
DEZEMBRO | 2025

DIRETRIZES PARA O PLANEJAMENTO
E REALIZAÇÃO DO APOIO MATRICIAL
E TRABALHO COLABORATIVO NOS
DEAMBULATORIOS E CAPS
DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Diretrizes para o planejamento e realização do apoio matricial e trabalho colaborativo nos Deambulatorios e Caps do Município do Rio de Janeiro

O município do Rio de Janeiro elegeu o apoio matricial como principal metodologia de trabalho colaborativo para a ampliação das ações psicossociais nos territórios da cidade. Este documento tem como objetivo embasar conceitualmente a atuação dos profissionais da RAPS, além de estabelecer diretrizes para direção unificada do trabalho nas áreas.

A compreensão das noções de 'trabalho colaborativo' e 'apoio matricial' está relacionada ao conhecimento de alguns conceitos fundamentais: integralidade, interdisciplinaridade e multiprofissionalidade.

Integralidade

A integralidade é um dos princípios doutrinários da política do Estado brasileiro para a saúde – o Sistema Único de Saúde (SUS) – que se destina a conjugar as ações direcionadas à materialização da saúde como direito e como serviço. Suas origens remontam à própria história do Movimento de Reforma Sanitária brasileira, que durante as décadas de 1970 e 1980, abarcou diferentes movimentos de luta por melhores condições de vida, de trabalho na saúde e pela formulação de políticas específicas de atenção aos usuários.

Como um dos princípios do SUS, a integralidade está presente tanto nas discussões quanto nas práticas na área da saúde e está relacionada à condição integral, e não parcial, de compreensão do ser humano. Ou seja: o sistema de saúde deve estar preparado para ouvir o usuário, entendê-lo inserido em seu contexto social e, a partir daí, atender às demandas e necessidades desta pessoa.

Pela perspectiva dos usuários, a ação integral em saúde tem sido frequentemente associada ao tratamento respeitoso, digno, com qualidade e acolhimento. Para atender a esta necessidade da população, o Estado deve estabelecer um conjunto de ações que vão desde a prevenção até a assistência curativa, nos diversos níveis de complexidade.

Historicamente, este conceito também está ligado a um movimento de medicina integral, que denunciava a especialização crescente dos profissionais de saúde. Com a Reforma Sanitária, a atenção integral se tornou uma das diretrizes do SUS.

A 'integralidade' como eixo prioritário de uma política de saúde cidadã, significa compreender sua operacionalização através dos sujeitos envolvidos no processo de saúde e a partir de dois movimentos complementares:

- 1) a superação de obstáculos para obtenção da integralidade
- 2) e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde.

O Trabalho colaborativo vai de encontro aos desafios da integralidade, produzindo uma forma de articulação dos diversos saberes que contempla a complexidade dos sujeitos.

Interdisciplinaridade

A Interdisciplinaridade é um conceito que busca a intersecção entre conteúdos de duas ou mais disciplinas para permitir que se elabore uma visão mais ampla a respeito das temáticas. Conceito que veio da Educação, tendo como objetivo romper com padrões tradicionais que priorizam a construção do conhecimento de maneira fragmentada, revelando pontos em comum e favorecendo análises críticas a respeito das diversas abordagens para um mesmo assunto. O conceito atual de interdisciplinaridade surgiu em meados do século 20, quando diversos autores publicaram trabalhos questionando a fragmentação dos saberes transmitidos nas instituições de ensino.

A interdisciplinaridade na saúde é uma abordagem que envolve a colaboração de diferentes áreas de conhecimento para promover um atendimento integral e de qualidade.

A interdisciplinaridade na saúde é importante por que:

- Reconhece as distintas dimensões relacionadas ao processo saúde-doença
- Oferece um tratamento a partir da visão do todo, e não somente das partes
- Promove uma visão holística, colaboração, inovação e uma abordagem centrada no paciente e na comunidade
- Contribui para a formação de profissionais mais comprometidos com a realidade de saúde

- É crucial para a melhor efetividade do cuidado

Multiprofissionalidade

As equipes de saúde multiprofissionais, ou seja, formadas por profissionais de diferentes áreas, trabalham juntas para garantir um cuidado completo e integrado. Existem diversos tipos de equipes na Atenção Primária em Saúde, atuando na lógica da multi e interprofissionalidade: Equipe de Saúde da Família - eSF, Equipe de Consultório na Rua - eCR, Equipe de Atenção Primária - eAP, e Equipe Multiprofissional na APS – eMulti. Elas trabalham de maneira complementar umas às outras e em articulação com outros serviços de saúde e outros setores quando necessário (como educação e assistência social). Dessa maneira, contribuem para melhorar o acesso aos cuidados em saúde, a capacidade da APS em responder os problemas mais comuns e a oferecer um cuidado integral aos indivíduos, famílias e comunidades.

Entre os motivos pelos quais se defende o trabalho em equipe interprofissional estão a segurança do paciente, a integralidade da atenção, a humanização das práticas e a promoção de alívio (conforto e bem-estar) aos trabalhadores.

Benefícios da interprofissionalidade:

- Aumenta a segurança da assistência, quando reduz riscos, erros e danos;
- Contribui para melhor acompanhamento das necessidades em saúde
- Introduz ações de prevenção e promoção à saúde de maneira precisa e em tempo oportuno;
- Melhora a satisfação e conforto dos usuários, o que interfere no acolhimento prestado, na integralidade da atenção e na adesão ao tratamento.
- Promove conforto e bem-estar aos trabalhadores.

Nessa perspectiva, é essencial debater a ampliação do escopo da prática das profissões da saúde, de forma que os profissionais de cada área possam aplicar todas as competências para as quais foram formados. As profissões não são estáticas e evoluem conforme mudanças no perfil populacional, nas necessidades de saúde e na organização dos serviços e do cuidado em saúde.

Estratégias de integração com foco na colaboração entre profissionais são mais efetivas do que aquelas com foco em mudanças de comportamento individual.

O Trabalho Colaborativo

Transtornos mentais são um desafio crescente dos sistemas de saúde, afetando até 25% das pessoas ao longo da vida. O acesso a tratamentos efetivos é um problema em todos os países . Diversos fatores contribuem para isso, como gastos públicos inadequados em saúde mental, baixa detecção, escassez de cuidados especializados.

No Brasil, transtornos mentais comuns como depressão e ansiedade atingem até 35% de adultos em estudos populacionais e 51-64% entre usuários da atenção primária (AP) . Mais de dois terços das pessoas afetadas por transtornos mentais graves como esquizofrenia não recebem qualquer tratamento. A maior integração da saúde mental na atenção primária pode promover acesso a cuidados efetivos por meio de melhor detecção, tratamentos precoces, menos procedimentos desnecessários, redução do estigma, e melhor uso de recursos comunitários.

Os problemas de saúde são de extrema complexidade e a necessidade de tornar os sistemas mais eficientes às necessidades dos usuários do SUS aquece os debates sobre as formas mais adequadas de organização do cuidado em saúde. A partir dessa realidade, a colaboração interprofissional é uma forma de qualificar a resolutividade do cuidado em saúde. Por meio da ação colaborativa entre os profissionais, novas formas de trabalho são construídas e promovem ações mais articuladas e potentes em termos de resolutividade.

O Cuidado Colaborativo é uma estratégia para o enfrentamento das barreiras de acesso, fragmentação e descontinuidade do cuidado, ainda muito presentes na atenção às pessoas com sofrimento psíquico. É um modo de intervenção multifacetado, multiprofissional e inovador.

Por cuidado colaborativo entende-se o desenvolvimento do trabalho em saúde, a partir da interação entre profissionais de diferentes modalidades de saberes, com foco prioritário nas necessidades dos usuários visando superar as tradicionais formas hierarquizadas de trabalho em equipe. Tem como ideia central conseguir resolver a atenção aos usuários, qualificando as formas de comunicação, integrando saberes e definindo os caminhos a serem seguidos, formulando as responsabilidades compartilhadas.

Os modelos de cuidado colaborativo ou cuidado compartilhado, têm o objetivo de fortalecer e apoiar os profissionais da APS em relação aos desafios inerentes à atenção psicossocial, uma vez que os cuidados primários são fundamentais para ampliação do acesso, qualificação e continuidade da atenção.

Historicamente os serviços de saúde organizam as práticas entre diferentes especialidades por meio de encaminhamentos aos especialistas, no que compreendemos os chamados mecanismos de referência e contrarreferência entre os níveis de atenção. Buscando superar tal formato e romper com ideia de fragmentação dos problemas de saúde nos indivíduos e de um sistema que dificulta o acesso e produz desassistência, surge o modelo de apoio entre os profissionais especialistas e os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) com o intuito de reorientar e qualificar os modelos de atenção.

Estratégias de integração com foco na colaboração entre profissionais são mais efetivas do que aquelas com foco em mudanças de comportamento individual. Cuidados colaborativos são amplamente usados para integrar saúde mental e AP, com efeitos positivos que incluem melhorias na detecção, tratamento e desfechos clínicos de transtornos mentais, inclusive de forma longitudinal trazendo satisfação e qualidade de vida aos usuários.

O termo 'cuidados colaborativos' abrange uma diversidade de intervenções que visam desenvolver relações de trabalho mais próximas entre profissionais para melhorar a coordenação e qualidade do cuidado. Estas intervenções usualmente afetam os níveis individual, interprofissional e organizacional do cuidado, por exemplo ao promover redefinição de papéis profissionais ou coordenação entre serviços.

No Brasil, a principal estratégia de integração de saúde mental na AP é o apoio matricial, um modelo de organização do trabalho interprofissional com objetivos e conteúdos

semelhantes aos cuidados colaborativos. O apoio matricial busca superar a fragmentação dos mecanismos de referência e contra-referência por meio de personalização das relações profissionais, cuidado interdisciplinar, cogestão e corresponsabilização. Seus objetivos são fortalecer a AP para cuidar de problemas complexos, e ampliar o acesso à atenção especializada.

Os especialistas (“apoiadores”) devem oferecer suporte educacional e assistencial aos profissionais de AP por meio de reuniões, discussão de casos, atendimentos conjuntos, atendimentos especializados ou encaminhamentos, de acordo com o caso. O trabalho colaborativo deve ser organizado por meio de encontros para planejamento e acompanhamento de projetos terapêuticos, construção de critérios de prioridade, e definição de responsabilidades entre os profissionais.

O Apoio Matricial

No processo de integração da saúde mental à atenção primária na realidade brasileira, o apoio matricial tem sido o norteador das experiências implementadas em diversos municípios ao longo dos últimos 25 anos. Esse apoio matricial, formulado por Gastão Wagner Campos (1999), tem estruturado em nosso país um tipo de cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária.

O matriciamento surgiu a partir das demandas e dificuldades no manejo com o paciente em sofrimento psíquico no território apontado pelas equipes de Saúde da Família. Principalmente, nas situações de necessidade de apoio da saúde mental para abordar e conduzir um caso, esclarecimento diagnóstico, estruturação de um projeto terapêutico, abordagem da família, suporte para realizar intervenções psicossociais específicas da atenção primária e principalmente com vistas à ampliação das possibilidades de fomento de um cuidado integral à pessoa em sofrimento psíquico.

Por definição, o Matriciamento ou apoio matricial é um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica.

A participação dos diferentes profissionais da atenção primária é essencial para que o matriciamento alcance seu objetivo de ampliação da capacidade do cuidado e da integralidade.

Sobre a participação dos ACS no matriciamento

Dentre os profissionais que atuam na ESF, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem papel fundamental na conexão efetiva da comunidade com o serviço. Ao se posicionar no território, o ACS consegue fazer parte do cotidiano da população, sendo capaz de transitar entre os serviços, dialogar com os profissionais e as pessoas. A participação dos ACS (Agente Comunitário de Saúde) no apoio matricial juntamente com os outros profissionais da APS favorece a vinculação com a população e consequentemente amplia a possibilidade de cuidado em saúde mental no território. Essa dinâmica do trabalho territorial favorece os vínculos e facilita o manejo coletivo da assistência aos pacientes.

Cabe destacar que ainda temos inúmeros desafios para garantir a participação do ACS na definição de conduta e no protagonismo do cuidado aos pacientes com questões de saúde mental. Há uma necessidade de compreender que o cuidado em saúde mental não se faz apenas de consultas com especialistas tais como psicólogos e psiquiatras, mas de tecnologias leves que podem ocorrer através do cuidado do ACS na escuta do dia a dia, num acompanhamento para uma caminhada, na gestão de participação em espaços comunitários dentre outros.

Como o ACS atua no matriciamento em saúde mental?

- Identifica problemas de saúde mental na comunidade e ajuda a equipe entender o contexto de vida do sujeito no território;
- Promove ações educativas e de prevenção envolvendo temáticas que envolvem saúde mental;
- Realiza visitas domiciliares. Muitos casos de saúde mental precisam de uma atenção domiciliar por terem dificuldade de adesão ao tratamento;
- Garantir a integralidade da atenção à saúde.

Sobre as tecnologias leves na Atenção Primária à Saúde (APS)

Segundo o conceito de Merhy, as tecnologias leves na Atenção Primária à Saúde (APS) referem-se àquelas ações que se focam na produção de relações e vínculos entre profissionais de saúde e usuários, como acolhimento, escuta, construção de confiança e

gestão do trabalho. Elas são ferramentas que visam criar um ambiente de cuidado mais humano e personalizado, onde a interação entre profissional e paciente é fundamental para o sucesso do tratamento.

Podemos destacar como tecnologia leves utilizadas:

Produção de vínculos e relações:

Construir uma relação de confiança e proximidade entre o profissional de saúde e o usuário, permitindo que o profissional compreenda melhor as necessidades e contexto do paciente.

Acolhimento:

Criar um ambiente de acolhimento, onde o usuário se sente à vontade e é ouvido, essencial para a produção de cuidados de qualidade.

Autonomia e responsabilização:

Promover a autonomia do usuário, incentivando-o a participar ativamente do seu processo de cuidado, responsabilizando-o e o apoiando por suas escolhas e ações, fortalecendo assim o vínculo e a confiança.

Gestão do trabalho:

Participação dos profissionais nos processos de trabalho, tais como: a organização das atividades pela equipe de saúde, a construção de espaços de comunicação entre os profissionais e a avaliação constante do cuidado prestado.

Importância das tecnologias leves na APS:

As tecnologias leves são consideradas essenciais na APS, pois contribuem para:

- Melhorar a qualidade do cuidado, tornando-o mais personalizado e eficaz.
- Fortalecer o vínculo entre profissionais e usuários, criando um ambiente de confiança e colaboração.
- Promover a autonomia e a participação ativa do usuário no seu processo de cuidado.
- Reduzir a burocracia e aumentar a eficiência dos serviços de saúde.

As equipes da APS muitas vezes apresentam dificuldades em:

- Esclarecimento diagnóstico,
- Estruturação de um projeto terapêutico e abordagem da família
- Articulação de rede intersetorial
- Manejo de situações de crise
- Adesão ao tratamento

Muitas vezes a APS busca apoio para realizar intervenções psicossociais específicas da atenção primária, tais como:

- Grupos de pacientes com transtornos mentais.
- Para integração do nível especializado com a atenção primária no tratamento de pacientes com transtorno mental, como, por exemplo, para apoiar na adesão ao projeto terapêutico de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes em atendimento especializado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).
- Quando a equipe de referência sente necessidade de apoio para resolver problemas relativos ao desempenho de suas tarefas, como, por exemplo, dificuldades nas relações pessoais ou nas situações especialmente difíceis encontradas na realidade do trabalho diário.

Como funciona?

- Equipes de saúde mental e equipes de atenção básica se reúnem para construir uma proposta de intervenção
- A proposta visa integrar os saberes dos diferentes níveis de assistência , transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde, ampliar e qualificar as ações da atenção básica

Benefícios

- Fortalece o trabalho interdisciplinar
- Permite a construção de novas estratégias de intervenção
- Desenvolve habilidades dos profissionais envolvidos
- Permite o acesso a outras informações
- Permite a construção de novas lógicas de trabalho
- Permite a democratização do conhecimento
- Permite a discussão, reflexão e pactuação de responsabilidades

Instrumentos

- Elaboração de PTS
- Interconsulta
- Consulta conjunta
- Visita domiciliar conjunta
- Grupos
- Educação permanente
- Abordagem familiar

Quando solicitar um matriciamento?

- Deve-se solicitar matriciamentos para os casos de saúde mental antes de colocar no SISREG.
- Nos casos em que a equipe de referência sente necessidade de apoio da saúde mental para abordar e conduzir um caso que exige, por exemplo, esclarecimento diagnóstico, estruturação de um projeto terapêutico e abordagem da família.
- Quando se necessita de suporte para realizar intervenções psicossociais específicas da atenção primária, tais como grupos de pacientes com transtornos mentais.
- Para integração do nível especializado com a atenção primária no tratamento de pacientes com transtorno mental, como, por exemplo, para apoiar na adesão ao projeto terapêutico de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes em atendimento especializado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).
- Quando a equipe de referência sente necessidade de apoio para resolver problemas relativos ao desempenho de suas tarefas, como, por exemplo, dificuldades nas relações pessoais ou nas situações especialmente difíceis encontradas na realidade do trabalho diário.

Roteiro para discussão de casos em apoio matricial de saúde mental

Para que o encontro das equipes aconteça é necessário que o caso esteja minimamente estruturado para a análise, nesse sentido o roteiro abaixo auxilia a equipe de referência a explorar o caso:

- Motivo do matriciamento
- Informações sobre a pessoa, a família e o ambiente
- Problema apresentado no atendimento
- Contexto familiar
- História, início e fator desencadeante do problema atual
- Manifestações sintomáticas
- Evolução
- Intervenções biológicas ou psicossociais realizadas
- Vida social
- Rede de Apoio
- Vulnerabilidades
- Compartilhamento do caso (referência e contrarreferência)
- Efeitos do caso na equipe interdisciplinar

Ações que compõe o apoio matricial a partir do plano de matriciamento:

- Reuniões de discussão de casos visando a construção de planos de cuidados singulares;
- Diagnóstico dos agravos em saúde mental prevalentes no território;
- Mapeamento dos recursos territoriais junto aos profissionais da clínica - criar ações intersetoriais;
- Rede de assistência para casos de menor complexidade (SPAs de Universidades, Clínicas comunitárias e sociais, ONGs, Serviços de Reabilitação filantrópicos ou conveniados);
- Rede intersetorial de promoção de saúde mental (arte, cultura, lazer, renda e empregabilidade, educação, assistência social e ambulatórios de S.M).

Os instrumentos do processo do matriciamento

A publicação do Ministério da Saúde: “Guia prático de matriciamento em saúde mental” (2011) traz de maneira clara e descritiva o conceito de matriciamento e as ações envolvidas

no apoio matricial. É um importante recurso teórico e metodológico para a prática de matriciadores, segue abaixo algumas das tecnologias e instrumentos usados:

Interconsulta

Interconsulta é o principal instrumento do apoio matricial na atenção primária sendo, por definição, uma prática interdisciplinar para a construção do modelo integral do cuidado. A interconsulta caracteriza-se por uma ação colaborativa entre profissionais de diferentes áreas.

Esse encontro de profissionais de distintas áreas, saberes e visões permite que se construa uma compreensão mais ampla do processo de saúde e doença, ampliando e estruturando a abordagem psicossocial e a construção de projetos terapêuticos, além de facilitar a troca de conhecimentos, sendo assim um espaço potente de educação permanente.

Um aspecto que caracteriza a interconsulta é o fato de ela conter a discussão do caso. Essa é uma das partes do processo e está sempre presente, mesmo que se avance para formas mais complexas de interconsulta, como é a consulta conjunta. É importante que essa discussão ocorra dentro de uma visão ampla e que incorpore as diferentes dimensões dos problemas e a contribuição dos distintos saberes.

No momento de discussão de casos ou inseridos em outro tipo de interconsulta, alguns aspectos devem ser avaliados:

- 1) **o motivo da escolha do caso para a discussão:** muitas vezes o que mobilizou os profissionais da equipe ESF a buscar matriciamento para um caso é distinto do principal problema trazido pelo paciente ou família;
- 2) compreender o motivo pelo qual o profissional buscou o matriciamento, motivos podem ser diversos: angústia frente a uma situação que pode até ser vista trivial, o que incomodou, mobilizou, trouxe estranheza.
- 3) Compreender qual o motivo do usuário e como podemos articular no matriciamento os motivos de ambos, usuário e equipe ESF

- 4) **a situação atual:** Sempre fazer uma avaliação psicossocial do contexto, assim sempre que possível ter diagnóstico do paciente são importantes para que uma intervenção terapêutica possa ser feita e bem-sucedida;
- 5) **os recursos positivos disponíveis:** essa afirmativa pode parecer óbvia, mas muitas vezes é ignorada na prática, quando terapêuticas inalcançáveis são reafirmadas como solução para o problema;
- 6) **o principal objetivo do cuidado:** apoiar e aliviar o sofrimento através de estratégias que buscam formas de lidar para achar caminhos de maior bem estar e reestruturação processual, utilizando todos os recursos disponíveis.

Existem diversas modalidades de interconsulta, que vão desde uma discussão de caso por parte da equipe ou por toda ela até as intervenções, que vamos resumir as principais:

Discussão de casos

Com certeza é a forma mais conhecida de interconsulta e mais frequentemente realizada. Permite que a clínica e os problemas trazidos pelo usuário ou pela equipe sejam analisados pelos diversos ângulos, dentro de uma perspectiva interdisciplinar. É um espaço de troca em que os profissionais envolvidos partilham os diferentes entendimentos e questionamentos que têm do caso. Um aspecto muito positivo é a possibilidade de discutir as dificuldades pessoais dos profissionais com o paciente e sua situação. Porém, dentre todas as formas de interconsulta que podem ser realizadas, essa é a que tem menor campo de visão, estando limitada pela visão individualizada dos profissionais envolvidos.

A discussão de casos em equipe interdisciplinar

Mais ampla do que uma discussão entre profissional de referência e matriciador, essa forma de interconsulta permite que toda a equipe construa estratégias em comum, com base em um projeto terapêutico organizado coletivamente. Quanto mais diferentes forem as fontes de informação e as diferentes visões presentes, maior a possibilidade de se obter uma visão abrangente e de se construir um projeto terapêutico realmente ampliado e singular.

Nos serviços de saúde, as equipes interdisciplinares, representam um lócus privilegiado de espaços para articulação entre saberes e ações de distintos profissionais. No

que tange à Atenção Primária em Saúde, todos os profissionais, em especial o agente de saúde comunitário, podem ampliar o espectro de entendimento do indivíduo e do modo que vivem, podendo aprofundar as questões comunitárias e as vivências territoriais. Essa discussão também tem também um grande valor no que se refere a divisão do trabalho em equipe.

Consulta conjunta

É uma técnica de aprendizagem em serviço voltada a dar respostas resolutivas a demandas da assistência à saúde que reúne, na mesma cena, profissionais de saúde de diferentes categorias, o paciente e, se necessário, a família deste. A ação se faz a partir da solicitação de um dos profissionais para complementar e/ou elucidar aspectos da situação de cuidado em andamento que fujam ao entendimento do solicitante para traçar um plano terapêutico singular¹.

Como acontece?

Agenda-se um horário para que ambos profissionais (matriciador e profissional da ESF) vejam o paciente ao mesmo tempo. Habitualmente, destina-se um tempo de discussão do caso entre os profissionais sem a presença do paciente. Neste tempo discute possibilidades terapêuticas e as decisões são tomadas em conjunto. No momento posterior o paciente retorna ao consultório para que se discuta com ele o plano terapêutico.

Quais são os desafios?

Falta de conhecimento e experiência:

Muitos profissionais, incluindo médicos, não são formados para trabalhar em consulta conjunta, o que pode levar a dificuldades na compreensão da dinâmica e dos benefícios dessa abordagem.

Desafios na comunicação:

¹ O Projeto Terapêutico Singular, é um instrumento de trabalho usado em serviços de saúde, especialmente em saúde mental, para planejar e organizar o cuidado com um indivíduo, família ou grupo, de forma personalizada e interdisciplinar. Ele se baseia na participação ativa do usuário e da família, buscando a singularidade de cada caso e promovendo a autonomia e a reinserção social.

A consulta conjunta pode envolver profissionais com diferentes especialidades e visões sobre o tratamento do paciente, o que pode gerar conflitos e dificuldades na comunicação e na tomada de decisões.

Organização e logística:

A organização de consultas conjuntas pode ser complexa, envolvendo a coordenação de horários, a escolha dos profissionais mais adequados para o caso, a pactuação do tempo para cada consulta conjunta e a criação de um ambiente de trabalho colaborativo.

Dificuldade em entender a visão do outro profissional:

Em algumas situações, os profissionais envolvidos podem ter dificuldade em entender a perspectiva e as necessidades do outro, o que pode prejudicar a tomada de decisões e o tratamento do paciente.

Dificuldade em personalizar o tratamento:

A consulta conjunta pode dificultar a personalização do tratamento, pois os profissionais podem ter diferentes opiniões sobre o melhor curso de ação para o paciente.

A prática da Consulta Conjunta potencializa o cuidado e os momentos dos profissionais ao propiciar que, solidariamente, partilhem problemas, reflitam sobre eles e busquem soluções, evitando a prática impessoal e a reprodução padronizada.

Visita Domiciliar Conjunta

O recurso da visita domiciliar faz parte do arsenal terapêutico dos serviços de saúde de base territorial. Supõe-se que centros de atenção psicossocial e equipes de saúde da família competentes realizem, com regularidade, visitas domiciliares a usuários que, por diversas razões – em especial, dificuldade de deambulação ou recusa –, não podem ser atendidos nas unidades de saúde.

Perguntas que devem nortear o planejamento das visitas domiciliares conjuntas:

- Quais são os grupos de risco nessa população?
- Que tipos de usuários com questões psicossociais têm dificuldade de acesso ao serviço?
- Qual deverá ser a regularidade das visitas domiciliares conjuntas dentro do matriciamento?

Em se tratando de pacientes muito graves e que se recusam a ir à unidade, a escolha por uma visita domiciliar realizada pela equipe da Clínica da Família em conjunto com o matriciador pode se fazer necessária.

Posteriormente discute-se sobre o plano terapêutico. Alguns desses casos mais graves irremediavelmente serão encaminhados para o CAPS, mas a abordagem inicial normalmente é realizada pela ESF.

O matriciamento não deve ser entendido como uma prescrição de conduta por parte do matriciador para a equipe. Entende-se que o Matriciador de Saúde Mental conhece melhor o tema Saúde Mental, entretanto, a ESF equipe conhece melhor o paciente, por atendê-lo há mais tempo, podendo já ter realizado atendimento de outros familiares do usuário e, por isso, conhece melhor o contexto em que ele vive. A confluência desses conhecimentos permite que se pense, em conjunto, a melhor terapêutica a propor ao paciente.

A discussão sobre um caso de visita domiciliar, que tende a ser mais complexo, deve incluir o maior número de participantes possível, mesmo que nem todos possam estar presentes no domicílio do usuário. A presença concomitante de variadas ideias e visões facilita o surgimento de percepções e de ações que podem vir a ser bem-sucedidas. Aqui vale lembrar sobre a importância da participação de profissionais da saúde mental e da atenção primária, e que o papel dos agentes comunitários de saúde é, muitas vezes, fundamental. A ausência do ACS na visita domiciliar conjunta só deve acontecer se houver uma justificativa muito importante.

Vale destacar que a Visita Domiciliar Assistencial tem um perfil diferente da Visita Domiciliar de Matriciamento, a primeira é apoiada pela APS para a chegada do CAPS e a segunda equivale a lógica matricial em que os matriciadores disponibilizam saberes mais específicos sobre Saúde Mental auxiliando a compreensão e plano terapêutico do paciente.

Apoio e manejo de processos grupais

Os grupos realizados na atenção primária tem como foco a educação em saúde, a promoção e prevenção, tão importantes nesse nível assistencial e tão valorizada pela Estratégia de Saúde da Família. Entre os grupos normalmente realizados por essas equipes podemos destacar: grupos de doenças crônicas; de gestantes; de adolescentes; de convivência; de atividade física; de planejamento familiar; dentre outros.

A maioria destes grupos prioriza a transmissão de ações educativas, havendo pouco espaço para a escuta e elaboração junto aos participantes, de dificuldades ou questões subjetivas fundamentais em seus processos de saúde e adoecimento.

O apoio matricial dos CAPS/Deambs na coordenação de grupos na atenção primária visa promover a interação, o aprendizado, a tomada de decisão, a resolução de conflitos e a construção de um ambiente colaborativo entre usuários e profissionais participantes. A participação de profissionais de saúde mental nos grupos da atenção primária facilitam o aprendizado dos profissionais ESF quanto ao manejo dos aspectos subjetivos do processo grupal, perante os quais eles muitas vezes se sentem inseguros. Recomendamos sempre uma coordenação conjunta, pois facilita as trocas intra equipe e ajuda nos momentos difíceis.

Projeto Terapêutico Singular (PTS)

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um recurso de clínica ampliada, onde o uso do termo “singular”, não está vinculado apenas ao indivíduo, mas pautado nas suas relações com familiares, coletivos e territórios. Essa concepção é extremamente importante para um matriciador quando ele aborda algum caso com a equipe de referência.

Formulação de Projeto Terapêutico Singular

Na formulação do PTS, deve-se incluir os seguintes elementos:

- Abordagens biológica e farmacológica
- Abordagens psicossocial e familiar
- Apoio do sistema de saúde e outros sistemas tais como assistência social.
- Apoio da rede comunitária
- Trabalho em equipe: pactuações com atribuições e as ações dos atores do cuidado.

- Inclusão do usuário na construção e realização do Projeto Terapêutico.

Plano de Matriciamento da Área Programática

O apoio matricial em todas as áreas programáticas é norteado pelo **Plano de Matriciamento**, que objetiva garantir a cobertura de apoio matricial a 100% das Unidades de Atenção Primária, e ser o orientador da lógica e direção de trabalho psicossocial compartilhado entre CAPS, Deambulatorios, E-multis e Atenção Primária.

Participam da elaboração local deste Plano a Coordenação de RAPS, Diretores e Coordenadores CAPS/ Deambulatorios, o Apoio de Saúde Mental e Assessorias da Coordenação da Área Programática.

O Plano de Matriciamento elenca as ações e prioridades, baseadas na análise de demandas e diagnósticos territoriais. Possui como prerrogativa a sustentação da regularidade das ações, contendo pactuações de dias e horários fixos de matriciamento, definindo os CAPs e Deambulatorios de referência para cada Clínica da Família e CMS, podendo ser incluídas as Unidades de urgência e emergência.

Recomenda-se a reavaliação do Plano de Matriciamento da AP trimestralmente. Pontos a serem considerados: avaliação das filas de SISREG (Consulta em psiquiatria, Consulta em saúde mental), efeitos das estratégias de matriciamento no seguimento do cuidado aos casos matriciados, atualização de diagnósticos territoriais, identificação da necessidade de novas pactuações entre as Unidades matriciadas e os matriciadores, divisões de referências a partir de demandas prevalentes do território, etc.

Destacamos que os CAPS e Deambulatorios de referência para o apoio matricial, independentes de serem AD, Infante Juvenil, categoria II ou III, realizam na Unidade de Atenção Primária matriciada **o cuidado aos usuários em todos os ciclos de vida e com qualquer tipologia de agravo em saúde mental** (uso abusivo de álcool e outras drogas, quadros de ansiedade, depressão, vulnerabilidades sociais, sofrimento psíquico, psicoses, etc)

1. Ações do Plano de Matriciamento da Área Programática.

- Realização do GT de matriciamento com regularidade mínima bimensal, para desenho e acompanhamento do plano na área, além do planejamento de ações. Participantes: gestores, matriciadores, profissionais da atenção primária.
- Divisão das referências de apoio matricial de cada Clínica da Família e CMS entre os CAPS, Deambulatórios e matriciadores E-multi.
- Compartilhamento de um documento da área com recursos do território e parcerias intersetoriais;
- Atividades de qualificação para os matriciadores CAPS, Deamb e E-multi.
- Ações de matriciamento e cuidado colaborativo nas clínicas de referência.

2. Implantação do plano de matriciamento na Área Programática - Passo a Passo:

1º Análise das demandas prevalentes a partir das filas de Sisreg e Portas de Entrada dos CAPS;

2º Definir as Unidades CAPS/Deambulatórios que serão referências de apoio matricial para cada clínica da família e CMS.

3º Apresentação do Plano de Matriciamento da área em reunião geral de gestores da CAP.

4º Cada CAPS/ Deambulatório realizará reunião com equipes das CF/CMS de referência, para apresentação do plano de matriciamento da Unidade e a proposta inicial de trabalho colaborativo a ser desenvolvido. Neste encontro, deve ser apresentado às equipes da AP a lógica do apoio matricial e cuidado colaborativo e as ações a serem realizadas. Este é principalmente um momento de abertura ao diálogo com a AP, para escuta de suas expectativas, possibilidades e potências de parceria no cuidado em saúde mental.

Atribuições dos ‘CAPS de Referência ao Apoio Matricial’ e dos ‘CAPS de referência territorial’.

Quando construímos o plano de matriciamento na área programática, pode ser que o *CAPS referência de matriciamento* de determinada clínica não seja por exemplo da tipologia Álcool e Droga (AD) ou Infância. Ainda assim, como definido anteriormente, ele

realizará o matriciamento do caso e será o responsável em fazer a articulação com o CAPS de referência territorial caso o cuidado não possa ser sustentado somente via matriciamento.

As articulações com os demais atores da rede, a partir da avaliação das demandas de atenção psicossocial do caso e ou território, são de responsabilidade dos CAPS/ Deambulatórios matriciadores e das Unidades de Atenção Primária matriciadas.

Ainda que o Plano de Matriciamento determine os CAPS e Deambulatórios de referência para o apoio matricial, os CAPS de referência do território não são eximidos da responsabilidade de acompanhamento dos casos de alta complexidade, tampouco do apoio às equipes dos CAPS/ Deambms matriciadores das Unidades incluídas em seu território.

A complexidade do trabalho territorial, interprofissional e intersetorial exige dos profissionais constante diálogo e aproximação. A articulação dos Caps de referência do território com os CAPS de referência no apoio matricial é a estratégia fundamental para assegurar o seguimento do cuidado dos casos de baixa e média complexidade que chegam na porta de entrada dos CAPS e que não tem indicação de tratamento neste nível de assistência; oportuniza a construção de altas para casos estabilizados no CAPS, além de qualificar o acompanhamento de casos matriciados na atenção primária.

3. Plano de Ação Matricial para a Clínica de Referência

Assim como é importante o desenho estruturado do apoio matricial para toda área, unificando a lógica do trabalho e as responsabilidades dos entes, é imprescindível que o apoio matricial em cada Unidade da Atenção Primária tenha como base um plano de ação construído colaborativamente, a partir de análises das demandas da população e também das demandas institucionais referentes à própria Clínica da Família, a saber: seus impasses na compreensão dos agravos em saúde mental e vulnerabilidades, os desafios de construção de ações de cuidado, os efeitos da violência territorial, etc. Neste sentido, o rol de ações matriciais devem ir além das intervenções individualizadas, focadas apenas nos casos clínicos.

Devem ser consideradas ações do plano de matriciamento, por exemplo, a identificação e articulação conjunta dos recursos territoriais para promoção de saúde, ações de educação continuada junto às equipes da AP abordando temáticas de saúde mental, realização conjunta de grupos e oficinas para usuários de todos os ciclos de vida, etc.

Objetivos do plano matricial na clínica de referência:

- Pactuação dos dias fixos de matriciamento, atores e a regularidade.
- Maior Interlocução e corresponsabilização entre os atores de cuidado.
- Suporte técnico-pedagógico às equipes de referência na AP
- Garantir a identificação e o acompanhamento de casos complexos e graves no território, prevenindo crises.
- Qualificação e tratamento das demandas, gerando o uso racional dos recursos da rede (redução da fila do Sisreg, acesso efetivo aos diferentes níveis de complexidade).
- Apoio na construção de estratégias de cuidado colaborativo para casos de baixa e média complexidade no território, contemplando ações de prevenção e promoção em saúde.
- O acompanhamento de usuários do CAPS já estabilizados e em condições de alta, mas com indicação de um suporte territorial no seguimento do cuidado;

As equipes de atenção psicossocial deverão, em conjunto com as equipes de APS - Atenção Primária em Saúde, privilegiar:

- Mapeamento do território.
- Ações compartilhadas tais como atividades em grupo, interconsultas, VDs. É importante garantir a participação conjunta de profissionais da APS.
- O médico psiquiatra matriciador deverá atuar junto ao médico de família, podendo contar com a presença de outros profissionais da atenção primária.
- Manter a regularidade das atividades conforme acordado pelas unidades, excetuando-se os momentos nos quais haja risco no território.
- A organização e definição das estratégias de cuidado colaborativo deverá ser articulada em conjunto (CAPS, Deambulatórios e APS) e avaliada periodicamente.

Tipos de ações realizadas no matriciamento ao estabelecer um plano matricial:

- Discussão de caso
- Consulta ou VD conjunta
- Coordenação de grupos de educação em saúde - promoção e prevenção junto com equipe da atenção básica; potencializar PSE
- Educação continuada - abordagem de temas de saúde mental.

Objetivos das ações:

- Dar suporte técnico-pedagógico às equipes de referência
- Realizar ações na lógica da clínica ampliada.
- Investir na autonomia das equipes.
- Construir a lógica da atenção psicossocial na APS
- Estabelecer trabalho de base dialógica, não hierárquico a partir da troca de saberes e experiências.
- Racionalizar o acesso e uso de recursos especializados.
- Construir projetos de intervenção comunitária ou intersetorial

Benefícios do Matriciamento em Saúde Mental na APS:

- Fortalece a saúde mental na atenção básica
- Consolida uma rede de cuidados em saúde mental
- Integra a equipe de saúde mental com a atenção primária
- Transforma a lógica tradicional do sistema de saúde
- Constrói novas práticas em saúde mental junto às comunidades
- Aproxima a atenção especializada ao nível primário de assistência à saúde
- Organiza e amplia a oferta de ações em saúde

Bibliografia:

Guia prático de matriciamento em saúde mental / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) ... [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

Consulta conjunta: uma estratégia de capacitação para a atenção integral à saúde, de

Mello Filho, J. e Silveira, L. M. C. (2005).

Modelo para a implantação de interconsulta e consulta conjunta com a equipe do Programa de Saúde da Família (PSF), de Fortes, S.; Furlanetto, L. M. e Chazan, L. F. (2005). 2.4 VISITA DOMICILIAR CONJUNTA

Práticas grupais: espaço de diálogo e potência

<https://www5.pucsp.br/nexin/livros/Ebook-PRATICAS-GRUPAIS.pdf>

MATUDA, C. G. et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 8, p. 2511-2521, 2015.

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/acoes-interprofissionais/saiba-mais>

GUIA RÁPIDO PARA AÇÕES DE MATRICIAMENTO NA APS: CUIDADO COLABORATIVO, USUÁRIO BEM CUIDADO

Orientações gerais

O presente guia tem como objetivo fornecer ferramentas práticas que subsidiem as equipes no manejo dos casos de saúde mental no âmbito da Atenção Primária.

No guia será encontrado escalas para triagem de possíveis sintomas compatíveis com quadro de transtorno mental, assim como elenca algumas técnicas e possibilidades para o gerenciamento do sofrimento psíquico.

Protocolo Multidisciplinar de Manejo do Sofrimento Psíquico na Infância

Avaliação e Conduta em Crianças e Adolescentes com Sofrimento Mental

1. Princípios Gerais

- Sofrimento emocional não significa transtorno mental.
- A APS deve priorizar a escuta ampliada e contextual, compreendendo a história e os vínculos antes de pensar em diagnóstico.
- O foco deve estar na **compreensão do contexto familiar, escolar e social**, fortalecendo as redes de apoio.

2. Quando Discutir o Caso no Matriciamento

- Presença de riscos psicossociais relevantes (violência, negligência, vulnerabilidade social).
- Situações com impacto grave na vida escolar, familiar ou comunitária.
- Casos em que a equipe perceba limites no manejo ou necessidade de apoio técnico especializado (CAPS, CAPSi, NASF).

3. Avaliação – O Que Observar

Contexto Familiar

- Verificar sobrecarga emocional dos cuidadores (depressão, isolamento, violências).
- Avaliar tempo de convivência e qualidade das interações familiares.
- Observar se há diálogo, brincadeiras e momentos de afeto entre cuidadores e filhos.
- Identificar possíveis situações de violência ou negligência.

Contexto Escolar

- Avaliar se a escola é espaço de pertencimento e socialização.
- Observar relações com colegas e professores, ocorrências de bullying ou isolamento.
- Verificar interesse e frequência escolar, mudanças de comportamento, evasão.

Contexto Comunitário e Social

- Identificar se a criança/adolescente participa de atividades coletivas (brincadeiras, esportes, passeios).
- Avaliar isolamento social ou retraimento.

Uso de Telas: O que Investigar

1. Tempo diário de exposição e interfere em sono, alimentação, desempenho escolar e convivência.
2. Tipo de uso:

- Jogos eletrônicos: distinguir uso recreativo (curto, prazeroso, interativo) de uso problemático (isolamento, irritabilidade, perda de interesse em outras atividades).
 - Redes sociais (Instagram, TikTok, WhatsApp, etc.): avaliar exposição a comparações, bullying virtual, conteúdos inadequados e impacto na autoestima e imagem corporal.
 - Consumo passivo de vídeos (YouTube, streaming): observar se há uso para evitar emoções ou redução de interações presenciais.
3. Supervisão dos responsáveis: verificar se acompanham o conteúdo e o tempo de uso.
4. Alternativas fora das telas: estímulo a atividades ao ar livre, esportes, jogos e convivência comunitária.

Aspectos Emocionais

- Observar sentimentos de solidão, abandono, perda, insegurança, luto.
- Identificar baixa autoestima, insatisfação corporal, irritabilidade, comportamentos de risco.
- Priorizar escuta empática e sem julgamentos, permitindo expressão emocional.

4. Conduta da Equipe da APS

Acolhimento e Escuta

- Escutar sem pressa, com disponibilidade e interesse genuíno.
- Validar o sofrimento e as emoções sem rotular.
- Garantir espaço para **escuta individual da criança ou adolescente**, se necessário.
- Fortalecer o **vínculo de confiança** entre equipe, família e usuário.

Ações de Cuidado

- Promover orientações sobre rotina saudável: sono, alimentação, lazer e convivência.

- Estimular atividades prazerosas e coletivas, inclusive na escola e comunidade.
- Orientar sobre o uso equilibrado de telas, incentivando:
 - Limites de tempo e pausas regulares.
 - Prioridade para convivência familiar e brincadeiras presenciais.
 - Supervisão e diálogo sobre conteúdos acessados.
- Articular com escolas, CRAS e equipamentos da rede de proteção quando houver vulnerabilidade social.
- Oferecer acompanhamento aos cuidadores em situações de sobrecarga emocional.
- Planejar revisões periódicas e continuidade do cuidado.

Orientações aos Cuidadores – Fortalecendo o Vínculo e o Brincar

- Dedicar tempo de qualidade diário com a criança/adolescente, mesmo que curto, com atenção plena (sem telas ou distrações).
- Valorizar o brincar como forma de expressão emocional e vínculo.
- Brincadeiras e jogos em família fortalecem laços, estimulam empatia e reduzem conflitos.
- Estimular o brincar livre (não dirigido) — especialmente ao ar livre, em praças, parques e espaços públicos, sempre que possível.
- Priorizar atividades que envolvam **movimento, criatividade e cooperação** (andar de bicicleta, futebol, desenhar, cozinhar juntos, cuidar de plantas ou animais).
- Reforçar aos cuidadores que a presença afetiva é mais importante que o tempo de duração.
- Incentivar o uso do diálogo e escuta ativa como forma de apoio emocional e fortalecimento do vínculo.

Articulação Intersetorial

- Solicitar apoio matricial quando houver dúvida ou necessidade de suporte técnico.
- Promover trabalho em rede entre APS, CAPS, escolas, CRAS/CREAS e Conselho Tutelar.
- Compartilhar responsabilidades no cuidado e no acompanhamento dos casos.

Sinais de Alerta: Encaminhar Imediatamente

- Tentativa ou ideação suicida.
- Violência física, sexual ou negligência grave.
- Sintomas psicóticos ou desorganização grave do comportamento.
- Risco à integridade da criança/adolescente ou de terceiros.

6. Postura Profissional Recomendada

- Evitar julgamentos, rótulos e medicalização precoce.
- Valorizar o **contexto, a escuta e as potencialidades** da criança e do adolescente.
- Atuar com **empatia, corresponsabilidade e ética**, fortalecendo a rede de apoio e o cuidado compartilhado.

Protocolo Multidisciplinar de Manejo da Ansiedade em Serviços de Saúde

1. Objetivo

Oferecer diretrizes práticas, integradas e multidisciplinares para identificação, acolhimento e manejo da ansiedade em usuários de serviços de saúde, com base em práticas comunitárias.

Estruturar o manejo clínico dos casos de ansiedade identificados pelas equipes de matriciadores dos CAPS

2. População-Alvo

Usuários adolescentes e adultos atendidos na Atenção Primária, Deambulatórios, CAPS ou serviços especializados que apresentem queixas relacionadas à ansiedade, estresse, tensão, insônia, sintomas somáticos sem causa orgânica ou sofrimento emocional.

3. Fluxo de Atendimento

1. Acolhimento inicial – qualquer profissional pode aplicar uma das escalas abertas (ANEXO 1 e ANEXO 2) para rastreio do quadro de e registrar observações clínicas.
2. Discussão em equipe – classificar intensidade e definir o plano de cuidado.
3. Manejo da ansiedade –Aplicação das técnicas e práticas conforme a demanda de atendimento, podendo ser discussão do caso, interconsulta e suporte para estruturação de um grupo terapêutico.
4. Acompanhamento e reavaliação periódica.

4. Escala Aberta de Triagem da Ansiedade

Orienta-se a aplicação das escalas Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) de Spitzer et al. (2006) ou da Escala de Ansiedade de Hamilton (HAM-A), em anexo, para rastreio dos sintomas de ansiedade e gradação quanto a intensidade do sofrimento, permitindo diferenciar a ansiedade normal da patológica.

5. Técnicas Psicológicas de Manejo

1. Educação em saúde sobre a Ansiedade

Objetivo: Ajudar o paciente a compreender o que é a ansiedade, como ela se manifesta no corpo e como pode ser controlada.

Aplicação:

- a. Usar exemplos do cotidiano para mostrar o ciclo *pensamento* → *emoção* → *comportamento* → *sintoma físico*.
- b. Utilizar linguagem simples e recursos visuais (cartazes, metáforas, vídeos curtos).

Tempo: 5 a 10 minutos.

Efeito esperado: Redução da culpa e aumento do senso de controle.

2. Respiração Diafragmática e Ancoragem Corporal (3 min)

Objetivo: Diminuir a ativação do sistema nervoso simpático e promover sensação de calma.

Aplicação:

- a. Sentar-se confortavelmente com as mãos sobre o abdômen.
- b. Inspirar lenta e profundamente pelo nariz, sentindo o abdômen expandir.
- c. Expirar devagar pela boca, observando o abdômen esvaziar.

- d. Repetir por 2 a 3 minutos.

Ancoragem corporal: pedir ao paciente que perceba o contato dos pés com o chão e das costas com a cadeira.

Efeito esperado: Redução imediata de sintomas físicos (taquicardia, tensão muscular, falta de ar).

3. Relaxamento Muscular Progressivo (Jacobson)

Objetivo: Reduzir a tensão física associada à ansiedade por meio da alternância entre **contração e relaxamento muscular**.

Aplicação:

- Orientar o paciente a contrair cada grupo muscular (mãos, braços, ombros, pernas, rosto) por 5 segundos e depois relaxar lentamente.
- Convidar a pessoa a perceber a diferença entre tensão e relaxamento.

Tempo: 5 a 10 minutos.

Efeito esperado: Redução da tensão corporal e maior consciência do corpo.

4. Técnica: ACALME-SE

Objetivo:

Auxiliar o indivíduo a reconhecer, compreender e manejar sintomas de ansiedade aguda por meio de uma sequência estruturada de passos que integram aspectos cognitivos, fisiológicos e comportamentais.

Aplicação:

A técnica é baseada no acrônimo **ACALME-SE**, em que cada letra representa uma ação de enfrentamento:

- **A – Afaste-se:** se possível, saia momentaneamente da situação estressora, respire e crie um pequeno distanciamento físico ou mental.
- **C – Concentre-se:** direcione o foco para a respiração, inspirando lentamente pelo nariz e expirando pela boca.
- **A – Avalie:** identifique os pensamentos automáticos que estão surgindo (“E se algo ruim acontecer?”, “Não vou aguentar”).
- **L – Lembre-se:** recorde que a ansiedade é uma resposta natural do corpo e que ela tende a diminuir com o tempo.

- **M – Modifique:** substitua o pensamento catastrófico por uma afirmação realista e funcional (“Posso lidar com isso”, “É desconfortável, mas vai passar”).
- **E – Execute:** realize uma ação concreta que promova sensação de controle — beber água, caminhar, pedir apoio, respirar fundo novamente.
- **S – Sorria:** suavize a expressão facial; isso envia ao cérebro o sinal de que o perigo passou.
- **E – Espere:** permita que o corpo e a mente retornem ao equilíbrio; a ansiedade diminui gradualmente.

Tempo médio: 5 a 10 minutos.

Efeito esperado:

Redução da intensidade dos sintomas ansiosos, aumento da autorregulação emocional, fortalecimento da percepção de autocontrole e promoção de comportamentos de enfrentamento mais adaptativos.

5. Atenção Plena (Mindfulness) – Prática Breve de 5 Minutos

Base teórica: Mindfulness-Based Stress Reduction (Kabat-Zinn, 1990).

Objetivo: Desenvolver a capacidade de observar pensamentos, emoções e sensações corporais sem julgamento.

Aplicação:

- Conduzir o grupo/paciente a focar na respiração ou nas sensações do corpo.
- Quando notar distração, convidar a pessoa a “voltar gentilmente” ao momento presente.

Exemplo de condução: “Apenas observe a respiração entrando e saindo... se vier um pensamento, reconheça e deixe ir.”

Efeito esperado: Redução da ruminação e melhora da autorregulação emocional.

6. Reestruturação Cognitiva Breve

Objetivo: Ajudar o paciente a identificar pensamentos automáticos disfuncionais e substituí-los por interpretações mais realistas e úteis.

Aplicação:

1. Identificar o pensamento (“Vou ter um ataque”, “Não vou conseguir”).
2. Questionar a evidência (“O que prova que isso vai acontecer?”, “Já aconteceu antes?”).
3. Substituir por um pensamento equilibrado (“Posso me sentir ansioso, mas isso passa”).

Efeito esperado: Redução da catastrofização e aumento da autoeficácia.

7. Planejamento de Atividades Prazerosas e de Autocuidado

Objetivo: Romper o ciclo de evitação e inatividade associado à ansiedade.

Aplicação:

- Junto ao paciente, elaborar uma lista de atividades simples que tragam prazer ou relaxamento (caminhar, ouvir música, conversar, desenhar).
- Estimular o engajamento gradual nessas ações.

Efeito esperado: Aumento de reforço positivo e bem-estar geral.

8. Técnica dos 5 Sentidos (Grounding Sensorial)

Objetivo: Recentrar o paciente no presente, diminuindo ruminações e crises de ansiedade.

Aplicação:

Durante momentos de ansiedade, pedir que a pessoa observe:

1. **5 coisas que pode ver,**
2. **4 coisas que pode tocar,**
3. **3 sons que pode ouvir,**
4. **2 cheiros que pode sentir,**
5. **1 sabor na boca.**

Efeito esperado: Redução de despersonalização e ancoragem no momento presente.

6. Atividades em Grupo

Quando avaliado a necessidade de grupos para manejo da ansiedade, sugere-se que o formato abaixo, com 8 encontros, 1x por semana com duração de cerca de 60 min.

Composição: 6 a 12 participantes.

Coordenação: Profissionais da Atenção Primária com suporte dos matriciadores do CAPS quando necessário

| Encontro | Tema / Foco | Técnica Principal | Objetivos Específicos |
|----------|---|---|--|
| 1 | O que é ansiedade e como ela se manifesta | educação em saúde sobre a Ansiedade | Promover compreensão e reduzir medo dos sintomas. |
| 2 | Conectando corpo e respiração | Respiração Diafragmática e Ancoragem Corporal | Ensinar regulação fisiológica e controle da tensão. |
| 3 | Relaxar é possível | Relaxamento Muscular Progressivo | Diminuir tensão corporal e promover sensação de bem-estar. |
| 4 | Estar presente no aqui e agora | Mindfulness (Atenção Plena) | Desenvolver atenção e reduzir pensamentos automáticos. |
| 5 | Pensamentos e emoções | Reestruturação Cognitiva Breve | Identificar e modificar pensamentos disfuncionais. |
| 6 | Manejo de crises e autodomínio | Técnica ACALME-SE | Ensinar estratégia prática para controle da ansiedade aguda. |
| 7 | Cultivando prazer e rotina saudável | Planejamento de Atividades Prazerosas | Fortalecer autocuidado e atividades de reforço positivo. |

| | | | |
|----------|---|--|--|
| 8 | Retomando o equilíbrio e o autocuidado contínuo | Técnica dos 5 Sentidos (Grounding Sensorial) | Estimular continuidade das práticas e prevenção de recaídas. |
|----------|---|--|--|

1. Acolhimento inicial do grupo (10 min)

Breve roda de conversa para escuta dos participantes e identificação do estado emocional do grupo.

O profissional pode utilizar uma Escala Subjetiva de Ansiedade (0 a 10) para monitorar o nível inicial.

2. Tema central e técnica prática (30–40 min)

Aplicação de uma das técnicas psicológicas e integrativas descritas no protocolo, com vivência guiada e discussão breve.

Sugere-se uma sequência semanal, conforme os exemplos acima.

3. Troca e fechamento (10–15 min)

Espaço para que cada participante compartilhe percepções e leve uma “tarefa de autocuidado” para a semana (exemplo: praticar respiração diafragmática ao acordar, anotar pensamentos ansiosos etc).

7. Terapias Integrativas e Complementares (PNPIC/MS)

- Aromaterapia: óleo essencial de lavanda, camomila ou bergamota.
- Auriculoterapia: pontos Shen Men, Ansiedade, Coração.
- Reiki e imposição de mãos.
- Meditação guiada.
- Alongamento e respiração consciente (educador físico / fisioterapeuta).
- Musicoterapia: uso de sons relaxantes e expressão corporal.
- Biodança
- Somaterapia

8. Monitoramento e Encaminhamentos

Tabela de condutas conforme nível de ansiedade:

| Nível de Ansiedade | Conduta Recomendada |
|--------------------|--|
| Leve | Orientação em autocuidado e práticas integrativas |
| Moderado | Grupos, orientação em autocuidado e práticas integrativas |
| Grave | Grupos, orientação em autocuidado, práticas integrativas e avaliação para escuta em atendimento individualizado e avaliação de aporte medicamentoso. |

9. Avaliação de Resultados

- Reaplicação da escala aberta a cada 4 a 6 semanas;
- Avaliação subjetiva de melhora relatada pelo usuário;
- Registro de evolução em prontuário;
- Discussão multidisciplinar dos casos.

Referências

SPITZER, R. L.; KROENKE, K.; WILLIAMS, J. B. W.; LÖWE, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097.

HAMILTON, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32(1), 50–55.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). (2018). Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS. Brasília: MS.

BECK, J. S. (2021). *Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.

KABAT-ZINN, J. (2005). *Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation in Everyday Life*. New York: Hachette Books.

OMS. (2021). *Mental Health Action Plan 2013–2030*. Geneva: WHO.

Anexo 1 – Escala de Ansiedade de Hamilton (HAM-A)

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE DE HAMILTON

Nome: _____ Data: ____/____/____

| Categoria I – Ansiedade psíquica | Ausente 0 | Leve 1 | Moderada 2 | Frequente 3 | Muito frequente 4 |
|--|------------------|---------------|-------------------|--------------------|--------------------------|
| Humor ansioso (Preocupações, previsão do pior, antecipação temerosa, irritabilidade) | | | | | |
| Tensão (Sensações de tensão, fadiga, reação de sobressalto, como se move facilmente, tremores, incapacidade para relaxar e agitação) | | | | | |
| Medos (De escuro, de estranhos, de ficar sozinho, de animais, de trânsito, de multidões, etc) | | | | | |
| Insônia (Dificuldade em adormecer, sono interrompido, insatisfeito e fadiga ao despertar, pesadelos, terrores noturnos) | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| Dificuldades intelectuais (Dificuldade de concentração, falhas de memória, etc) | | | | | |
| Humor depressivo (Perda de interesse, falta de prazer nos passatempos, depressão, despertar precoce, oscilação do humor) | | | | | |
| Categoria II – Ansiedade Somática | | | | | |
| Sintomas musculares (Dores musculares, rigidez muscular, contrações espásticas, contrações involuntárias, etc) | | | | | |
| Sintomas sensoriais (Ondas de frio ou calor, sensações de fraqueza, visão turva, sensação de picadas, formigueiro, câibras, dormências, zumbidos, etc) | | | | | |
| Sintomas cardiovasculares (Taquicardia, palpitações, dores torácicas, sensação de desmaio, vertigem, etc) | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| Sintomas respiratórios (Sensações de opressão ou construção no tórax, sensações de sufocamento ou asfixia, suspiros...) | | | | | |
| Sintomas genito-urinários (Urgência miccional, amenorreia, menorragia, ereção incompleta, ejaculação precoce, impotência, diminuição da libido, etc) | | | | | |
| Sintomas do sistema nervoso autônomo (Boca seca, rubor, palidez, tendência a sudorese, mãos molhadas, inquietação, tensão, dor de cabeça, pêlos erigidos, tonturas, etc) | | | | | |
| TOTAL: _____ _____ | | | | | |

CORREÇÃO

Some a pontuação de cada coluna (0, 1, 2, 3 e 4), em seguida some o resultado total.

CLASSIFICAÇÃO

< 12: Ansiedade normal.

De 12 e 17: Sintomatologia leve.

De 18 e 24: Sintomatologia leve a moderada.

De 25 a 30: Sintomatologia moderada a grave.

Anexo 2 – Escala Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7)

ESCALA GAD - 7

Nome: _____ Data: ____/____/____

| Durante as últimas duas semanas, com que frequência você foi incomodado/a pelos problemas abaixo? | Nenhuma vez | Vários dias | Mais da metade dos dias | Quase todos os dias |
|---|-------------|-------------|-------------------------|---------------------|
| 1. Sentir-se nervoso/a, ansioso/a ou muito tenso/a | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Preocupar-se muito com diversas coisas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Dificuldade para relaxar | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado/a | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Ficar facilmente aborrecido/a ou irritado/a | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer | 0 | 1 | 2 | 3 |

Interpretação:

- Pontuação 0-4: Ansiedade mínima
- Pontuação 5-9: Ansiedade Leve
- Pontuação 10-14: Ansiedade moderada
- Pontuação maior que 15: Ansiedade Grave

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI)

Dentre as abordagens grupais possíveis de serem realizadas no trabalho em conjunto com a atenção primária destacamos a TCI. Desde 2017, a TCI integra as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) do SUS, sendo reconhecida como uma ferramenta para fortalecer a saúde mental e promover a integralidade do cuidado.

A formação de terapeutas comunitários é realizada por Polos Formadores credenciados pela ABRATECOM (Associação Brasileira de Terapia Comunitária Integrativa), com cursos on line e presenciais. É uma metodologia que pode servir como base e inspiração para ações realizadas nos territórios com a população ou mesmo com os profissionais de saúde da atenção primária.

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) foi criada em 1987 na comunidade do Pirambu, Fortaleza, pelo psiquiatra Dr Adalberto de Paula Barreto, com o objetivo de promover acolhimento, escuta qualificada e fortalecimento dos vínculos comunitários, atuando como uma tecnologia social de baixo custo e alta efetividade.

A prática é realizada em rodas de conversa, seguindo seis etapas: acolhimento, escolha da inquietação, contextualização, partilha de experiências, finalização e apreciação. As regras incluem escuta ativa, falar na primeira pessoa e evitar julgamentos. A TCI promove saúde mental, resiliência comunitária, autocuidado, redução da medicalização, fortalecimento de redes de apoio e valorização da cultura local, contribuindo para a sustentabilidade e inovação no SUS.

Metodologia da Terapia Comunitária Integrativa*:

A TCI implica na criação de rodas de conversa onde os participantes, guiados por um ou mais terapeutas comunitários integrativos, compartilham suas experiências, problemas e soluções.

A TCI segue um protocolo específico com seis etapas:

1) Acolhimento: Os participantes são recebidos de forma acolhedora pelo terapeuta comunitário que conduzirá a roda, criando um ambiente seguro e de confiança. Nesta etapa, explica-se as regras para a condução da roda. É ainda realizado um momento de celebração, no qual os participantes podem expor suas conquistas ou celebrar alguma

data especial em suas vidas. Pode-se propor uma música ou uma dinâmica corporal para "quebrar o gelo".

2) Escolha da Inquietação: Os participantes são convidados a apresentar suas inquietações, dificuldades e desafios. A partir dessas falas, o grupo escolhe democraticamente um tema para ser trabalhado na sessão.

3) Contextualização: O terapeuta comunitário ajuda a contextualizar o problema apresentado, incentivando os participantes a explorarem suas raízes e implicações, ampliando a visão dos participantes sobre suas dificuldades e promovendo uma perspectiva mais abrangente.

4) Partilha de Experiências: Os membros do grupo compartilham suas próprias experiências e soluções relacionadas ao tema em questão. O terapeuta pergunta: Quem já viveu algo parecido e o que fez para superar?

5) Finalização: A sessão é encerrada com o terapeuta agradecendo a presença e coragem de todos e com um ritual que pode incluir músicas, poemas, ou outros gestos simbólicos. O objetivo é consolidar os aprendizados e reforçar a sensação de pertencimento e apoio mútuo.

6) Apreciação: Após o término da roda, é realizada apreciação entre os terapeutas para avaliar os resultados e possibilidades de melhora.

Saiba mais em: **Guia Prático de Implantação da Terapia Comunitária Integrativa na Atenção Primária à Saúde: Construindo Pontes e Integrando Saberes.* (Acesso ao livro eletrônico em <https://abratecom.org/guia/>)

Disponibilizado também em anexo um guia rápido para criação de grupos de saúde mental na atenção primária, inspirados na abordagem da TCI. Este guia foi desenvolvido pela Terapeuta Comunitária e Terapeuta Ocupacional Maria Alice Jarcem do CAPS III Rubens Corrêa, a partir de uma experiência de TCI realizada em apoio matricial às equipes da ESF, em especial aos ACS, no território da AP 3.3.

Cartilha Atenção Básica



COMO CRIAR UM GRUPO DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA ?



Que tal aprender como construir um grupo de saúde mental na sua unidade ?

Para criarmos precisamos de demanda, perfil dos usuários e metodologia teórica e nessa cartilha conseguimos te ajudar a criar passo a passo.

É importante ter o apoio matricial como supervisor que entram no grupo para auxiliar na avaliação do perfil dos participantes. caso haja dúvida.

Se na unidade aparecem demandas de usuários que apresentam "ansiedade, insônia, atendimento para psicólogo, sofrimento a cerca da violência do território, estão na fila aguardando sisreg da saúde mental, necessidade de uma escuta mais próxima", "casos de baixa complexidade" são elegíveis para o grupo.

A metodologia teórica que utilizamos para o grupo é a "Terapia Comunitária Integrativa (TCI)" criada em 1987 em Fortaleza, Ceará, pelo psiquiatra Adalberto Barreto, e desenvolvido na Universidade Federal do Ceará em resposta às demandas da comunidade de Pirambu.

A TCI é baseada em cinco pilares teóricos fundamentais:

1. Pensamento Sistêmico:

Enfatiza que todos são parte do problema e da solução. A compreensão da interdependência entre os membros da comunidade facilita a busca por soluções coletivas.

2. Resiliência:

O enfrentamento das dificuldades gera competência. Superar desafios torna as pessoas mais fortes e preparadas para lidar com os problemas da vida.

3. Teoria da Comunicação:

A comunicação é central para a construção de relações significativas. A TCI ensina a ser mais inquisitivo do que afirmativo, compreendendo melhor o outro sem julgamentos.

4. Antropologia Cultural:

A cultura local é um recurso valioso para solucionar problemas e fortalecer a identidade dos participantes.

5. Pedagogia de Paulo Freire:

O Baseada na troca de saberes e na reflexão coletiva, respeitando a voz de cada participante e estimulando o aprendizado mútuo

PERFIL DOS PARTICIPANTES:

A partir dos 18 anos

Independente de gênero/raça/cor

Qualquer usuário da clínica da família que é identificado para um atendimento de saúde mental

FLUXO

Casos avaliados em matriciamento de baixa complexidade

Casos na fila de espera do SISREG

Casos identificados por corpo técnico/ACS

OBJETIVOS

Troca de saberes

Promoção de saúde mental de forma coletiva

Redução de encaminhamentos

Protagonismo do usuário

Promoção de cultura/lazer e acesso

Estímulo da vivência em comunidade

Valorização do território

Redução da medicalização

REGRAS

Sigilo: Não compartilhar informações fora do grupo

Não julgar

Acolhimento

Respeito

Não é obrigatório um profissional de nível superior

Desafios

Garantia de infraestrutura adequada

Superar a resistência de uma abordagem comunitária

Solicitação de atendimento psiquiátrico e psicológico durante o grupo

Adesão dos participantes

EXEMPLOS DESSA METODOLOGIA

o grupo consciência coletiva criado na CF Souza Marques utiliza dessa abordagem desde janeiro de 2025 e já tiveram atividades como: meditação guiada, dia do abraço, cinema. O grupo é comandado pelas ACS e ocorre às quarta - feiras pela manhã.

Criado por: Maria Alice Jarzem - Terapeuta Ocupacional
CREFITO 2:019747-TO
Editado por: Livia Santos - estagiária de Terapia Ocupacional - UFRJ

Para saber mais acesse:

 www.abratecom.org

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARRETO, A. et al. Terapia Comunitária Integrativa. Revista Consciência, 2013. LINK: https://www.academia.edu/download/43011665/TCL_NA_ESF-SUS_MARCELO_ABDALA.pdf
Acesso em: 30 ago.2025

RODRIGUES, Ioneide Santana et al. A terapia comunitária integrativa na abordagem de transtornos psíquicos: uma revisão integrativa. 2023. Acesso em: 30 ago. 2025.

RODRIGUES, Ioneide Santana et al. A terapia comunitária integrativa na abordagem de transtornos psíquicos: uma revisão integrativa. 2023. Acesso em: 30 ago. 2025.



RIO DE JANEIRO 2025

Referências

COUTO, MCV; TEIXEIRA, MR (coords). Rede, território e atenção psicossocial para crianças e adolescentes: compartilhamento e colaboração intersetorial. Projeto de pesquisa, extensão e ensino. Relatório de pesquisa. Nuppsam, IPUB/UFRJ, 2017.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Texto base para discussão sobre matriciamento. Campinas, 2009.

CAMPOS G. W. de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Sociedade e Cultura, Goiânia, v. 3, n. 1/2, p. 51-74, jan/dez. 2000.

CAMPOS G. W. de S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, G. W. S. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3033-3040, 2011. DOI: 10.1590/S1413-8123201100080000

Guia prático de matriciamento em saúde mental / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) ... [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

Guia Prático de Implantação da Terapia Comunitária Integrativa na Atenção Primária à Saúde: Construindo Pontes e Integrando Saberes/ Organização: Milene Zanoni da Silva ... [et all]. 1 ed. Fortaleza-Ceará: ABRATECOM 2025 (Acesso ao livro eletrônico em <https://abratecom.org/guia/>)

World Health Organization (WHO), World Organization of Family Doctors (WONCA). Integrating mental health into primary care: a global perspective. Genebra, Londres: WHO, WONCA; 2008.

World Health Organization (WHO). Mental Health Action Plan 2013-2020. Genebra: WHO; 2013.

Bower P, Gilbody S. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. BMJ 2005; 330(7495):839-842.

Campos GW. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Cien Saude Colet 1999; 4(2):393- 403. 23.

Campos GW, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saude Publica 2007; 23(2):399-407. 24.

Oliveira MM, Campos Gerais. Matrix support and institutional support: analyzing their construction. Cien Saude Colet 2015; 20(1):229-238. 25. Saraiva S, Zepeda J. Princípios do Apoio Matricial. In: Gusso G, Lopes J, editores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2012. 26.

Campos GW, Figueiredo MD, Pereira N, Castro CP. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. Interface (Botucatu) 2014; 18:983-995.

Reilly S, Planner C, Gask L, Hann M, Knowles S, Druss B, Lester H. Collaborative care approaches for people with severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev 2013; 11:CD009531.

MATUDA, C. G.; AGUIAR, D. M. L.; FRAZÃO, P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. Saúde e Sociedade, v. 22, n. 1, p. 173-186, 2013.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2. ed. São Paulo: Hucitec , 2005.

Feuerverker, LCM. Estratégias para a mudança da formação dos profissionais de saúde. Caderno CE 2002; 2(4): 11-24.

Ribeiro, ECO. Educação Permanente em Saúde. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC (Orgs.). Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo. Hucitec/ABEM; 2004.