Mental E Atenção Básica:O Vínculo E O Diálogo** Necessários Inclusão Das Ações De Saúde Mental Na Atenção Básica. 2010. Disponível em< <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf> > Acessado 10 de Novembro 2013.

PORTARIA nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental** Disponível em:<
[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM %20336-2002. pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf) >
 Acesso em 4 Junho de 2013.

PORTARIA GM Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008 - **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf> Acessado 4 Junho de 2013.

PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em:<
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em 7 de Junho de 2013.

QUEIROZ, D. T.; Vall, J.; Souza, A,M A; Vieira, N. F. C.. O bservação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2007.

QUINDERÉ,P.H.D;NOGUEIRA,M.S.L.;COSTA,L.F.A.;VASCONCELOS,M.G.F.
 Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental:a experiência do apoio matricial.*Ciência & Saúde Coletiva*.2013

SILVEIRA, D.T.; Gerhardt,T.E;.**Métodos de pesquisa**,Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

SILVA, C.B.;Santos,J.E.;Souza,C.S.Estratégia de apoio em saúde mental aos agentes comunitários de saúde de Salvador-BA. *Saúde soc*.2012.

SANTOS, A P.L.; LACAZ, F. A.;C.Apoio matricial em saúde do trabalhador: tecendo redes na atenção básica do SUS, o caso de Amparo/ SP. **Ciênc. saúde coletiva** .Vol.17, n.5, p. 1143-1150, 2012.

SOUZA, C.C.B.X. ; AYRES, S.P.;MARCONDES, E.M.M. Metodologia de apoio matricial: interfaces entre a Terapia Ocupacional e a ferramenta de organização dos serviços de saúde. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 20, n. 3, dez. 2012.

TRIVIÑOS, A.N.S.:**Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.