



**COLEGIADO DO CURSO DE PSICOLOGIA  
COORDENAÇÃO DE MONOGRAFIA**

**PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL SOBRE O  
MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

**CÁSSIA SIMONE RAMOS HORA MOREIRA**

**Ihéus, Bahia  
2020**



**COLEGIADO DO CURSO DE PSICOLOGIA  
COORDENAÇÃO DE MONOGRAFIA**

**CÁSSIA SIMONE RAMOS HORA MOREIRA**

**PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL SOBRE O  
MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Monografia (Artigo científico) entregue para acompanhamento como parte integrante das atividades de TCC II do Curso de Psicologia da Faculdade de Ilhéus.

**Ilhéus, Bahia  
2020**

**PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL SOBRE O  
MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

**CÁSSIA SIMONE RAMOS HORA MOREIRA**

**Aprovado em: \_/07/2020**

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof<sup>a</sup>. Sheila Carla Brito Lima – Especialista  
Faculdade de Ilhéus – CESUPI  
(Orientadora)**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dayane Mangabeira - Especialista  
Faculdade de Ilhéus – CESUPI  
(Avaliadora I)**

---

**Prof. Fernando Rodrigues Berbert Maques – Especialista  
Faculdade de Ilhéus – CESUPI  
(Avaliador II)**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus por ter me dado saúde e força para superar todos os obstáculos encontrado ao longo do curso.

Aos meus pais, ao meu esposo e à minha filha pelo apoio, compreensão e carinho imensuráveis, por estarem presentes nos momentos difíceis e pelas vibrações a cada conquista, por menos que essa parecesse estar contribuindo para o meu crescimento.

O meu muito obrigada a minha orientadora pelo suporte, carinho, cuidado, incentivo e pela confiança depositada em mim durante o processo de construção desse trabalho.

Aos meus professores pelos ensinamentos que permitiram apresentar um melhor desempenho na minha formação profissional.

E aos meus colegas e amigos que diretamente ou indiretamente fizeram parte da minha formação.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>2 REFERENCIAIS TEÓRICOS .....</b>	<b>9</b>
<b>2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA .....</b>	<b>9</b>
<b>2.2 CUIDADO EM REDE .....</b>	<b>10</b>
<b>2.3 O APOIO MATRICIAL .....</b>	<b>11</b>
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>13</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>4.1 DADOS REFERENTES ÀS PUBLICAÇÕES .....</b>	<b>15</b>
<b>4.2 DADOS REFERENTES AOS ESTUDOS .....</b>	<b>16</b>
<b>4.2.1 Modelos de atenção.....</b>	<b>17</b>
<b>4.2.2 A interlocução entre os serviços/equipes .....</b>	<b>18</b>
<b>4.2.3 Qualificação das práticas.....</b>	<b>20</b>
<b>4.2.4 Efetivação do cuidado integral e em rede .....</b>	<b>21</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>24</b>
<b>6 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>25</b>

# PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL SOBRE O MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

## PERCEPTIONS OF PROFESSIONALS FROM THE PSYCHOSOCIAL ATTENTION NETWORK ABOUT MATRIX IN MENTAL HEALTH: AN INTEGRATIVE REVIEW

Cássia Simone R. H. Moreira<sup>1</sup> Sheila Carla B. Lima<sup>2</sup>

1. Cássia Simone Ramos Hora Moreira. Discente do curso de Psicologia da Faculdade de Ilhéus.
2. Sheila Carla Brito Lima. Docente do curso de Psicologia da Faculdade de Ilhéus.

### RESUMO

O apoio matricial é representante de um novo arranjo que estimula a produção de novos padrões de relacionamento entre equipe e usuários e que amplia o compromisso dos profissionais com a produção de saúde, com vistas à produção do cuidado integral e à qualificação das práticas de saúde mental. Acredita-se que as percepções dos profissionais de saúde podem favorecer o conhecimento de aspectos práticos do trabalho que vem sendo desenvolvido, portanto o objetivo deste trabalho foi analisar as produções científicas referentes às percepções dos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial sobre as ações de matriciamento em saúde mental. Para tanto, realizou-se uma revisão integrativa da literatura, com a utilização da base de dados LILACS para a composição da amostra, que incluiu oito artigos para análise. A partir da técnica de análise de conteúdo, os resultados foram categorizados em quatro tópicos de discussão: modelos de atenção; a interlocução entre os serviços/equipes; qualificação das práticas; efetivação do cuidado em rede. Conclui-se que a prática do matriciamento está em processo de desenvolvimento, necessitando ser fortalecida, mas que é ferramenta necessária ao avanço da Reforma Psiquiátrica, assim como é indispensável à consolidação do modelo de atenção psicossocial.

**Palavras-Chave:** Apoio Matricial; Percepções dos profissionais; Rede de Atenção Psicossocial.

### ABSTRACT

Matrix support represents a new arrangement that encourages the production of new relationship patterns between health teams and users and that expands the professionals' commitment to health production, with the aim of producing comprehensive care and qualifying mental health practices. It is believed that the perceptions of health professionals may favor the knowledge of practical aspects of the work that has been developed, so the objective of this work was to analyze the scientific productions regarding the perceptions of professionals from the Psychosocial Care Network about the matrix support actions in mental health. For this purpose, an integrative literature review was carried out, using the LILACS database for the sample composition, which included eight articles for analysis. Based on the content analysis technique, the results were categorized into four discussion topics: care models; the

dialogue between services / teams; qualification of practices; effectiveness of network care. It is concluded that the practice of matrix support is in the process of development, needing to be strengthened, but that it is a necessary tool for the advancement of Psychiatric Reform, just as it is indispensable for the consolidation of the psychosocial care model.

**Keywords:** Matrix Support; Perceptions of professionals; Psychosocial Care Network.

## 1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988, conhecida como “Constituição Cidadã”, dispõe em seu artigo 198 que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização; atendimento integral e participação da comunidade.

Incorporada ao Sistema Único de Saúde (SUS) como um princípio, a partir da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, a integralidade é entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990).

“A ‘integralidade’ como eixo prioritário de uma política de saúde, ou seja, como meio de concretizar a saúde como uma questão de cidadania, significa compreender sua operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade” (PINHEIRO, 2009, p.258).

O cuidado integral a saúde pode ser compreendido pela articulação de três elementos: acesso, responsabilização e autonomia. O acesso, traduzido no princípio da universalidade, refere-se a garantia de entrada no sistema público de saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado. A responsabilização, que integra em si as noções de vínculo e resolutividade, compreende elementos éticos, técnicos e políticos do cuidado em saúde por parte das equipes. Por sua vez, a autonomia é o produto do cuidado que respeita a singularidade e a cidadania daquele que é cuidado, evitando tutela ou reificação do usuário que busca atenção a sua saúde (MERHY, 2002).

De acordo com Cecílio (2001), para que a integralidade do cuidado seja alcançada, são imprescindíveis a interação dos vários saberes e esforços de uma equipe multiprofissional e a interlocução entre os serviços do território. Para tanto, Campos (1999) apresenta em seu artigo inaugural a proposta de matriciamento, afirmando-o como representante de um novo arranjo que estimula a produção de novos padrões de relacionamento entre equipe e usuários e que amplia o compromisso dos profissionais com a produção de saúde, à medida que supera obstáculos organizacionais que dificultam a comunicação.



Dada a relevância do tema e tendo em vista que o Apoio Matricial em Saúde Mental é uma estratégia ainda em construção em todo o país, tem-se expectativas de contribuir com a avaliação desta política pública em termos de como as práticas concretas se aproximam ou não das concepções originais em que foram pautadas e oferecer subsídios para ampliar o debate científico.

Acredita-se que as percepções dos profissionais de saúde podem favorecer o conhecimento de aspectos práticos do trabalho que vem sendo desenvolvido, possibilitando a construção de estratégias para a efetivação e qualificação do uso da tecnologia de matriciamento coerentes com o cotidiano das práticas profissionais

Assim, o presente trabalho traz consigo argumentos para refletir e ponderar sobre essa tecnologia e pensar em quais são os desafios postos na produção do trabalho em saúde, para que este se qualifique com vistas à melhoria da saúde das populações. Para tanto, o objetivo deste trabalho é analisar as produções científicas referentes às percepções dos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial sobre as ações de matriciamento em saúde mental.

## 2 REFERENCIAIS TEÓRICOS

### 2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

A reestruturação da política social brasileira, no final do século XX, apontou para a reformulação de modelos de atenção e gestão à saúde, que tinham como princípios o acesso justo, equitativo e democrático. Nesse contexto, tem-se início o movimento da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2005). Apesar de contemporâneos, o movimento da Reforma Psiquiátrica, identificada como luta antimanicomial, insurge a partir de denúncias sobre a precariedade da assistência psiquiátrica e violações de direitos humanos, pleiteando transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais que orientavam os tratamentos vigentes à época.

O modelo de assistência psiquiátrica predominante no Brasil, neste período, se propunha à hospitalização e ao asilamento do doente mental, visando atender, sobretudo, a segurança da ordem e da moral pública (GONÇALVES; SENA, 2001). Portanto, um dos principais orientadores da luta antimanicomial é o processo de desinstitucionalização, ou seja, a substituição dos hospitais psiquiátricos e mudanças das práticas de hegemonia psiquiátrica e da cultura manicomial, simultaneamente à construção da cidadania do sujeito e de cuidados à saúde mental no território (BARRETO, 1999). No entanto, Rotelli (1990) alerta que a desinstitucionalização não se refere apenas à desospitalização dos sujeitos, mas sim à construção de práticas e saberes que produzam determinadas formas de perceber, entender e se relacionar com os fenômenos sociais e históricos. É um processo do plano prático-crítico de reorientação dos serviços e instituições. Perpassa o entendimento do sofrimento dos pacientes em sua relação com o corpo social.

Como processo decorrente desta luta, foi inaugurada a Reforma Psiquiátrica Brasileira, com a Lei nº 10.216 de 2001 (BRASIL, 2001) Desse modo, houve a implantação gradual da rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, definidos mais especificamente a partir da Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ou seja, uma rede de cuidado para o atendimento de pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo os usuários de crack, álcool e outras drogas que estabelecem relação prejudicial com a substância, vinculada ao Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011). Nesse sentido, o que norteia esse modelo de atenção é potência da produção do cuidado em liberdade, no território, a partir da construção e/ou fortalecimento da rede

cotidiana (família e comunidade) dos sujeitos em sofrimento psíquico e da corresponsabilização do cuidado entre os profissionais de saúde e outros atores que compõem a rede desses sujeitos. Apesar de marcar quase duas décadas, Reforma Psiquiátrica Brasileira não está consolidada, requerendo um processo contínuo de questionamentos das práticas de cuidados (BARROSO; SILVA, 2011).

## 2.2 CUIDADO EM REDE

Com novos pressupostos em cena, foi necessário pensar sobre a reformulação do modelo de atenção à saúde. O conceito de saúde, agora não mais reduzido a “ausência de doenças”, inclui a multiplicidade da vida do indivíduo, enquanto sujeito psíquico, corpo social e organismo biológico, que se relaciona intimamente com contexto ao qual se insere. Esse conceito ampliado de saúde desloca as práticas centradas no conhecimento médico hegemônico para a conexão de saberes e práticas diversos em prol da compreensão integral dos indivíduos (HIRDES, 2009). Nesse sentido, não há uma disciplina, um equipamento ou mesmo uma equipe de saúde que possa ser considerada autossuficiente na produção de cuidado (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014).

Assim, a estrutura piramidal de acesso aos serviços de saúde no projeto do SUS não conseguiu ser eficiente em face à complexidade dos processos de adoecimento, que envolve vários fatores, campos de saber e atores sociais. De acordo com Cecílio (1997 apud QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014), a reorganização desse formato se deu de forma espontânea, com o acesso por múltiplas portas de entrada encontradas pelos usuários em busca do cuidado. Com a diversificação da possibilidade de acesso, a multiplicidade dos serviços que compõem a atenção em saúde e a heterogeneidade de práticas e profissionais em sua composição, institui-se um modelo de redes em saúde.

Essas redes têm características rizomáticas, ou seja, não partem de um modelo específico, pois se constrói no trabalho vivo em ato de cada trabalhador ou equipe, mediante conexões e fluxos com outros atores sociais, normas, instrumentos, tecnologias (MERHY; FRANCO, 2006). O modelo em rede associa à ideia de movimento e de várias alternativas de entrada e de saída. Não possui níveis hierárquicos e opera de forma horizontal. Funciona de acordo com as necessidades dos usuários e possibilidades de cada território.

Portanto, para atender as demandas em saúde mental, a RAPS é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: Atenção Básica, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os serviços de urgência e emergência (SAMU), os centros de convivência, as residências terapêuticas, entre outros. Para garantir a integralidade do cuidado, a atenção psicossocial pressupõe uma prática complexa, articuladora de saberes e fazeres, numa dialógica cotidiana ancorada no sócio-histórico.

### 2.3 O APOIO MATRICIAL

Com a finalidade de possibilitar a articulação indispensáveis ao cuidado em saúde mental, Campos (1999) apresenta uma metodologia de trabalho denominada Apoio Matricial (AM) ou Matriciamento, partindo da premissa que a reforma da clínica e das práticas de saúde precisam instituir novos padrões de relacionamento entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços. Para que novas práticas se estabeleçam, norteadas pela desinstitucionalização, é preciso criar novos arranjos que produzam outra cultura e forma de lidar com a singularidade dos indivíduos. Esses arranjos devem ser transversais, na medida em atravessam os trabalhadores, usuários e outros atores sociais, e compartilham informações e compromissos com a produção do cuidado (BRASIL, 2004).

O matriciamento, então, é uma proposta de cogestão no trabalho, com relações dialógicas, compartilhamento de conhecimentos e poder, além de construção de intervenções conjuntas (OLIVEIRA; CAMPOS, 2015). Essa noção é formalizada com a instituição dos Núcleos de Apoio/Ampliado à Saúde da Família (NASF) por meio da Portaria nº 154/2008, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008). Ademais, as ações de matriciamento garantem a qualificação do trabalho em saúde mental, incorporando conhecimentos tanto em nível técnico-pedagógico quanto em nível assistencial (CAMPOS, 1999). As diferenças profissionais e pessoais de cada trabalhador envolvido no processo de cuidado possibilitam vínculos e olhares distintos sobre o sujeito adoecido. Estas diferenças permitem construir exitosos caminhos para os projetos terapêuticos (BRASIL, 2004).

O apoio matricial valoriza a prática terapêutica no âmbito do território, considerando as dimensões familiares, socioculturais e econômicas que envolvem o cotidiano das ações em saúde mental (MIELKE; OLSCHONSKY, 2010). A noção de

território, então, faz-se necessária para orientar as intervenções. Além das características físicas, sejam estas naturais ou artificiais, o território abrange também as produções humanas, as tradições, culturas, valores, bem como os conflitos (de poder, de uso, de ocupação) em um fluxo interrelacional e dinâmico (SANTOS, 2006 apud FURTADO et al, 2016). Logo, funciona como uma forma de aproximar profissionais e serviços do contexto em que o usuário se insere.

De acordo com Chiaverini (2011), o AM tensiona a transformação no modelo de conduta de casos, passando do modelo tradicional de encaminhamentos, referência e contrarreferência, para a lógica de corresponsabilização. O primeiro modelo favorece a falta de responsabilização e alienação dos profissionais em relação ao seu objetivo, que é a produção de saúde (FIGUEIREDO, 2006).

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

Esse estudo é uma revisão integrativa de literatura sobre as perspectivas dos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial sobre as ações de matriciamento. A revisão integrativa é um método que deve seguir, de maneira rigorosa, o procedimento empregado, por meio do qual o leitor pode identificar as principais características das publicações. Essa modalidade de pesquisa é norteadada por seis fases distintas: elaboração da questão; estabelecimento da estratégia de busca na literatura; seleção de estudos com base nos critérios de inclusão; leitura crítica, avaliação e categorização do conteúdo; análise e interpretação dos resultados (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Utilizou-se a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) para a localização simultânea de publicações em diferentes bases de dados, sendo a deste estudo Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foram selecionados os artigos nacionais completos, publicados no período de 2012 a 2019. Esse recorte temporal se dá a partir da publicação da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial, até a coleta dos dados.

No processo de busca, utilizou-se a associação dos seguintes descritores: Rede de Atenção Psicossocial; RAPS; matriciamento; apoio matricial. Empregados os descritores supracitados, apareceram 38 artigos que faziam referência à associação dos termos procurados. Em seguida, foi realizada a leitura dos resumos dos trabalhos, avaliando-os para inclusão ou exclusão.

Os trabalhos encontrados foram incluídos de acordo com os seguintes critérios: os artigos nacionais e pautados em dados primários. Utilizou-se como critério de exclusão trabalhos realizados sobre populações estrangeiras ou em idioma distinto do português, as revisões de literatura, monografias, teses e dissertações, os relatos de caso ou experiência, os estudos incompletos ou não disponíveis *online*, artigos repetidos e discrepantes ao objetivo deste estudo. Ademais, um dos artigos que, *a priori*, estava coerente com os critérios de inclusão, foi excluído após a sua leitura na íntegra, pois foram identificados erros metodológicos que podem comprometer a análise do estudo. Do total encontrado, portanto, foram excluídos 30 estudos, perfazendo 8 artigos para a análise.

Os artigos selecionados foram à revisão integrativa, tratando e interpretando as informações, sistematizando-as e categorizando-as, fundamentada na análise de conteúdo de Bardin (2011). Essa técnica de análise envolve leitura flutuante com a atenção ao todo, seguida de uma leitura mais completa, dirigida, observando-se os temas que se repetem com mais frequência. Em sequência, foi feita a exploração do material, na qual foi elaborada cinco tabelas com dados referentes às publicações e sínteses dos conteúdos. A partir das sínteses, foi possível elencar unidades de codificação e classificação dos elementos que compunham os artigos, posteriormente reagrupados nas seguintes categorias: 1) Modelos de atenção 2) A interlocução entre os serviços/equipes 3) Qualificação das práticas 4) Efetivação do cuidado em rede.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 DADOS REFERENTES ÀS PUBLICAÇÕES

Por meio da revisão integrativa que foi realizada, analisaram-se oito publicações, as quais atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos e já citados.

Na Tabela 1, é mostrada a representação das informações acerca das publicações indexadas que integraram a amostra em relação ao ano em que foram publicados. Era esperado que, conforme as equipes de matriciamento fossem sendo implementadas por meio da Portaria nº 154/2008, as publicações científicas sobre o tema aumentassem, porém isso não foi identificado. No entanto, é necessário pontuar que, em 2017, a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017) reformula o Núcleo de Apoio à Saúde da Família para Núcleo Ampliado de Saúde da Família, colocando à parte a principal ferramenta das equipes.

Tabela 1 – Distribuição de frequência e percentagem das publicações revisadas de acordo com o ano de publicação, identificados na base de dados LILACS, no período de 2012 a 2019.

Ano de publicação	Artigos Indexados		Base de Dados
	f	%	LILACS
2012	1	12,5	1
2013	1	12,5	1
2014	0	0	0
2015	1	12,5	1
2016	3	37,5	3
2017	2	25	2
2018	0	0	0
2019	0	0	0
Total	8	100	8

Fonte: Moreira; Lima, 2019.

A Tabela 2 mostra a distribuição dos artigos que foram publicados em oito periódicos distintos, sendo a sua distribuição equitativa, representada por 12,5% cada.

Tabela 2 – Distribuição de frequência e percentagem das publicações revisadas de acordo com o periódico de publicação, indexados na base de dados LILACS, no período de 2012 a 2019.

NOME DO PERIÓDICO	f	%
Aletheia	1	12,5
Ciência & Saúde Coletiva	1	12,5
Interface: Comunicação, Saúde, Educação	1	12,5
Mental	1	12,5
Mudanças – Psicologia da Saúde	1	12,5
Revista Saúde e Pesquisa	1	12,5
Saúde Debate	1	12,5
Saúde e Sociedade	1	12,5
Total	8	100

Fonte: Moreira; Lima, 2019.



Quanto ao local de publicação dos trabalhos da amostra, verificou-se que as regiões predominantes foram o Sul e Sudestes, perfazendo juntas 70% das publicações da amostra, conforme apresenta a Tabela 4. De acordo com Moretti e Fedosse (2016), o número de equipes de apoio matricial implantadas no Nordeste e a respectiva cobertura populacional são maiores, em relação às demais regiões. No entanto, essa região não se destacou no que tange à sistematização dessas experiências.

Tabela 3 – Distribuição de frequência e percentagem das publicações revisadas de acordo com as regiões do Brasil, indexados na base de dados LILACS, no período de 2012 a 2019.

REGIÃO DO BRASIL	f	%
Região Centro-Oeste	0	0
Região Nordeste	2	25
Região Norte	0	0
Região Sudeste	3	37,5
Região Sul	3	37,5
Total	8	100

Fonte: Moreira; Lima, 2019.

#### 4.2 DADOS REFERENTES AOS ESTUDOS

O método qualitativo foi predominante, aparecendo em sete das oito publicações da amostra. Sabe-se que a pesquisa qualitativa é importante para estudos como esses por possibilitar narrativas ricas e interpretações individuais. Por investigar as percepções dos profissionais, esse tipo de pesquisa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2001).

Tabela 4 – Apresentação dos artigos da amostra conforme o tipo de estudo e instrumentos utilizados para a coleta de dados.

Nome do artigo	Metodologia	Instrumentos
A Interlocução da Saúde Mental com Atenção Básica no Município de Vitória/ES	Qualitativa	Entrevistas semiestruturadas.
A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental	Qualitativa	Entrevistas semiestruturadas; grupos focais.
Apoio Matricial e Capsi: desafios do cenário na implantação do matriciamento em saúde mental	Qualitativa	Grupos focais.
Apoio matricial na atenção à saúde mental em uma regional de saúde, Paraná, Brasil	Qualitativa	Grupos focais e entrevistas individuais.
Atenção primária e saúde mental: contribuições e potencialidades do apoio matricial	Qualitativa	Entrevistas semiestruturadas e observação.
O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise	Qualitativa	Entrevistas semiestruturadas e rodas de conversa.
O matriciamento em saúde mental na perspectiva dos gestores	Qualitativa	Entrevistas semiestruturadas
Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade	Quantitativa	Questionários <i>online</i>

Fonte: Moreira; Lima, 2019.

No tocante ao objetivo desta revisão, observou-se que as publicações revelaram muitos aspectos importantes da implementação das ações de matriciamento em saúde mental, a partir da perspectiva dos trabalhadores e gestores da saúde. A partir da síntese, codificação e categorização, são apresentados os pontos de discussão a seguir:

#### 4.2.1 Modelos de atenção

Os estudos da amostra evidenciam que modelos de atenção concorrentes influenciam as práticas de saúde. Considera-se que o fazer em saúde resulta da apropriação de conceitos, ideias, valores e condutas pelos profissionais e usuários dos serviços. Remete a um determinado momento histórico-social, cultural, político e tecnológico no campo da saúde (SANTOS; WESTPHAL, 1999), que corresponde ao paradigma vigente.

Dessa forma, as pesquisas incluídas na revisão discutem sobre as dificuldades de transição do modelo biomédico hegemônico para o modelo de atenção psicossocial. O primeiro, vigora a produção de saúde centrada na doença, é tecnicista e medicalocêntrico, ou seja, não legitima saberes e práticas que não se fundamentam no conhecimento biomédico para composição do cuidado. O segundo, pressupõe a integralidade e a interdisciplinaridade, é dirigido ao reposicionamento subjetivo do sujeito, resgatando a dimensão socio-histórica que envolve o adoecimento e visando à reintegração dos usuários em seus territórios familiares, sociais, afetivos: espaços de contratualidade e cidadania (LIMA; DIMENSTEIN, 2016).

O matriciamento, ao passo que se apresenta como uma tentativa de superação do modelo centrado na doença, pois é fundamentado em concepções ampliadas de produção de saúde, com a integração de saberes, instituições e profissionais, se depara com muitos obstáculos, porque está inserido em um contexto macro de produção de saúde que ainda reproduz o modo hegemônico de ver a saúde de forma fragmentada (RODRIGUES; MOREIRA, 2012). Nessa direção, os profissionais identificam múltiplas situações em que essa tecnologia é utilizada de forma distorcida, fazendo a manutenção de relações verticalizadas e hierárquicas, reiterando a disputa de poder entre os saberes, com dificuldade de estabelecer a corresponsabilização dos casos, entre outras.

Isto posto, Garcia et al (2017) denunciam que pode ocorrer a distorção da finalidade do AM, a exemplo de quando é implementado na perspectiva de financiar a presença de profissionais especializados na atenção básica, sem que exista clareza sobre o modelo de atenção que o constitui e as rupturas que ele exige. Iglesias e Avellar (2016) também apontam para o risco da apreensão do matriciamento sem que se discuta sobre os modelos de atenção, pois, ao invés de romper com as lógicas instituídas de fragmentação da atenção, pode acabar reproduzindo-as. O matriciamento, portanto, não é uma prática isolada, envolve uma transformação nos modos de trabalhar e se relacionar, abrangendo a rede de saúde como um todo.

#### **4.2.2 A interlocução entre os serviços/equipes**

A atuação interdisciplinar e a troca de saberes entre equipes e serviços foram apresentadas nas pesquisas como um benefício ao cuidado integralizado, mas

também como uma das maiores dificuldades. Observou-se que, nas experiências de efetivação do matriciamento, os vínculos constituídos permitem confiança entre as equipes e corresponsabilidade nos casos compartilhados. Assim, a conexão de diferentes núcleos de saberes promove a ampliação das ações, aumentando a capacidade de manejo das equipes (LIMA; DIMENSTEIN, 2016; RODRIGUES; MOREIRA, 2012). No mais, Garcia et al (2017) indica que a construção de discussões em torno da saúde mental se mostra mais consolidada, fortalecendo a prática orientada pelo viés a atenção psicossocial e saúde coletiva, na tentativa de superar o modelo biomédico.

Os métodos para se executar essa interlocução aparece de formas diversas nos artigos analisados, que são: atendimentos em conjunto, interconsultas, compartilhamento de informações por via telefônica, visitas domiciliares conjuntas, discussão de casos e oficinas terapêuticas (GARCIA et al, 2017; RODRIGUES; MOREIRA, 2012; SALVADOR; PIO, 2016; TATMATSU; ARAÚJO, 2016). De acordo com Chiaverini (2011), os métodos supracitados estão em consonância com aqueles previstos nas orientações do Sistema Único de Saúde. É por estas vias que se opera em favor da diminuição das fragmentações do saber, do cuidado e dos processos de trabalho decorrentes da hiperespecialização das diversas áreas do conhecimento. Além disto, faz-se a integração entre saúde mental e saúde geral.

No entanto, os autores das pesquisas analisadas apontam muitas barreiras para o encontro efetivo e produtivo, principalmente porque se abrir para o processo de construção coletiva ameaça o poder daqueles que centralizam saberes e ações ou, ainda, expõe os profissionais a terem seus conhecimentos e práticas questionados pelas diferentes visões de mundo presentes, o que muitas vezes dificulta a abertura para a interação profissional (INGLESIS; AVELLAR, 2016). Outros obstáculos apresentados são: incompatibilidade de agendas; dificuldade de deslocamento do profissional de um serviço a outro para o encontro entre equipes, o entendimento do apoio matricial como troca de favores, em detrimento do compromisso e corresponsabilização; o AM como trabalho de supervisão, no sentido de controle e fiscalização do cumprimento de normas, reafirmando relações hierarquizadas entre profissionais (IGLESIAS; AVELLAR, 2016; SALVADOR; PIO, 2016).

As dificuldades se acentuam com as contradições da organização estrutural que produzem sobrecarga de trabalho, pois a grande parte das equipes estão

reduzidas em números de profissionais e com uma população que está acima do número máximo estabelecido pelo Ministério da Saúde. Assim, os trabalhadores passam a limitar seus excessos e a se distanciar de novas propostas de trabalho, evitando as patologias da sobrecarga de trabalho (DEJOURS, 2007 apud SALVADOR; PIO, 2016). Também aparece na contramão da implementação do apoio matricial a precariedade dos vínculos trabalhistas, que acarretam a grandes rotatividade de profissionais no serviço. Rodrigues e Moreira (2012) mostram que os profissionais se sentem desgastados e frustrados diante dessa realidade, sentindo a construção da interlocução como “um eterno começo” (sic.).

À vista disto, conclui-se que o apoio matricial é uma metodologia de trabalho que necessita da participação de todos os atores envolvidos na produção de saúde, como gestores, profissionais de saúde, usuários, familiares e comunidade, que pactuam as ações de saúde a partir de um planejamento, de forma a compartilhar as responsabilidades (MIELKE; OLCHOWSKY, 2010).

#### **4.2.3 Qualificação das práticas**

Os resultados encontrados na amostra apontam a falta de conhecimento e apropriação dos conceitos e diretrizes que orientam o matriciamento como dispositivo do SUS e a dificuldade em utilizar as metodologias dessa proposta. Ou seja, um dos fatores que dificultam o AM diz respeito às diferentes perspectivas e entendimentos sobre o processo. Essa dificuldade se apresentou de formas distintas, pois os contextos estudados tinham diferentes características em relação ao tempo de implementação das ações de matriciamento, bem como de nível de organização da rede. Nesse sentido, Salvador e Pio (2016) alertam que a compreensão do apoio matricial é fundamental para que não se crie obstáculos imaginários que impedem o desenvolvimento de ações potentes de cuidado integral e continuado.

Além disso, ainda se mostra incipiente o diálogo sobre a saúde mental na atenção básica, manifestado pela desapropriação dos profissionais quanto aos princípios da Reforma Psiquiátrica e às práticas em saúde mental realizadas nas unidades especializadas (RODRIGUES; MOREIRA, 2012). O desafio para o matriciamento nesses casos refere-se à responsabilidade de profissionais especialistas de desmistificarem a assistência aos sujeitos em sofrimento psíquico,

em função da história estigmatizante vivenciada por essa clientela, promovendo transformações na lógica de exclusão desses usuários nos territórios (TATMATSU; ARAÚJO, 2016).

Portanto, faz-se necessário a garantia do suporte formativo aos profissionais, para que esses sejam multiplicadores e compartilhem outras perspectivas para o cuidado em saúde mental nos serviços da rede, mais pertinentes à promoção à saúde e à luta por mudanças cotidianas pela desinstitucionalização (IGLESIAS; AVELLAR, 2016). No Brasil, a principal estratégia institucional para a qualificação dos profissionais do SUS é a educação permanente em saúde, definida pela Portaria nº 278/2014 como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseando-se na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2014). Essa proposta busca superar os tradicionais modelos de capacitação, em que as atividades são pensadas e desenvolvidas alheias às necessidades reais dos serviços.

O processo de formação, então, não visa enquadrar as práticas de matriciamento ou definir protocolos. Pelo contrário, apresenta as diretrizes e orientações para que as equipes sejam sensíveis às singularidades de sua rede, para que construa práticas inventivas e resolutivas para as demandas de saúde que emergirem. Deste modo, Merhy (2013 apud SALVADOR; PIO, 2016) é necessário engravidar as palavras, para que os conceitos pré-estabelecidos adquiram significados particulares que contenham na sua definição as palavras dos profissionais, adquiridas a partir das experiências em saúde. Para tanto, Hirdes (2015) evidencia a necessidade de intervenções que envolvam a atenção a vários níveis (do organizacional à gestão da clínica) e o redesenho dos serviços.

#### **4.2.4 Efetivação do cuidado integral e em rede**

As percepções dos profissionais nas pesquisas demonstram que onde o matriciamento constitui-se como uma realidade, há a efetivação do trabalho em rede e o estabelecimento de uma produção de saúde que visa a integralidade do cuidado. Dessa forma, os autores apresentam as seguintes potencialidades: redução da internação psiquiátrica como resposta à crise, reorganização da demanda de saúde mental nos equipamentos da RAPS, aumento do escopo de ações ofertadas pelos

serviços, melhora na comunicação entre os serviços; sensibilização dos profissionais para os casos de pessoas em sofrimento psíquico; aumento da capacidade de referência em saúde mental para a população adscrita nos territórios.

No que tange à redução da internação psiquiátrica como resposta à crise em saúde mental, Lima e Dimenstein (2016) afirma que a prática do apoio matricial é capaz, em muitos casos, de evitar situações de crise ou abordá-las antes que se agudizem. Também indicam que essa tecnologia evita outras formas de intervenção invasivas, tais como: a utilização da polícia, o uso da força física, as conduções involuntárias para a emergência e a internação hospitalar. Rodrigues e Moreira (2012) apontam que as internações psiquiátricas reduziram consideravelmente no município pesquisado, após a aproximação dos Centros de Atenção Psicossocial com a Atenção Básica, que se desenvolve a partir da inclusão do apoio matricial nos processos de trabalho.

Essa função articuladora do matriciamento é de grande importância para o aumento da capacidade da atenção em saúde mental, posto que as unidades especializadas possuem dificuldades em interagir com o território. É reconhecido nacionalmente que muitos destes serviços expressam um tipo de isolamento em relação à rede e seus atores (LIMA; DIMENSTEIN, 2016). Portanto, para os serviços substitutivos, o apoio matricial se apresenta como uma possibilidade de ter uma maior interação com a rede e com seus usuários para poder, a partir disso, direcionar seus projetos de intervenção coerentes com a realidade das pessoas assistidas (RODRIGUES; MOREIRA, 2012).

Outra potencialidade apontada pelos profissionais, resultante da ampliação da integração entre os serviços, refere-se a reorganização do fluxos e demandas de saúde mental. A exemplo, Tatmatsu e Araújo (2016) mostram que foi possível, no contexto estudado, trabalhar com os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), de maneira a torná-los aptos a receber essa demanda e acolhê-la sem necessariamente ter que encaminhá-la a um serviço de saúde mental ou negligenciar suas queixas. Promove, então, uma melhor compreensão e maior segurança das equipes na diferenciação das situações que demandam cuidados especializados e aquelas que podem ser acolhidas ou acompanhadas pelas equipes da APS. Como resultados, tem-se uma melhor distribuição e adequação dos usuários dentro dos pontos de assistência, além de caminhar na direção do rompimento da lógica de

desresponsabilização presente nos procedimentos de referência e contrarreferência (LIMA; DIMENSTEIN, 2016).

Ademais, a melhora da comunicação entre os profissionais dos diversos serviços propiciou o aumento do leque de possibilidades de assistência aos usuários do sistema de saúde (TATMATSU; ARAÚJO, 2016). A partir da função de suporte técnico-pedagógico do matriciamento, os profissionais também indicaram o estreitamento de vínculos interinstitucionais e processos de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população (GARCIA et al, 2017). Outro aspecto da melhora na comunicação reflete na sensibilização dos profissionais e comunidade para relação com sujeitos em sofrimento psíquico. Por meio do encontro entre instituições, território e usuários, o pensamento que estigmatiza a diferença tem sido desestabilizado e outras formas de lidar com os transtornos mentais foram sendo percebidas pelas famílias e comunidade (RODRIGUES; MOREIRA, 2012). Ao disparar um processo de mobilização da comunidade rumo ao apoio dos usuários, o matriciamento contribui para difundir o modelo psicossocial.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise e discussão dos dados deram-se a partir da literatura especializada no campo e foram convergentes com os achados da pesquisa. É importante ponderar que as pesquisas incluídas nessa revisão apresentavam contextos distintos em relação aos serviços pesquisados, às categorias profissionais e ao processo de implementação do apoio matricial como dispositivo. No entanto, as percepções dos profissionais trouxeram pontos de discussão possíveis de serem aglutinados em categorias, mesmo que existam especificidades em cada realidade estudada.

Foram identificados alguns desafios na operacionalização do matriciamento a nível nacional, de acordo com a perspectivas dos trabalhadores da saúde: diversidade de concepções de clínica e modelos de atenção; pouca apropriação dos conceitos e metodologia; diferentes agendas e problemas relacionais entre os profissionais e equipes; dificuldade de estabelecer corresponsabilização; sobrecarga de trabalho e vínculos trabalhistas precários. Porém, também foram verificadas muitas mudanças positivas, que podem ser interpretadas como indicadores da ampliação cuidado em saúde mental a partir da inserção do matriciamento nos processos de trabalho em saúde, quais sejam: redução da internação psiquiátrica como resposta à crise, reorganização da demanda de saúde mental nos equipamentos da RAPS, aumento do escopo de ações ofertadas pelos serviços, melhora na comunicação entre os serviços; sensibilização dos profissionais para os casos de pessoas em sofrimento psíquico; aumento da capacidade de referência em saúde mental para a população adscrita nos territórios.

Reconhece-se que a prática do matriciamento está em processo de desenvolvimento, que ainda precisa ser fortalecida, mas que é ferramenta necessária ao avanço da Reforma Psiquiátrica, assim como é indispensável à consolidação do modelo de atenção psicossocial. Assim, é importante pensar em estratégias para superar as dificuldades encontradas, principalmente no que tange à qualificação dos profissionais para empregar essa ferramenta no cotidiano de trabalho. Nesse sentido, a aposta na educação permanente dos profissionais se apresenta como uma dessas estratégias, considerando a formação enquanto processo, não de formatação, mas de compartilhamento de premissas técnicas e, sobretudo, de um horizonte ético.

## 6 REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 280 p. 2011.

BARRETO, Francisco Paes. **Reforma psiquiátrica e movimento lacaniano**. Belo Horizonte: Itatiaia, 1999.

BARROSO, Sabrina Martins; SILVA, Mônica Aparecida. Reforma psiquiátrica brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. **Revista da SPAGESP**, v. 12, n. 1, p. 66-78, 2011.

BRASIL, Constituição. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, n. s2001, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Textos básicos de saúde. Brasília, 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008: Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 278 de 27 de fevereiro de 2014: Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS). Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: **Conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília, 2005.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 2017.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (republicada 2013). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 23 dez. 2011/2013.

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

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**, v. 4, 2001.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de saúde pública**, v. 13, p. 469-478, 1997.

CHIAVERINI, Dulce Helena et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental. 2011.

FEDERAL, Senado. Constituição federal de 1988. Fonte: Planalto. gov. br: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm), 1988.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa. **Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas/SP.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas/SP, 2006.

FURTADO, Juarez Pereira et al. A concepção de território na saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00059116, 2016.

GARCIA, Georgia Dalla Valle et al. Apoio matricial na atenção à saúde mental em uma regional de saúde, Paraná, Brasil. **Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 3, p. 423-432, 2017.

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista latino-americana de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 48-55, 2001.

HIRDES, Alice. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 371-382, 2015.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009.

IGLESIAS, Alexandra; AVELLAR, Luziane Zacché. O matriciamento em saúde mental na perspectiva dos gestores. **Mental**, v. 11, n. 20, p. 63-90, 2017.

LEAL, Bruna Molina; DE ANTONI, Clarissa. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Aletheia**, n. 40, 2013.

LIMA, Maura; DIMENSTEIN, Magda. O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, p. 625-635, 2016.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MERHY, Emerson Elias et al. Reestruturação produtiva em saúde. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Escola Politécnica Joaquim Venâncio, Fiocruz, p. 225-230, 2006.

MERHY, Emerson Elias. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. In: **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2005.

MIELKE, Fernanda Barreto; OLSCHONSKY, A. Saúde mental na estratégia saúde da família: avaliação de apoio matricial. Brasília: Rev Bras Enferm, v.63, n.6, p.900-907, nov./dez. 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A pesquisa qualitativa. Minayo, MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 21ª ed. Petrópolis. Editora Vozes, p. 21-25, 2001.

MORETTI, Patrícia Garmus de Souza; FEDOSSE, Elenir. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: impactos nas internações por causas sensíveis à atenção básica. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 23, n. 3, p. 241-247, 2016.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l43.pdf>. Acesso em 25 de mar. 2020.

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; JORGE, Maria Salete Bessa; FRANCO, Túlio Batista. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, p. 253-271, 2014.

RODRIGUES, Euzilene da Silva; MOREIRA, Maria Inês Badaró. A interlocução da saúde mental com atenção básica no município de Vitória/ES. **Saúde e sociedade**, v. 21, p. 599-611, 2012.

ROTELLI, Franco et al. Desinstitucionalização. 1990.

SALVADOR, Daniel Barboza; PIO, Danielle Abdel Massih. Apoio Matricial e Capsi: desafios do cenário na implantação do matriciamento em saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 246-256, 2016.

SANTOS, Jair Lício Ferreira; WESTPHAL, Marcia Faria. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos avançados**, v. 13, n. 35, p. 71-88, 1999.

TATMATSU, Daniely Brito; ARAÚJO, Ana CC. Atenção primária e saúde mental: contribuições e potencialidades do apoio matricial. **Mudanças em Psicologia da Saúde**, v. 24, n. 2, p. 71-79, 2016.