

**RELATO - REPORT - RELATO****Transformação na prática clínica de saúde mental de uma residente de Medicina de Família e Comunidade a partir do matriciamento: um relato de experiência**

Transformation in the mental health clinical practice of a Family and Community Medicine resident through matrix support: an experience report

Transformación de la práctica clínica en salud mental de una residente de Medicina Familiar y Comunitaria a partir del apoyo matricial (matriciamento): un relato de experiencia

Larissa dos Santos Almeida Abreu<sup>1</sup> , Edimar Joaquim da Silva<sup>1</sup> , Edmilson de Oliveira<sup>2</sup> 

Rafaella Katarinne Nascimento Cordeiro<sup>1</sup> , Livia Barbosa Araújo Pinto<sup>3</sup> , Diego Espinheira da Costa Bomfim<sup>1,4,5</sup> 

1 - Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (PRMFC/SMS-SSA), Salvador, Bahia, Brasil

2 - Secretaria de Estado da Saúde do Paraná: Londrina, Paraná, Brasil

3 - Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas (EAP), Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Salvador-BA, Brasil

4 - Faculdade de Medicina da UFBA, Salvador, Bahia, Brasil

5 - Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade

**RESUMO**

**Introdução:** A saúde mental é um direito humano básico. O deslocamento do enfoque da doença para o sujeito tem como desdobramento a Reforma Psiquiátrica, que se configura como um processo social complexo que visa o cuidado em liberdade. Desafios se impõem como a medicalização excessiva, a baixa integração entre Atenção Primária à Saúde (APS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), além da insuficiente abordagem interseccional no campo da saúde mental. O Apoio Matricial surge como um dispositivo organizacional e pedagógico que amplia a corresponsabilidade, fortalece o trabalho interdisciplinar e contribui para o manejo vincular. **Metodologia:** Trata-se de um estudo narrativo-reflexivo que relata a experiência de uma residente de Medicina de Família e Comunidade (MFC) no matriciamento em saúde mental do Ano Adicional (R3) em Salvador, Bahia. A vivência descrita evidenciou transformações na prática clínica e no processo formativo. **Resultados:** Os resultados apontaram a reorganização do processo de trabalho, o fortalecimento do protagonismo das equipes e uma maior integração com a rede. **Discussão:** Destacou-se a metacognição como ferramenta formativa, a valorização da clínica centrada na pessoa, o uso da Entrevista Motivacional no manejo da ambivalência e a construção coletiva de Projetos Terapêuticos Singulares. **Conclusão:** Conclui-se que o matriciamento constitui estratégia potente para consolidar práticas antimanicoloniais, inclusivas e transformadoras, sustentando a APS como espaço de cuidado integral e em liberdade.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde; Aprendizado colaborativo; Medicina de Família e Comunidade; Educação Médica.

**Histórico do Artigo**

Recebido 09 Dezembro 2025  
Aprovado 21 Janeiro 2026

**Correspondência**

Larissa dos Santos Almeida Abreu  
Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (SMS-SSA), Escola de Saúde Pública de Salvador (ESPS)  
Rua Miguel Calmon, 75 - Comércio  
Salvador - BA, CEP: 40301-155.  
E-mail: lari.alabreu@gmail.com

**Como citar**

Abreu LSA, Silva EJ, Oliveira E, Cordeiro RKN, Pinto LBA, Bomfim DEC. Transformação na prática clínica de saúde mental de uma residente de Medicina de Família e Comunidade a partir do matriciamento: um relato de experiência. Rev. Saúde Col. UEFS 2025; 15(4):e12417.

## INTRODUÇÃO

A saúde mental é reconhecida como direito humano básico e parte integrante da saúde e do bem-estar, conforme sintetiza a Organização Mundial da Saúde (OMS) ao afirmar que “não há saúde sem saúde mental”<sup>1</sup>. Essa concepção reafirma a centralidade da dimensão psíquica no modelo biopsicossocial de saúde, ampliando a compreensão dos processos de adoecimento e qualificando o cuidado para além do modelo biomédico<sup>2</sup>.

Dados da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)<sup>3</sup>, referentes a 2018, ao avaliar a carga de transtornos mentais na Região das Américas, evidenciaram que condições mentais relacionadas ao uso de substâncias, algumas condições neurológicas e o suicídio respondem por aproximadamente um terço dos anos vividos com incapacidade (YLDs) e um quinto dos anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs). Nesse cenário, destacam-se os transtornos depressivos e de ansiedade, com o Brasil apresentando a maior taxa da América do Sul, correspondendo a 7,5% do total de incapacidade atribuída à ansiedade<sup>3</sup>. Esses dados reforçam a urgência de uma compreensão ampliada da saúde mental pelos profissionais, que não se limite a diagnósticos e transtornos.

Críticas à Global Mental Health (GMH)<sup>4</sup> destacam limitações na abordagem padronizada da OMS/OPAS, baseada nos atuais sistemas de classificação diagnóstica, como a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), e na medida DALY. Segundo Summerfield<sup>4</sup>, esses instrumentos tendem a universalizar contextos culturais ocidentais, negligenciando a diversidade social e cultural, e favorecem a medicalização de fatores psicossociais. Assim, questionam a validade científica e ética desse modelo, ressaltando a necessidade de incorporar contextos locais e culturais na compreensão do sofrimento psíquico.

A saúde mental pode ser compreendida como a capacidade de se conectar, funcionar, enfrentar e prosperar na vida, sendo influenciada por fatores individuais e contextuais<sup>1</sup>. Ciclos de vida como infância, adolescência e velhice, assim como transições, configuram momentos de vulnerabilidade, demandando vigilância e intervenções interdisciplinares. Ambientes familiares e comunitários livres de estigma e preconceito favorecem a promoção da saúde mental e a inserção social<sup>5</sup>.

No Brasil, a luta antimanicomial, iniciada nos anos 1970, foi um dos motores da Reforma Psiquiátrica, processo social complexo que busca substituir o modelo hospitalocêntrico pelo psicossocial<sup>6</sup>. Nesse sentido, Amarante<sup>7</sup> identifica quatro dimensões constitutivas desse processo: (1) teórico-conceitual, distinguindo saúde mental da psiquiatria; (2) técnico-assistencial, centrada no sujeito em sofrimento; (3) jurídico-política, cristalizada na Lei nº 10.216/2001; e (4) sociocultural, pautada no engajamento da sociedade.

Entretanto, ao analisar criticamente os limites dessa construção, David<sup>8</sup> propõe a ampliação da Reforma Psiquiátrica brasileira a partir de uma perspectiva antimanicomial. Para o autor, é fundamental incorporar de forma estruturante as dimensões de raça, gênero, classe, colonialidade e território, para enfrentar os regimes de produção de sofrimento que incidem historicamente sobre determinados corpos, nomeados, diagnosticados e tratados como “loucos”.

No processo de desinstitucionalização<sup>9</sup> em saúde mental, a Atenção Primária à Saúde (APS) assume papel estratégico na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ao atuar como coordenadora do cuidado e porta de entrada para pessoas em sofrimento mental. A APS enfrenta desafios e fragilidades, como a baixa integração com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – serviços especializados de base territorial fundamentais nessa rede – bem como o despreparo profissional para práticas em saúde mental. Essas fragilidades favorecem abordagens centradas na doença e na medicalização, dificultando a escuta e o reconhecimento das dimensões subjetivas do adoecimento<sup>10</sup>.

Segundo Balint<sup>11</sup>, quando os profissionais encontram obstáculos para lidar com os afetos despertados nas relações clínicas, há risco de adoecimento e perda da potência de cuidado. Para o autor, é essencial garantir espaços protegidos para discussão de casos complexos, como estratégia de apoio ao trabalhador, qualificação da prática clínica e prevenção quinzenária, prevenindo o adoecimento do trabalhador da saúde<sup>11</sup>.

Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) valoriza a atuação multiprofissional<sup>12</sup> e territorial, sendo fundamental na interface entre APS e saúde mental. O Apoio Matricial (AM), especialmente inspirado pelo Método Paideia<sup>11</sup>, configura-se como dispositivo organizacional e pedagógico que fortalece a corresponsabilidade e a autonomia entre equipes, matriciadas e matriciadora, promovendo gestão compartilhada e potencializando a capacidade resolutiva da rede.

Um de seus instrumentos centrais é o Projeto Terapêutico Singular (PTS)<sup>13</sup>, que, na perspectiva da clínica ampliada, ultrapassa a lógica de um plano de ações, sendo compreendido como dispositivo clínico que articula diferentes condutas terapêuticas a partir de uma construção interdisciplinar e coletiva, possibilitando corresponsabilização entre profissionais, pessoas em sofrimento e suas famílias. No contexto do matriciamento em saúde mental, o PTS sustenta um cuidado sensível às contradições, aos impasses e aos movimentos recorrentes próprios dos processos de sofrimento psíquico, deslocando-se de uma lógica puramente prescritiva para a produção dialógica do cuidado<sup>14</sup>.

Embora atravessados por particularidades sociais como raça, classe e gênero, e territoriais, os sujeitos produzem formas singulares de sofrimento e de relação com o cuidado, o que exige projetos sensíveis tanto às determinações estruturais quanto ao caráter irredutível do encontro clínico. Nesse sentido, o AM em saúde mental sustenta a construção do PTS, buscando um cuidado horizontal, longitudinal, não linear, em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica<sup>14</sup>.

Dimensões interseccionais, em especial o racismo estrutural, atravessam de forma decisiva o campo da saúde mental. Torna-se, assim, urgente ampliar esse debate como parte de um projeto de transformação social, enfrentando as lacunas na formação profissional e a baixa sensibilidade da RAPS à dimensão étnico-racial do sofrimento, que seguem alimentando estigmas e iniquidades<sup>9</sup>. Reconhecer a dimensão étnico-racial é fundamental para romper vieses estruturais do raciocínio clínico e construir uma clínica racializada que atue como fator protetor contra os efeitos do racismo<sup>15</sup>.

Experiências com o AM em saúde mental têm despertado interesse em programas de residência, ao evidenciarem seu potencial de transformação das práticas clínicas e dos processos de formação profissional<sup>16</sup>. O presente estudo insere-se nesse cenário e relata a vivência de uma residente de Medicina de Família e Comunidade (MFC) no matriciamento em saúde mental, desenvolvido no âmbito do Ano Adicional em Saúde Mental e Cuidado à Pessoa em Situação de Rua (PRMFC/R3), vinculado ao Programa de Residência em MFC da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (PRMFC-SMS-SSA).

A partir do contato com essa tecnologia de cuidado e ensino-aprendizagem, este artigo tem como objetivo refletir sobre as transformações observadas na prática clínica junto a pessoas em sofrimento psíquico, a partir da experiência do matriciamento em saúde mental.

Destaca-se a relevância da discussão ampliada de casos, do uso das ferramentas próprias da MFC e da centralidade do manejo vincular<sup>17</sup> como dimensão fundamental no cuidado em saúde mental. Como Marcus Vinicius de Oliveira<sup>17</sup> traduz em versos, o cuidado é sempre uma construção relacional: não se constitui como algo pertencente a quem oferece ou a quem recebe, emerge no encontro entre sujeitos:

“De quem será, cuidado?  
Fico sempre tão impressionado  
com o muito muito que se faz  
do pouco pouco que é dado.  
Do residir assombrado  
que germina assim, tão frágil semente,  
ganhando vulto em solo adubado.  
De quem será? Do sementeiro, do semeado?  
Vivo a pergunta do mérito,  
da relação entre os dois, cuidado.”<sup>17</sup>

É nesse entrelaçamento de vínculos, afetos e responsabilidades compartilhadas que se situa o presente relato.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, que buscou refletir sobre a vivência de uma médica residente de MFC a partir do matriciamento em saúde mental, desenvolvido pelo próprio Programa de Residência Médica de MFC, no qual estava inserida. O texto foi elaborado de forma adaptada às diretrizes da Standards for Quality Improvement Reporting Excellenced (SQUIRE 2.0)<sup>18</sup>.

A experiência relatada corresponde à vivência de uma residente do PRMFC-SMS-SSA, durante o ano de implantação do PRMFC/R3. Optou-se pela utilização da primeira pessoa do singular, uma vez que o objetivo central do relato é descrever o processo de aprendizagem tal qual foi vivido pela aprendiz. Essa escolha dialoga com a perspectiva dos relatos reflexivos, nos quais a descrição das vivências e do contexto possibilita uma reflexão crítica da experiência. Esse processo decorre da vigilância e da interpretação das ações vividas<sup>19</sup>, configurando-se como ferramenta para processos formativos de natureza metacognitiva<sup>20</sup>. Assim, o relato mostra como a atividade do Matriciamento em Saúde Mental do PRMFC/R3 produziu mudanças na análise clínica sobre saúde mental, repercutindo na aquisição de competências relacionadas à abordagem de pessoas em sofrimento mental e de pessoas com necessidades de cuidado em geral.

O conceito de profissional reflexivo fundamenta este relato. Segundo Schon<sup>21</sup>, trata-se daquele que reflete na ação, sendo capaz de ajustar sua prática de forma contínua diante de situações singulares, incertas e complexas<sup>21</sup>. De modo complementar, Alarcão<sup>22</sup> destaca que o profissional reflexivo toma a sua prática como objeto de análise, construindo um conhecimento profissional a partir da compreensão das situações vividas, das decisões tomadas e dos problemas enfrentados<sup>22</sup>.

As atividades de Matriciamento do PRMFC/R3 integravam as práticas pedagógicas do PRMFC e do próprio Ano Adicional. A equipe matriciadora era composta por um preceptor e três residentes do PRMFC/R3. Os encontros aconteciam nas Unidades de Saúde da Família (USF) vinculadas ao PRMFC, durante o horário regular de funcionamento dos serviços. Os casos eram selecionados pelos residentes em conjunto com preceptores do PRMFC regular e discutidos mensalmente, em formato de roda de conversa, inicialmente com a participação dos preceptores e residentes médicos, tanto do PRMFC/R3 quanto do PRMFC regular. A participação regular da equipe multiprofissional não pôde ser assegurada, em função da necessidade de manutenção do funcionamento dos serviços, o que não impediu participações pontuais em situações específicas.

Para apoiar as discussões, foram disponibilizados materiais de apoio para consulta rápida e aplicação clínica por meio de uma plataforma de armazenamento online. Ao final de cada encontro, a equipe matriciadora do PRMFC/R3 realizava um momento estruturado de reflexão da prática, voltado à análise dos processos de cuidado, dos afetos mobilizados e dos limites do serviço, objetivando a qualificação de atividades matriciais futuras. Esse momento, com duração aproximada de 15 minutos, configurava-se como espaço protegido de aprendizagem ativa, ao transformar a experiência vivida em aprendizado significativo<sup>23</sup>, além de atuar como estratégia de cuidado ao trabalhador da saúde.

Nesse espaço, a equipe matriciadora realizava uma avaliação compartilhada do encontro, promovendo a troca de impressões sobre o processo de cuidado e permitindo que o

preceptor destacasse elementos pedagógicos específicos da função matricial, contribuindo para a qualificação contínua da prática e da formação em serviço.

De modo geral, modelos formativos de caráter reflexivo utilizam ferramentas como o portfólio reflexivo<sup>20</sup>, que contempla as dimensões reflexiva e avaliativa. Em relatos críticos, considerando a dimensão reflexiva, esse instrumento colabora para o registro e a reflexão sistemática das vivências, detectando dificuldades, possibilitando a autoavaliação e a autorregulação do processo de aprendizagem e permitindo a reflexão sobre a ação, assumindo um valor metacognitivo<sup>21</sup>.

A escrita do presente relato ocorreu na segunda metade do meu segundo ano de residência, a partir da percepção do impacto formativo da experiência vivida. Assim, o uso do portfólio reflexivo<sup>20</sup> não foi previamente planejado, configurando-se como limitação do estudo, relacionada ao viés de memória. A narrativa retrospectiva foi fundamentada em anotações não sistematizadas, lembranças construídas em diálogos com colegas e preceptores e na leitura dos casos clínicos matriciados.

## RESULTADOS

O processo narrativo-reflexivo aqui apresentado relata o meu contato com a atividade do Matriciamento em saúde mental do PRMFC/R3, que se configurou como uma experiência formativa, clínica e afetiva, com impacto significativo na construção da minha identidade como futura MFC, além de ampliar minha sensibilidade às demandas de saúde mental. Considerando que a experiência é indissociável do contexto que a produz, torna-se fundamental situar o cenário da minha formação profissional, reconhecendo que é no entrelaçamento entre trajetória, território e prática que esta escrita se constitui.

Meu percurso profissional na APS, anterior à residência, revelou limites importantes na condução da clínica. Avalio que minha prática se estruturava predominantemente de forma intuitiva, centrada na figura do médico e pouco articulada com a rede de atenção, produzindo planos de cuidado pouco sustentáveis longitudinalmente, com baixa corresponsabilização das ações e escasso compartilhamento com a equipe. Persistia uma sensação de insuficiência profissional. Reconhecia que tais limites refletiam lacunas na minha formação médica, marcada por certa rigidez na condução dos casos clínicos e por um engajamento ainda incipiente na Reforma Psiquiátrica. A autocritica estava presente, mas faltavam ferramentas e competências para uma prática efetivamente ampliada.

O ingresso no PRMFC-SMS-SSA, no ano de implantação do Ano Adicional, e a participação nas atividades de Matriciamento do PRMFC/R3 como equipe matriciada constituíram uma experiência transformadora, vivida de forma inesperada e marcada por serendipidade. Essa vivência coletiva repercutiu diretamente na minha prática clínica. O exercício de revisitar meu próprio raciocínio clínico, tanto nas discussões de casos

quanto nos atendimentos, de modo metacognitivo, produziu um deslocamento cognitivo-afetivo na forma como passei a interpretar os sintomas de sofrimento psíquico. A seguir, compartilho fragmentos dessa experiência que evidenciam como o Matriciamento do PRMFC/R3 operou de maneira transversal, ampliando e ressignificando minha prática cotidiana.

Presenciar a discussão de casos de outros residentes constituiu uma oportunidade relevante de aprendizado colaborativo. Para ilustrar esse processo, compartilho fragmentos da discussão de um caso apresentado por uma residente, rememorado a partir dos registros e da vivência coletiva. Tratava-se de uma mulher de meia-idade, com alterações comportamentais e algum prejuízo funcional. A residente expressava estranhamento e dificuldade de sustentar a incerteza diante do relato da usuária: “ela acredita que a dor na coluna seria raiva, porque foi lambida pelo cachorro”, “a cefaleia recorrente seria devido a um trauma, após uma jaca ter caído em sua cabeça durante a infância”.

A leitura inicial da médica em formação atribuía os sintomas físicos a experiências consideradas pouco convencionais e conduzia precocemente à hipótese de uma psicose. Observar a condução do matriciamento possibilitou um deslocamento dessa interpretação, favorecendo a reflexão sobre a necessidade de compreender o sofrimento psíquico para além da literalidade do discurso, valorizando os significados subjetivos, metáforas corporais e as construções singulares da realidade.

A equipe matriciadora não operava a partir de diretrizes prescritivas, mas disparava reflexões por meio de perguntas norteadoras, como: “o que te faz pensar que esses relatos seriam delírios?” e “toda pessoa que delira é psicótica?”. Esses questionamentos favoreceram o pensamento crítico e metacognitivo em saúde mental, ampliando a compreensão do sofrimento psíquico e incentivando abordagens mais acolhedoras, contextualizadas e sensíveis às experiências singulares da pessoa em cuidado.

Ao participar desse processo, reconheci que compartilhava dúvidas, inseguranças e afetos semelhantes aos vivenciados por meus pares durante consultas em saúde mental. Compreendi que, diante do sofrimento psíquico, para além de conhecimentos psicopatológicos, era fundamental valorizar a dimensão relacional, social e cultural na escuta clínica, que deveria ser não apenas ativa, mas também empática e qualificada. Essa experiência contribuiu para a desinstitucionalização do meu olhar biomédico, tensionando meus próprios julgamentos moralizantes e aproximando a minha prática clínica da experiência vivida pela pessoa em cuidado.

Ao encaminhar para o espaço do matriciamento um caso marcado por múltiplas condições psicossociais – abandono, violência sexual e gravidez na adolescência –, chamou-me a atenção o fato de que os questionamentos do coletivo não se restringiam aos aspectos clínicos. As reflexões dirigiam-se também à minha experiência subjetiva diante da dificuldade de expor o caso. Por meio de perguntas como “Como foi,

para você, trazer esse caso?” e “Percebemos uma mobilização importante da sua parte com o caso...” a equipe matriciadora abriu um espaço de escuta voltado para mim.

Esses questionamentos possibilitaram reconhecer sensações de insuficiência, insegurança e despreparo profissional que emergiam no encontro clínico. Essa mobilização se intensificava por compartilhar com a usuária atravessamentos comuns, ambas mulheres jovens, negras e em sofrimento psíquico, evidenciando que dimensões pessoais e interseccionais atravessam o cuidado e produzem ressonâncias afetivas que precisam ser nomeadas, elaboradas e sustentadas na clínica.

Nesse momento, ficou evidente, para mim, a intencionalidade clínica daquelas reflexões: ampliar o nosso olhar clínico sobre o sofrimento psíquico, incorporando dimensões como raça, gênero e classe. Nos casos discutidos, a equipe indagava ativamente sobre a raça/cor das pessoas em cuidado e analisava os possíveis impactos do racismo em suas trajetórias. As discussões matriciais eram frequentemente atravessadas por reflexões críticas sobre vieses raciais nos processos diagnósticos, especialmente em quadros psicóticos, e sobre opressões estruturais muitas vezes invisibilizadas na prática clínica. Do ponto de vista pedagógico, essa experiência me permitiu reconhecer e incorporar esses marcadores psicossociais também na minha produção do cuidado, ampliando minha responsabilidade ética e política.

O estímulo andragógico para olhar e, quando possível, compartilhar as questões contratransferenciais foi fundamental para ampliar minha prática clínica, apesar dos desafios éticos e relacionais envolvidos. O espaço de Matriciamento do PRMFC/R3 se mostrou seguro, como apoio formativo, para elaborar essas camadas do vínculo terapêutico. A partir dessa experiência, compreendi que o manejo vincular, atravessado inclusive pelas dimensões de raça, gênero, classe e sexualidade, é parte essencial dos encontros clínicos, e reconhecê-las é fundamental para um desenvolvimento profissional ético. Estar atenta a esses atravessamentos favoreceu deslocamentos cognitivo-afetivos, ampliou minha percepção crítica e fortaleceu minha capacidade metacognitiva diante de situações clínicas complexas.

No acompanhamento subsequente da usuária cujo caso levei para discussão, percebi transformações no processo de cuidado, que se expressaram na melhora da autoestima, no fortalecimento de vínculos com outros profissionais da unidade, na ampliação de suas redes de apoio social e relacional, incluindo a participação em um grupo de saúde mental e em um grupo de redução do uso do tabaco. Contudo, identifiquei limitações relacionadas à adesão ao tratamento farmacológico e à polifarmácia crescente. Esse cenário exigiu uma reorientação positiva do cuidado e o acionamento de ferramentas próprias da MFC, como o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP)<sup>24</sup> e a Entrevista Motivacional (EM)<sup>28</sup>. Reavaliei, em conjunto com a usuária, seu próprio percurso terapêutico de forma colaborativa, compartilhei minhas inquietações e sustentei a escuta das suas ambivalências, o

que possibilitou a construção de decisões compartilhadas, o fortalecimento do vínculo e a retomada de seu protagonismo no próprio cuidado.

A complexidade psicossocial dos casos de saúde mental, que demandava tempo de escuta, presença clínica sustentada e, muitas vezes, reorientação da agenda para intensificação dos cuidados, desafiava minha capacidade de gestão da clínica, reforçando uma sensação recorrente de insuficiência profissional. Ao identificar os atravessamentos estruturais, institucionais e comunitários que compunham o sistema de cuidado, pude compreender que muitas dessas dificuldades não eram individuais, mas compartilhadas coletivamente, impactando diretamente a capacidade de resposta do serviço. Esse reconhecimento trouxe outra dimensão do cuidado em saúde mental: o cuidado de quem cuida.

Ao constatar essa dimensão do cuidado do trabalhador como parte do cuidado em saúde mental, foi necessário criar estratégias coletivas de sustentação da equipe. O território adscrito era atravessado pela violência armada, o que fragilizava a rotina do trabalhador e limitava a nossa potência de ação em saúde, principalmente na comunidade. Diante desse cenário, o matriciamento do PRMFC/R3 passou a incluir, nos primeiros 15 a 20 minutos dos encontros matriciais, breves momentos de acolhimento à equipe matriciada, com espaços de escuta e práticas de atenção plena (*mindfulness*), realizados antes das discussões de caso.

Nesse contexto, o acolhimento da equipe se configurou como a criação de um espaço protegido de escuta, no qual foi possível compartilhar os afetos mobilizados diante da violência territorial, validar as experiências vividas e produzir continência psíquica coletiva para a continuidade do cuidado no serviço. As práticas de *mindfulness* consistiam em exercícios breves de atenção plena, com foco na respiração e na percepção corporal, utilizados como recurso pedagógico e de autorregulação emocional, com o objetivo de favorecer a presença, a escuta qualificada e a disponibilidade relacional da equipe para a discussão de casos complexos, em consonância com a prevenção quinquenária.

Essas atividades eram conduzidas pela equipe matriciadora, com apoio de episódios da série *Headspace*, voltada à prática autoinstruída de meditação e disponível em plataforma digital. Em uma situação específica em que a violência chegou a adentrar a unidade de saúde, o *mindfulness* foi utilizado intencionalmente como estratégia de cuidado. Essa experiência me sensibilizou a propiciar espaços semelhantes dentro da equipe interdisciplinar.

Compreendi que o cuidado com o outro também depende do cuidado em rede. Um caso que ilustrou esse aprendizado foi o de uma pessoa em intenso sofrimento psíquico, cuja denúncia ao Ministério Público (MP) acionou o CAPS e o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). A equipe matriciadora destacou a potência desse gesto como dispositivo de cuidado e estimulou a construção de um PTS. Após visitas domiciliares, apoio matricial do psiquiatra, articulação inter-

setorial, elaboramos nosso primeiro PTS. Percebi que, embora sua construção demande o envolvimento de múltiplos atores, o PTS é fundamental para casos complexos, capaz de reduzir a sobrecarga, qualificar o cuidado e fortalecer o protagonismo da pessoa no seu cuidado.

Curiosamente, ao contrário do que se espera ao falar em matriciamento, minha experiência não foi centrada em diretrizes sobre prescrição de psicofármacos. Embora houvesse incentivo à leitura prévia de referências teóricas e diretrizes clínicas, o maior impacto veio da análise crítica dessas ferramentas e da sua adaptação à realidade da rede. Essa prática rompeu barreiras de acesso ao conhecimento e fortaleceu minha autonomia clínica. Assim, a teoria se tornava mais factível e me ajudava a reconhecer o papel da família e da comunidade como redes fundamentais de apoio ao cuidado em liberdade e à reabilitação psicossocial.

Nesse contexto, percebi que a discussão matricial priorizava estratégias para garantir acesso, adesão e continuidade do cuidado em cenários complexos. Essa compreensão consolidou em mim o papel da APS dentro da RAPS: ser coordenadora do cuidado, promovendo a integração do sujeito à rede de saúde. Ao mesmo tempo, ao abrir a discussão incluindo a dimensão racial, o Matriciamento do PRMFC/R3 se configurou como uma tecnologia de cuidado capaz de tensionar práticas institucionais excludentes e aproximar a clínica dos princípios antimanicomiais e de enfrentamento ao racismo.

## DISCUSSÃO

A experiência é fonte privilegiada de aprendizagem significativa, segundo Gomes et al., ao citar Ausubel<sup>23</sup>, na medida em que novos saberes só se integram de modo profundo quando se articulam a vivências prévias, mobilizados por motivação e abertura ao novo. Assim, ao longo do meu percurso formativo, o Matriciamento do PRMFC/R3 ativou esse processo ao colocar em diálogo minhas concepções anteriores com desafios reais da prática, permitindo transformar entendimentos sobre saúde mental, deslocar a centralidade biomédica e abrir espaço para uma clínica mais relacional, social e culturalmente situada. Esse movimento foi intensificado pela metodologia narrativa-reflexiva, que articula memória, afetos e análise crítica da prática em um exercício constante de metacognição<sup>21</sup>.

A inserção da atividade do Matriciamento do PRMFC/R3 reorganizou o processo de trabalho da equipe, evidenciando seu papel não apenas clínico-pedagógico, mas também como tecnologia de gestão. Essa reorganização – com redistribuição de papéis, decisões compartilhadas e horizontalidade – refletiu exatamente o que o guia de Chiaverini et al. descreve ao afirmar que o AM constitui “arranjos organizacionais e uma metodologia para gestão do trabalho em saúde”<sup>14</sup>. Assim, o matriciamento atuou como modo de gerir processos, vínculos e redes de cuidado, fortalecendo práticas colaborativas e sustentando a APS como coordenadora do cuidado.

Nesses momentos, a escuta dos afetos e das dificuldades da equipe ressoava a proposta dos grupos Paideia-Balint<sup>10</sup>, configurando um ambiente de acolhimento e formação grupal, ao mesmo tempo em que se aproximava da perspectiva do matriciamento biopsicossocial<sup>17</sup>, que não se limita à transmissão de protocolos, mas integra dimensões clínicas, familiares e territoriais.

Outro aprendizado central foi perceber a importância da metacognição – a capacidade de refletir sobre os próprios processos de pensamento, emoções e julgamentos<sup>20</sup>. Ao longo das discussões, fui me dando conta de como certos vieses me levavam a respostas automáticas e pouco cuidadosas. O matriciamento ofereceu um espaço para interromper esses automatismos, refletir e construir decisões clínicas mais compartilhadas. Nesse exercício, o desconforto inicial frente às dimensões transferenciais e contratransferenciais foi se transformando em ferramenta de análise e crescimento<sup>20</sup>.

Foi também nesse contexto que emergiu a crítica racial. Ao perceber como determinados instrumentos clínicos, quando aplicados de forma descontextualizada, produzem silenciamentos e reforçavam desigualdades, tornou-se evidente a necessidade de adaptá-los à realidade social e cultural das pessoas em atendimento. Essa percepção dialoga com Borret et al.<sup>25</sup>, ao mostrarem que “a consulta tem cor” e que a ausência de debate racial na prática médica pode perpetuar práticas de exclusão e adoecimento.

Do mesmo modo, ressoou a provocação intelectual de Tavares e Andrade<sup>26</sup>, para quem a clínica também tem cor e só pode produzir vínculo verdadeiro quando incorpora o letramento racial como ferramenta ética e terapêutica. Reconhecer o sujeito em sua inteireza, incluindo sua identidade racial, passou a ser parte inseparável da prática clínica, permitindo a construção de subjetividades antes silenciadas.

Durante a narrativa-reflexiva, pode-se observar que o AM realizado por MFCs atuou como potente mediador, aproximando a teoria da experiência, principalmente quando aciona ferramentas clínicas próprias da especialidade na condução de casos complexos. Como se evidencia na experiência apresentada, o uso do MCCP<sup>24</sup>, proposto por Stewart et al., facilitou a escuta dos significados do adoecimento, a inserção da família e do território no processo de cuidado, a identificação de demandas ocultas e a construção de planos terapêuticos compartilhados, ampliando o repertório clínico em saúde mental da MFC em formação.

Nesse sentido, a EM<sup>27</sup>, desenvolvida por Miller et al., constitui-se como outra tecnologia de cuidado que pode ser acionada pelo matriciador para apoiar as equipes em uma abordagem mais colaborativa. Por meio desse recurso dialógico, é possível promover maior engajamento da pessoa na exploração da própria ambivalência, evocar valores e expectativas, fortalecendo a autonomia e a corresponsabilização no plano de cuidado. Dessa forma, favorece o protagonismo da pessoa de maneira integral e integrada aos seus contextos, na direção da clínica ampliada e alinhada aos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Quando se trata de saúde mental, valorizar a escuta e os elementos da cultura compartilhados torna-se instrumento fundamental de cuidado. O Matriciamento do PRMFC/R3 também me ajudou a enxergar o corpo como território de expressão do sofrimento psíquico. Recuperar a importância do exame físico em casos de sofrimento mental foi um aprendizado valioso, pois rompeu com a dicotomia entre mente e corpo. A partir daí, os PTS passaram a ser elaborados de modo mais coletivo, integrando recursos da RAPS, dos CAPS e dos dispositivos de Assistência Social. Essa articulação reafirmou o papel da APS como coordenadora do cuidado, sustentando a lógica de um AM inclusivo e territorializado.

Outro ponto de deslocamento importante foi compreender que não é possível sustentar o cuidado sem também cuidar de quem cuida. Em territórios atravessados por violência e vulnerabilidade, os momentos de escuta da equipe e práticas como *mindfulness* se tornaram necessários. Essa dimensão do cuidado coletivo dialoga com o cuidado de quem cuida, na medida em que protege os profissionais do desgaste e do adoecimento mental, e reafirma a prevenção quaternária<sup>28</sup> no cuidado aos pacientes, evitando a medicalização excessiva e garantindo práticas mais seguras e éticas.

Assim, a experiência do Matriciamento no PRMFC/R3 revelou-se mais do que uma técnica de apoio: foi um dispositivo formativo, clínico e ético que integrou dimensões cognitivas, afetivas, sociais e raciais do cuidado. No plano individual, favoreceu a metacognição, o deslocamento cognitivo-afetivo e um maior compromisso com práticas centradas na pessoa, antimanicomiais e racialmente situadas. No plano coletivo, promoveu a reorganização do trabalho, o fortalecimento de vínculos, a elaboração de PTS e a articulação em rede.

Em última instância, reafirmou que o matriciamento, quando coordenado por MFCs em formato horizontal, é eixo estruturante da formação e da prática clínica, sustentando a APS como espaço de produção de cuidado integral, inclusivo e em liberdade. É nesse horizonte que encontro ressonância nas palavras de Neusa Santos Souza<sup>29</sup>, gravadas nas paredes do CAPS II que leva seu nome, no Rio de Janeiro:

“Acolher o paciente implica aceitar o imprevisto, suportar o tédio, desejar sem exigir, esperar sem expectativa. O que um sujeito psicótico nos costuma pedir? Ele nos pede lugar, tempo, escuta e palavras”<sup>29</sup>.

## CONCLUSÃO

A experiência vivida e relatada evidencia a importância do Matriciamento no PRMFC/R3 como estratégia educacional e assistencial para fortalecer a prática clínica e aprimorar o cuidado integral em saúde mental na APS. A reflexão sobre os processos vivenciados demonstra que a integração de saberes diversos e a abordagem coletiva dos casos resultam em maior autonomia profissional e na desconstrução de vieses cognitivos que poderiam comprometer a qualidade do cuidado prestado.

Ao longo da experiência narrada, percebe-se que a metacognição desempenhou um papel central na reorganização

do pensamento e na melhoria da tomada de decisão clínica, reduzindo erros e ampliando a capacidade de coordenação do cuidado em saúde mental.

A reflexão sistemática sobre a própria prática proporcionou uma mudança significativa na compreensão do papel do MFC na RAPS. A possibilidade de superação da insegurança inicial e a reconfiguração das estratégias de abordagem possibilitaram um cuidado mais humanizado, eficaz e alinhado às necessidades da população.

Vivenciar o crescimento dos residentes do terceiro ano, protagonistas nas discussões matriciais, despertou em mim o desejo de estar nesse espaço formativo futuramente. O ambiente de aprendizagem horizontal, que estimulava reflexões críticas, identificava afetos, preparava para o cuidado em saúde mental e fortalecia práticas antimanicomiais<sup>9</sup>, foi essencial para minha formação.

Por fim, reforça-se que a construção do PTS e a inclusão dos diferentes atores da equipe nos processos de discussão e tomada de decisão são ações essenciais para sustentar um modelo de cuidado centrado no sujeito, em sua família e na comunidade. Por meio do Matriciamento do PRMFC/R3, realizado por MFC, foi possível consolidar um modelo de atenção à saúde mental mais integrado, efetivo e transformador, que coloca o cuidado em liberdade como um princípio norteador da prática clínica.

O espaço matricial foi mediador da relação com a pessoa em adoecimento mental, estimulando a escuta empática, a troca de saberes e o manejo vincular, ferramentas fundamentais ao cuidado longitudinal, princípio básico da assistência na APS, reforçando seu papel como instância central na coordenação do cuidado na RAPS. Nesse horizonte, compreendi que, diante de tantas complexidades e desafios, nas palavras da MFC Andreia Beatriz Silva dos Santos<sup>30</sup>, “o mínimo é estar vivo e não ter sua humanidade negada” – condição indispensável para que o cuidado em saúde mental seja, de fato, libertador e transformador.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022 [acesso em 2025 jan. 17]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240060255>.
2. Lancet Global Mental Health Group, Chisholm D, Flisher AJ, Lund C, Patel V, Saxena S, et al. Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet*. 2007;370(9594):1241-52 [acesso em 2025 jan. 19]. doi:10.1016/S0140-6736(07)61242-2.
3. Organização Pan-Americana da Saúde. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington, DC: OPAS; 2018 [acesso em 2025 jan. 19]. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280\\_spa.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf).

4. Summerfield D. How scientifically valid is the knowledge base of global mental health? *BMJ*. 2008;336(7651):992-4. doi:10.1136/bmj.39513.441030.AD.
5. Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 290-351.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. (Saúde Mental em Dados; 4).
7. Amarante P. Estratégias e dimensões do campo da saúde mental e atenção psicossocial. In: *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 4 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. p. 53-72. Temas em saúde collection. ISBN 987-85-7541-368-5.
8. David EC. Introdução. In: David EC. *Saúde mental e relações raciais: desnorreamento, aquilombação e antimani-colonialidade*. São Paulo: Perspectiva; 2024. p. 32-35.
9. Desinstitute. A operacionalização dos processos de desinstitucionalização: estratégias de gestão. In: *Desinstitute. Desinstitucionalização: da saída do manicômio à vida na cidade: estratégias de gestão e de cuidado*. Brasília: [s.n.]; 2023. p. 56-90.
10. Minozzo F, Ileno IC. Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. *Psico-USF*. 2013;18(1):151-160.
11. Cunha GT, Dantas DV. Uma contribuição para co-gestão da clínica: Grupos Balint-Paidéia. In: Campos GWS, Guerreiro AVP, organizadores. *Manual de práticas da Atenção Básica*. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 34-60.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 2025 jan. 19]. (Cadernos de Atenção Básica; 39). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab39>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
14. Chiaverini DH, organizadora. *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. p. 21-25.
15. Machado NG, Oliveira MHPP, Bomfim DEC. Avaliação de problemas de saúde mental na atenção primária. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, organizadores. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed; 2004.
16. Oliveira JM, Malvezzi E, Gigante RL, Soeiro E, Campos GWS. Inovação na formação médica: apoio matricial em programas de residência. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(64): 211-22.
17. Universidade Federal da Bahia. Departamento de Psicologia. Programa de Intensificação de Cuidados a Pacientes Psicóticos. *A clínica psicossocial da psicose*. Salvador: UFBA/FFCH; 2007.
18. Ogrinc G, Davies L, Goodman D, Batalden P, Davidoff F, Stevens D. SQUIRE 2.0-Standards for Quality Improvement Reporting Excellence-Revised Publication Guidelines from a Detailed Consensus Process. *J Am Coll Surg*. 2016;222:317-23. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004411.
19. Silva RF, Sá-Chaves I. Formação reflexiva: representações dos professores acerca do uso de portfólio reflexivo na formação de médicos e enfermeiros. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2008;12:721-734.
20. Jou GI, Sperb TM. A metacognição como estratégia reguladora da aprendizagem. *Psicol Reflex Crit*. 2006; 19(2): 177-85.
21. Schön DA. *O Praticante Reflexivo: Como os Profissionais Pensam em Ação*. Nova Iorque: Basic Books; 1983.
22. Alarcão I. *Professores reflexivos em uma escola reflexiva*. 2 ed. São Paulo: Cortez; 2001.
23. Gomes AP, Dias-Coelho UC, Cavalheiro PO, Gonçalves CAN, Rôças G, Siqueira-Batista R. A Educação Médica entre mapas e âncoras: a aprendizagem significativa de David Ausubel, em busca da Arca Perdida. *Rev Bras Educ Med*. 2008; 32(1):105-111.
24. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
25. Borrett RH, Silva MF, Jatobá LR, Vieira RC, Olivera DOP. A sua consulta tem cor? Incorporando o debate racial na Medicina de Família e Comunidade: um relato de experiência. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020; 15(42):2255. doi: 10.5712/rbmf15(42)2255.
26. Tavares JSC, Andrade VS. Sua clínica tem cor: sobre letramento racial e vínculo terapêutico. In: Pantet A, Milanese C, De Paula M, Tahcita M, organizadores. *Terapia racial: diálogos sobre psicoterapia para população negra*. São Paulo: Ed. dos Autores; 2023. p. 207-20.
27. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. *Entrevista motivacional no cuidado da saúde: ajudando pacientes a mudar comportamentos*. Porto Alegre: Artmed; 2009.

28. Ramirez JB, Norman AH. A filosofia da Medicina de Família e Comunidade segundo Ian McWhinney e Roger Neighbour. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2020; 15(42):1991 [acesso em 2025 set. 7]. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1991>

29. Silva ML. Prefácio a esta edição. In: Souza NS. Tornar-se negro ou as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social. Rio de Janeiro: Zahar; 2021. p. 11.

30. Santos ABS. O mínimo é estar vivo e não ter sua humanidade negada. Entrevista exclusiva com a MFC e poeta Andreia Beatriz Silva dos Santos [Internet]. São Paulo: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2023 [acesso em 2025 set. 7]. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/o-minimo-e-estar-vivo-e-nao-ter-sua-humanidade-negada-entrevista-com-a-mfc-e-poeta-andreia-beatriz-silva-dos-santos/>.

## ABSTRACT

**Introduction:** Mental health is a basic human right. The shift from a disease-centered focus to a person-centered approach has driven the Psychiatric Reform, a complex social process aimed at care in freedom. Challenges include excessive medicalization, limited integration between Primary Health Care (PHC) and Psychosocial Care Centers, and insufficient intersectional approaches in mental health. Matrix Support emerges as an organizational and pedagogical tool that enhances shared responsibility, strengthens interdisciplinary work, and contributes to relational management. **Methodology:** This is a narrative-reflective study reporting the experience of a Family and Community Medicine resident during mental health matrix support in the Additional Year (R3) in Salvador, Bahia. The described experience revealed transformations in clinical practice and the training process. **Results:** Findings showed a reorganization of the work process, strengthened team protagonism, and greater network integration. **Discussion:** Metacognition emerged as a formative tool, alongside the recognition of person-centered care, the use of Motivational Interviewing to manage ambivalence, and the collective development of Singular Therapeutic Projects. **Conclusion:** Matrix support is a powerful strategy to consolidate anticolonial, inclusive, and transformative practices, reinforcing PHC as a space for comprehensive, freedom-oriented care.

**Keywords:** Mental Health; Primary Health Care; Interdisciplinary Placement; Family and Community Medicine; Medical Education

## RESUMEN

**Introducción:** La salud mental es un derecho humano básico. El desplazamiento del enfoque centrado en la enfermedad hacia la persona tiene como consecuencia la Reforma Psiquiátrica, concebida como un proceso social complejo orientado al cuidado en libertad. Se imponen desafíos como la medicalización excesiva, la baja integración entre la Atención Primaria de Salud (APS) y los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), además de la insuficiente incorporación de una perspectiva interseccional en el campo de la salud mental. El Apoyo Matricial emerge como un dispositivo organizativo y pedagógico que amplía la corresponsabilidad, fortalece el trabajo interdisciplinario y contribuye al manejo de los vínculos. **Metodología:** Se trata de un estudio narrativo-reflexivo que relata la experiencia de una residente de Medicina Familiar y Comunitaria (MFC) en el matriciamento en salud mental durante el Año Adicional (R3) en Salvador, Bahía. La vivencia descrita evidenció transformaciones en la práctica clínica y en el proceso formativo. **Resultados:** Los resultados señalaron una reorganización del proceso de trabajo, el fortalecimiento del protagonismo de los equipos y una mayor integración con la red. **Discusión:** Se destacó la metacognición como herramienta formativa, la valorización de la clínica centrada en la persona, el uso de la Entrevista Motivacional para manejar la ambivalencia y la construcción colectiva de Proyectos Terapéuticos Singulares. **Conclusión:** Se concluye que el Apoyo Matricial constituye una estrategia potente para consolidar prácticas antimanicoloniales, inclusivas y transformadoras, sosteniendo a la APS como un espacio de cuidado integral y orientado a la libertad.

**Palabras clave:** Salud Mental; Atención Primaria de Salud; Prácticas Interdisciplinarias; Medicina Familiar y Comunitaria; Educación Médica.