

APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL: REFLEXÕES SOBRE AS PRÁTICAS PSICOLÓGICAS NA ATENÇÃO BÁSICA

Matrix support in mental health: analysis of the psychological practices in primary health care

Letícia Gonçalves Tolomeu¹. Maysa Aparecida Nascimento¹. Marília Barroso de Paula².

¹ Discentes do curso de graduação em Psicologia da Fundação Presidente Antônio Carlos – FUPAC, Ubá, Minas Gerais, Brasil.

² Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. Docente do curso de graduação em Psicologia da Fundação Presidente Antônio Carlos – FUPAC, Ubá, Minas Gerais, Brasil.

RESUMO

O apoio matricial é uma proposta do Ministério da Saúde para a articulação entre saúde mental e atenção básica e visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde. A partir do encontro das equipes de referência e de apoio matricial com seus diferentes saberes e vivências, o matriciamento surge como possibilidade de concretizar parcerias necessárias ao cuidado integral dos usuários, num processo de construção compartilhada para a criação de práticas contextualizadas com a realidade em questão. Neste contexto, o psicólogo contribui através do compartilhamento de seus saberes/práticas em saúde mental para integrá-los ao fazer dos demais profissionais da área da saúde. Este artigo constitui-se de um estudo de revisão bibliográfica a respeito do matriciamento em saúde mental e as contribuições do psicólogo dentro desta estratégia. Objetivou-se suscitar reflexões acerca da prática do psicólogo como apoiador matricial em saúde mental na atenção básica, no sentido de atender às demandas que se apresentam nos cuidados primários. Ressalta-se, dentre outras questões, a importância do apoio matricial para a efetivação da integralidade do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico. Entretanto, a prática profissional dos psicólogos ainda segue o modelo clínico tradicional. Além disso, o entendimento compartilhado pelos psicólogos sobre matriciamento orientam sua atuação na atenção básica e também a dos demais profissionais em relação à saúde mental. Considera-se fundamental para a prática do psicólogo dentro desta nova estratégia, reflexões acerca de suas condições de trabalho e intervenções de forma a produzir efetivas mudanças nas realidades dos usuários da atenção básica.

Palavras-chave: Psicologia. Saúde Mental. Atenção Básica.

ABSTRACT

The matrix support is a proposal by the Ministry of Health to the links between mental health and primary health care and aims to transform the traditional logic of healthcare systems. From the date of reference and support teams, with their different knowledge and experiences, the organization is possibility to achieve partnerships necessary for the care of users in a shared construction process for creating contextualized practices with the reality in question. In this context, the psychologist shall contribute through sharing of their knowledge/practice in mental health to integrate the while doing other health professionals. This article presents a bibliographical review of matrix support in mental health and the contributions of a psychologist in this strategy. Aimed to provoke reflections about the psychologist's practice as matrix supporter in mental health in primary health care, in order to meet the demands that arise in primary care. Among other issues, the importance of matrix support to completion of the completeness of the care to people in distress. However, the professional practice of psychologists still follows the traditional clinical model. In addition, the shared understanding by psychologists on organization guide his performance in primary health care and also that of other professionals in relation to mental health. Anyway, it is considered fundamental to the practice of a psychologist in this new strategy reflections about their working conditions and interventions, in order to produce effective changes in the realities of the users for the primary health care.

Keywords: Psychology. Mental Health. Primary Health Care.

Endereço para correspondência: Letícia Gonçalves Tolomeu
Avenida Jesus Brandão, 395, San Rafael. Ubá – MG. CEP: 36500-000
E-mail: leticiatolomeu@gmail.com

INTRODUÇÃO

Por um longo período na história, a hospitalização foi tomada como única forma de lidar com pessoas em sofrimento mental, violando explicitamente sua integridade física, moral, psíquica. A partir da década de 70, frente ao movimento sanitário, cenário de ativa participação social e política para a democratização do Brasil, o modelo hospitalocêntrico e medicalizante passou a receber fortes críticas, eclodindo no processo de Reforma Psiquiátrica, que objetivava a reestruturação do modelo de assistência à saúde mental (Iglesias & Avellar, 2014).

Cabe ressaltar que a desinstitucionalização preconizada pela Reforma Psiquiátrica não se restringe à desospitalização, mas pressupõe desinstitucionalizar os serviços, os profissionais e a sociedade a fim de que estes se integrem ao processo de construção de um novo fazer em saúde mental. De acordo com este novo pensamento, é necessário que haja a inclusão dos sujeitos em sofrimento mental na sociedade e não somente mudanças nas práticas do modelo hospitalocêntrico. Com o desdobramento da Reforma Psiquiátrica, o conceito de saúde mental toma um novo rumo além da prevenção das desordens mentais, para alcançar o projeto de promoção da saúde mental (Amarante, 1996).

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), seguindo as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, promove a substituição do cuidado das pessoas com transtornos mentais dos manicômios por uma rede integrada de cuidado à saúde, mais próximos da família e da comunidade. O objetivo é construir espaços de inclusão e de cidadania, especialmente para pessoas com transtornos mentais severos e com histórico de internação prolongada (Brasil, 2005).

De acordo com a portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011, a atenção básica é a porta de entrada da comunidade na Rede de Atenção à Saúde. Tem como propriedade um conjunto de ações em saúde primária, no âmbito individual e coletivo, que abarca tratamento, proteção, promoção, diagnóstico, reabilitação e a manutenção da saúde de forma a desenvolver uma atenção integral aos usuários. Nas atuais compressões, a Política Nacional de Atenção Básica considera os termos atenção básica e atenção primária à saúde como equivalentes (Brasil, 2011).

Atualmente, o conjunto de ações em saúde da atenção básica é desempenhado pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Com o intuito de reorganizar a prática da atenção à saúde em novos alicerces e substituir o modelo tradicional, leva a saúde para mais próximo das famílias, proporcionando à população uma melhor qualidade de vida (Brasil, 2009).

O Ministério da Saúde, através da portaria n. 154, publicada em 24 de janeiro de 2008, criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que não se constitui como porta de entrada, mas apoio às equipes de Saúde da Família. Trata-se de uma potente estratégia para ampliar a abrangência, a finalidade e a resolubilidade das ações da atenção básica (Brasil, 2008).

Neste contexto, o apoio matricial constituiu-se como uma proposta do Ministério da Saúde para a articulação entre a rede de saúde mental e as Unidades de Saúde. O matriciamento representa um novo arranjo que estimula a produção de saúde num processo de construção compartilhada, cujo objetivo é ofertar suporte assistencial e técnico pedagógico, pelo especialista, para equipes interdisciplinares, bem como potencializar o trabalho com os cuidados primários em saúde (Brasil, 2011; Iglesias & Avellar, 2014).

Para Böing (2009), com a implantação desses serviços, o psicólogo ganha o seu espaço, tanto por ser um profissional da saúde mental quanto por fundamentar-se no princípio da integralidade. É imprescindível, no primeiro momento de atenção, um cuidado à saúde de forma integral, com equipes verdadeiramente interdisciplinares que desenvolvam ações intersetoriais. Neste contexto, este profissional oferece um apoio à compreensão contextualizada e absoluta do indivíduo, das famílias e da comunidade.

Contudo, a atuação do psicólogo mostra-se contraditória para o contexto da saúde primária, pois ainda segue o modelo clínico tradicional. Desta forma, um grande desafio é enfrentado: o do redimensionamento da prática psicológica, que necessita de complementação e superação da formação acadêmica no sentido de uma flexibilização das técnicas (Böing & Crepaldi, 2010).

Este artigo justifica-se mediante o interesse em conhecer a atuação do psicólogo na atenção básica, em especial, a contribuição deste profissional ao apoio matricial em saúde mental, temática que muitas vezes passa despercebida por profissionais das equipes de Saúde da Família. Objetivou-se descrever a atuação do psicólogo apoiador matricial em saúde mental na atenção básica, no sentido de atender às demandas que se apresentam nos cuidados primários.

DESENVOLVIMENTO

O processo de reforma psiquiátrica no Brasil e a reestruturação da assistência à saúde mental

O sistema de atenção à saúde mental era integralmente hospitalocêntrico. Nesta época, o sistema de ideias dominante era de que os tratamentos psiquiátricos deveriam ser feitos unicamente em um espaço hospitalar fechado, com internações por tempo indeterminado, e de que o doente mental era perigoso e incapaz de viver fora do confinamento. Por esses fatores, não se conseguia proporcionar atendimento à maior parte dos pacientes, porque sua única modalidade de tratamento era a internação (Grigolo & Moretti-Pires, 2014).

Até meados do século XX ainda era predominante o modelo hospitalocêntrico e asilar na assistência à saúde mental. Na década de 1960, o médico Franco Basaglia assume a direção do hospital Psiquiátrico de Gorizia, na Itália. Neste momento, ele assumia uma postura crítica para com a psiquiatria clássica e hospitalar, por esta se centrar no princípio do isolamento do indivíduo (Mesquita, Novellino, & Cavalcanti, 2010). Esse movimento tem como objetivo a luta contra o manicômio, que propunha a plena recuperação da cidadania pelos doentes mentais, e ampliou-se rapidamente pela Itália como o ideário de uma verdadeira reforma (Yasui, 2011).

Franco Basaglia criou a Lei 180, em 1978, que previa medidas, tais como a desativação progressiva de todos os hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros serviços e a transformação dos antigos manicômios em hospitais gerais. Podemos ressaltar que esse aspecto influenciou outros países e até mesmo o Brasil (Yasui, 2011). No entanto, fez ressurgir discussões sobre a desinstitucionalização e o cuidado em saúde mental, promovendo a reinserção social do sujeito com transtorno mental (Mesquita *et al.*, 2010).

A Reforma Sanitária no Brasil iniciou na década de 70, conforme afirma Fleury (2009), com um movimento demandando a democratização da saúde, precisamente em uma época no qual novos sujeitos sociais emergiram na luta contra a ditadura. Fundamentou-se no processo de vastas mobilizações da sociedade brasileira pela redemocratização do país. Expressou a repulsa da sociedade frente às desigualdades, promovendo questionamentos em relação ao conhecimento e à prática médica, ao contexto sanitário em que viviam e a prestação de serviços de saúde. Como proposta do movimento, a Reforma Sanitária configurou-se enquanto uma ação política concordada em torno de um projeto de sociedade inclusiva, solidária, tendo a saúde como direito universal de cidadania (Souto & Oliveira, 2016).

A Reforma Psiquiátrica no Brasil nasce a partir da eclosão do “movimento sanitário”, cujos objetivos concentravam-se na mudança das práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta de serviços e na participação ativa de trabalhadores e usuários dos serviços de saúde na gestão e produção do cuidado (Brasil, 2005).

Arbex (2013), em sua obra “Holocausto Brasileiro”, descreve em vários trechos as condições do Hospital Colônia, na década de 70, localizado na cidade mineira de Barbacena, considerado o maior hospício do Brasil, destino homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos e todos os tipos de indesejados.

(...) surpreendida pelo odor fétido, vindo do interior do prédio. Nem tinha se refeito de tamanho mal-estar, quando avistou montes de capim espalhados pelo chão. Junto ao mato havia seres humanos esqualidos. Duzentos e oitenta homens, a maioria nu, rastejavam pelo assoalho branco com tozetos pretos em meio à imundície do esgoto aberto que cruzava todo o pavilhão (Arbex, 2013, p. 23).

No ano de 1978 surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores integrantes do movimento de Reforma Sanitária, associações de familiares, membros de associações profissionais, sindicalistas e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, e protagonista na construção de críticas à violência dos hospitais psiquiátricos e ao modelo hospitalocêntrico de assistência às pessoas com transtornos mentais (Brasil, 2005).

Baseado nisso, realizou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, em que através dos movimentos sociais da época, principalmente, no movimento da Reforma Sanitária, se originou um sistema público de saúde que se propõe atender a toda população (Freire & Pichelli, 2010). Esse sistema de atitude democrática que anos depois se transformou no atual Sistema Único de Saúde (SUS), baseava-se nos princípios da igualdade, universalidade e integralidade, garantido através de seu reconhecimento na Constituição de 1988, articulado entre a gestão das esferas federal, estadual e municipal, exercido pelos “Conselhos Comunitários de Saúde”, sob o poder de controle social, contendo a saúde como dever do Estado e direito de todos os cidadãos (Brasil, 2005).

Ainda na década de 80, destacam-se o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, em 1987, na cidade de São Paulo e o início de um processo de intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) no hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes, em 1989. Tal intervenção obteve repercussão nacional e, assim, demonstrou nitidamente a possibilidade de construção de uma rede de cuidados que substituísse efetivamente os manicômios (Brasil, 2005).

Ainda em 1987, foram realizados dois eventos relevantes para o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, a saber: a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional dos Trabalhadores da Saúde Mental (Gomes, 2013).

A I Conferência Nacional de Saúde Mental introduziu propostas de ampliação do conceito de saúde. Incluiu em seus determinantes as condições gerais de vida, bem como retomou pontos como a superação do hospital psiquiátrico a partir da construção de uma rede alternativa ou paralela ao modo asilar de assistência. Além disso, propôs reformulações na legislação ordinária em aspectos específicos da saúde mental (Gomes, 2013).

Realizado na cidade de Bauru (SP), o II Congresso Nacional dos Trabalhadores da Saúde Mental possibilitou, a partir da participação de várias associações de usuários e outros segmentos da sociedade, a formação do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA). Durante o Congresso, foi elaborado o Manifesto de Bauru, que marca a afirmação do laço social entre profissionais de saúde mental e sociedade na luta contra a exclusão social do louco e da loucura, representando a fundação do movimento antimanicomial (Gomes, 2013).

O Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado entrou ao Congresso Nacional em 1989, com as propostas de regulamentação dos direitos da pessoa com transtorno mental e a extinção gradativa dos hospitais psiquiátricos no Brasil (Brasil, 2005).

Em 1990, a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas representou um marco histórico para o setor de saúde mental. Neste encontro, foi promulgada a “Declaração de Caracas”, em que os países latino-americanos, inclusive o Brasil, comprometeram-se a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, rever criticamente a hegemonia dos hospitais psiquiátricos, salvaguardar os direitos humanos dos usuários, bem como seus direitos civis e dignidade pessoal e assegurar sua permanência no meio social (Brasil, 2005).

De acordo com o Ministério da Saúde (2005), a partir de 1992, sob influência do Projeto de Lei Paulo Delgado, os movimentos sociais conquistam a aprovação das primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. Em geral, os familiares de pacientes mais graves, com histórico de longas internações, expressavam temor em relação à superação da assistência advinda do modelo hospitalocêntrico e, por isto, opunham-se à substituição do paradigma de atenção vigente (Delgado, 2011).

Também em 1992 foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental, passando a vigorar no Brasil normas federais que regulamentavam a implantação dos serviços de atenção diária, fundadas nas primeiras experiências de CAPS, Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS)

e Hospitais-dia, bem como normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005).

Em 2001, 12 anos após a tramitação no Congresso Nacional, foi sancionada a Lei Paulo Delgado (Brasil, 2005). Assim, a Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtorno mental e redireciona o modelo de assistência em saúde mental. É vedada a internação de pacientes em instituições com características asilares e que não assegurem seus direitos de acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de receberem o maior número de informações sobre sua doença e o tratamento, de serem tratadas com humanidade e respeito, sem qualquer tipo de abuso ou exploração. O Estado se responsabiliza pelo desenvolvimento da política de saúde mental, assistência e promoção de ações em saúde aos pacientes, com a participação da sociedade e da família em instituições que ofereçam assistência e visem a reinserção social (Brasil, 2001).

A promulgação da Lei n. 10.216 impõe novo ritmo à Reforma Psiquiátrica no Brasil e realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental consolida a política de saúde mental do governo federal, alcançando maior visibilidade e sustentação (Brasil, 2005). A Lei n. 10.708, conhecida como “Lei do Programa de Volta para a Casa”, promulgada em 31 de julho de 2003, estabeleceu o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais, egressos de internações. Tal lei impulsiona a desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de permanência em hospital psiquiátrico, a partir da concessão de auxílio-reabilitação psicossocial e inclusão em programas extra-hospitalares de atenção à saúde mental, instituindo novo patamar à história da Reforma Psiquiátrica no Brasil (Berlinck, Magtaz, & Teixeira, 2008).

É possível observar que o período de 1990 a 2003 concentra a máxima intensidade política do que se chama a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Por meio de leis e portarias ministeriais, leis estaduais e municipais, a Reforma possibilitou uma ampla modificação no atendimento em saúde mental, novas práticas terapêuticas que objetivam a inclusão do usuário no meio social e na cultura (Berlinck, Magtaz, & Teixeira, 2008).

O apoio matricial como diretriz para a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica

Nota-se, atualmente, um amplo processo de transformação no campo da saúde mental. A assistência psiquiátrica, antes pautada na exclusão, na segregação e na adoção de práticas

equivocadas baseadas na crença de melhor atenção, passou a adotar um estatuto ético e consolidado por meio da participação de diferentes atores sociais. A partir desse momento ocorre o questionamento do modelo instituído, das práticas vigentes, colocando a instituição psiquiátrica em questão. Procura-se desenvolver práticas pautadas na responsabilização, na territorialidade e na inserção nas redes sociais. É preciso substituir a lógica manicomial. Como destaca Souza e Rivera (2010),

A Reforma Sanitária não pode ser confundida com a criação do SUS, assim como a Reforma Psiquiátrica não deve ser resumida à criação de serviços considerados substitutivos. O movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira inclui, entre outros pontos, a crítica ao modelo hospitalocêntrico, a participação da comunidade, a revisão da legislação psiquiátrica, a criação e diversificação de práticas e a ampliação de serviços de base territorial (Souza & Rivera, 2010, p. 123).

De acordo com Souza e Rivera (2010), a Reforma Psiquiátrica brasileira encontrou na implantação do SUS as condições institucionais de desenvolvimento. O surgimento de políticas públicas pautadas na ampliação do direito universal à saúde criou um ambiente favorável à multiplicação das inovações assistenciais no campo da saúde mental. O SUS e as significativas transformações estruturais conformaram um novo quadro na atenção à saúde e propiciaram a efetivação de uma nova política de saúde mental que reforça a atenção de base territorial, em substituição à atenção hospitalar tradicional.

Novos modos de atenção em saúde mental precisavam surgir neste novo cenário, como a construção de serviços de atenção diária, de base territorial, cujo trabalho preconiza a desinstitucionalização e que têm como foco de atenção o sujeito e sua família, e não mais a doença, bem como processos de trabalho horizontais. Ocupar-se da loucura de forma alternativa faz-se necessário, a partir de espaços de produção de sujeitos sociais, de subjetividades, de locais de convivência, de sociabilidade, de solidariedade e de inclusão (Souza & Rivera, 2010).

Com este intuito, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), cujos dispositivos de atenção à saúde são voltados para pessoas com transtornos mentais graves e constantes, com a finalidade de substituir os hospitais psiquiátricos (Machado & Camatta, 2013).

Conforme Souza e Rivera (2010), tais programas devem ser entendidos como dispositivos privilegiados na estratégia de enfrentamento ao modelo assistencial tradicional.

Neste sentido, os CAPS se apresentam como um dispositivo de cuidado voltado para a atenção integral ao portador de sofrimento psíquico. Têm por objetivo o desenvolvimento de projetos de vida, de produção social, além da promoção da melhoria da qualidade de vida dos sujeitos. Entre algumas de suas missões estão a de

tecer laços para além dos serviços de saúde e de manter aquecidas suas relações com a cultura local (Souza & Rivera, 2010, p. 124).

Uma das estratégias utilizadas para a construção dessa outra forma de trabalhar a saúde mental em equipes é a aproximação entre os serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos e as equipes de atenção básica. A equipe do CAPS tem a função de supervisionar e capacitar tanto as equipes de saúde da família como os serviços e programas de saúde mental, no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial. Assim, a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica se coloca como um dos caminhos possíveis e necessários para o exercício de uma clínica solidária e integral do sujeito. Os CAPS devem ser entendidos como organizadores da rede de cuidados no território a que estão inseridos e estreitariam os laços entre o campo da saúde mental e o nível primário de atenção (Souza & Rivera, 2010).

Contudo, é importante entender que o trabalho dos CAPS vai além da instituição, caso contrário, usuários que poderiam ter suas demandas atendidas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) acabam sendo, na maioria das vezes, encaminhados a um especialista, correndo o risco de não serem acolhidos em um espaço apropriado, ou, o que é pior, não tendo suas necessidades atendidas (Machado & Camatta, 2013).

A atenção básica em saúde é norteada pelos princípios da universalidade, da integralidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da responsabilização e da equidade sendo composta por um conjunto de ações, que trabalha tanto com a esfera individual quanto coletiva, abarcando a promoção, proteção e a prevenção da saúde, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde com a finalidade de promover uma atenção integral que impacte na condição de saúde e na autonomia das pessoas (Brasil, 2013), incluindo na Saúde da Família sua estratégia prioritária para ampliação e consolidação das ações em saúde. Assim, A ESF pretende reorganizar a atenção básica e operar com as equipes multiprofissionais responsáveis pelo cuidado integral e contínuo para um determinado número de famílias adscrito no território (Machado & Camatta, 2013).

Este ponto de atenção é de fácil acesso para os indivíduos, inclusive para aqueles que demandam cuidado em saúde mental. As atuações são desenvolvidas em um território conhecido, permitindo que os profissionais possam conhecer a história de vida das pessoas, como é o vínculo com a comunidade onde moram e outros fatores dos seus contextos de vida. Em saúde mental, o cuidado na atenção básica é bastante estratégico pela proximidade e facilidade de acesso entre as equipes e os usuários e vice-versa. É recorrente que os profissionais de saúde encontrem pacientes em sofrimento mental (Brasil, 2013).

A articulação da atenção básica e saúde mental torna-se imprescindível, pois a primeira é a porta de entrada onde acontece o contato inicial da população com o sistema nacional de saúde. É esta proximidade que contribui para a vinculação com a comunidade local, além de favorecer o acolhimento, o acompanhamento e a construção de uma relação confiável das pessoas em sofrimento psíquico (Iglesias & Avellar, 2014).

Observa-se, portanto, que a incorporação das ações de saúde mental na atenção primária à saúde é uma prioridade no cenário atual. Porém, não é possível efetivá-la sem o desenvolvimento de estratégias institucionais como capacitações, supervisões, financiamento, dentre outras (Dimenstein, Severo, Brito, Pimenta, Medeiros, & Bezerra, 2009).

Neste sentido, Campos (1999) descreveu um novo arranjo organizacional para o trabalho em saúde, denominando-o de equipes de referência com apoio especializado matricial. Com o intuito de potencializar alterações na cultura dos profissionais de saúde, deve-se valorizar as diretrizes de vínculo terapêutico. Além disso, a gestão de organizações deve ser estruturada de modo interdisciplinar e operacionalizada de modo dialógico.

O Ministério da Saúde propôs a estratégia do apoio matricial a fim de facilitar o direcionamento dos fluxos na rede de atenção psicossocial. Desta forma, torna-se possível promover uma articulação entre os equipamentos de saúde mental e as Estratégias de Saúde da Família (Dimenstein *et al.*, 2009).

Desde 2001, o matriciamento vem sendo incentivado a participar da rede de atenção primária e saúde mental. A sua função nessas áreas seria de dar apoio técnico e compartilhar conhecimentos sobre os casos com as equipes que desenvolvem o cuidado em ações básicas de saúde para a população. Com isto, a troca de comunicação que pode ser realizada através de discussões e intervenções junto com a família, profissionais e/ou comunidade favorece uma corresponsabilização pelos casos (Brasil, 2003). Dimenstein *et al.* (2009) complementam tal afirmação quando declaram:

Em outras palavras, o apoio matricial surgiu a partir da constatação de que a reforma psiquiátrica não pode avançar se a atenção básica não for incorporada ao processo. Não é viável concentrar esforços somente na rede substitutiva, mas é preciso estender o cuidado em saúde mental para todos os níveis de assistência, em especial, à atenção primária. Entretanto, sabemos que as equipes de atenção básica se sentem desprotegidas, sem capacidade de enfrentar as demandas em saúde mental que chegam cotidianamente ao serviço, especialmente os casos mais graves e/ou crônicos (Dimenstein et al., 2009, p. 66).

O Ministério da Saúde (2003), por meio do documento “Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários” apontou alguns itens que devem ser feitos de forma compartilhada entre a equipe de apoio matricial em saúde mental e atenção básica, como:

a) Desenvolver ações conjuntas, priorizando: casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio, vítimas de violência doméstica intradomiciliar; b) Discutir casos identificados pelas equipes da atenção básica que necessitem de uma ampliação da clínica em relação às questões subjetivas; c) Criar estratégias comuns para abordagem de problemas vinculados à violência, abuso de álcool e outras drogas, estratégias de redução de danos, etc. nos grupos de risco e nas populações em geral; d) Evitar práticas que levem à psiquiatrização e medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana; e) Fomentar ações que visem a difusão de uma cultura de assistência não manicomial, diminuindo o preconceito e a segregação com a loucura; f) Desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando construir espaços de reabilitação psicossocial comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial (conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de autoajuda etc.); g) Priorizar abordagens coletivas e de grupos como estratégias para atenção em saúde mental, que podem ser desenvolvidas nas unidades de saúde, bem como na comunidade; h) Adotar a estratégia de redução de danos nos grupos de maior vulnerabilidade, no manejo das situações envolvendo consumo de álcool e outras drogas. Avaliar a possibilidade de integração dos agentes redutores de dano a essa equipe de apoio matricial; i) Trabalhar o vínculo com as famílias, tomando-a como parceira no tratamento e buscar constituir redes de apoio e integração (Brasil, 2003, p. 5).

Na proposta de matriciamento existem duas equipes, uma de referência e outra de apoiadores matriciais, transformando a lógica verticalizada dos sistemas de saúde, em que a comunicação entre os níveis hierárquicos ocorre de forma precária e irregular (Iglesias & Avellar, 2014). Os apoiadores matriciais em saúde mental na atenção básica são psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais e enfermeiros de saúde mental (Brasil, 2011).

Ações horizontais integram os saberes nos diferentes níveis assistenciais. Assim, as equipes de referência e os apoiadores matriciais devem compartilhar experiências para tomar decisões de forma integrada. O papel da equipe de referência é conduzir o caso, enquanto o apoiador agrega seu conhecimento especializado, visando contribuir para a qualificação das ações e ampliação do campo de atuação (Iglesias & Avellar, 2014).

É possível solicitar um matriciamento: quando a equipe de referência sente necessidade de apoio da saúde mental para conduzir um caso; quando é necessário suporte para realizar intervenções psicossociais exclusivas da atenção básica; para integração do nível especializado com a atenção primária no tratamento de pacientes com transtorno mental; quando a equipe de

referência sente necessidade de apoio para resolver problemas que se relacionam ao desempenho de suas tarefas (Brasil, 2011).

O encontro entre a equipe ou profissional de apoio matricial e a equipe de referência pretende que o apoiador matricial auxilie a equipe de referência na formulação/reformulação e execução de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) para o sujeito que demanda intervenção em saúde, à qual a equipe de referência apresentou dificuldades inicialmente. A formulação/reformulação de Projetos Terapêuticos Singulares implica discussões coletivas de caso e, ao mesmo tempo, de uma coordenação, na duração do tempo, das ações desenhadas no projeto. Este deve ter caráter estratégico, ser composto de propostas de intervenção, ações e tomadas de decisão em relação ao caso, para as quais deve haver responsáveis e prazos (Oliveira, 2008).

A operacionalização do matriciamento depende de um conjunto de condições, como número e qualificação dos profissionais envolvidos, cultura organizacional dos gestores e trabalhadores envolvidos, rede de serviços disponível e organização do processo de trabalho nos serviços. Uma equipe que não se reúne facilmente conseguirá operar o matriciamento. A implementação desse arranjo deve vir, portanto, estrategicamente acompanhada de dispositivos que favoreçam a criação e a sustentabilidade dos encontros da equipe (Oliveira, 2008).

Quando se inicia um processo de apoio matricial, busca-se ampliar a capacidade de análise e resolutividade dos casos. Entretanto, discutir casos complexos implica enfrentamento ativo de dificuldades técnicas da equipe de referência e também dificuldades operacionais dos serviços e da rede. Uma experiência de matriciamento alcança êxito na medida em que amplia a capacidade de manejo dos casos pela equipe de referência. Isso acarreta novas demandas de adequação da organização da gestão (Oliveira, 2008).

Dimenstein *et al.* (2009) acreditam que a articulação entre os serviços cria a possibilidade de efetivar a tão almejada clínica ampliada, cuja função, por excelência, seria acompanhar movimentos, metamorfoses subjetivas que vão se processando cotidianamente na vida, proporcionando um meio criador para encontros e composições. Uma clínica como prática política que tem a ver com afeto e com a fabricação de modos de existência.

As experiências das equipes matriciais de saúde mental e os processos de formação estão ainda em construção. Não há dúvida de que a implantação, expansão e qualificação do apoio matricial são grandes desafios para a gestão da Política de Saúde Mental do país nos próximos anos e a garantia de acessibilidade à atenção, um dos maiores desafios do Sistema Único de Saúde. Do mesmo modo, o fortalecimento de uma política efetiva de formação continuada que envolva tanto as equipes de saúde

mental quanto as da atenção básica deverá ser uma das principais prioridades, objetivando, com isso, minimizar a fragmentação da assistência em saúde tradicional (Dimenstein et al., 2009, p. 67).

A inserção do psicólogo no apoio matricial em saúde mental

As mudanças que se desenvolveram no Brasil a partir do final do século XIX, relativas principalmente às transformações econômicas, de organização social e seus desdobramentos no campo cultural, foram fundamentais para a expansão do saber psicológico nas áreas da saúde, da educação e do trabalho. As transformações sociais decorrentes do crescente processo de urbanização e industrialização do país e o agravamento de problemas sociais enfrentados demandaram respostas que viriam a se concretizar com a presença da Psicologia e de outras disciplinas subsidiando os processos de administração científica do trabalho, da saúde e da educação (Conselho Federal de Psicologia, 2013).

O crescimento da profissão e sua frágil incorporação no mercado formal de trabalho, assim como a tradição de formação presente nos cursos, caracterizará a Psicologia do século XX, cujas marcas ainda estão fortemente presentes na profissão. Como característica, os psicólogos brasileiros concentram sua atuação no campo da clínica privada, desenvolvendo uma prática elitista e descolada do movimento histórico do país. É apenas a partir da década de 1980 que, por meio de movimentos encabeçados inicialmente pelas entidades organizativas da categoria, a profissão começa a pautar pontos relativos às possibilidades de intervenção da Psicologia às urgências das lutas sociais travadas na direção da democratização da sociedade e da promoção da justiça social. A Psicologia passa a ter em sua pauta as graves desigualdades da sociedade brasileira e a promoção de políticas de proteção e garantia de direitos sociais (Conselho Federal de Psicologia, 2013).

A década de 80 foi relevante para a entrada do psicólogo nas Políticas Públicas de Saúde, referenciando suas ações no movimento de Reforma Sanitária e Psiquiátrica ocorrida no Brasil. Com os primeiros movimentos de criação de serviços substitutivos aos manicômios e a necessidade de mudanças no quadro de assistência psiquiátrica no Brasil, abriu-se um amplo campo para atuação do psicólogo neste contexto (Dimenstein & Macedo, 2012).

Desde a instituição do Sistema Único de Saúde nota-se uma importante ampliação da presença de psicólogos nas políticas públicas de saúde e uma importante implicação da categoria com a garantia do direito à atenção integral à saúde, por meio de sua participação nas lutas e no trabalho cotidiano do SUS. Do mesmo modo, é significativa a participação dos

trabalhadores psicólogos na reorientação do modelo de assistência em saúde mental na saúde pública, levando a uma reconstrução dos compromissos e das práticas tradicionalmente acumuladas e desenvolvidas pela profissão (Conselho Federal de Psicologia, 2013). Em 1976, haviam 723 psicólogos nas equipes de saúde em todo Brasil; em 1984 esse número passou para 3.671 profissionais e em 2012 mais de 40 mil psicólogos passam a estar vinculados ao SUS (Dimenstein & Macedo, 2012).

Disso decorre um novo direcionamento da intervenção no campo da saúde mental, caracterizada pela perspectiva da atenção psicossocial, que se colocou como orientadora do desenvolvimento do projeto institucional dos CAPS, como dispositivos estratégicos da rede substitutiva de saúde mental. A atenção psicossocial aponta para a necessidade de produzir intervenções tendo em vista as condições de existência de sujeitos concretos, intervenções complexas e individualizadas, que respondam à necessidade de cada caso e se orientem para as redes de relação e circulação dos indivíduos (Conselho Federal de Psicologia, 2013).

Em relação à atenção primária em saúde, no ano de 2008, por meio da portaria n. 154, cria-se o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), tornando oficial a participação do profissional psicólogo no contexto da atenção básica. A citada portaria elenca as ações de saúde mental da seguinte maneira: 1) atenção aos usuários e a familiares em situação de risco psicossocial e transtorno mental, visando à reinserção social e acesso aos atendimentos de saúde; 2) ações de combate ao sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença e a questões subjetivas que dificultam a aceitação a práticas preventivas ou a adesão a hábitos de vida saudáveis; 3) as ações de enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e drogas e as ações de redução de danos e combate à discriminação (Cezar & Rodrigues & Arpini, 2015).

Após elencar as ações de saúde mental propostas pelo NASF, compreende-se que forma o profissional de saúde mental, em especial o psicólogo, pode atuar para conseguir efetivar sua prática, a fim de promover uma melhor qualidade de vida aos usuários, sua reinserção comunitária e social, diminuição do preconceito existente em relação aos transtornos mentais, além de construir ações que ajudem às pessoas com o sofrimento subjetivo relacionado a todo e qualquer tipo de doença, pois,

Deve-se levar em conta que existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas de promoção da saúde ou de vida mais saudáveis. Pode-se dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde (Brasil, 2009, p.36).

As pessoas não se limitam às expressões de suas doenças. Problemas como iatrogenia, baixa adesão a tratamentos e pacientes refratários tornam nítida a complexidade dos sujeitos que utilizam os serviços de saúde, bem como o limite da prática clínica centrada na doença. Nesse sentido, a Clínica Ampliada visa integrar várias abordagens a fim de possibilitar um manejo eficaz do trabalho multiprofissional em saúde. Em Saúde Coletiva, compartilhar e ampliar a clínica significa construir processos de saúde de forma conjunta entre serviços e comunidade (Brasil, 2009).

A atuação do profissional de saúde mental na promoção da saúde, uma vez instalada e tecida essa rede NASF/ESF, seria também de suma importância na construção e desenvolvimento de um método clínico ampliado, na verdade uma clínica do social que incluiria a investigação e a intervenção contínuas frente a problemáticas vinculadas à constituição de cada território e à construção de diferentes modos de subjetividade no cerne desses territórios (Moreira & Castro, 2009).

No NASF, faz-se relevante a participação do psicólogo no apoio matricial. Como apoiador matricial, o psicólogo promove, a partir de sua visão de clínica ampliada, uma relação que estabelece o diálogo entre profissionais da equipe de saúde e usuários, além de possibilitar ações que garantam a integralidade no atendimento (Freire & Pichelli, 2010).

Lamentavelmente, estudos apontam que a prática psicológica, mesmo no contexto da atenção básica e da promoção à saúde, ainda segue o modelo clínico tradicional (Carvalho, Bosi & Freire, 2009; Fermino, Patrício, Krawulski, & Sisson, 2009; Böing & Crepaldi, 2010; Freire & Pichelli, 2010; Iglesias & Avellar, 2016). A formação em Psicologia, ao focar a prática clínica, traz prejuízos ao trabalho do psicólogo diante de demandas coletivas, visto que a clínica psicológica tradicional não dá conta de tais demandas e que este não é o tipo de intervenção esperada no nível primário de atenção (Freire & Pichelli, 2010).

Além disso, como destaca Moreira e Castro (2009), o tempo de inserção dos profissionais de Psicologia nesses espaços é relativamente pequeno e não há uma quantidade considerável de profissionais atuando nessa área. Os cursos de Psicologia ainda não estão preparando seus alunos para trabalharem nos espaços coletivos de saúde. Portanto, inscreve-se mais um desafio para a atuação dos psicólogos na atenção básica: a formação dos psicólogos ainda se encontra incipiente em temáticas concernentes à saúde coletiva e à prática dos psicólogos nos serviços de saúde – e isso também diz respeito aos NASF, por sua vez.

O trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS) demanda um profissional generalista, que saiba de psicologia clínica, para lidar com os transtornos mentais de acordo com

uma clínica ampliada; psicologia social/comunitária, atuando junto aos modos de vida, no mapeamento e diagnóstico da comunidade; psicologia escolar/ educacional, psicologia ambiental, para a construção de ambientes saudáveis; psicologia do trabalho para facilitar o fluxo, estrutura e a compreensão do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família; além de psicologia do desenvolvimento para conhecer todos os ciclos de vida (criança, adolescente, gestantes, idosos), para citar algumas possibilidades, necessárias para uma boa prática, visto que atuará com esse público nos diversos âmbitos (Moreira & Castro, 2009, p. 61).

A partir da investigação e análise documental, Böing e Crepaldi (2010) concluíram que a inclusão do psicólogo se dá, em sua maioria, nos níveis secundário e terciário de atenção. A relação entre Psicologia e atenção básica se estabelece, ainda segundo os autores, por meio do apoio matricial às equipes de saúde da família. É possível presumir, portanto, que o psicólogo é tido exclusivamente como especialista, e não como profissional de saúde geral.

Cabe ressaltar que tomar a Psicologia exclusivamente como especialidade e não como clínica geral se relaciona ao desconhecimento do potencial desta profissão no campo da promoção e prevenção à saúde. Reduzir o campo da saúde mental como uma especialidade pode ser outro fator contribuinte para a diferença entre saúde e saúde mental nas políticas de saúde (Böing & Crepaldi, 2010).

Iglesias e Avellar (2016) investigaram as concepções de psicólogos da atenção básica sobre o matriciamento em saúde mental em um município do sudeste do Brasil que afirma este trabalho como partindo exclusivamente dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A partir dos dados coletados, encontraram várias concepções trazidas sobre o matriciamento em saúde mental, como “compartilhamento de saberes e práticas para o cuidado em saúde”, “hierarquia de saberes”, “possibilidade de aproximação com a atenção psiquiátrica”, “discussão de caso” e “supervisão”. Tais entendimentos estão intrinsecamente relacionados às contribuições dos psicólogos para a efetivação do apoio matricial em saúde mental. Além disso, psicólogos da atenção básica que conseguiram afirmar-se também como apoiadores matriciais disseram conseguir contribuir mais para a integralidade do cuidado ao usuário.

É possível que a Psicologia contribua potencialmente na atenção básica na medida em que transforma também o fazer dos demais profissionais da saúde. Seu trabalho deve ser pautado no conceito ampliado de saúde, no contexto histórico e cultural do usuário, com todas as parcerias possíveis, para concretizar o propósito de integralidade do cuidado (Iglesias & Avellar, 2016).

CONCLUSÃO

A inserção e atuação do psicólogo na atenção básica vêm tendo ampla abertura com o início das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, abrangendo, aos poucos, a sua área de atuação. No entanto, foi possível compreender que a presença da Psicologia no contexto do apoio matricial em saúde mental na atenção básica é fundamental. O profissional psicólogo pode contribuir nas mais distintas ações em saúde, além da saúde mental, por meio de conhecimentos, experiências, estudos de casos, com intervenções interdisciplinares, intersetoriais e em parceria tanto com outros profissionais quanto com a comunidade. Todavia, ainda não são poucas as dificuldades encontradas por este profissional para se adequar as propostas exigidas.

O desafio que se coloca, no sentido de atender suas principais ações, é devido a sua formação acadêmica, que ainda é realizada nos moldes da clínica tradicional, levando a uma forma de atuação no modelo biomédico e fazendo com que os profissionais fiquem distantes das práticas que condizem, especificamente, com a política do SUS. Em consequência, destaca-se que tais profissionais encontram dificuldade de enxergar as suas deficiências e, na maioria das vezes, não buscam alternativas para suprir tais carências.

Faz-se necessário que este profissional reconheça a importância de sua atuação nos serviços primários de saúde. Atuação esta que implica, não só ter conhecimento, formação acadêmica, mas, principalmente, o desejo de lutar em busca de transformações sociais.

REFERENCIAIS

- Amarante, P. (1996). *O Homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Arbex, D. (2013). O pavilhão Afonso Pena. In D. Arbex. *Holocausto Brasileiro* (pp. 21-43). São Paulo: Geração Editorial.
- Berlinck, M. T., Magtaz, A. C., & Teixeira, M. (2008). A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11(1), 21-28.
- Böing, E. (2009). *O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.
- Böing, E., & Crepaldi, M. A. (2010). O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(3), 634-649.
- Brasil. (2003). Ministério da Saúde. *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília: DF. Recuperado em 31 maio 2016, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>
- Brasil. (2005). Ministério da Saúde. *Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil*. Brasília: DF. Recuperado em 03 maio, 2016, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
- Brasil. (2008). Ministério da Saúde. *Portaria nº 154, de 25 de janeiro de 2008*. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: DF. Recuperado em 03 maio, 2016, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html
- Brasil. (2009). Ministério da Saúde. *Cadernos de atenção básica: diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília: DF. Recuperado em 10 maio, 2016, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf
- Brasil. (2009). Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília: DF. Recuperado em 16 julho, 2016, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf
- Brasil. (2011). Ministério da Saúde. *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: DF. Recuperado em 10 maio, 2016, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf

Brasil. (2011). Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF. Recuperado em 03 maio, 2016, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

Brasil. (2013). Ministério da Saúde. *Cadernos de atenção básica: saúde mental*. Brasília: DF. Recuperado em 10 maio, 2016, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf

Campos, G. W. S. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), 393-403.

Carvalho, L. B., Bosi, M. L. M., & Freire, J. C. (2009). A prática do psicólogo em saúde coletiva: um estudo no município de Fortaleza (CE), Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(1), 60-73.

Cezar, P. K., Rodrigues, P. M., & Arpini, D. M. (2015). A psicologia na Estratégia de Saúde da Família: vivências da residência multiprofissional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(1), 211-224.

Conselho Federal de Psicologia. (2013). *Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial*. Brasília: CFP. Recuperado em 10 agosto, 2016, de http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/11/CAPS_05.07.pdf

Delgado, P. G. G. (2011). Saúde mental e direitos humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. *Arq. bras. psicol.*, 63(2), 114-121.

Dimenstein, M., Severo, A. K., Brito, M., Pimenta, A. L., Medeiros, V., & Bezerra, E. (2009). O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, 18(1), 63-74.

Dimenstein, M., & Macedo, J. P. (2012). Formação em psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32, 232-245.

Fermino, J. M., Patrício, Z. M., Krawulski, E., & Sisson, M. C. (2009). Atuação de psicólogos no Programa de Saúde da Família: o cotidiano de trabalho oportunizando repensar a formação e as práticas profissionais. *Aletheia*, (30), 113-128.

Fleury, S. (2009). Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3), 743-752.

Freire, F. M. S., & Pichelli, A. A. W. S. (2010). Princípios norteadores de prática psicológica na atenção básica: em busca da integridade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(4), 840-853.

Gomes, A. L. C. (2013). *A Reforma Psiquiátrica no contexto do Movimento de Luta Antimanicomial em João Pessoa – PB*. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Grigolo, T. M., & Moretti-Pires, R. O. (2014). *Álcool e outras drogas – da coerção à coesão*. [Manual]. Módulo Políticas de Saúde Mental e Direitos Humanos. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC.

Iglesias, A., & Avellar, L. Z. (2014). Apoio matricial: um estudo bibliográfico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(9), 3791-3798.

Iglesias, A., & Avellar, L. Z. (2016). As contribuições dos psicólogos para o matriciamento em saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(2), 364-379.

Lei 180, de 13 de maio de 1978 (1978). Controles e tratamentos sanitários voluntários e obrigatórios. Itália. Recuperado em 31 maio 2016, de www.abrasme.org.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=3714

Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001 (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF. Recuperado em 31 maio 2016, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm

Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003 (2003). Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, DF. Recuperado em 31 maio 2016, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm

Machado, D. K. S., & Camatta, M. W. (2013). Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a saúde mental e a atenção primária à saúde. *Cadernos Saúde Coletiva*, 21(2), 224-232.

Mesquita, J. F., Novellino, M. S. F., & Cavalcanti, M. T. (2010, setembro). A Reforma Psiquiátrica no Brasil: um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental. *Anais do Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, Caxambu, MG, Brasil, 17. Recuperado em 31 maio 2016, de http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_4/abep2010_2526.pdf

Moreira, D. J., & Castro, M. G. (2009). O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como porta de entrada oficial do psicólogo na atenção básica. *TransFormações em Psicologia*, 2(2), 51-64.

Oliveira, G. N. (2008). Apoio matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In G. W. S. Campos, & A. V. P. Guerrero (Org.). *Manual de práticas de atenção básica – saúde ampliada e compartilhada* (pp. 273-282). São Paulo: Hucitec.

Souto, L. R. F., & Oliveira, M. H. B. (2016). Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. *Saúde Debate*, 40(108), 204-218.

Souza, A. C., & Rivera, F. J. U. (2010). A inclusão das ações de saúde mental na atenção básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. *Rev Tempus Actas Saúde Colet.*, 4(1), 121-132.

Yasui, S. (2011). Conhecendo as origens da Reforma Psiquiátrica Brasileira: as experiências francesa e italiana. *Livros e Redes*, 18(2), 585-589.