

# Ações de cuidado em saúde mental na atenção primária à saúde: contribuições do apoio matricial

## *Mental health care actions in primary health care: contributions from matrix support*

Guilherme Emanuel Weiss Pinheiro<sup>1</sup>

<http://orcid.org/0000-0003-0069-7023>

Luciane Prado Kantorski<sup>2</sup>

<http://orcid.org/0000-0001-9726-3162>

### Resumo

**Introdução:** o apoio matricial é considerado algo novo no contexto da saúde mental e da atenção primária à saúde, necessitando de aprofundamentos, inovações de práticas e ações, que respondam adequadamente a complexidade desta ferramenta de trabalho desafiadora.

**Objetivo:** avaliar as ações de cuidado em saúde mental no território, realizados por equipes de referência de um município de pequeno porte do Rio Grande do Sul. **Materiais e**

**Métodos:** estudo de abordagem qualitativa na perspectiva da avaliação de quarta geração. Realizada entre dezembro de 2018 e fevereiro 2019, por meio de observação participante, totalizando 84 horas; entrevistas semiestruturadas por meio do círculo hermenêutico-

dialético, como foco no trabalho do apoio matricial em saúde mental, com oito profissionais das diferentes equipes de referência do município; e grupo de validação e negociação com os profissionais. **Resultados:** os principais resultados destacados pelos profissionais das equipes de referência são de que o cuidado em saúde mental é realizado em atendimentos individuais das pessoas, de acompanhamentos domiciliares, de grupos de saúde mental e das atividades mensais que se destacam como importantes momentos de autocuidado da população e de formação dos profissionais. **Conclusões:** no contexto avaliado há uma diversidade importante de ações de cuidado em saúde mental no território, o qual se dá de forma integrada entre equipes de referência e apoio matricial. Além disso, demonstrou-se desafiador, porém satisfatório quando encarado de forma coletiva, dialógica e horizontal entre os diferentes atores sociais.

**Palavras-chave:** Saúde mental; atenção primária à saúde; estratégia saúde da família; assistência integral à saúde.

**Abstract**

**Introduction:** matrix support is considered something new in the context of mental health and primary health care, requiring further study and innovations in practices and actions that adequately respond to the complexity of this challenging work tool. **Objective:** to evaluate mental health care in the territory provided by reference teams from a small city in Rio Grande do Sul. **Materials and Methods:** a qualitative study in the perspective of the fourth generation evaluation. Conducted between December 2018 and February 2019 through participant observation, totaling 84 hours; semi-structured interviews through the hermeneutic-dialectic circle, with a focus on the matrix support work in mental health, with eight professionals from the different reference teams in the city; and validation and negotiation group with professionals. **Results:** the main results highlighted by the professionals of the reference teams are that mental health care is carried out in individual care of people, home visits, mental health groups and monthly activities that stand out as important moments of self-care of the population and training of professionals. **Conclusions:**

no contexto avaliado há uma diversidade importante de ações de cuidado em saúde mental no território, o qual se dá de forma integrada entre equipes de referência e apoio matricial. Além disso, demonstrou-se desafiador, porém satisfatório quando encarado de forma coletiva, dialógica e horizontal entre os diferentes atores sociais.

**Keywords:** Mental health; primary care; family health strategy; integral health care.

<sup>1</sup> Universidade Federal de Santa Maria, Brasil. E-mail: [enfermeiro.guipinheiro@gmail.com](mailto:enfermeiro.guipinheiro@gmail.com)

<sup>2</sup> Universidade Federal de Pelotas, Brasil. E-mail: [kantorski@uol.com.br](mailto:kantorski@uol.com.br)

in the assessed context, there is an important diversity of mental health actions in the territory, which takes place in an integrated manner between reference teams and matrix support. In addition, it proved challenging, but satisfactory when viewed collectively, dialogically and horizontally between the different social actors.

**Keywords:** Mental health; primary health care; family health strategy; comprehensive health care.

## Introdução

O apoio matricial é uma ferramenta de atenção à saúde, compreendendo a lógica do trabalho interdisciplinar e colaborativo, tendo como objetivo prestar um cuidado integral e resolutivo<sup>1,2</sup>. Sua conformação pode se dar de diferentes maneiras, agregando serviços diversos e pontos da rede de atenção à saúde (RAS), podendo ocorrer entre as equipes da estratégia saúde da família (ESF) e núcleo ampliado de saúde da família (NASF), entre NASF e centro de atenção psicossocial (CAPS), entre equipes da ESF e CAPS, enfim, distintas formas de trabalho em saúde e diferentes composições entre os dispositivos da rede.

Tais equipes, no campo do apoio matricial, recebem a denominação de ‘equipe de referência’ e ‘equipe de apoio matricial’. As equipes de referência são aquelas que são responsáveis pela assistência direta às pessoas, que possuem um território adscrito e que recebem suporte das equipes de apoio. Enquanto as equipes de apoio matricial são as responsáveis pelo suporte técnico-assistencial e didático-pedagógico junto às equipes de referência<sup>2</sup>. O apoio matricial é uma ferramenta que tem uma considerável abrangência de utilização, especialmente, no campo da saúde mental<sup>3</sup>.

Também chamado de matriciamento, o apoio matricial busca privilegiar o cuidado integral às pessoas, destacando-se como uma ferramenta de gestão e de organização do trabalho em saúde. Uma vez que a equipe de referência recebe suporte de uma equipe de apoio especializada e conjuntamente realizam ações de cuidado no território, que precisam sistematicamente ser acompanhadas e avaliadas.

Essa postura avaliativa é atual e necessária para o avanço no campo da saúde, da gestão, dos processos de trabalho e na assistência. A avaliação pode ocorrer por meio de diferentes objetivos, os quais variam conforme o sujeito que formula a pergunta: quando o gestor questiona, provavelmente a avaliação serve para definir se algum programa ou política está realmente funcionando ou necessita de ajustes; já o pesquisador atua na perspectiva da produção de conhecimentos com base na realidade, conhecimento com potencial de incorporação às políticas a médio e longo prazo, prevendo transformações; e por fim, e não menos importante, o usuário, quando realiza a avaliação, tem o intuito de prestar contas dos serviços que são ofertados, analisando sua efetividade, qualidade, entre outros aspectos<sup>4</sup>.

O Ministério da Saúde busca entender a avaliação como uma etapa fundamental para a atualização e reorientação dos trajetos percorridos no que diz respeito às ações e serviços de saúde<sup>5</sup>. Por este motivo é que se torna fundamental a realização de avaliações no campo da assistência em saúde mental, por serem relevantes e contribuir para que os atores sociais (pesquisadores, trabalhadores, gestores, pessoas portadoras de transtornos mentais e familiares), conjuntamente aos órgãos e instituições públicas, para que desenvolvam ações que deem conta do atendimento aos indivíduos em sofrimento psíquico<sup>6</sup>. Essa assistência precisa ser baseada em ações humanizadas, eficazes, tendo como objetivos a atenção e reabilitação psicossocial, fundamentadas nos princípios e diretrizes do SUS.

Dessa forma, foi proposta uma estratégia de avaliação participativa, responsiva e construída a partir do

paradigma construtivista, na qual as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse servem como foco organizacional do processo avaliativo, constituindo-se de uma avaliação de quarta geração<sup>7</sup>. Assim, o apoio matricial vem sendo utilizado em larga escala no campo da saúde mental e verifica-se carência de avaliações que deem destaque aos efeitos da utilização prática da ferramenta de apoio aos profissionais de saúde<sup>3</sup>.

O apoio matricial é considerado algo novo no contexto da saúde mental e da atenção primária à saúde (APS), necessitando de aprofundamentos, inovações de práticas e ações, com uma composição interdisciplinar e com a implicação de atores que busquem responder a complexidade desta ferramenta de trabalho que é jovem e, ao mesmo tempo, desafiadora. A partir disso, este artigo tem como objetivo avaliar as ações de cuidado em saúde mental no território, realizados por equipes de referência de um município de pequeno porte do Rio Grande do Sul.

## **Materiais e Métodos**

### **Amostra e tipo de estudo**

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, na perspectiva da avaliação de quarta geração<sup>7</sup>. Recorte da tese intitulada “Avaliação de experiências de apoio matricial em saúde mental de uma região de saúde do Rio Grande do Sul”<sup>8</sup>. Foi constituído por duas etapas de pesquisa, a primeira denominada caracterização dos núcleos de apoio à atenção básica – saúde mental da Região 02 – Entre Rios, do estado do Rio Grande do Sul, ocorreu com três municípios que mantinham o Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB – saúde mental) e foi realizada via formulário eletrônico do Google Forms. A segunda, foi chamada de avaliação qualitativa de quarta-geração do apoio matricial e foi realizada em um município da região, o qual obteve

destaque na primeira etapa, sobressaindo-se em relação às atribuições elencadas pela Resolução nº 403/11 – CIB/RS, que cria o NAAB na Política Estadual de Saúde Mental<sup>9</sup>.

Participaram oito profissionais das equipes de referência, a escolha ocorreu a partir do círculo hermenêutico dialético, destacado anteriormente. Os participantes eram: três enfermeiras, duas técnicas em enfermagem, duas agentes comunitárias de saúde e um médico. Os profissionais foram identificados com a letra “E”, seguido do número da entrevista (1, 2, 3, 4, ...).

A análise de dados foi baseada no Método Comparativo Constante, o qual se divide em duas etapas: a primeira consiste na identificação das unidades de informação; e a segunda concerne à construção de núcleos temáticos ou categorização. Somente após a realização do grupo de validação e negociação se constitui as categorias ou núcleos temáticos definitivos<sup>7</sup>.

Os aspectos éticos foram contemplados em todos os momentos deste estudo, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi submetida à apreciação no Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (CEP) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, aprovado sob parecer Nº 3.038.987, de 26 de novembro de 2018, obtendo Certificado de apresentação para Apreciação Ética (CAAE), sob o número: 02237118.2.0000.5316.

### **Delineamento da pesquisa**

O estudo foi realizado em uma região de saúde do estado do Rio Grande do Sul, a coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2018 e fevereiro de 2019. Para a coleta de dados foi realizada a etnografia prévia, por meio de observação participante, totalizando 84 (oitenta e quatro) horas. A observação ocorreu no cotidiano dos serviços de saúde, acompanhando o dia a dia dos

profissionais, em visitas domiciliares, atendimentos individuais e grupais, reuniões e atividades, os registros ocorreram em notas de diário de campo. Além disso, ocorreram entrevistas por meio do círculo hermenêutico-dialético, totalizando oito entrevistas, com duração média de 27,85 (vinte e sete virgula oitenta e cinco) minutos por entrevista. As entrevistas ocorreram em salas de forma privada com cada profissional, as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra. E o encontro em um grupo de validação e negociação, com duração de 1 (uma) hora e 53 (cinquenta e três) minutos, o qual ocorreu na sala de reuniões da secretaria de saúde, sendo realizada a gravação e transcrição integral do conteúdo, além de registradas as observações em notas de diário de campo.

### Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram utilizados como critérios de seleção: ser profissional de equipe de referência (ESF) do município, ter mais de

dezoito anos, ter sido indicado no círculo hermenêutico dialético, aceitar participar da pesquisa e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

### Procedimentos

A avaliação de quarta geração, é um modelo avaliativo em que as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse, servem como foco da organização da avaliação, sendo respeitados os princípios metodológicos e do paradigma construtivista<sup>7</sup>. Nesta etapa foram realizadas observações participantes, no cotidiano dos serviços, chamada de etnografia prévia, a qual foi acompanhando o dia a dia das equipes, perfazendo um total de 84 horas de observação, registrada em diário de campo. Ainda, foi desenvolvido o processo do círculo hermenêutico-dialético, por meio de entrevistas semiestruturadas, com oito profissionais das equipes de referência do município.

Figura 1 – Círculo Hermenêutico-dialético<sup>7</sup>.



O círculo hermenêutico-dialético consiste em uma metodologia de coleta de

dados empíricos, como ilustrado na figura 1, na qual o pesquisador realiza a escolha

de um respondente inicial (R1), de forma intencional, sendo um indivíduo que ocupa uma posição estratégica em relação ao objeto da avaliação, neste caso um profissional destaque nas ações de saúde mental no território. A seguir é realizada uma entrevista aberta para determinar uma construção inicial em relação ao que será investigado. É solicitado que o respondente faça comentário em relação às reivindicações, preocupações e questões e sobre aspectos positivos e negativos do serviço<sup>7</sup>.

Ao final da entrevista é solicitado ao respondente que indique outro respondente (R2), o qual considere ter construções diferentes das suas. Os temas centrais, conceitos, ideias, valores, problemas e questões propostas por R1 são analisadas pelo pesquisador, em uma formulação inicial da sua construção, designada de C1<sup>7</sup>.

Seguindo, R2 é entrevistado, após colocar as suas as questões próprias, os temas da análise de R1 são introduzidos, e R2 é convidado a comentá-los. Como resultado, a entrevista com R2 produz informações não apenas sobre R2, mas também críticas às demandas e construções de R1. O pesquisador solicita a indicação de um R3 e completa a segunda análise (C2), com construções mais informadas e sofisticadas baseadas em duas fontes. O processo segue nesse ritmo, incluindo novos sujeitos até que as informações se tornem redundantes ou até que duas ou mais construções permanecerem em conflito de alguma forma<sup>7</sup>.

A partir deste processo ocorreu a negociação, por meio do grupo de validação e negociação, realizado com os profissionais das equipes de referência que participaram do círculo hermenêutico-dialético. Nesse encontro foram apresentados os principais resultados do trabalho de campo e sistematizado, juntamente com os participantes os consensos e os dissensos, realizada discussão e busca de possíveis saídas para

as dificuldades, marcando, assim, o dia de saída da pesquisa de campo.

Descrever detalhadamente quais os procedimentos realizados nas intervenções. Se os procedimentos utilizados já possuírem referenciais robustos na literatura cite a fonte do procedimento e descreva-o. Caso seja um procedimento novo ou ainda pouco utilizado descreva qual a origem dele, além de citar a referência.

## Resultados

As equipes de referência apontam, em seus discursos, as ações de cuidado em saúde mental que são realizadas no município, as quais, na maioria das vezes, são apoiadas pelos núcleos de apoio matricial, em especial pelo NAAB, que é o núcleo que tem a atribuição do cuidado em saúde mental. Os integrantes da equipe entendem que o cuidado a esta população ocorre: nas visitas domiciliares; nos atendimentos individuais; nos grupos de saúde mental; e nas atividades mensais.

### Visitas Domiciliares

Nota-se a articulação dos profissionais das equipes de referência em realizar as visitas de forma compartilhada com o apoio matricial, buscando focar nas questões de maior necessidade no território, como no trecho da entrevista a seguir:

*A gente faz visitas, essas visitas compartilhadas é voltada para esse público, bem voltada pra eles. (E2)*

Outro profissional destaca como planejam e a forma como se dá a utilização desta ferramenta:

*Eu acho que as visitas [...]. Quando necessário, a gente expõe na reunião, aí se eles acham necessário e que há possibilidade, realizamos [...]. Eles nunca se negaram, quando a gente chama para alguma coisa, se um não pode daí o outro vem, eles são bem participativos. (E4)*

## Atendimentos Individuais

Outra ação de cuidado que os profissionais das equipes de referência apontam são os atendimentos individuais, os quais são vistos como uma oportunidade de cuidado em saúde mental, como a fala a seguir:

*Atendimento individual e eu na verdade tenho chamado muito o usuário para conversar, para conhecer [...].* (E3)

Além do atendimento clínico dos profissionais das equipes de ESF, há, também, o atendimento de demandas por parte dos profissionais dos núcleos e dos profissionais da assistência especializada, que atuam junto à policlínica municipal, conforme acompanhado na observação. É válido pontuar que os profissionais reconhecem o atendimento individual dos profissionais médicos, mas, também, apontam o restante da equipe, como enfermeiras, psicóloga e demais profissionais.

## Grupos de Saúde Mental

Outra ação apontada são os grupos de saúde mental e de convivência, os quais são destacados como uma estratégia de cuidado em saúde mental no território. Para isso, há integração do apoio matricial com as equipes de ESF, por meio da realização de grupos que podem ser compartilhados, entre o apoio e as equipes apoiadas, ou específicos, realizados pelo apoio, conforme relato a seguir:

*A gente faz grupo, grupo bem-estar, um grupo por mês. A gente ocupa a sala de espera e eles adoram o grupo, saem maravilhados, mas não retornam, eles ficam encantados com a atividade. Nesses grupos, a gente procura buscar e integrar os profissionais do NAAB e do NASF. Pra todos trazer assim, um pouquinho da experiência, do conhecimento de cada um deles, ou junto ou separado, todos e sempre acontece com um. Um membro da equipe é responsável*

*pelo grupo com um membro do NAAB e do NASF.* (E2)

É importante destacar que cada unidade tem autonomia para a forma de organização dos grupos na APS. Assim, encontra-se diversidade na composição dos grupos e na organização interna de cada um. Há integração dos profissionais das equipes de referência com os núcleos de apoio matricial na realização dos grupos, com a colaboração de cada profissional.

Algumas dificuldades que as equipes vivenciam com os grupos de saúde mental são destacadas no trecho seguinte:

*É uma área difícil de ser trabalhada. É justamente o grupo que a gente mais tem dificuldade de trazer o participante, e parece assim que muitas vezes eles vêm eles gostam muito, mas eles são mais relapsos e acabam não voltando sabe? Parece assim que é o grupo que a gente mais tem satisfação em fazer e é o grupo que menos gente acaba desenvolvendo.* (E1)

A partir da observação foi possível notar que existe diversidade no enfrentamento dessas dificuldades no município. Há unidades que, embora com dificuldades e resistências, realizam os grupos de saúde, por meio de sala de espera ou de grupos específicos. Por outro lado, há unidades que têm dificuldades semelhantes, mas que não realizam nenhuma intervenção coletiva junto às pessoas com transtornos mentais.

Com o intuito de superar questões como estas, alguns profissionais construíram alternativas, pensando que os grupos poderiam estar vivenciando dificuldades devido à forma como as equipes estavam chamando o espaço. A partir disso, construíram saídas e novas possibilidades, consoante o depoimento:

*Sempre a população tem um pouco de resistência de participar desse grupo. A gente mudou o nome pra ver se eles aderem mais, mas não. A população ainda não tem o cuidado com a prevenção. Eles acham que se tu for lá no médico ele vai te dar um remédio e deu, tá feito o*

*tratamento [...] não sei se é receio, se é vergonha, sei lá o que que é. E trazer eles, para participar desse grupo, embora a gente nem toque nesse nome [...] mas o nome é bem-estar e é pra todo mundo, mas é difícil, bem complicado trazer a população pra participar desse grupo. (E2)*

É preciso refletir que em alguns momentos, os profissionais reconhecem e apresentam tentativas de rever o que ocorre com o grupo, não focando exclusivamente nas pessoas, mas buscando perceber no que a equipe pode estar se equivocando. Assim, algumas estratégias são elencadas a seguir:

*A gente já repensou a estratégia pra trazer eles [...] e o público aqui da nossa comunidade tem preferência pela manhã, é de manhã que a coisa anda aqui, os outros grupos que são feitos de manhã e a gente tem uma adesão maior. Mas à tarde parece que é um empecilho pra eles vir na unidade. (E2)*

A questão discutida em relação ao turno é essencial, o profissional verifica que existe um turno no qual a população frequenta o serviço e isso é fundamental, pois as atividades precisam ser dinamizadas nesse horário. Durante a coleta de dados foi possível notar que as equipes de referência apresentam boa vontade, algumas com mais iniciativas que outras, mas, na medida do possível, esforçam-se para que as ações sejam realizadas.

A reflexão sobre a realização dos grupos é algo que os profissionais vêm realizando e elencam situações que precisam ser pautadas e discutidas com todo o grupo:

*A população está acostumada a vir na unidade com o médico e, a recém que isso está mudando. O grupo de hipertensos e diabéticos eles gostam, eles vêm, porque o foco é verificar o HGT (hemoglicoteste) e ver a pressão. E agora nesse de saúde mental eles pensam que vão vir fazer o que? Cuidar de quê? O que eles vão verificar aqui? E a gente vai dizer que vai*

*cuidar de quê? De si mesmo? Mas eu não estou doente, já estou tomando remédio. É bem complicado e o nosso ponto é achar uma estratégia pra trazer mais a população pra dentro da unidade e olha que a gente vem buscando. Nossa! Já fizemos visitas, já fizemos cartazes, panfletos, convites nas redes, tudo e encontramos dificuldades [...]. Está muito focado na doença e na medicação. Eu acho que talvez se eu dissesse que eles que iriam verificar alguma coisa, para fazer algum exame, talvez eles quisessem, porque eles não encontraram ainda a importância de ter esses momentos assim. (E2)*

*Se faz um grupo de diabéticos e hipertensos enche. Mas parte de saúde mental é muito difícil. Não sei o que é. Ou se por causa que é na área central e pensam que não vão vir, por que o fulano vai saber, esse tipo de coisa. (E7)*

Verifica-se que unidades diferentes apresentam problemas parecidos, os profissionais pautam questões que precisam de discussão. Um aspecto diz respeito à compreensão do modelo biomédico de cuidado à saúde, ligado aos grupos, ao passo que o outro se refere à questão do estigma que a pessoa com transtorno mental sofre na sociedade.

## **Atividades Mensais**

Outros espaços entendidos como de cuidado em saúde mental são as atividades mensais que ocorrem no município. O qual prevê cada mês uma atividade sobre um tema específico. Nessas atividades, ocorrem intervenções junto aos profissionais, na lógica da educação permanente em saúde e intervenções junto à comunidade.

Essas atividades são mobilizadas anualmente pelo Ministério da Saúde, a partir da organização de movimentos sociais e das associações ou instituições da área da saúde, as quais priorizam determinados meses e preveem cores para enfatizar o cuidado com determinados

agravos, com uma abordagem midiática e de marketing nas ações de prevenção de doenças.

Com base nisso, é preciso compreender a diversidade de questões que são trabalhadas durante os meses do ano pelos profissionais da rede municipal. Em relação ao mês da saúde mental, um profissional traz a discussão do que foi realizado:

*No mês de janeiro, teve o janeiro branco que é alusivo à saúde mental. Então a gente fez uma mateada na unidade, trouxemos os usuários para discutir e debater. A gente fez uma roda de conversa, mateada, teve música, enfim, foi um espaço bem construtivo de discussão sobre saúde mental com os usuários, com a equipe e com a participação do NAAB. (E3)*

## Discussão

Os profissionais apontam que as visitas são realizadas de forma compartilhada com o apoio matricial, destacando a participação dos núcleos, neste processo. Além disso, eles compreendem a utilização racional do dispositivo de apoio, pois, ao destacar que as visitas são realizadas conforme a necessidade, demonstram tal preocupação. Já que seria impossível realizar visitas compartilhadas a todas as pessoas do território. Ainda, verifica-se uma organização no momento da reunião, na qual os profissionais expõem as situações, este espaço constitui-se como um espaço de discussão de casos e de definição de ações a partir do discutido.

A visita domiciliar é uma das ferramentas que constituem o arsenal terapêutico dos dispositivos de atenção à saúde de base territorial. Assim, os CAPS e as ESF são serviços que mantêm a competência intrínseca na realização de visitas domiciliares, sendo utilizada por diferentes motivos no cotidiano destas equipes. As ESF, mantêm visitas regulares, em seus territórios, devido à vasta demanda de atendimentos. Destaca-se a

atenção a pessoas idosas, domiciliadas ou acamadas e, em seguida, as questões de vulnerabilidade e complexidade psicossocial. Esta última, em especial, conta com o apoio matricial como suporte e auxílio no acompanhamento longitudinal<sup>10</sup>.

Contudo, durante o processo de etnografia prévia foi possível notar que as dificuldades como a vulnerabilidade social configura um fator complicador no cuidado em saúde mental. Desta forma, o município estudado apresenta dados importantes em relação à renda da população, sendo que aproximadamente 36% da população se encontra em situação de extrema pobreza ou pobreza. Conforme dados do sistema de gerenciamento e visualização dos diversos programas, ações e serviços do Ministério da Cidadania<sup>11</sup>.

O percentual de pessoas em situações vulneráveis, segundo a renda, pode ser considerado alto para a realidade do município estudado. Ainda, destaca-se que os dados do Programa Bolsa Família corroboram o fato das pessoas que são beneficiárias do programa transitam na assistência social, na saúde e na rede de educação. Assim, são acompanhados pelos serviços públicos existentes no território do município. Contudo, os profissionais das equipes de referência reconhecem a importância das questões de vulnerabilidade social no campo da saúde mental.

É preciso cuidado ao realizar a associação entre o sofrimento psíquico e as questões de vulnerabilidade social, para que não ocorra simplificação da lógica, associando a loucura à pobreza. Essa associação tende a reforçar o estigma e o preconceito com as pessoas com necessidades em saúde mental. Ainda, Gama, Campos e Ferrer<sup>12</sup>, buscam elaborar perspectivas que permitam a aproximação com o sofrimento mental, sem a necessidade de categorizá-lo, assim, sendo possível maior flexibilidade em sua compreensão, além da produção de diversos entendimentos e de inúmeras



possibilidades de intervenções neste campo.

Nesse sentido, um estudo realizado em uma grande cidade da região sudeste buscou avaliar a articulação entre a APS e a rede de saúde mental em regiões de alta vulnerabilidade social. Assim, os trabalhadores apontaram sentimento de impotência ante a vulnerabilidade social e disseram que realizam tratamento paliativo, que por consequência, ocasiona extrema medicalização dos sintomas no campo da saúde mental. Ainda, verificam que o apoio matricial é uma ferramenta importante para definição de fluxos, qualificação das equipes e de promoção de assistência compartilhada<sup>13</sup>.

Dessa forma, há a necessidade de transformação das práticas de saúde, com a superação da doença como centralidade da atenção, da assistência curativa e medicalizante. Assim, intervenções são propostas para que deem sentido ao sofrimento mental, que valorize as relações sociais das pessoas com transtornos mentais e que busquem a real inserção social dos indivíduos, promovendo autonomia e liberdade<sup>12</sup>.

A utilização da ferramenta do atendimento individual é, seguidamente, uma alternativa de intervenção junto às pessoas em sofrimento mental. Assim, o atendimento individual facilita alguns processos, como: o foco nas necessidades singulares das pessoas; a escuta atenta e qualificada das demandas; e a facilidade de criação e fortalecimento de vínculos (devido à proximidade que é estabelecida nesta modalidade de atendimento).

Contudo, é preciso cautela para que a equipe de apoio matricial não se transforme em uma equipe de atendimento ambulatorial e que se dedique apenas aos atendimentos individuais. E que a equipe de referência não dedique-se apenas a atendimentos individuais, deixando de realizar outras atividades no território. Pois, se isso ocorrer, há o risco de preencher as agendas com esta modalidade de atendimento e não haver espaço para

outras atividades potentes no cuidado em saúde mental.

O foco nos atendimentos individuais pode ser como alguns profissionais, com uma visão tradicional, compreendem a sua atuação. Ou ainda, pode ser uma fragilidade da rede que possui profissionais que realizam, exclusivamente, este tipo de atendimento. Sendo que, nesse contexto, o apoio matricial, por vezes, absorve esta demanda e realiza atendimentos individuais em detrimento de outras modalidades de assistência.

Neste sentido, um estudo com psicólogos que atuam no matriciamento aponta que a ação clínica individual desse profissional é um reflexo do modelo tradicional da práxis, muitas vezes, facilitado pela formação inicial dos profissionais, com exposição dessa prática no processo formativo ou na perspectiva teórico-metodológica utilizada pelo profissional<sup>14</sup>.

O apoio matricial apresenta uma lógica diferenciada de cuidado na APS, não sendo nada simples e, ainda assim, conta com a visão individual e privatista de profissionais, gestores e pessoas que utilizam os serviços<sup>15</sup>. Configurando-se como um desafio no cotidiano dos serviços que buscam a superação dos modelos tradicionais de atenção à saúde e de avanço no fazer em saúde de forma colaborativa, interprofissional e coletiva.

No que diz respeito aos grupos, estudos em diferentes realidades do apoio matricial analisam a inserção nos grupos. A experiência de Belo Horizonte apresenta, na rotina do apoio matricial, pouco investimento nas atividades grupais, tendo maior destaque os atendimentos individuais<sup>16</sup>. Enquanto em Gravataí, no Rio Grande do Sul, o apoio matricial se constitui de duas formas distintas, com a realização de grupos terapêuticos na APS e no apoio em si junto às equipes de referência<sup>17</sup>.

Documento oficial brasileiro, dispõe que as equipes apoiadas precisam

identificar o matriciamento com um coletivo de profissionais que ofertam apoio às equipes e que estes apresentam singularidades importantes na composição do corpus de trabalhadores, com especificidades. Assim, apresenta um exemplo do apoio, auxiliando a ESF na realização de grupos terapêuticos ou educativos, aproveitando as potencialidades dos profissionais do apoio e das equipes de referência<sup>18</sup>.

Ainda, o documento em questão apresenta as diferenças entre as atividades coletivas compartilhadas e específicas. Nas compartilhadas, os núcleos de matriciamento apoiam no planejamento e na execução, podendo ser demandado pelas equipes ou pela gestão, ainda pelo próprio núcleo de apoio a partir da visualização da necessidade. Nas específicas, a atividade coletiva é coordenada pelo profissional do núcleo, a partir do seu saber profissional, é recomendada a participação dos profissionais das ESF como uma ferramenta de educação permanente em saúde<sup>18</sup>.

Em relação às dificuldades enfrentadas, um estudo sobre a inserção de ações de saúde mental na ESF demonstrou que as atividades se concentram no atendimento individual e com foco nos processos de medicalização. Nesse sentido, não foram encontrados relatos sobre a realização de grupos terapêuticos ou outras atividades coletivas no cuidado à população com necessidades de atenção à saúde mental<sup>19</sup>.

O modelo biomédico é introduzido a partir do Relatório de Flexner de 1910, quando um médico americano introduziu questões referentes à formação médica que deveria ser centrada na pesquisa biológica e nas doenças. Tornando-se uma referência para a organização dos modelos clínicos, uma vez que sua base era a prescrição médica, a medicalização, as tecnologias duras e os conhecimentos especializados<sup>20</sup>.

A partir disso, nota-se o modelo biomédico influenciando, de certa forma, a

visão da população. Ao verificar que os grupos de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, que as pessoas buscam ‘aferir’ algo. Assim, percebe-se a ressonância desse modelo centrado nas doenças, na medicação e nos exames.

Nesse sentido, o modelo referido é hegemônico na sociedade atual e, por consequência, as pessoas com transtornos mentais também são capturadas por ele. Com isso, é preciso construir outras alternativas na consolidação dos grupos, ou seja, refletir que o espaço coletivo precisa promover saúde, acolhendo a todas as pessoas, independentemente de suas condições clínicas, sendo construído de forma dialógica e horizontal. Grupos de condições crônicas são importantes para prevenção de agravos, mas acabam reforçando o modelo biomédico. Assim, pensar em grupos de promoção de saúde se faz necessário, buscando agregar o maior número de pessoas e promovendo o autocuidado no território, libertando-se daquele modelo centrado na doença em prol de um modelo que preze pela saúde das pessoas.

A pesquisa avaliativa e participativa propõe que os profissionais ocupem a posição de pensar e refletir sobre suas práticas e seu fazer cotidiano. Isso tende a contribuir para que algumas estratégias sejam traçadas para resolução de problemas e dificuldades. A mudança de nome, de datas e horários foi um plano para tentar resolver a questão, porém não houve sucesso. Isso se deve ao estigma que a loucura vive na sociedade como um todo, pode ser pela forma como o serviço é visto pela população, pela forma de organização ou pela dificuldade na formação na área da saúde mental.

Dessa forma, a saúde mental é uma área ampla do saber e envolve, dentre outros aspectos, a utilização de tecnologias leves no cuidado das pessoas. Portanto, uma das explicações para o ‘esvaziamento’ dos grupos de saúde mental pode estar na concepção de cuidado centrado na pessoa que não requer, diretamente, a utilização

de tecnologias duras<sup>21</sup>.

Outro aspecto que dificulta a realização dos grupos de saúde mental está relacionado ao estigma que as pessoas com transtornos mentais carregam diante da sociedade. Esse estigma é resultado e consequência da desinformação acerca dos transtornos mentais. Para que essas situações sejam contornadas, os profissionais têm corresponsabilidades no combate ao estigma aos transtornos mentais. Sendo que as pessoas precisam ser compreendidas além de suas condições ou doenças e entendidas como sujeitos de sua própria história<sup>22</sup>.

Sobre as atividades mensais, verifica-se que as ações preventivas vêm ocorrendo nos diferentes espaços, impulsionadas, em especial, pelas campanhas dos meses coloridos. Estendendo-se desde simples verificações de pressão arterial e de glicose capilar até exames invasivos como preventivos do colo do útero e toques retais<sup>23</sup>.

É preciso refletir sobre as mobilizações positivas que esses movimentos produzem na sociedade, despertando o autocuidado. Mas podem oferecer riscos e limitações como ações que nem sempre são éticas, cientificamente justificáveis e indicadas para determinada população, gerando investimentos desnecessários e exposição das pessoas a procedimentos não indicados<sup>23</sup>.

Com base nessa discussão, depreende-se que as atividades mensais, realizadas pelo município, são potentes no sentido de estimular a população para o autocuidado em relação a temas específicos. E também contribuem na integração entre as equipes de referência, os núcleos de apoio matricial e a população do município, os quais trabalham coletivamente para que as ações sejam viabilizadas. Por outro lado, entende-se que a utilização dos meses coloridos também podem ser uma armadilha, uma vez que destaca, na maioria das vezes, a doença. E como foi discutido até aqui, a ESF e o apoio matricial atuam com foco na

saúde, visando a promoção e a transformação das práticas.

Se, por um lado existem as campanhas que colocam os assuntos em discussão na mídia, nos serviços de saúde e na sociedade como um todo, por outro lado compreende-se que o cuidado com a saúde é algo do cotidiano, que precisa ocorrer no dia a dia e de forma particular de cada pessoa. Assim, os meses coloridos não levam em conta o itinerário terapêutico de cada um e cada uma. Esse itinerário é algo individual e os profissionais de saúde precisam olhar a pessoa a partir da sua trajetória. As pessoas podem buscar diferentes estratégias de cuidados, por meio da espiritualidade, das práticas integrativas e complementares, do modelo biomédico e onde mais se sentirem confortáveis. Devido a isso, é preciso pensar nas atividades mensais com muita cautela e ponderando o custo-benefício destas ações no cuidado à saúde.

## **Conclusão**

Destaca-se que as ações de cuidado em saúde mental realizadas pelas equipes de referência do município estudado, recebem suporte especializado do apoio matricial e detêm importância significativa, pois buscam a promoção da saúde mental no território de diferentes formas e integrando os atores. As equipes de ESF reconhecem que exercem esse cuidado por meio de atendimentos individuais, do acompanhamento domiciliar – muitas vezes compartilhado com os profissionais do apoio matricial, dos os grupos de saúde mental e das atividades mensais, que se destacam como importantes momentos de estimular o autocuidado entre a população e de formação dos profissionais.

A partir disso, é preciso reconhecer que há diversidade nas ações de cuidado em saúde mental e, por isso, a oferta se torna dinâmica e heterogênea no território. Assim, contribuindo para o desenvolvimento da autonomia e inserção das pessoas em sofrimento psíquico na

sociedade, uma vez que as ações baseiam-se na atenção e reabilitação psicossocial, fundamentadas nos princípios e diretrizes do SUS, ocorrendo de forma satisfatória do ponto de vista avaliativo.

Outro aspecto que merece destaque neste processo avaliativo é o fato de as equipes de referência reconhecer suas limitações e dificuldades na realização dos cuidados em saúde mental. Vale destacar as discussões acerca dos grupos, nos quais as equipes apresentam dificuldades e buscam alternativas de superação, problematizando discussões importantes no contexto atual. Além disso, a avaliação busca se instituir como processo permanente das equipes e provocar reflexões sobre as possíveis transformações na realidade, a partir da compreensão dos profissionais.

Esta pesquisa apresenta limitações à medida que trata-se do estudo de caso único, o qual não permite confronto e comparações com realidades diversas. Entretanto, busca lançar mão e apresentar estratégias de cuidado em saúde mental no território, viabilizadas por equipes de ESF com suporte do apoio matricial, dispositivos disponíveis na maioria dos municípios brasileiros. O cuidado precisa ser priorizado no contexto da ESF, mesmo desafiador, tem a necessidade de ser encarado de forma coletiva, dialógica e horizontal entre os diferentes atores, além de embasado tecnicamente, com respeito à liberdade, aos direitos humanos, buscando a inserção social, prezando pela autonomia das pessoas e na humanização das relações.

## Referências

1. Ministério da Saúde (Brasil). HumanizaSUS: equipes de referência e apoio matricial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
2. Campos GWDS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2007 Feb [acesso 2020 fev 10]; 23(2):399–407. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=pt&tlng=pt)
3. Amaral CEM, Torrenté MON, Torrenté M, et al. Apoio matricial em Saúde Mental na atenção básica: efeitos na compreensão e manejo por parte de agentes comunitários de saúde. *Interface - Comun Saúde, Educ* [Internet]. 2018 May [acesso 2020 fev 10]; 17;22(66):801–12. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000300801&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000300801&lng=pt&tlng=pt)
4. Vieira-da-Silva LM. Avaliação de políticas e programas de saúde. 1. reimp. Rio de Janeiro: ed. FIOCRUZ; 2018.
5. Ministério da Saúde (Brasil). PNASS: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
6. Silva NS, Melo JM, Esperidião E. Avaliação dos serviços de assistência em saúde mental brasileiros: revisão integrativa da literatura. *Rev Min Enferm* [internet]. 2012 Abr/Jun [acesso 2020 fev 10]; 16(2):280–8. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/530>
7. Guba EG, Lincoln YS. Avaliação de quarta geração. Campinas: ed. UNICAMP; 2011.
8. Pinheiro GEW. Avaliação de experiências de apoio matricial em saúde mental de uma região de saúde do Rio Grande do Sul [tese]. [Pelotas]: Universidade Federal de Pelotas; 2020. 237 p.
9. Comissão Intergestores Bipartite (Rio Grande do Sul). Resolução nº 403/11 – CIB/RS, de 26 de outubro de 2011. Cria os Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB) –

- saúde mental, dentro da Política Estadual da Atenção Básica. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul, 03 Nov 2011.
10. Ministério da Saúde (Brasil). Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
  11. Ministério da Cidadania (Brasil). Relatórios de Informações Sociais [Internet]. [Brasília, DF]: Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação; [acesso 2020 fev 28]. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/RIV3/geral/index.php>
  12. Gama CAP, Campos RTO, Ferrer AL. Saúde mental e vulnerabilidade social: A direção do tratamento. Rev Latinoam Psicopatol Fundam [internet]. 2014 Mar [acesso 2020 fev 15]; 17(1):69–84. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142014000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142014000100006&lng=en&nrm=iso)
  13. Campos RO, Gama CA, Ferrer AL, et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. Cien Saude Colet [Internet]. 2011 Dez [acesso 2020 fev 15]; 16(12):4643–52. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001300013&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300013&lng=pt&tlng=pt)
  14. Oliveira IF, Amorim KMO, Paiva RA, et al. A Atuação do Psicólogo nos NASF: Desafios e Perspectivas na Atenção Básica. Temas em Psicol [Internet]. 2017 Mar [acesso 2020 fev 16]; 25(1):291–304. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2017000100017&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000100017&lng=pt)
  15. Iglesias A, Avellar LZ. As contribuições dos psicólogos para o matriciamento em saúde mental. Psicol Ciência e Profissão. 2016 Jun [acesso 2020 fev 16]; 36(2):364–79. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932016000200364&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932016000200364&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
  16. Dantas NF, Passos ICF. Apoio matricial em saúde mental no SUS de Belo Horizonte: perspectiva dos trabalhadores. Trab Educ e Saúde [Internet]. 2018 Jan [acesso 2020 fev 16]; 16(1):201–20. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462018000100201&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000100201&lng=pt&tlng=pt)
  17. Hirdes A. Apoio Matricial em saúde mental: a perspectiva dos especialistas sobre o processo de trabalho. Saúde em Debate [Internet]. 2018 Set [acesso 2020 fev 20]; 42(118):656–68. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000300656&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000300656&lng=pt&tlng=pt)
  18. Ministério da Saúde (Brasil). Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
  19. Silva SM, Silva AM, Souza AR, et al. Estratégia saúde da família: ações no campo da saúde mental. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2017 Jun [acesso 2020 fev 20]; 25:1–5. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/16926>
  20. Franco TB, Andrade CS, Ferreira VSC. A produção subjetiva do cuidado: cartografias da estratégia saúde da família. São Paulo: Hucitec; 2009.
  21. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 4. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
  22. Sousa JF. O estigma da saúde mental. Psicologia.pt [internet]. 2017 Out [acesso 2020 fev 20]; 1–7. <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A1120.pdf>
  23. Modesto AAD. Nem tudo que reluz é ouro: discutindo prevenção quaternária a partir de ditados populares. Rev Bras Med Família e Comunidade [Internet]. 2019 Mar

[acesso 2020 fev 20]; 14(41):1781. Disponível em:  
<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1781>

---

**Como citar este artigo:**

Weiss Pinheiro GEW, Kantorski LP. Ações de cuidado em saúde mental na atenção primária à saúde. Rev. Aten. Saúde. 2020; 18(66): 55-68