



Nádia de Freitas Guimarães

**Relato de experiência sobre a Implantação do Matriciamento em
Saúde Mental na Atenção Básica, no município de Cláudio/MG.**

Belo Horizonte

2018

Nádia de Freitas Guimarães

**Relato de experiência sobre a Implantação do Matriciamento em
Saúde Mental na Atenção Básica, no município de Cláudio/MG.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado a Escola de Saúde Pública do
Estado de Minas Gerais, como requisito
parcial para obtenção do título de
Especialista em Saúde Pública.

Orientador(a): Natália Freitas Dantas

Belo Horizonte

2018

G963r Guimarães, Nádia de Freitas.
Relato de experiência sobre a implantação do matriciamento em saúde mental na atenção básica, no município de Cláudio/MG. / Nádia de Freitas Guimarães. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2018.

29 p.

Orientador(a): Natália Freitas Dantas.

Monografia (Especialização) em Saúde

Pública. Inclui bibliografia.

1. Saúde mental. 2. Atenção básica. 3. Matriciamento. 4. Corresponsabilidade. 5. Desinstitucionalização. I. Dantas, Natália Freitas. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

Nádia de Freitas Guimarães

**Relato de experiência sobre a Implantação do Matriciamento em
Saúde Mental na Atenção Básica, no município de Cláudio/MG.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à escola de Saúde Pública de Minas Gerais como requisito parcial para aprovação no Curso de Especialização em Saúde Pública.

Aprovado em:

Banca examinadora

Natália Freitas Dantas
Técnica Superior de Saúde – PBH
Mestre em Psicologia Social - UFMG

Alessandra Rios de Faria

Daniene Cássia dos Santos

Belo Horizonte

2018

A todos que lutam pelo SUS.

Por uma sociedade sem Manicômios!

AGRADECIMENTOS

A Deus e Nossa Senhora Aparecida, que dão sentido à minha existência, fortalecem minha fé e, em meio aos desafios da vida, sempre abrem meus caminhos.

Agradeço também aos colegas e professores que passaram pela turma 2017/18 de Saúde Pública, da Escola de Saúde Pública do estado de Minas Gerais, que construíram em conjunto diversos momentos de aprendizagem e contribuíram para minha formação.

À minha orientadora Natália Dantas, por possibilitar-me parte do seu tempo e transmitir seus conhecimentos, respeitando minha singularidade e meu ritmo.

Aos profissionais e usuários do sistema municipal de saúde de Cláudio com a qual tenho a sorte de vivenciar lindamente uma história de um CAPS produtivo e implicado com a vida. Com sua energia contagiante contribuiu para me tornar quem sou profissionalmente e ter “maturidade” para lidar com as tensões, conflitos, disputas e diversidades, pela certeza de que tudo isto coopera pela construção de outros modos mais potentes de estar no mundo. Agradeço a tantos outros companheiros da rede intersetorial municipal que compuseram minha formação profissional e pessoal com trocas de aprendizado em saúde mental e em matriciamento.

A todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

“O matriciamento pressupõe quatro aspectos básicos. O primeiro é um trabalho em equipe e a noção de referência. O segundo é o compromisso de desmedicalizar a vida, isto é, a dor não se resolve com voltaren, a tristeza e o cansaço não se resolvem com fluoxetina, ou ainda, traquinagem com ritalina. O terceiro é a promoção de conhecimento e o quarto é o empoderamento das pessoas, considerando os sujeitos nos seus contextos, na sua família e na sua comunidade.” (Braga, 2008, não paginado).

RESUMO

O Matriciamento em Saúde Mental com sua proposta de integração da Saúde Mental na atenção básica se constitui como uma importante estratégia de articulação e compartilhamento de saberes e práticas para a efetivação dos propósitos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica. Trata-se de uma prática em processo de construção na rede, que necessita ser colocada em constante análise para que se afirme como uma importante estratégia para a Promoção à Saúde e a desinstitucionalização do cuidado, contrariando a lógica capitalista, pautada no individualismo, na competitividade e na segregação social. O objetivo deste trabalho consiste em relatar a experiência de uma profissional do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS I do município de Cláudio, integrante de uma equipe implantadora dessa proposta, que se fez relevante, na medida em que foi uma iniciativa do serviço para priorizar os usuários em crise, em detrimento do grande número de usuários estabilizados que estavam sendo atendidos em caráter ambulatorial. Compreende-se que o matriciamento é o caminho para que o usuário seja atendido em todo o território, não só como um usuário com transtorno, mas como um cidadão que necessita de um cuidado integral. A troca de experiências nas reuniões e o esclarecimento das dúvidas da equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) sobre como lidar com os usuários possibilita a reflexão sobre os antigos estigmas de atendimento às pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais, alicerçados em conceitos mais humanizados, ampliando a visão do cuidado psicossocial e da rede que os atende.

Palavras-chave: Saúde Mental, Atenção Básica, Matriciamento, corresponsabilidade, desinstitucionalização.

ABSTRACT

Matriciamento in mental health with its proposal of integration of Mental Health in primary care constitutes an important strategy of articulation and sharing of knowledge and practices for the realization of the purposes of Sanitary Reform and Psychiatric Reform. It is a practice in the process of construction in the network, which needs to be constantly analyzed so that it can be affirmed as an important strategy for Health Promotion and the deinstitutionalization of care, contrary to the capitalist logic, based on individualism, competitiveness and social segregation. The objective of this work is to report the experience of a professional of the Center for Psychosocial Care - CAPS I of the municipality of Cláudio, a member of a team implanted with this proposal, which became relevant, since it was an initiative of the service to prioritize the users in crisis, to the detriment of the large number of stabilized users who were being treated on an outpatient basis. It is understood that matriciamento is the way for the user to be served throughout the territory, not only as a user with disorder, but as a citizen who needs comprehensive care. The exchange of experiences at the meetings and the clarification of the doubts of the staff of the Basic Health Unit (UBS) on how to deal with users makes possible the reflection on the old stigmas of care for people with suffering and / or mental disorders, based on more the psychosocial care and the network that serves them.

Keywords: Mental Health, Basic Attention, Matriciamento, co-responsibility, deinstitutionalization.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário De Saúde
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial do tipo I
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMC	Prefeitura Municipal de Cláudio
PAM	Pronto Atendimento Municipal
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de danos
RS	Rio Grande do Sul
SERSAM	Serviço de Referência em Saúde Mental
SRS	Superintendência Regional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TR	Técnico de Referência
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS GERAIS	16
3	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
4	DESCRIÇÃO DO CENÁRIO	16
5	DESENVOLVIMENTO	21
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

INTRODUÇÃO

A assistência em Saúde Mental, antes da década de 1980, era pautada em um modelo assistencial que tinha como foco o tratamento em unidades hospitalares e trabalhar em saúde mental era o mesmo que trabalhar em hospícios, ambulatórios e emergências psiquiátricas. Era trabalhar em ambientes fechados e desumanos que promoviam a segregação e o isolamento de indivíduos considerados loucos e agressivos.

A mudança de paradigma no Brasil foi contemporânea à Reforma Sanitária, na década de 1970, tendo ressonância a partir das políticas públicas cujo marco teórico e político foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), culminando na 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) (BRASIL, 2005; HIRDES, 2009).

Esse movimento social teve ainda como sustentação a *Declaração de Caracas*, fundamental para as reformas na atenção à saúde nas Américas, aprovada na última sessão da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica, realizada em Caracas, na Venezuela, em 1990 (BOARINI, 2006).

Cabe ressaltar que a Reforma Psiquiátrica no Brasil teve como inspiração a experiência italiana da desinstitucionalização, a qual se baseou em um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais relacionados às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes (BRASIL, 2005).

No Brasil, a Rede de atenção em Saúde Mental é constituída pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), residências terapêuticas, centros de convivência, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, atendimentos em Saúde Mental na rede básica de saúde etc.

Essa rede está integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), o qual é regulamentado pelas leis 8.080/90 e 8.142/90. Conforme o capítulo II, art. 7º da lei 8.080/90, os princípios norteadores do SUS são: a universalidade de acesso aos serviços de saúde; a equidade no atendimento; a integralidade da atenção; a descentralização político-administrativa; a resolutividade; participação e controle da sociedade civil, entre outros (BRASIL, 2005).

Um dos principais conceitos difundidos por esse referencial é o de "desinstitucionalização", entendido não apenas como desospitalização, como explicita Melman:

Para a psiquiatria democrática italiana, o processo de desinstitucionalização não podia ser reduzido ao simples fechamento dos velhos, sujos e violentos hospícios. Mais do que derrubar paredes, muros e grades, desinstitucionalizar significava desmontar estruturas mentais (formas de olhar) que se coisificam e se transformam em instituições sociais (2001, p. 59).

Compreender o território onde as pessoas vivem requer mudanças de olhares, ações e investimentos. Transitar pelo território subjetivo das pessoas e modificá-lo é também formar relações de confiança e vínculo, de cuidado, de disponibilidade e de afetividade. O território, para Milton Santos (2002), é um objeto dinâmico, vivo e de inter-relações. Engloba as características físicas de uma dada área, bem como as marcas e relações produzidas pelo homem.

No início da década de 1980, várias cidades brasileiras começaram a implantar Ambulatórios de Saúde Mental para atender a diversas demandas. No entanto, o próprio Movimento da Reforma Psiquiátrica critica esse modelo, que é desterritorializado e estruturado em especialidades, oferecendo atendimento muito individualizado e descontextualizado. Uma parte desses ambulatórios foi substituída pelos CAPS e o restante continua operando, sendo caracterizados por suas longas filas de espera para consultas e terapia individual.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), o CAPS tipo I é um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS, lugar de referência e tratamento para pessoas de todas as faixas etárias que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e inclui aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, cuja severidade ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida, realizando acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Em pesquisa bibliográfica (Onocko Campos, 2009) realizada percebeu-se que a partir de 2004 há um aumento da quantidade de artigos que tratam do tema Saúde Mental na Atenção Básica (AB). Este aumento parece estar relacionado ao fortalecimento das Políticas Públicas (Brasil, 2007), de fechamento de leitos psiquiátricos por um lado e aumento dos CAPS de outro. O reordenamento do cuidado à saúde mental dos casos graves parece ter consequências na AB. O usuário do CAPS começa a frequentar mais o território trazendo demandas para a AB. Por outro lado, vai ficando cada vez mais claro a existência de uma lacuna no que diz respeito ao atendimento dos casos menos graves.

Entende-se que a discussão a respeito do papel da AB na área de Saúde Mental, precisa levar em conta alguns aspectos que estão além da identificação e tratamento dos usuários diagnosticados como sendo da saúde mental. É importante pensarmos que a atenção básica e, mais especificamente, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) possuem

características que facilitam um acompanhamento longitudinal da problemática do usuário. O fato de estar no território e possuir profissionais que têm um conhecimento da história, da dinâmica familiar, das condições de vida e de habitação, podem ser utilizados como potência para o tratamento ou pode se tornar instrumento de ampliação da estigmatização e controle da população.

A partir de 1994, o MS adota o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia para a AB. O PSF se torna o eixo estruturante dos sistemas municipais de saúde, visando a reordenar e a promover a transformação do modelo tradicional, buscando maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais. O programa é operacionalizado através da implantação de equipes multidisciplinares em unidades básicas que são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias de uma área geográfica delimitada. O PSF aposta na aproximação da saúde com a comunidade e destaca a importância de se estabelecer um vínculo. As equipes desenvolvem ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes.

O trabalho no território é muito valorizado, principalmente pela participação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) que tem papel fundamental nas equipes em conjunto com a Saúde Mental, pois detém poder de entrada e vínculo, além de contribuir para a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) pautados na cidadania, no local de adoecimento e sofrimento das pessoas, bem como na busca de novos caminhos.

A implantação desse modelo encontra desafios e dificuldades relacionados principalmente à capacitação do profissional que atua diretamente nos locais. É importante salientar que o profissional da Saúde Mental não faz parte da equipe mínima do PSF, que é composta, no mínimo, por médico de família, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico em higiene dental. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de 3.000 a 4.500 pessoas, ou de 1.000 famílias de uma determinada área, que passam a ter corresponsabilidade no cuidado à saúde.

Atualmente, o PSF é definido como ESF, em vez de ser um programa, visto que este termo aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. Contudo, ambos têm o mesmo sentido, de atenção às famílias. A criação da ESF tem sido apontada como um modo de promover a transformação do modelo tradicional de atenção à Saúde, valorizando o trabalho multidisciplinar, buscando aproximar as ações do território, fortalecendo o vínculo entre equipe de saúde e população e fortalecendo o trabalho de prevenção de doenças e de promoção da Saúde (SANTANA & CARMAGNANI, 2001).

No entanto, constata-se um distanciamento entre o que é preconizado pelas políticas públicas e o que acontece na prática. Na ESF as práticas de Saúde Mental ainda são incipientes, não conseguindo superar o modelo biomédico dominante, com profissionais despreparados para entender o universo da Saúde Mental e que um desconhecimento dos profissionais a respeito da Reforma Psiquiátrica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Daí a importância de capacitação que evitaria uma série de posturas inadequadas tais como: ações normatizadoras e hospitalocêntricas; ações de cunho discriminatório, moralistas e repressivas; infantilização; medicalização do sofrimento psíquico; expectativas de comportamento agressivo, dificuldades de tratar os problemas físicos dos usuários com transtornos mentais, dentre outras (MATTOS, 2001).

Uma pesquisa do MS (2007) mostra que 56% das equipes de Saúde da Família afirmam realizar “alguma ação de Saúde Mental”. Por sua proximidade com as famílias e as comunidades, essas equipes se constituem como um recurso estratégico para o enfrentamento das diversas formas de sofrimento psíquico. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o MS estimam ainda que quase 80% dos usuários encaminhados aos profissionais de Saúde Mental não trazem, a priori, uma demanda específica que justifique a necessidade de atenção especializada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A AB tem importante papel na assistência a certas demandas em Saúde Mental. O MS avalia que cerca de 9% da população apresenta transtornos mentais leves e de 6 a 8% apresenta transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, pelos quais a AB deve se responsabilizar (MATTOS, 2001).

Refletir sobre a Saúde Mental na AB é uma tarefa bastante complexa, pois é um campo bastante amplo que comporta diversos elementos, extrapolando a questão da assistência, incluindo aspectos da organização sócio cultural e psíquica que sustenta estas relações. Significa de um lado, identificar os usuários que possuem problemas já instalados e que apresentam um grau de sofrimento que justifica uma intervenção mais especializada. Há necessidade de uma organização da rede para lidar com estes casos e principalmente a definição de quem vai se responsabilizar por eles.

Em janeiro de 2008, o MS lançou a portaria 154, substituindo a 2488/2011 da Política Nacional da Atenção Básica – PNAB, que criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), previsto na Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, e que dispõe sobre a integralidade da atenção como diretriz do SUS, cuja finalidade é de ampliar a abrangência e a resolubilidade da Atenção à Saúde. A portaria determina que, na equipe do NASF, pelo menos um profissional deve ser da área da Saúde Mental, indicando ainda outros

profissionais que não estão contemplados dentro da equipe mínima da ESF, sendo destinados a fazer o matriciamento das equipes.

O NASF é uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na AB/Saúde da Família. Seus requisitos são, além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de ESF e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família. Deve estar comprometido, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da ESF e entre sua própria equipe (NASF), incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde (CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA - CAB 27 - Diretrizes do NASF, 2010, págs. 10-11).

Uma das propostas da equipe NASF é realizar o apoio matricial ou matriciamento em Saúde Mental nas ESF.

Entende-se por “matriciamento ou apoio matricial” o suporte realizado por profissionais, num novo modo de produzir saúde, em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (Ministério da Saúde, 2011, p. 13).

O apoio matricial, formulado por Gastão Wagner em 1999, tem possibilitado, no Brasil, um cuidado colaborativo entre a Saúde Mental e a atenção primária (Ministério da Saúde, 2011 p. 13), e essa relação amplia a possibilidade de realizar a clínica ampliada, a integração e diálogo entre diferentes especialidades e profissões (CAMPOS e GAMA apud Ministério da Saúde, 2011).

Dentro do apoio matricial, os profissionais (NASF e ESF) irão compartilhar os seus saberes, ampliando a resolução dos problemas. O intuito do matriciamento é compartilhar os cuidados psicossociais em pessoas que apresentam sofrimento psíquico com outros profissionais não especialistas em Saúde Mental, em especial com aqueles vinculados às Unidades Básicas de Saúde (UBS)/ESF.

Nesse sentido, cabe debater sobre a clínica ampliada, que vai ao encontro de proporcionar ao usuário a integralidade na atenção, uma vez que busca constituir as diferentes abordagens para manejar, de forma resolutiva, as complexidades relacionadas ao processo saúde-doença. Dessa forma, a clínica ampliada tem o seu norte na conversação e no compartilhamento entre os saberes, sendo que “este compartilhamento vai tanto à direção da

equipe de saúde, dos serviços de saúde e a da ação intersetorial, como no sentido dos usuários” (BRASIL, 2009, p. 15).

A integralidade da qual aqui se fala vai ao encontro de entender o usuário como um todo. Com isso, o acolhimento se torna importante instrumento de cuidado com o usuário e a proposta é a de que os profissionais das UBS possam amparar os casos de Saúde Mental.

É importante atrelar a ideia da clínica ampliada ao conceito do PTS que, como o nome sugere, busca a singularidade, a diferença, como elemento central. O PTS é de grande relevância, tendo em vista que parte das necessidades de cada usuário e estabelece, entre o Técnico de Referência (TR) - que é o profissional com maior vínculo com o usuário, o usuário e sua família e/ou responsável, novos projetos baseados nas habilidades e potencialidades desses sujeitos. A clínica ampliada e o PTS estão inseridos e são estratégicos para a proposta do apoio matricial (BRASIL, 2009; SOARES, 2005).

O espaço das reuniões de apoio matricial ou reuniões de matriciamento nas ESF deve ser entendido como estratégico para se fazer a aproximação entre Saúde Mental e AB, uma vez que, se o usuário habita naquela região, tem de fazer parte das ações daquele serviço. O processo de reabilitação psicossocial deve privilegiar o território onde o usuário habita. Mesmo se utiliza equipamentos como o CAPS, Centro de Convivência, entre outros, ele continua sendo daquele território e deve ser incluído nas ações de saúde.

A estratégia de começar com o matriciamento no município de Cláudio foi a partir da necessidade de se fomentar o fortalecimento da rede, bem como de organizar o fluxo de encaminhamentos à Saúde Mental do município, uma vez que o serviço estava recebendo muitos casos que não eram de sua especificidade, e dos quais a UBS poderia dar conta.

Os profissionais do CAPS I São Camilo do município de Cláudio/MG apostaram nessa estratégia do apoio matricial que se configura como um suporte técnico especializado ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações. O matriciamento em Saúde Mental na ESF possui grande importância para a terapêutica e tem papel de suma importância na realidade atual da cidade.

A atenção em Saúde Mental deve também visar à construção da rede de cuidados junto às UBS, desviando a lógica de encaminhamentos indeterminados para uma lógica de responsabilização. Para tanto, foi construída, junto à rede de saúde do município de Cláudio, uma forma própria de atuar de acordo com as peculiaridades deste, enfrentando inúmeras dificuldades, tais como a resistência dos profissionais da rede básica em trabalhar com pessoas em sofrimento psíquico. No entanto, houve também conquistas relacionadas à

identificação de que as ações começaram a organizar a rede de atenção em Saúde Mental local.

Este projeto de conclusão de curso é um relato de experiência da implantação das reuniões de matriciamento de Saúde Mental na AB no município de Cláudio, no qual descreve a vivência da autora desde o início da implantação. Entender este dispositivo como uma ferramenta indispensável para a condução do trabalho é muito importante, pois este entendimento ajudará na ampliação do olhar a respeito da importância da AB na saúde psíquica da população e permitirá o aparecimento ou reconhecimento de certas práticas fundamentais para a implementação de um modelo de Saúde Mental.

OBJETIVO GERAL

Relatar o processo de implantação da estratégia de Matriciamento em Saúde Mental na Atenção básica no município de Cláudio, MG.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Contextualizar a forma com que é desenvolvido o matriciamento em Saúde Mental na Atenção Básica no município de Cláudio;

Descrever as possibilidades e desafios do apoio matricial.

DESCRIÇÃO DO CENÁRIO

Cláudio é um município do interior de Minas Gerais. Localiza-se a uma latitude 20°26'36" sul e a uma longitude 44°45'57" oeste, estando a uma altitude de 832 metros. Localizado a 170 km da capital, Belo Horizonte, com estimativa de 28 mil habitantes. Faz parte da macrorregião Oeste, que abrange cinquenta e cinco municípios, tendo como sede Divinópolis, e da microrregião de Divinópolis (IBGE, 2010).

A cidade de Cláudio é conhecida mundialmente como o “Maior Polo de Fundições e Metalúrgicas da América Latina”. Possui um número invejável de Indústrias do setor. São

mais de 80 empresas gerando empregos no município e região. Cláudio destaca-se na produção de móveis em alumínio, peças de ferro fundido e outros. A cidade também é conhecida por ser a "cidade dos apelidos", pois a maioria de seus habitantes possui algum apelido (Prefeitura Municipal de Cláudio - PMC, 2017).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas de Cláudio está em processo incipiente de construção, contando com os seguintes componentes: AB, com sete unidades de ESF's, que contam com apoio de uma equipe do NASF e uma UBS; Atenção Psicossocial Especializada, com um CAPS I, um ambulatório de psiquiatria (um psiquiatra que atende cinquenta consultas/mês), um núcleo de apoio psicológico (uma psicóloga que atende vinte horas/semanais); Atenção de Urgência e Emergência, com um CAPS, uma unidade de Pronto Atendimento Municipal (PAM). Um leito de Saúde Mental no hospital geral (Leito de Retaguarda).

O marco estratégico da Saúde Mental no município ocorreu em 2010, especificamente no dia 01/04/2010 com a abertura do CAPS tipo I, que conta com uma equipe multiprofissional e interdisciplinar: uma enfermeira/coordenadora/responsável técnica (40 h/semanais); dois técnicos de enfermagem (40 h/semanais cada); uma psicóloga (20 h/semanais); uma psicóloga supervisora de PTS (30 h/semanais); um terapeuta ocupacional (20 h/semanais); uma assistente social (30 h/semanais); um psiquiatra (04 h/semanais); um cuidador em saúde (20 h/semanais); um auxiliar administrativo (40 h/semanais); uma auxiliar de serviços gerais (40 h/semanais); uma estagiária digitadora/responsável pela produção (25 h/semanais). Essa conquista foi resultado de um processo iniciado a partir das primeiras necessidades municipais em atender às políticas do MS e da Reforma Psiquiátrica Brasileira, na forma do Projeto de Lei 20.216 de 2001, objetivando substituir o modelo hospitalocêntrico e favorecer a reinserção social do sujeito com transtorno mental.

O CAPS funciona no horário de 07:00 (sete) às 17:00 (dezessete) horas, de segunda a sexta-feira. Mantém sua proposta sendo um serviço de meio aberto e que tem por objetivo propiciar o máximo de aproximação e reinserção social no território. Prioriza-se não só que os usuários estejam envolvidos no tratamento, mas também que seus familiares sejam participativos nas discussões e encontros, fazendo a inserção do sujeito no mundo a partir de contatos interpessoais, oficinas, atendimentos, grupos, ações que fortaleçam a cidadania e troca de referências socioculturais.

Atualmente, as crises são atendidas no CAPS local e/ou no PAM. Durante o horário de expediente há sempre um profissional responsável pela primeira escuta. Desta forma, é possível que ocorra o acolhimento inicial de imediato, sem a necessidade de agendamentos prévios. Quando necessário os usuários são encaminhados para o hospital psiquiátrico Galba Veloso, em Belo Horizonte, há 150 km de distância do município de Cláudio. Esses hospitais ainda são referência para os casos de crise que oriundam dos municípios do interior do Estado. No município essa necessidade é rara, mas às vezes necessária. De acordo com a Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso abusivo e prejudicial de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da RAPS, o município foi contemplado com um leito de Saúde Mental no hospital geral.

No município também existe o ambulatório de Saúde Mental, com atendimentos através de agendamento prévio, seguindo os modelos tradicionais de assistência, não possibilitando atendimento emergencial para psicoses e neuroses graves, tão pouco oferecendo oficinas terapêuticas ou outro serviço semelhante. Os casos de sofrimento mental que necessitam de atendimentos individuais, mas que não se apresentam como crises, são referenciados para esse serviço, bem como aqueles usuários que precisam somente de uma avaliação psiquiátrica. Casos de psicoses e neuroses graves, com quadros estabilizados, são referenciados para o psiquiatra. A priorização de investimentos em serviços de tratamento ambulatorial fere os princípios de nossa Política Nacional de Saúde Mental, orquestrada pela Lei Federal 10.216/2001, de cuidado em liberdade, articulado no território e envolvendo a comunidade. Os casos “leves”, de Saúde Mental ficam com a atenção das ESF’s com apoio do NASF. A equipe de Saúde Mental do município tenta conceber uma reconstrução do modelo de assistência do ambulatório, pois o SUS não prevê psicoterapia individual, mas, devido a questões políticas, esse serviço está em funcionamento.

Em 2013 foi implantado o NASF no município, sendo formado por profissionais que já atendiam na rede. É composto pela coordenadora, que também é a coordenadora da atenção básica, um psicólogo (20 h/semanais), uma assistente social (30 h/semanais), uma fisioterapeuta (20 h/semanais), um nutricionista (40 h/semanais dividido com atendimento nas escolas municipais), um fonoaudiólogo (20 h/semanais) e uma educadora física (20 h/semanais). Criado com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, o NASF deve buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente por intermédio da ampliação da clínica,

auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários e ambientais, dentro dos territórios.

Os profissionais do NASF apresentam em suas agendas, dias específicos para deslocarem em cada ESF, onde os profissionais destas informam às suas necessidades, que muitas das vezes o NASF não dá o apoio e sim fazem pelos profissionais das ESF's.

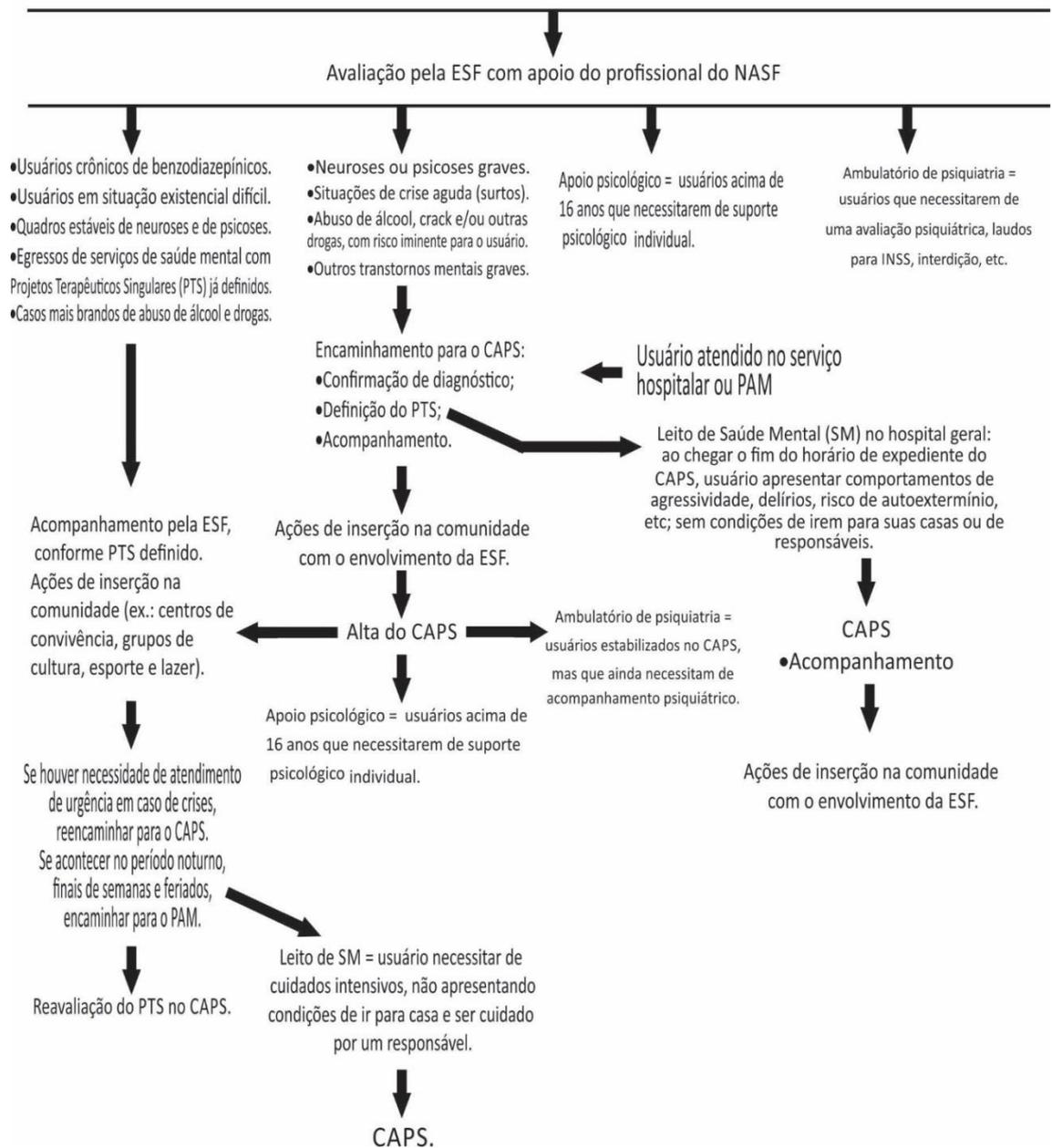
Abaixo segue quadro 1 com fluxograma: RAPS do Município de Cláudio/MG.

Quadro 1 – Fluxograma RAPS do município de Cláudio/MG

FLUXOGRAMA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA CIDADE DE CLÁUDIO/MG

Usuário é identificado na Visita Domiciliar ou acolhido na UBS com o seguinte perfil:

- Uso crônico de benzodiazepínicos ou antidepressivos;
- Neuroses ou psicoses;
- Uso de álcool, crack e/ou outra droga;
- Egressos de serviços de Saúde mental;
- Usuários “problemáticos”;
- Usuários em “crise”;
- Outras queixas similares.



DESENVOLVIMENTO

O desejo de realizar o matriciamento pelos profissionais do CAPS já existia, mas foi a partir do que aprendemos no “Percurso Formativo na RAPS: intercâmbio e troca de experiências”, que a articulação da Saúde Mental com a AB começou a se delinear no município. Esta “qualificação de profissionais da RAPS” veio proporcionar aos profissionais do município câmbios importantes de experiências e conhecimentos, mudanças de paradigmas e enriquecimento de ações no âmbito da Saúde Mental na AB (representando o eixo do projeto). Composto por 10 (dez) módulos de um mês. Foi estabelecido que, a cada módulo, uma dupla de profissionais permanecia em São Lourenço do Sul (RS), para intercâmbio. Antes de irem, os profissionais passaram por Oficinas Preparatórias e, posteriormente, tinham a função de multiplicar seus aprendizados na RAPS local. À medida que os profissionais iam para o intercâmbio e voltavam com mais conhecimentos a respeito, o trabalho em rede foi sendo mais efetivado. Houve também um amadurecimento da Reunião de Rede Intersetorial, que é outra ferramenta potente do município e onde discutiam casos de usuários; esta passou a precisar de menos tempo para a discussão de conceitos básicos, dedicando-se mais a pensar as políticas públicas locais.

A vivência do Percurso Formativo na RAPS de São Lourenço do Sul/RS, foi grandiosamente enriquecedora, possibilitou diversos afetamentos e várias mudanças na maneira de produzir o cuidado, não somente na Saúde Mental na Atenção Básica, mas em toda rede intersetorial do município de Cláudio/MG.

A equipe de Saúde Mental da cidade de Cláudio/MG considera-se fruto colhido a partir das experiências vivenciadas, o apoio matricial na AB. Iniciou-se no ano de 2015, fruto de uma parceria entre NASF e CAPS. As reuniões ocorrem mensalmente nas sete equipes da ESF apoiadas pelo NASF e consiste na discussão de casos com participação de profissionais do NASF, CAPS e ESF. A partir da reunião, são traçados PTS conjuntos, realizadas visitas domiciliares, consultas compartilhadas e estímulo à formação de grupos terapêuticos nas unidades. Para isso foi dividido a equipe do CAPS e NASF entre as ESF's. Por isso, cada ESF tem um representante da equipe do CAPS e um representante da equipe do NASF, que recebe o nome de Técnico de Referência (TR).

No Manual dos CAPS, elaborado pelo Ministério da Saúde (2004), o técnico de referência é definido como aquele que tem como responsabilidade o monitoramento do usuário, o projeto terapêutico individual, o contato com a família e a avaliação das metas

traçadas no projeto. Furtado e Miranda (2006) acrescentam que o dispositivo técnico de referência constitui uma aproximação entre o profissional ou equipe a certo número de usuários, ocasionando uma assistência de modo singular por meio de um projeto terapêutico individual.

Como primeira ação direta ao projeto de implantação do Matriciamento os profissionais do CAPS se prepararam, nas reuniões de equipe, com espaço de educação contínua com “Oficinas de Capacitação sobre o Matriciamento na AB”. Posteriormente, deu início à ação, aproveitando os primeiros encontros para difundir a educação permanente a respeito do assunto de matriciamento. A equipe do CAPS realiza, um turno por semana, na terça-feira à tarde, a sua reunião de equipe, que acontece de portas fechadas, mas, ainda assim, são atendidos a todos os telefonemas e também a urgências e emergências. Uma situação de urgência é quando existe a necessidade de um atendimento com rapidez, na proporção da gravidade, mas sem risco eminente à saúde. Já a emergência corresponde a toda situação que envolve risco de morte. Como o acontecimento das reuniões no serviço já estava incorporado ao seu funcionamento, foi difícil para que a equipe matricial entendesse a dificuldade dos ESF's de separarem um momento em que parassem para pensar sobre o processo de trabalho, sobre os usuários e sobre o compartilhamento das produções.

As reuniões de matriciamento estão sendo conduzidas pelos TR do NASF nas ESF's e os TR do CAPS para as ESF's estão participando de acordo com necessidade. Os casos são levados pela equipe das ESF's para discussão e juntos estabelecem as possibilidades de PTS que poderão ser acordados com o usuário posteriormente. São casos identificados pelas equipes da AB que necessitem de uma ampliação da clínica em relação às questões subjetivas. Se for algum usuário que já estiver em tratamento no CAPS ou no ambulatório, os matriciadores se inteiram do caso e discutem. O CAPS também levam casos clínicos para discussão, são casos que já estão caminhando para alta e continuidade de acompanhamento nas ESF's ou que estão necessitando de suporte para conduzir o PTS.

Nas reuniões de apoio matricial podem surgir dúvidas e necessidade de outros órgãos presentes. Assim, são divididas funções de quem fará contato e na próxima reunião esses órgãos participam. Caso seja um assunto de maior importância já é agendada reunião o mais breve possível.

Essa urgência do CAPS em iniciar o matriciamento trouxe alguns gargalos para algumas unidades e profissionais. Algumas ESF's viam as reuniões como “do CAPS”, talvez

pelas reuniões ocorrerem nas ESF's. No próprio espaço do matriciamento essa questão foi tentada ser desmistificada, assim como o espaço da reunião ser para toda a equipe e com a unidade fechada. Conseguimos avançar em algumas unidades.

No final de 2016, mais especificamente em novembro as reuniões de matriciamento começaram a não acontecer, devido várias dificuldades. O município estaria realizando concurso público e a maioria do quadro dos profissionais da AB sairia. Aconteceu o concurso público mais até março de 2017 tinha equipes desfalcadas de funcionários. No primeiro semestre de 2017, foi começado a se pensar em capacitações para os profissionais da rede. Foi quando a gestão anunciou que o município teria uma série de capacitações em Saúde Mental através de uma empresa terceirizada. Solicitado a coordenação de Saúde Mental, álcool e/ou outras drogas para dar prioridade no assunto “apoio matricial”, para que tal ação fosse iniciada. O assunto foi abordado nas capacitações do mês de agosto e a partir de então ficou estabelecido que a ESF juntamente com o TR do NASF, que é o representante de tal unidade, começariam as reuniões de matriciamento na AB e o CAPS iria participar somente quando tivesse necessidade.

Um fator importante é que essas reuniões de matriciamento são valorizadas pelos gestores, que participam vez ou outra, o que proporciona a todos os atores envolvidos no cuidado um atendimento mais humanizado, pautado no respeito e na valorização dos sujeitos. Pode-se pensar que a presença e mesmo a valorização dos gestores nessa prática implica no processo do matriciamento, no sentido de responsabilizar os profissionais e de trabalhar o comprometimento da rede básica de saúde em relação à Saúde Mental.

É importante ressaltar que todos os profissionais do NASF trabalham a Saúde Mental, conduzem as reuniões de matriciamento juntamente com os gerentes das unidades de ESF's.

O trabalho do matriciamento em Saúde Mental em Cláudio ocorre também no PAM e no hospital geral (Santa Casa de Misericórdia). Apesar da unidade do PAM não ser uma UBS, ela faz parte da rede de Saúde Mental, e realiza de forma indiscriminada os encaminhamentos ao CAPS, ou solicita que algum profissional do CAPS se dirija ao PAM para “manejar” o usuário com sofrimento psíquico. Com isso, a equipe do CAPS sugeriu que fosse realizada capacitação e matriciamento com os profissionais que trabalham no PAM.

Assim, foram marcadas reuniões de capacitação com a equipe da Santa Casa e PAM, realizadas pela coordenadora e uma psicóloga do CAPS, com duração de 4 (quatro) horas, acontecendo na sala de reuniões do hospital. Pretendia-se continuar com a capacitação em

outros períodos de dias, para alcançar todos os trabalhadores, pensando nas dificuldades que os plantões representavam, mas, como a participação da primeira capacitação foi muito inferior à metade do quadro de funcionários, por decisão da gestora de saúde, não foram realizadas mais capacitações. Os diálogos e o contato continuaram até o surgimento e a aceitação do matriciamento.

O matriciamento ocorre no dia-a-dia, o contato telefônico é muito frequente com os TR para resolver algum caso mais urgente que não tem condições de esperar a reunião de apoio matricial. Os próprios ACS nas visitas domiciliares quando percebem algum usuário com comportamento diferente, faz contato no CAPS e são orientados a uma conduta a ser tomada.

Os problemas a princípio foram de resistência de alguns profissionais da AB quanto à mudança no direcionamento de suas ações, principalmente porque em algumas equipes não havia as reuniões de equipe. Existe uma preocupação da equipe da ESF com a agenda, tais como o número de usuários a ser atendidos, fazendo com que parte da equipe não participasse, (principalmente a não participação dos médicos) e que fosse interrompida várias vezes pela presença de usuários, pois a unidade não fechava.

Outro complicador é a falta de capacitação da equipe com muitos estigmas e preconceitos, alguns percebiam e ainda percebem como mais uma tarefa a desempenhar e/ou também com a resistência de atender a usuários da Saúde Mental. A maioria dos funcionários não percebe o significado do matriciamento, é notável o despreparo e a desmotivação dos profissionais de saúde para produzir ações centradas na atenção às relações humanas, na produção de vínculos, no acolhimento, bem como na autonomia do usuário no cuidado de si. A realidade observada mostra ações focadas no atendimento individual, no tratamento medicamentoso e em procedimentos que são próprios dos profissionais, como as consultas, visitas domiciliares, aplicação de vacinas ou curativos.

Em relação à equipe matriciadora a dificuldade enfrentada é a de locomoção, o transporte para levar os funcionários do NASF e CAPS até as ESF's e também para realizar atividades em conjunto, por exemplo, a realização das visitas domiciliares e outras ações no território.

E um complicador mais importante é a imensa rotatividade da equipe, principalmente médicos e ACS. A equipe matriciadora fica atenta nesse quesito e principalmente por ter que trabalhar a capacitação desses profissionais no espaço do matriciamento.

Apesar de os obstáculos supracitados interferirem profundamente na implantação do apoio matricial, dificultando, assim, sua função de interlocutor entre a Saúde Mental e a atenção primária, há muitos aspectos positivos que o confirmam como potente instrumento de cuidado colaborativo entre os profissionais que compõem uma rede de saúde. O apoio matricial tem, como um de seus pontos fortes, o potencial de ser um dispositivo articulador da rede, não apenas promovendo a corresponsabilização nos diversos níveis de organização, mas também apoiando as equipes de ESF nas demandas cotidianas, além de contribuir na construção de ações de Saúde Mental no território. Facilita, ainda, a elaboração de novos processos de trabalho, com enfoque multidisciplinar, possibilitando espaços de troca de experiências, conhecimentos, discussões e encontros que viabilizam a formação de projetos terapêuticos singularizados e de cuidado criativo.

O apoio matricial propicia também a construção coletiva de saberes em Saúde Mental, garantindo espaço de cuidado aos ACS, fomentando a implantação de redes do cotidiano, possibilitando, dessa forma, aos serviços e aos profissionais, uma maior aceitação e compreensão da Saúde Mental na atenção primária (MORAIS, 2012; SILVA, 2012; CARNEIRO, 2009). Além disso, o trabalho em conjunto ajuda os profissionais a se sentirem mais seguros e a perceberem que não estão sozinhos para resolver os casos, que podem compartilhar responsabilidades e se fortalecerem para lidar melhor com situações do dia a dia (DELFINI, 2012).

“A partir do aumento da resolutividade, conseguida por meio do apoio matricial, ocorre, por consequência, a diminuição das interconsultas e, principalmente, os encaminhamentos desnecessários ao especialista” (AROMA, 2009). “Assim, o apoio matricial se mostra como um potente instrumento de definição de fluxos, qualificação das equipes e promoção de uma assistência conjunta e compartilhada” (CUNHA, 2011; PINTO, 2012; DELFINI, 2012; CAMPOS, 2011).

O que se percebe, desde o início do apoio ao cuidado em Saúde Mental na rede básica de Cláudio, é que a demanda que necessita de acesso ao serviço especializado (CAPS) foi organizada pela atenção básica, de maneira que somente casos graves, que ultrapassem os limites de ação da unidade, são encaminhados. Assim, é dada a possibilidade de o CAPS absorver e ofertar melhores cuidados em Saúde Mental. Com essa consciência de que os usuários são do território, e não deste ou daquele serviço, os pontos de atenção da RAPS têm trabalhado com a responsabilidade compartilhada dos casos, construindo PTS e englobando os diversos dispositivos setoriais e intersetoriais.

A RAPS de Cláudio ganhou mais movimento e aquecimento, otimizando o cuidado e implicando os profissionais que não se sentem mais “sozinhos” no cuidado, tendo agora uma infinidade de parceiros. O acesso ao atendimento e ao amparo vem se tornando a cada dia mais potente, porém, quanto maior o acesso dos usuários, maiores os desafios dos profissionais, para dar conta da complexidade que se coloca na singularidade de cada sujeito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendendo que a rede não é feita por pontos de atenção, mas pelos sujeitos que neles estão e pela maneira como se encontram, faz-se necessário, a ampliação de conhecimentos, que as trocas sejam constantes. É preciso que os componentes da rede se entrelacem e se interliguem.

O caminho percorrido é permeado por avanços, retrocessos e frustrações, com todos os percalços que uma prática nova impõe, tais como ansiedade, cansaço e descrédito. Por ser um percurso recente no município, há muito ainda o que fazer. Todas as inquietações e incertezas geradas fazem parte desse momento de mudança e muitas questões precisam ser estudadas com maior profundidade e abrangência para apreensão do caminho em curso. Entretanto, as ricas possibilidades já podem ser percebidas com indicações de que é preciso investir e acreditar nessa potencialidade.

A mudança na forma de tratamento para aqueles com transtorno mental grave no território precisa ser almejada no cotidiano dos serviços. Se, antes, alguns se encontravam aprisionados dentro de suas casas, hoje eles já circulam nas ruas (em alguns casos apenas para pegar a medicação, mas circulam). A partir daí, são despertadas diversas reações que podem impulsionar a equipe a trabalhar e a perceber o sentido das ações de Saúde Mental na atenção básica.

Em suma, o matriciamento tem nos indicado um modelo de atenção baseado no cuidado compartilhado entre diferentes níveis de atenção, gerando uma corresponsabilização da coordenação do cuidado. A aposta nessa aproximação tem significado desinstitucionalizar e, assim, transformar a produção do cuidado no território.

Além disso, a partir do momento em que todos os trabalhadores da saúde passarem a utilizar o apoio matricial efetivamente como uma nova maneira de produzir saúde de forma compartilhada, permanecendo a responsabilização pelo usuário com a atenção primária,

contribuiremos para reforçar a importância da ESF como organizadora da atenção primária e principal porta de entrada do sistema.

Trabalhar em um CAPS e ter a possibilidade de intervir na expansão da rede substitutiva ao hospital psiquiátrico, bem como o fortalecimento da Saúde Mental na rede básica, é assumir um papel de agente de mudança, capaz de olhar o sujeito na sua integralidade, e que resulte, assim, na promoção de sua autonomia. Contudo, não é possível expandir as ofertas deste trabalho sem que haja a compartimentalização dos saberes e fazeres, significando e recriando a cultura dia após dia.

Com este estudo, buscou-se dar maior visibilidade aos princípios que cercam o apoio matricial no contexto da Saúde Mental, mostrando seus limites e possibilidades e promovendo a divulgação de experiências exitosas neste campo para o município de Cláudio/MG.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AROMA, EC. *Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari*. Saúde Soc. 2009; 18(Supl. 1): 26-36.
- BOARINI, M. L. *A loucura no leito de Procusto*. Maringá: Dental Press, 2006.
- BRASIL. *Atenção básica e saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>>. Acesso em 14 de dez. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Série A. Normas e Manuais Técnicos*. Cadernos de Atenção Básica, nº 27. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica; 2009.
- CAMPOS, RO; Gama CA; FERRER AL, Santos; DVD, Stefanello S; TRAPÉ, TL; et al. *Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira*. Ciênc Saúde Coletiva. 2011; 16(12): 4643-52.
- CARNEIRO, AC; OLIVEIRA, ACM; SANTOS, MMS; ALVES, MS; SANTOS, JE. *Saúde mental e atenção primária: uma experiência com agentes comunitários de saúde em Salvador-BA*. Revista Bras Promoç Saúde. 2009; 22(4): 264-71.
- CUNHA, GT; CAMPOS, GWS. *Apoio matricial e atenção primária em saúde*. Saúde Soc. 2011; 20(4):961-70.
- DELFINI, PSS; REIS, AOA. *Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infatojuvenil*. Cad. Saúde Pública. 2012; 28(2): 357-66.
- FURTADO, J. P.; MIRANDA, L. *O dispositivo "técnicos de referência" nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana*. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, ano IX, n. 3, p. 508-524, set. 2006.
- HIRDES, Alice. *A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão*. Ciência & Saúde Coletiva, vol. 14, n. 1. 2009. p. 297-305.
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010. Resultado dos Dados Preliminares do Censo – 2010. www.ibge.gov.br/cidade@. Acesso em 13 de jan. 2018.
- MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos*. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MELMAN, J. *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Guia Prático de Matriciamento em Saúde*. Ano: 2011. Disponível em: <www.unisite.ms.gov.br>. Acesso em: 13 de jan. de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde Mental no SUS: Acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: 2007. 85p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. *Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MORAIS, APP; TANAKA, OY. *Apoio Matricial em saúde mental: alcances e limites na atenção básica*. Saúde Soc. 2012; 21(1): 161-70.

ONOCKO-CAMPOS, R; BACCARI, I. *A Intersubjetividade no Cuidado à Saúde Mental: narrativas de técnicos e auxiliares de enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial*. *Cien Saude Colet* 2009; 4(1):01-12.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; FERRER, Ana Luiza; CORRÊA, Carlos Roberto Silveira ; MADUREIRA, Paulo Roberto de; GAMA, Carlos Alberto Pegolo da; DANTAS, Deivisson Vianna; NASCIMENTO, Roberta. *Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde*. Ano: 2011. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 20 de ago. de 2018.

PINTO, AGA; JORGE, MSB; VASCONCELOS, MGF; SAMPAIO, JJC; LIMA, GP; BASTOS, VC; et al. *Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade*. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(3): 653-60.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CLÁUDIO. Disponível em: <https://www.claudio.mg.gov.br/>. Acesso em: 07 DEZ.. 2017.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. *Programa de Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens*. *Saúde soc.*, vol. 10, n.1. 2001. p. 33-53.

SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura. *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. Rio de Janeiro: Record, 2002.

SILVA, C.B.; SANTOS, JE; SOUZA, RC. *Estratégia de apoio em saúde mental aos agentes comunitários de saúde de Salvador/BA*. Saúde Soc. 2012; 21(1): 153-60.

SOARES, S. R. R. *Centro de Atenção Psicossocial: Como o usuário vivencia o cotidiano do Serviço*. 2005. 146 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2005.