

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**CAMILA BARBOSA CAETANO**

**APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE SÃO  
SEBASTIÃO DO PARAÍSO: UMA CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA DE SABERES**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**CAMILA BARBOSA CAETANO**

**APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE SÃO  
SEBASTIÃO DO PARAÍSO: UMA CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA DE SABERES**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora: Daiana Kloh**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO: UMA CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA DE SABERES** de autoria da aluna **CAMILA BARBOSA CAETANO** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.

---

**Profa. Daiana Kloh**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
**2014**

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	5
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	7
3 MÉTODO.....	10
4 RESULTADO .....	12
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	16
REFERÊNCIAS .....	17

## RESUMO

A reforma psiquiátrica foi uma ampla mudança ocorrida na segunda metade dos anos 80, marcada pela desinstitucionalização e construção de novas possibilidades terapêuticas e de qualidade de vida para portadores de sofrimento psíquico. Hoje a política nacional de saúde mental reforça a atenção de base territorial, formando uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e aponta para uma urgente articulação da Saúde Mental com a Atenção Básica a fim de não focar o atendimento de transtornos mentais apenas em serviços especializados, garantindo um modelo que privilegia a atenção integral e territorializada. Uma nova proposta para esse modelo vem sendo o Apoio Matricial, que através da articulação da Saúde Mental com Atenção Básica, permite a implementação de uma clínica ampliada, favorecendo a corresponsabilização entre as equipes e proporcionando aos portadores de sofrimento psíquico um tratamento humanizado e integral, além de promover sua reinserção social. O objetivo deste trabalho consiste em relatar a experiência de um apoio matricial, realizado por profissionais do CAPS II de São Sebastião do Paraíso em uma unidade de saúde da família. A ação foi realizada no ano de 2013. Essa ação demonstrou a grande necessidade de implantar ações de matriciamento em todas as unidades de saúde do município, visto que apenas uma ação produziu efeitos de redução de danos à uma usuária, quebra de paradigmas e capacitação de profissionais da atenção básica. Ainda há necessidade de se iniciar um trabalho com a sociedade também, a fim de desrotular o paciente portador de transtorno mental como “doido” e “agressivo”.

## 1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a Reforma Psiquiátrica brasileira tem avançado vigorosamente na reformulação da atenção em saúde mental, desconstruindo conceitos e práticas baseadas no isolamento e na exclusão social como formas de tratar a loucura (FIGUEIREDO, 2006).

Apesar disso, tradicionalmente, os sistemas de saúde se organizam ainda de uma forma vertical (hierárquica), com uma diferença de autoridade entre quem encaminha um caso e quem o recebe, havendo uma transferência de responsabilidade ao encaminhar. A comunicação entre os dois ou mais níveis hierárquicos ocorre, muitas vezes de forma precária e irregular, geralmente por meio de informes escritos, como pedidos de parecer e formulários de contrareferência que não oferecem uma boa resolutividade (CHIAVERINI, 2011).

Nota-se com esses encaminhamentos, uma grande demanda nos centros especializados de saúde mental, que dificulta que a essa seja prestada de forma participativa e descentralizada na comunidade, pois apesar de estratégico, o CAPS não é o único tipo de serviço de atenção em saúde mental.

A atenção em saúde mental deve ser realizada dentro da rede de cuidados. Estão incluídos nesta rede:

A atenção básica, as residências terapêuticas, os ambulatorios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros. Segundo estimativas internacionais e do Ministério da Saúde, 3% da população (5 milhões de pessoas) necessita de cuidados contínuos (transtornos mentais severos e persistentes), e mais 9% (totalizando 12% da população geral do país – 20 milhões de pessoas) precisam de atendimento eventual (transtornos menos graves). Quanto a transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, a necessidade de atendimento regular atinge a cerca de 6 a 8% da população, embora existam estimativas ainda mais elevadas (Brasil, 2001, p.2).

O município de São Sebastião do Paraíso é constituído por 17 unidades básicas de saúde, um ambulatorio de saúde mental, um hospital psiquiátrico, um CAPS II e um CAPS AD, além de serviços de Assistência Social, os CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) e CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social).

A quantidade de encaminhamentos para atendimentos no CAPS é gritante no município, sendo que após a triagem dos usuários, nota-se que aproximadamente 80% desses não

apresentam demanda para ser atendidos no CAPS, podendo ser acompanhados em ambulatório ou na própria USF (Unidade de Saúde da Família).

A realização de parcerias entre serviços de saúde é vital para os cuidados em saúde mental no território e para operar os processos de reabilitação psicossocial que, é o "processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania, e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social". Para isso, é fundamental que sejam comprometidas todas as organizações sanitárias e priorizadas as conexões com outras políticas públicas e com os recursos da comunidade. O trabalho em rede supõe que nenhum serviço pode resolver todas as necessidades de cuidado das pessoas de um determinado território (DELFINI et al., 2009, p.2).

Dessa forma, há uma urgente necessidade de uma articulação de serviços substitutivos e atenção básica, além de uma reestruturação da rede básica de saúde e a habilitação dos profissionais, no intuito de reduzir a demanda em centros especializados. Nesse sentido, as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF) devem estar preparadas para garantir uma assistência de qualidade, adequada as demanda da comunidade, incluindo as referentes à saúde mental (NASCIMENTO; BRAGA, 2004).

A fim de estimular a realização do apoio matricial, o objetivo desse estudo foi relatar a experiência de um apoio matricial, realizado por profissionais do CAPS II de São Sebastião do Paraíso em uma unidade de saúde da família.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Com o advento da reforma psiquiátrica, o Ministério da Saúde tem por objetivo reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar – Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT's) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG) – incluir as ações da saúde mental na atenção básica, implementar o programa “De Volta para Casa”, manter um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica, promover direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado, garantir tratamento digno e de qualidade ao louco infrator (superando o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário) e avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria (OLIVEIRA, 2012, p.46).

O processo de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) “exige que se empregue a lógica da integralidade, permitindo assim o entrelaçamento de diversos programas, no reconhecimento dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais relativos à saúde da população” (MODESTO, 2007, p.2).

Atualmente, a política nacional de saúde mental reforça a atenção de base territorial, em substituição à atenção hospitalar tradicional. Essa reorientação pode ser observada na diminuição do total de leitos psiquiátricos e no aumento do número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no país. Pode-se observar uma tendência à inversão do modelo de assistência em saúde mental, havendo uma retração do modelo hospitalar e o estabelecimento de ações em conjunto entre a Saúde Mental e a um avanço do modelo de atenção psicossocial (SOUZA, 2006, p.4 apud Freire, 2004).

A política nacional de saúde mental atual, atribui funções aos CAPS no sentido de regular das ações de saúde mental na área de sua atuação e suporte à rede básica, caracterizando estes serviços também como articuladores estratégicos da Rede de Saúde Mental em dado território (BEZERRA, 2008).

É bom lembrar que no Brasil, embora tenham sido criados até maio de 2006, mais de oitocentos CAPS, o número de serviços e de profissionais de saúde mental capacitados para atender à população brasileira ainda é insuficiente. Além disso, a alta prevalência dos episódios



de adoecimento psíquico no âmbito da atenção primária sugere que não é apropriado que serviços especializados sejam os únicos destinados a responder por essa demanda (FORTES, 2004).

O Ministério da Saúde editou a Norma Operacional da Assistência à Saúde, NOAS-SUS 01/2001, que, no item que orienta a organização do Plano Diretor de Regionalização, determina que o cidadão deva ter “acesso [...], o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados às seguintes responsabilidades mínimas: dentre as quais o “-tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais freqüentes”. Além disso, a organização mundial da saúde recomenda as seguintes ações para a saúde mental: proporcionar tratamento na atenção primária; disponibilizar medicamentos psicotrópicos; proporcionar atenção na comunidade; educar o público; envolver as comunidades; estabelecer políticas, programas e legislações nacionais; preparar recursos humanos; formar vínculos com outros setores; monitorar a saúde mental na comunidade; dar apoio à pesquisa (OMS, 2001, p 157).

Atualmente está em processo de implementação a proposta do Apoio Matricial (AM) na rede de Serviços Substitutivos e Unidades de Saúde da Família. O AM se constitui em uma proposta de articulação da rede de Saúde Mental com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), permitindo e/ou facilitando o direcionamento dos fluxos da rede, visando à implementação de uma clínica ampliada, favorecendo a co-responsabilização entre as equipes, promovendo saúde e a diversidade de ofertas terapêuticas através de um profissional de saúde mental que acompanhe sistematicamente as UBS (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008).

O apoio matricial é um encontro entre profissionais de saúde mental e a equipe interdisciplinar de saúde na composição de um espaço de troca de saberes, invenções e experimentações que auxiliem a equipe ampliar sua clínica e a sua escuta, a acolher o choro, a dor psíquica, enfim, a lidar com a subjetividade dos usuários. A proposta é que os profissionais possam aprender a lidar com os sujeitos em sua totalidade, incorporando em suas práticas as dimensões subjetivas e sociais do ser humano (FIGUEIREDO, 2006, p.10).

Profissionais matriciadores em saúde mental na atenção primária são um misto de profissões: “psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, enfermeiros de saúde mental”. Portanto, considera-se que, o processo de saúde-enfermidade-intervenção não é monopólio nem ferramenta exclusiva de nenhuma especialidade, pertencendo a todo campo da saúde. “Isso torna o matriciamento um processo de trabalho interdisciplinar por

natureza, com práticas que envolvem intercâmbio e construção do conhecimento”  
(CHIAVERINI, 2011, p.16).

### 3 MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência, desenvolvido no período de novembro do ano de 2012 a dezembro do ano de 2013, pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II de São Sebastião do Paraíso, que é destinado a atender transtornos mentais moderados a graves de acordo com o Ministério da Saúde.

O matriciamento foi realizado na Unidade Saúde da Família (USF) que realiza atendimentos em atenção básica para a saúde da família. Participaram da experiência os profissionais do CAPS (enfermeira, psicóloga e médica psiquiatra), da USF (enfermeira, médico e agente comunitária de saúde) e a usuária portadora de transtorno afetivo bipolar (M.B).

O intuito de escolher esse caso específico para matriciamento foi devido às inúmeras queixas dos profissionais da USF, em não conseguirem manejar os atendimentos a essa usuária. Os relatos dos profissionais eram sempre de medo, desesperança e com presença do estigma de que o paciente com transtorno mental tem que ficar internado e ser tratado com “maquininha de choque”.

Dessa forma, após buscarmos o histórico das inúmeras internações da usuária, e vendo como a mesma estava sendo estigmatizada dentro do próprio meio em que vivia, resolvemos abraçar esse caso, a fim de oferecer um cuidado integral para a mesma e ao mesmo tempo capacitar os profissionais e quebrar estigmas até então presentes.

Através de embasamento teórico do Ministério da Saúde sobre matriciamento e reuniões multidisciplinares no CAPS II, foram desenvolvidas estratégias para um projeto piloto de matriciamento.

Dentre as estratégias, foram realizadas reuniões e capacitações com os profissionais da USF e coordenador da Atenção Básica, visita domiciliar a usuária, bem como consultas e administração de medicações, atendimentos no CAPS II e por fim, atendimentos compartilhados em visitas domiciliares e atendimentos na própria USF.

Os participantes do projeto piloto, funcionários e familiares, foram esclarecidos de que se tratava de um projeto de intervenção e que não receberiam nenhuma forma de pagamento pela participação. Da mesma forma, este trabalho não passou pelo comitê de ética, tendo em vista que

trata-se do relato de uma prática assistencial que ocorre no service. Salienta-se que não iremos trazer as falas dos participantes, apenas o relato bruto das ações realizadas e seus resultados.

## 4 RESULTADO

Tendo em vista que o apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população, torna-se importante que essa equipe por ele responsável, compartilhe alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da atenção básica responsáveis pelas famílias de um dado território).

Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos. A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local. Assim, ao longo do tempo e gradativamente, também estimula a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica na equipe (BRASIL, 2007).

O apoio matricial assegura a retaguarda especializada à equipes e profissionais encarregados da atenção em saúde mental. Visa a favorecer a co-responsabilização entre as equipes e a diversidade de ofertas terapêuticas através de um profissional de saúde mental que acompanhe sistematicamente as UBS/USF e permite o conhecimento da demanda em saúde mental que chega à atenção básica, bem como sobre os usuários, as famílias e o território, propondo que os casos sejam de responsabilidade mútua. O apoio matricial é um regulador de fluxos que promove uma articulação entre os equipamentos de saúde mental e as Unidades Básicas de Saúde (BEZERRA, DIMENSTEIN, 2008).

Dessa forma, a equipe do CAPS II atuou juntamente com a equipe da USF para um atendimento compartilhado de uma usuária portadora de transtorno afetivo bipolar, que era egressa de várias internações psiquiátricas, por abandonar o tratamento medicamentoso e apresentava-se em surto, deixando usuários do bairro amedrontados e da própria USF devido crises de agressividade ao ser contrariada pelo médico. Vejamos a seguir, o relato passo a passo dessa experiência.

1º Passo: Entrevista realizada pela enfermeira e médica psiquiatra do CAPS II com a enfermeira e com o médico da USF, a respeito de um caso de transtorno mental, na qual todos da unidade não estavam conseguindo ter manejo, e apresentavam até sentimento de medo, devido às

várias internações da usuária e aos atos de heteroagressividade, até dentro da USF. Durante a entrevista, podemos perceber o medo e sentimento de impotência da enfermeira, diante desse caso. Além disso, podemos perceber o quanto o estigma do transtorno mental ainda é prevalente, no qual a internação e/ou uso do choque são percebidos como sendo os melhores tratamentos a serem aplicados a pessoa com transtorno mental grave.

2º Passo: Visita domiciliar realizada pela enfermeira e médica psiquiatra do CAPS para a usuária em estudo. Podemos notar ao chegar em seu domicílio, vários vizinhos vindo nos abordar dizendo que a mesma tinha que ser internada, pois estava agressiva. Nesse momento, alguns faziam piadinhas a respeito do caso, notando-se um grande preconceito ainda na sociedade. Nessa visita, foi realizado acolhimento, entrevista, tentativa de vínculo, prescrição de medicação via oral, incentivo para frequentar o CAPS e abordagem familiar. A princípio a usuária apresentava-se bastante exaltada e hostil. Sua mãe demonstrou sentimento de medo e tentava nos orientar a ter cautela na abordagem. Confessamos que nesse primeiro contato, houve sim um sentimento de medo também, porém não o demonstramos e tentamos continuar o contato e acolhimento. Em conversa posterior com sua mãe, a mesma relata medo e dificuldades no manejo com sua filha, pois a mesma é muito brava e agressiva.

3º Passo: Reunião com a equipe multidisciplinar do CAPS II a fim de pensar estratégias para abordagem do problema. Nessa reunião participaram todos os profissionais do CAPS II (médico, enfermeira, terapeuta ocupacional, técnicas em enfermagem, assistente social, nutricionista e psicólogas), a fim de que vários olhares e saberes pudessem contribuir para um melhor atendimento. Através da equipe multidisciplinar foi possível estabelecer várias estratégias de abordagem contempladas nos passos 4, 5 e 6.

4º Passo: Foi realizada uma capacitação para a equipe da USF sobre vários tipos de transtornos mentais e suas abordagens, focando no transtorno afetivo bipolar. Nessa capacitação foi trabalhado bastante o quanto o portador de transtorno mental é estigmatizado e como manejar caso a caso.

5º Passo: Visitas domiciliares periódicas realizadas pela enfermeira e psicóloga do CAPS II. Tais visitas proporcionaram a construção de um vínculo terapêutico, e a partir daí o manejo com a paciente foi se tornando mais favorável.

6º Passo: Após a criação de vínculo, a enfermeira e psicóloga do CAPS convidaram a usuária a ir até a USF para aferir pressão arterial (PA), a fim de vinculá-la novamente na unidade,

visto que devido às crises, a mesma tinha aversão aos profissionais da USF e estes apresentavam sentimento de medo. A princípio a usuária mostrou-se resistente, bem como a enfermeira da USF duvidava de uma aproximação entre a usuária e a unidade. A usuária foi orientada a respeito da importância da manutenção de tratamento clínico na USF e de vinculação com os profissionais, assim como a enfermeira da USF foi estimulada a desmistificar o medo e receio, além de ser orientada a criar estratégias de acolhimento e vínculo. Dessa forma foi possível o acompanhamento da usuária na USF para aferir PA. Tal fato se repetiu outras vezes até que a visão da usuária foi modificando. A enfermeira ainda achava que a usuária estava dessa forma porque a enfermeira e psicóloga do CAPSII estavam acompanhando.

7º Passo: Após algumas semanas de abordagem, a usuária começou a apresentar novamente comportamento desorganizado e hostil, e em contato com sua mãe, a mesma relatou que ela não havia feito uso correto das medicações prescritas. Dessa forma, foi iniciada visitas diárias da enfermeira do CAPS II, juntamente com a ACS e/ou enfermeira da USF, para administração de medicação via oral e para administração de medicação injetável de antipsicótico de depósito.

8º Passo: Novamente o quadro se estabilizou e foi possível iniciar atendimento da usuária no CAPS II e inserção em uma oficina de autocuidado. As visitas domiciliares foram mantidas, para administração de medicação injetável e orientação para vínculo a USF.

9º Passo: Com o decorrer do tempo a usuária começou a queixar de dificuldade em ir ao CAPS II devido à distância a ser percorrida. A médica psiquiatra notando que o quadro havia estabilizado e que a mesma já tinha voltado a se vincular na USF, a mesma foi encaminhada para atendimentos na USF. Nesses atendimentos a mesma tem sido bem acolhida na USF e podemos perceber que o estigma foi quebrado com os profissionais da USF.

Podemos perceber que a abordagem apenas de capacitação para a equipe sobre o transtorno e sobre como manejar, não foi suficiente para que diminuísse o receio que eles tinham com a usuária. Mantiveram a visão de que ela era “doida” e não tinha que ser tratada na USF. Foram as visitas domiciliares pela equipe do CAPS II, proporcionaram a criação de vínculo, porém mesmo com orientações a respeito da atuação da USF, a usuária não mudou o olhar de que os profissionais da USF não gostavam dela, e manteve hostilidade ao referir-se a eles.

Após as várias visitas domiciliares, administração de medicações o quadro se estabilizou e nesse momento a usuária foi levada à USF para uma aferição de PA, e isso se repetiu por vários dias, conseguindo dessa forma, modificar a visão até então distorcida de ambas as partes (equipe

USF e usuária). Dessa forma é importante destacar que o apoio matricial em saúde mental não pode ser reduzido apenas à atenção aos usuários e à capacitação dos profissionais, pois trata-se de uma tarefa complexa que, como foi colocado no decorrer deste trabalho, exige a implementação de medidas que consolidem o apoio matricial de forma a envolver todos profissionais e sujeitos, além da co-responsabilização e troca de saberes.

A usuária não se adaptou bem indo frequentar o CAPS, devido a distância percorrida. Apesar da assistente social ter disponibilizado transporte público, o mesmo não chegava até o CAPS II, e a usuária necessitava percorrer uma subida que a deixava com taquicardia e cansaço extremo. Dessa forma, retomamos aos princípios da reforma psiquiátrica de reinserção social, que para uma melhor eficácia e resolutividade, o usuário deve ter acesso aos serviços de saúde mais próximos de sua residência, incluindo o tratamento de transtornos mentais. Assim, reorganizamos o modelo de atendimento, encaminhando a usuária para atendimentos na USF (consultas, receitas, administração de medicações injetáveis) e mantendo consultas médicas psiquiátricas duas vezes ao ano.

Há 6 meses a USF vem acompanhando o caso, usuária se vinculou bem ao tratamento e mantém-se sem crises e não foi internada mais no hospital psiquiátrico.

Dessa forma nota-se que o objetivo foi atingido, visto que houve estabilização do quadro da usuária, vínculo com os profissionais da USF, cessação de internações psiquiátricas e mudança de conceitos distorcidos a respeito de transtornos mentais.

Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde (MINOZZO et al., 2014).

Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica, pois nem sempre a atenção básica apresenta condições para dar conta dessa importante tarefa. Às vezes, a falta de recursos de pessoal e a falta de capacitação acabam por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes. Além disso, atender às pessoas com problemas de saúde mental é de fato uma tarefa muito complexa (BRASIL, 2007).



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa ação demonstrou a grande necessidade de implantar ações de matriciamento em todas as unidades de saúde do município, visto que apenas uma ação produziu efeitos de redução de danos à uma usuária, quebra de paradigmas e capacitação de profissionais da atenção básica. Ainda há necessidade de se iniciar um trabalho com a sociedade também, a fim de desrotular o paciente portador de transtorno mental como “doido” e “agressivo”.

Compreender o sofrimento psíquico, acolhendo o usuário e promovendo seu melhor encaminhamento, norteia uma relação importante e estratégica na articulação dessa rede, tanto no cumprimento das funções de assistência direta como na regularização da rede de serviços de saúde. Faz-se necessário trabalhar em conjunto com as equipes de Programa de Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde e Programa de Agentes Comunitários na promoção de vida comunitária e de autonomia dos usuários, articulando demais recursos, quando necessários.

## REFERÊNCIAS

BEZERRA, Edilane; DIMENSTEIN, Magda. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 3, n. 28, p.632-645, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v28n3/v28n3a15.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde . **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Proposta preliminar - Plano de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica**. Brasília, março de 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004

CHIAVERINI, Dulce Helena et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 236p.

DELFINI, Patrícia Santos de Souza et al. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p.1483-149, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a21v14s1.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2014.

FIGUEIREDO, M. D. Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas. 2006. 147 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2006. Disponível em: <[http://www.fcm.unicamp.br/laboratorios/saude\\_mental/artigos/teses/mestrado\\_mariana.pdf](http://www.fcm.unicamp.br/laboratorios/saude_mental/artigos/teses/mestrado_mariana.pdf)>. Acesso em: 15 jan. 2009.

FONTES, S. Estudo da demanda de transtornos mentais em unidades do Programa de Saúde da Família (PSF), do município de Petrópolis. 2004. 180 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

MINOZZO, Fabiane et al. Saúde Mental, Atenção Primária e Integralidade. Disponível em: <[http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/texto\\_14.pdf](http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/texto_14.pdf)>. Acesso em: 5 fev. 2014.

MODESTO, T. N.; SANTOS, D. N. Saúde Mental na Atenção Básica. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador, v. 31, n. 1, p. 19-24, jul./dez, 2007.

NASCIMENTO, A. M.; BRAGA, V. A. B. Atenção em saúde mental: a prática do enfermeiro e do médico do Programa Saúde da Família de Caucaia. **Cogitare Enferm**, v.9, n., p. 84-93, jan./jun, 2004.

OLIVEIRA, V. C.S. O novo território da loucura: os desafios para a implantação do CAPS I na cidade de Cachoeira. 67f. Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Bahia, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo – saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: [s.n], 135p. 2001.

SOUZA, A. C. Ampliando o campo de atenção psicossocial: a articulação dos centros de atenção psicossocial com a saúde da família. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro. v. 10, n.4, p. 703-710, 2006.

