



DOCUMENTO NORTEADOR PARA MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE CAIEIRAS

“Um caso pode ser um indivíduo, uma família, uma rua ou praticamente toda uma área de abrangência.^a”

Julia de Campos Cardoso Rocha
Apoiadora multiprofissional em saúde

Abril
2024

Versão 1

^aGuia prático de matriciamento em Saúde Mental. (Ministério da Saúde, 2011).

Sumário

O que é o matriciamento?	4
Objetivo	6
Metodologia	6
A discussão tem método	6
Orientações à equipe de referência:	7
Como escolher um caso para compartilhar?	7
Critérios a serem realizados antes do matriciamento	8
Quais profissionais fazem parte da discussão?	10
Orientações à equipe multiprofissional	10
Organização do encontro	10
Responsáveis técnicos por região	11
Cronograma de encontros	13
Diretrizes gerais	13
Anexos	15
Referências	19
Sugestões	20

SIGLAS

CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial Adulto

CAPS IJ - Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil

eSF – Equipe saúde da família

eAB – Equipe de Atenção Básica

E-MULTI – Equipe multiprofissional ^a

CEME – Centro de Especialidades Médicas

SUS – Sistema Único de Saúde

RAS – Rede de Atenção à Saúde

EPS – Educação Permanente em saúde

TEA – Transtorno do Espectro Autista

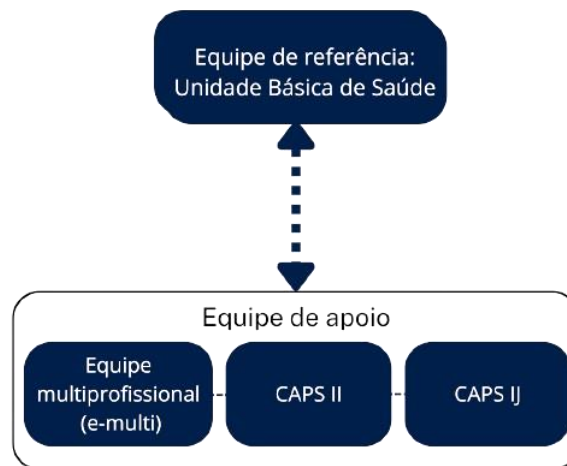
O que é o matriciamento?

A proposição conceitual de Gastão Wagner de Sousa Campos¹ (1999), assumida pelo Ministério da Saúde como referência teórica para ordenamento das atividades, operacionaliza o matriciamento através de duas equipes: as equipes de referência e as de apoio matricial, demonstradas na Figura 1. As primeiras são aquelas responsáveis pela coordenação e condução dos casos, com responsabilidade e construção de vínculo. Já as equipes de apoio matricial operam como retaguarda especializada, auxiliando de forma compartilhada e dialógica a condução dos casos, ampliando o repertório de cuidado dos/as profissionais da equipe de referência.¹

Neste caso, o matriciamento pode ser compreendido enquanto compartilhamento de problemas, da troca de saberes e práticas entre os diversos profissionais e da articulação pactuada de intervenções, levando em conta a clareza das responsabilidades comuns e as específicas da equipe de Atenção Básica e dos diferentes profissionais da equipe de apoio matricial.²

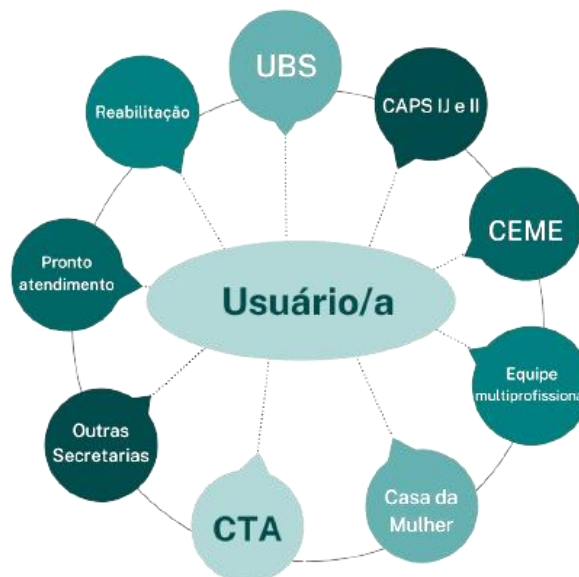
O referencial teórico de Campos¹ (1999) se torna importante para iniciar o diálogo e a organização da rede para os encontros de produção de cuidado, porém, não é o único proposto e executado no Brasil. Desta maneira, este documento não intenta limitar as ações de matriciamento em tal referencial. A equipe de apoio, delineada por Campos¹ (1999), também aciona a equipe de referência para compartilhamento do caso. Não há um movimento unilateral, mas sim, uma organização conceitual dos diferentes níveis de atenção do Sistema Único de Saúde, cada um com seus atributos e princípios. Em determinado momento de vida de cada usuário, sua equipe de referência poderá estar dentro de um CAPS II ou em um profissional outro da rede, conforme Figura 2 demonstrando os caminhos possíveis, ao menos os institucionais, que o usuário pode percorrer. Mas resgatar a estrutura ordenadora da rede e coordenadora do cuidado será importante para organizar, planejar, monitorar e avaliar o cuidado. Como nos lembra Souza et al³ (2016), “produzir vida nos territórios convoca ainda uma rede compartilhada de serviços, equipamentos sociais e pessoas, dentre elas os trabalhadores da saúde, que se conectem e compartilhem projetos de cuidado (MERHY et al., 2014). Para tanto, é preciso haver comunicação e trabalho compartilhado entre esses trabalhadores e, nesta perspectiva, o matriciamento se apresenta como um importante dispositivo de co-responsabilização do cuidado. ”

Figura 1 – Diagrama representativo das equipes de referência e de apoio. Caieiras, 2024.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Figura 2 – Diagrama representativo dos caminhos institucionais possíveis do usuário. Caieiras, 2024.



Fonte: Adaptado de (LCA&J, 2021).

Objetivo

O objetivo do matriciamento, segundo o Caderno de Atenção Básica: núcleo de apoio à saúde da família – volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano² (2014) é “contribuir para o aumento da capacidade de cuidado das equipes apoiadas, para ampliar o escopo de ofertas (abrangência de ações) das Unidades Básicas de Saúde (UBS), bem como para auxiliar articulação de/com outros pontos de atenção da rede, quando isso for necessário, para garantir a continuidade do cuidado dos usuários.”

Metodologia

A discussão tem método

Utilizaremos o método de construção de um **Projeto Terapêutico Singular (PTS)** para organizar o compartilhamento de casos. O PTS funciona como uma etapa do Planejamento em saúde, apoiando decisões sobre O QUÊ, QUANDO e COMO FAZER, e, principalmente, QUEM deve fazer, ou, no jargão de planejamento em saúde: é preciso estabelecer metas e responsabilidades⁴. Além disso, compreendendo o encontro entre os profissionais de saúde de diferentes níveis de atenção e ofertas de cuidado, entende-se que todo espaço de troca é, em potência, um espaço de aprendizagem. E para se fazer valer da potência, a **Educação Permanente em Saúde (EPS)** tem sido uma das estratégias para orientar um modo de fazer, perguntar e aprender a partir da experiência, totalmente influenciada pela educação problematizadora proposta por Paulo Freire⁵ (1997), assim como toda e qualquer prática pedagógica em saúde que toma o trabalho e o cenário de vida das pessoas como lugar de aprendizagem.⁴ A discussão deverá ser orientada pelo Instrumento para nortear o diálogo: compartilhando um caso (Projeto Terapêutico Singular), disponível no Anexo I ao final deste documento.

É por este motivo e engrenagem do modo de fazer que ao se compartilhar um caso, o produto pode ser a ampliação da oferta de cuidado por cada profissional de saúde, seja uma escuta mais qualificada, a possibilidade de tirar dúvidas diretamente com um profissional de referência de forma direta, diminuindo encaminhamentos ao léu do usuário, a compreensão de que a vida do usuário modifica e afeta o plano de cuidado e, por consequência, que o objetivo terapêutico deverá acompanhar tal produção de vida e não excluí-la.

Quais ações podem surgir enquanto produto de um matriciamento?

- a) Novas perspectivas de cuidado para o usuário, ampliando a capacidade de oferta e de resolutividade do caso contando com a rede
- b) Rodas de conversa temáticas;
 - a. Exemplo: encontro com a rede para atualização e discussão teórica e prática sobre os seguintes temas: desenvolvimento infantil; identificando e cuidando da pessoa com TEA; uso de álcool e outras drogas; fortalecimento do PTS; redução de danos; fortalecimento da oferta de cuidado da Atenção Básica; Adolescência e ambiente familiar; seletividade alimentar;
 - a. Sugere-se a realização de uma roda de conversa por região a cada quadrimestre;
- c) Ações em conjunto no território:
 - a. Exemplo: ações de educação e promoção em saúde e visita domiciliar
- d) Interconsultas: consultas iniciadas por um profissional que solicita apoio de outra categoria, qualificando o tradicional encaminhamento.

Orientações à equipe de referência:

Como escolher um caso para compartilhar?

Nesta seção, abordaremos exemplos de casos, temas e desafios discutidos em matriciamento, além de instrumentalizar a equipe, através de questionamentos, a repensar quais situações podem ser compartilhadas no encontro matricial. O adjetivo “complexo” normalmente compõe a escolha de um caso para compartilhamento com a equipe de apoio. Um caso-complexo costuma lembrar as equipes dos caminhos possíveis do usuário, pelo menos os institucionais, conforme Figura 1 já descrita, e que apesar do empenho profissional, a organização do SUS em Redes de Atenção à Saúde (RAS) nos pede e possibilitada acionar outros saberes para ampliar a oferta do cuidado a uma pessoa, seja com o objetivo amplo de promover a saúde, prevenir o agravo, tratar a doença ou reabilitar biopsicossocialmente o usuário.

Mas de quais complexidades estamos dizendo? O que traz complexidade ao caso, em especial no campo da Saúde Mental? A organização e estrutura da vida do usuário (estar em situação de rua, possuir desarmonia no núcleo familiar, escolhas e ações diferentes da

sugeridas pela equipe); o nível do transtorno ou sofrimento mental (uso abusivo de álcool e outras drogas com associações de violência interpessoal ou autoprovocada, tentativas de suicídios, processo agudo de delírios ou manias, criança com TEA e com dificuldade importante na linguagem, todas causando dificuldade significativa tarefas sociais) e; vulnerabilidade e o risco atribuído (desamparo institucional, escassez de dinheiro, fome, possibilidade de moradia, rede de apoio diminuída ou inexistente, agravamento do problema de saúde e a morte) são uns dos exemplos que podem aderir a complexidade ao caso.

Dito isso, destacamos algumas perguntas para compartilhar entre a equipe de referência para pensar o caso no processo de trabalho:

- a. Quem está envolvido neste caso?
- b. O caso é grave? O que o torna grave?
- c. O caso é complexo? Por quê? O que traz complexidade à ele?
- d. Quais outras instâncias você acionaria para o cuidado desse caso?
- e. Quais potencialidades da Unidade em que é realizado o atendimento?
- f. Quais desafios da Unidade em que é realizado o atendimento?

Critérios a serem realizados antes do matriciamento

Para compartilhar o caso com a equipe de apoio, orienta-se a equipe de referência ter realizado, no mínimo, o compartilhamento do caso com sua própria equipe, incluindo médico, enfermeiro e agentes comunitários de saúde, além da sua equipe multiprofissional. Esses critérios tendem a compreender melhor as reais limitações estruturais da equipe e do nível de atenção à saúde, assim como o delineamento das ações exitosas da mesma, demonstrando sua resolutividade naquilo que é de alcance da equipe, em um espaço e tempo determinado, conforme a vida do usuário vai sendo produzida e deslocada.

Por um outro lado, considerando a possibilidade de compartilhar desafios e necessidades de formação, vejamos o exemplo a seguir:

Figura 3 – Exemplo de uma ação de educação permanente no cotidiano do serviço. Brasília, 2014.

Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a Gestão e para o Trabalho Cotidiano

• **Exemplo de uma ação de educação permanente no cotidiano do serviço:**

Tomemos como exemplo uma UBS onde se verifica o crescimento gradual do número de idosos acamados após fratura de fêmur, tendo como causa principal queda no ambiente domiciliar. Esse aumento foi identificado por meio dos registros de atendimento das equipes de AB (prontuário), por observação dos agentes comunitários de saúde (visita domiciliar) e registro de acolhimento nas unidades de urgência e hospitalares. Com esses dados, identificou-se a necessidade de trabalhar com prevenção de quedas com essa população, tema também levantado como de interesse dos usuários por meio de pesquisa realizada pelos ACS.

Inicialmente, foram debatidos problemas e potencialidades relacionados aos idosos no território. Para isso, foram discutidas, em reunião da equipe de AB com a presença de profissionais do Nasf (reunião de matriciamento), informações coletadas por ambas as equipes:

Problemas:

- Alto número de fraturas por queda.
- Baixa adesão dos idosos nas consultas de rotina.
- Número insuficiente de profissionais das equipes de AB e Nasf para realização de visitas domiciliares ou atendimentos individuais para todos os idosos em risco.
- Dificuldade das equipes de AB no que se refere a algumas especificidades do cuidado ao idoso.

Potencialidades:

- Existência de fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e nutricionista no Nasf.
- Interesse e disponibilidade dos profissionais da equipe de AB em desenvolver ações relacionadas à problemática identificada.
- Existência de cinco grupos de convivência para idosos na comunidade.
- Existência de um espaço de atividade física para a terceira idade, coordenado pela Secretaria Municipal de Esportes ou de uma Academia da Saúde.

Sugestões de ações conjuntas entre Nasf e equipes de AB, levantadas a partir da análise do território:

- Organização de atendimento compartilhado entre fisioterapeuta e profissionais da equipe de AB, visando, também, promover educação permanente desta equipe para a identificação de riscos de queda.
- Organização de visitas domiciliares entre terapeuta ocupacional e profissionais da equipe de AB, conforme critérios previamente acordados, visando, também, promover educação permanente desta equipe para a identificação de riscos de queda.
- Organização de ações conjuntas para sensibilização sobre risco de quedas em idosos em campanhas de vacinação, grupos operativos já existentes, durante consultas de rotina e nos espaços já frequentados por essa população.
- Agendamento de atendimento individual com profissionais do Nasf para idosos identificados com alto risco de queda.
- Realização de parcerias com profissionais da Secretaria Municipal de Esportes e do Centro de Convivência da comunidade para divulgação de informações sobre o assunto e organização de ações intersetoriais.

Fonte: Cadernos de Atenção Básica nº39: Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1. Brasília, 2014

Este é um exemplo de como um caso específico também pode produzir encontros com discussões amplas e coletivas, aprimorando o processo de trabalho, fluxo, cuidado e resolutividade ao usuário, além de demonstrar a importância de todo serviço de saúde

conhecer seu território, descrevendo suas demanda e necessidades em saúde (ex: alto pedido de psicólogos para mulheres e violência de gênero no território, respectivamente) e perfil demográfico (ex: muitas gestantes).

Quais profissionais fazem parte da discussão?

Considerando o objetivo da discussão do encontro, o profissional presente deverá estar ciente de toda história clínica e territorial para compartilhar com a equipe de apoio. Este profissional preferencialmente deve ser o **enfermeiro ou agente comunitário de saúde**, não extinguindo a possibilidade do profissional **médico e equipe multiprofissional**. Nesta etapa pressupõe que o profissional participante do matriciamento, ao retornar para UBS, irá compartilhar com a equipe os combinados estabelecidos. Isso vale para o CAPS ou equipe multiprofissional ao solicitar a discussão de caso.

Orientações à equipe multiprofissional

O profissional poderá comparecer à reunião de matriciamento da região correspondente a UBS atendida e/ou do caso/situação em que o profissional tenha interesse em compartilhar;

- a) Ex: Nutricionista com longa fila de espera na UBS Jardim Vitória poderá comparecer na reunião de matriciamento da Região 1 para compartilhamento da situação, mesmo que o dia da reunião não corresponda ao dia de atendimento da Unidade

Além disso, este documento e movimento matricial intenta em estimular os espaços de encontro e discussões nas Unidades Básicas de Saúde com suas equipes (esF e eAB), assim como o encontro com sua e-multi de referência;

Organização do encontro

A realização dos encontros será a partir das Unidades Básicas de Saúde de referência para cada Apoiador da Atenção Básica, conforme a seguinte atual divisão administrativa:

- a) **Região 1:** UBS Vila Rosina, UBS Sitio Aparecida, CIAS, UBS Calcárea, UBS Jardim Vitória
- b) **Região 2:** UBS Marcelino, UBS Morro Grande, UBS Laranjeiras, UBS Vila Miraval
- c) **Região 3:** UBS Santa Inês, UBS Jardim dos Eucaliptos, UBS Nova Era; UBS Vila dos Pinheiros

Responsáveis técnicos por região

Para melhor identificar os profissionais técnicos de referência, o quadro 1 e 2 demonstram os respectivos trabalhadores de referência para cada região, segundo CAPS e equipe multiprofissional.

Quadro 1 – Profissionais de referência do CAPS II Adulto segundo região de Apoiador. Caieiras, 2024.

Apoiador	Unidade de Saúde	Profissional de referência	Psicólogo
Região 1	UBS Vila Rosina	Regiane	Larissa Russo
	UBS Sitio Aparecida	Regiane	
	CIAS	Regiane	Larissa Russo
	UBS Calcárea	Eliane	
	UBS Jardim Vitória	Eliane	Brenda
Região 2	UBS Vila Miraval	Eliane	Larissa Feliciano
	UBS Jardim Marcelino	Eva	Larissa Feliciano
	UBS Morro Grande	Eva	Larissa Russo
	UBS Laranjeiras	Eva	Adriana
Região 3	UBS Santa Inês	Vanessa	Lucas
	UBS Jd. Eucaliptos	Vanessa	
	UBS Nova Era	Shirley	Lucas
	UBS Vila dos Pinheiros	Shirley	Thalita

Quadro 2 – Profissionais de referência do CAPS IJ Adulto segundo região de Apoiador. Caieiras, 2024.

Apoiador	Unidade de Saúde	Profissional de referência	Profissional de referência da UBS
Região 1	UBS Vila Rosina	Stefany	Larissa Russo
	UBS Sitio Aparecida	Stefany	
	CIAS	Stefany	Brenda, Lucas
	UBS Calcárea	Danielle	Thalita
	UBS Jardim Vitória	Danielle	Brenda
Região 2	UBS Vila Miraval	Danielle	Larissa Feliciano
	UBS Jardim Marcelino	Izabel	Larissa Feliciano, Brenda
	UBS Morro Grande	Izabel	Larissa Russo
	UBS Laranjeiras	Izabel	Elizeu
Região 3	UBS Santa Inês	Nice	Lucas
	UBS Jd. Eucaliptos	Nice	Larissa Russo
	UBS Nova Era	Juliana	Lucas, Brenda
	UBS Vila dos Pinheiros	Juliana	Thalita, Larissa Feliciano

Cronograma de encontros

A programação de agenda possibilita a organização das equipes para protegerem o horário com essa demanda, sem reagendamento com usuário em cima da hora, além de proporcionar a garantia de espaços de troca de forma permanente, diminuindo a sensação de pouco alcance, baixa resolutividade, solidão e desacolhimento das equipes.

Quadro 3 – Calendário dos encontros de matriciamento em 2024. Caieiras, 2024.

Matriciamento de Saúde Mental com Atenção Básica (CAPS Adulto e CAPS IJ) Horário: 8:30h Local: CAPS		
Convocados: equipe de saúde da família/atenção básica e equipe multiprofissional		
Região 1	Região 2	Região 3
2ª quinta-feira do mês	3ª quarta-feira do mês	1ª sexta-feira do mês
11/04	17/04	05/04
09/05	15/05	03/05
13/06	19/06	07/06
11/07	17/07	05/07
08/08	21/08	02/08
12/09	18/09	06/09
10/10	16/10	04/10
14/11	20/11	01/11
12/12	18/12	06/12

Diretrizes gerais

1. O matriciamento contará com a presença da equipe de saúde da família e/ou de atenção básica, além da **equipe multiprofissional descrita enquanto retaguarda para a Unidade de referência da equipe**;
2. Ficam convocados e convidados todos aqueles trabalhadores e profissionais de saúde **com a necessidade de compartilhamento de caso, desafios e limitações no nível da Atenção Básica**;
3. As e-multi (equipe multiprofissionais) também podem realizar o matriciamento com as equipes vinculadas à UBS;
4. O Anexo I deverá ser preenchido durante a reunião e não descarta a redação de ata e evolução no prontuário. Cada equipe deverá anexar ao prontuário uma cópia do PTS elaborado na reunião.

Anexos

Anexo I – Instrumento para nortear o diálogo: compartilhando um caso (Projeto Terapêutico Singular)

Anexo I - Instrumento para nortear o diálogo: compartilhando um caso (Projeto Terapêutico Singular)

Data: ___/___/___

Apoiador: _____

UBS: _____

Nº do caso: _____

Dados pessoais

Nome: _____ Idade: ____ Raça/cor: _____ Escolaridade: _____

Rua: _____ Nº: ____ Bairro: _____ Ponto de referência: _____

Dados da UBS de referência

Equipe responsável: _____ Nome do médico responsável: _____

Nome do enfermeiro responsável: _____ Nome do ACS responsável: _____

Dados da equipe de apoio: [] CAPS IJ [] CAPS II [] Equipe multiprofissional

Nome do técnico responsável: _____ Categorical profissional: _____

Situação-problema: Qual a história do usuário com a equipe e o território?

Quais ações já foram realizadas?

Hipóteses explicativas: Qual o desafio a equipe considera ao ofertar cuidado para o usuário?

Objetivos: Qual objetivo da equipe com o usuário?

Propostas de intervenção: o que propomos que seja feito neste caso?

Metas	Tarefas	Responsáveis	Prazos

Lista de presença dos profissionais que participaram da discussão do caso

1. Nome: _____	Carimbo/assinatura: _____
2. Nome: _____	Carimbo/assinatura: _____
3. Nome: _____	Carimbo/assinatura: _____
4. Nome: _____	Carimbo/assinatura: _____
5. Nome: _____	Carimbo/assinatura: _____
6. Nome: _____	Carimbo/assinatura: _____
7. Nome: _____	Carimbo/assinatura: _____
8. Nome: _____	Carimbo/assinatura: _____
9. Nome: _____	Carimbo/assinatura: _____
10. Nome: _____	Carimbo/assinatura: _____
11. Nome: _____	Carimbo/assinatura: _____
12. Nome: _____	Carimbo/assinatura: _____
13. Nome: _____	Carimbo/assinatura: _____
14. Nome: _____	Carimbo/assinatura: _____
15. Nome: _____	Carimbo/assinatura: _____
16. Nome: _____	Carimbo/assinatura: _____
17. Nome: _____	Carimbo/assinatura: _____

Referências

1. CAMPOS, G. W. S. "Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde". Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393- 403, 1999.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf
3. Souza ACN, Sampaio J, Ferreira TPS, Oliveira DL, Gomes LB. A arte do compartilhar: o matriciamento como potência do cuidado emancipatório. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp Jr H. (organizators). Avaliação Compartilhada em Saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 31-42. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-1-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes/>
4. Cerqueira Gomes MP, Merhy EE. (organizators) Pesquisadores In Mundo. Um estudo da micropolítica da produção do acesso e barreira em saúde mental. Editora Rede Unida: Porto Alegre; 2014 apud Slomp JH, Franco BT, Merhy EE. Projeto terapêutico singular como dispositivo para o cuidado compartilhado [E-book na internet]. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida; 2022 [citado em 5 janeiro de 2023]. 211 p. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/projeto-terapeutico-como-dispositivo-para-o-cuidado-compartilhado/>
5. Freire P. Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997. Disponível em: <http://www.ccae.ufpb.br/gepeees/index.php/biblioteca-freire>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Nota técnica nº 10/2023-cain/cgesco/desco/saps/ms: diretrizes para reorganização das equipes multiprofissionais na atenção primária à saúde. Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/agosto/ministerio-da-saude-divulga-diretrizes-para-equipes-multiprofissionais-na-atencao-primaria>
7. BRASIL. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008(Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf

Sugestões

Tem sugestões para qualificação desse documento? Relate em nosso formulário:

<https://forms.gle/VFD7PuvVSApC86d38>