

## Intervenção em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: o relato de uma experiência

*Mental Health Intervention in Primary Health Care: the report of an experience*

*Intervención en Salud Mental en la Atención Primaria a la Salud: el relato de una experiencia*

**Thais Ferreira Soares Dalcero**

FMP/FASE

Petrópolis, RJ-Brasil

thaisfsoares@gmail.com

### RESUMO

A atenção integral à saúde é o foco e o objetivo da Atenção Primária à Saúde (APS), exigindo que as práticas de cuidados em saúde sejam multiprofissionais e interdisciplinares. O matriciamento como processo de trabalho e a elevada incidência de transtorno mental comum (TMC) na população brasileira apontam para a necessidade de cuidados em saúde mental mais efetivos na APS. Assim, o objetivo posto foi o de relatar a experiência de uma intervenção psicossocial em saúde mental, realizada em unidade de saúde da família do município de Petrópolis, RJ. Metodologicamente, foi um estudo descritivo, qualitativo e fundamentado na pesquisa-ação. Os resultados apontaram para a necessidade da implantação do cuidado de pacientes com TMC na APS; para a identificação de quanto uma equipe de saúde na atenção primária está despreparada para cuidados de prevenção e promoção em saúde mental; para a sinalização de como os protocolos mundiais de atenção em saúde mental estabelecidos pela OMS são desconhecidos da atenção primária. Espera-se que essas evidências possam contribuir para suscitar o interesse político e institucional no investimento na capacitação e qualificação dos profissionais da APS por meio de educação permanente em saúde mental.

**Palavras-chave:** saúde mental; matriciamento; intervenção psicossocial na Atenção Primária à Saúde.

### ABSTRACT

The integral health care is the focus and the objective of the primary health care (PHC), requiring that the practices in health care be multi professionals and interdisciplinary. The matrix support with work process and the high incidence of common mental disorders (CMD) in Brazilian population points to the need of mental health care more effectives in the PHC. Therefore, the objective was to relate the experience of a psychosocial intervention in mental health, performed in one family health unit in the city of Petrópolis, RJ. Methodologically, was a descriptive study, qualitative and grounded in the action-research. The results point to the need of implantation care for patients with common mental disorders in the PHC; for the identification of how much a health team in the primary care was unprepared for care in prevention and promotion mental health; signaling how global protocols in mental health attention established by the WHO was unknown in the primary health care. It is expected that this evidence can contribute to raising the political and institutional interest in investment in training and qualification of professionals in the PHC through permanent education in mental health

**Key words:** mental health; matrix support; psychosocial intervention in the primary health care.

### RESUMEN

La atención integral a la salud es el foco y el objetivo de la Atención Primaria a la Salud (APS), exigiendo que las prácticas de atención sanitaria sean multiprofesionales e interdisciplinares. El apoyo matricial como proceso de trabajo y la elevada incidencia de trastorno mental común (TMC) en la población brasileña apuntan a la necesidad de cuidados en salud mental más efectivos en la APS. Así, el objetivo puesto fue el de relatar la experiencia de una intervención psicossocial en salud mental, realizada en una unidad de salud de la familia del municipio de Petrópolis, RJ. Metodológicamente, fue un estudio descriptivo, cualitativo y fundamentado en la investigación-acción. Los resultados apuntaron a la necesidad de la implantación del cuidado de pacientes con TMC en la APS; para la identificación de cuánto un equipo de salud en la atención primaria está despreparado para cuidados de prevención y promoción en salud mental; para la señalización de cómo los protocolos mundiales de atención en salud mental establecidos por la OMS son desconocidos de la atención primaria. Se espera que estas evidencias puedan contribuir a suscitar el interés político e institucional en la inversión en la capacitación y calificación de los profesionales de la APS a través de educación permanente en salud mental.

**Palabras clave:** salud mental; apoyo matricial; intervención psicossocial en la Atención Primaria a la Salud.

## INTRODUÇÃO

Parte constitutiva e essencial do Sistema Único de Saúde (SUS) adotado no Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção à saúde e a principal porta de entrada no SUS; é responsável pela atenção integral, abordando a maioria das demandas de saúde da população ao longo do curso de vida (OPAS/OMS, 2017). No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) adotou a nomenclatura de Atenção Básica (AB) para definir APS, tendo como sua estratégia principal a Saúde da Família (SF) (BRASIL, 2011)<sup>1</sup>. A Política Nacional de Atenção Básica caracteriza a AB como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

A atenção integral à saúde é o foco e o objetivo da APS e as práticas de cuidados em saúde são multiprofissionais e interdisciplinares. Nesse sentido, o conceito de saúde como bem-estar biopsicossocial é determinante para as práticas de saúde adotadas, dado ser responsabilidade da APS a atenção integral à saúde. Nesse cenário, a Saúde Mental, em que pese não ser comumente considerada, deve sê-lo necessária e obrigatoriamente, ainda mais quando se tem em conta que a maior parte dos agravos à saúde hoje em dia, sabe-se, está relacionada a algum tipo de transtorno mental comum. Dessa forma, a Saúde Mental como estratégia de saúde é transversal e deve integrar os cuidados em saúde na APS, sobretudo porque nesse nível de atenção há facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa. E também há proximidade com famílias e comunidades, o que favorece serem as equipes da atenção primária um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico (BRASIL, 2007b, 2013). Não é incomum que os profissionais de saúde se depararem com pacientes em situação de sofrimento psíquico em seu cotidiano, tendo em vista que muitas pessoas buscam ajuda profissional por causa de sofrimento mental, geralmente com queixas de tristeza e/ou ansiedade (BRASIL, 2013).

---

<sup>1</sup> Aqui adotou-se o termo APS, assim como é encontrado na nomenclatura internacional.

O termo Transtorno Mental Comum (TMC) refere-se a duas categorias diagnósticas principais: os transtornos depressivos e transtornos ansiosos (WHO, 2017). Em geral, os pacientes com TMC chegam às unidades de APS apresentando queixas físicas sem que se identifique qualquer patologia orgânica associada, ainda que apresentem grande sofrimento emocional (CHIAVERINI, 2011). O MS aponta que as manifestações mais comuns do sofrimento mental que chegam até as unidades primárias fazem parte de uma única síndrome clínica com três grupos ou dimensões de sintomas que se combinam: tristeza/desânimo, ansiedade e sintomas físicos (somatização) (BRASIL, 2013).

A incidência na população mundial de pacientes com TMC nos últimos anos vem aumentando — especialmente em países de baixa renda — e conduz a agravos diversos na saúde em geral, inclusive podendo comprometer o funcionamento normal da vida do indivíduo (WHO, 2017). Dados divulgados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que, globalmente, a depressão é a doença que mais contribui para os agravos à saúde, afetando 322 milhões de pessoas no mundo (WHO, 2017). A prevalência mundial e nacional de transtornos mentais na APS é relevante, chegando a um terço da demanda (TÓFOLI; FORTES, 2007).

Assim, no cenário nacional, o MS aponta que cerca de uma em cada quatro pessoas que procuram a APS tem algum transtorno mental, de acordo com os critérios da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (BRASIL, 2013). Estudos realizados na década de 1980 demonstraram que entre os pacientes que procuram o Programa Saúde da Família (PSF) 33% a 56% apresentavam TMC (BRASIL, 2009). No município de Petrópolis, localizado na região serrana do estado do Rio de Janeiro, 56% da população atendida em unidades do PSF apresentam TMC (FORTES, 2008). Tal sofrimento produz impacto significativo em alguns dos mais prevalentes agravos à saúde, como a doença cardíaca e cerebrovascular e o diabetes (BRASIL, 2013).

A respeito, o MS afirma que existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis (BRASIL, 2007a). Tendo em vista esta indissociabilidade entre saúde mental e saúde geral, faz-se necessário que os profissionais da APS atuem sobre as demandas de saúde mental (BRASIL, 2007b, 2013), realizando ações que obedeçam ao modelo de redes de cuidado de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento da população (BRASIL, 2007b). Chiaverini (2011) aponta que, no que se refere aos cuidados na atenção primária, verifica-se que cerca de 30% dos pacientes com TMC têm remissão espontânea dos sintomas, sendo verificada melhora significativa quando apoiados pelas equipes das unidades primárias de saúde. As intervenções de apoio na APS atuam terapêuticamente na redução do sofrimento emocional, na resolução de transtornos mentais, na melhoria da capacidade de enfrentamento dos problemas da vida e no aumento da autoestima e da resiliência (CHIAVERINI, 2011).

Como forma de apoiar os profissionais do PSF, o matriciamento — um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (CHIAVERINI, 2011) — é uma importante técnica de intervenção e cuidados aos pacientes com TMC. Tal prática oferece retaguarda especializada e suporte técnico pedagógico a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Com base nessas evidências, o objetivo aqui pretendido é relatar uma experiência de intervenção em saúde mental realizada na APS em um município do estado do Rio de Janeiro, começando por discorrer de forma breve sobre o matriciamento como estratégia de intervenção em saúde mental.

### **MATRICIAMENTO COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL**

O matriciamento é um processo de trabalho que deve ser utilizado quando a equipe de SF encontra limites ou dificuldades na condução dos casos clínicos e na direção ou planejamento de atividades específicas, sendo, portanto, uma prática que auxilia as equipes de SF na avaliação e condução de casos e também quando surgem situações de crise, além de possibilitar a reorganização da rede de serviços (MINOZZO; COSTA, 2013; QUINDERÉ, 2013). Tal prática rompe com a lógica de encaminhamentos indiscriminados e amplia a clínica da SF, facilitando a compreensão e a capacidade de intervenção dos profissionais sobre o paciente, caso ou situação, por meio do olhar integral, tornando possível o vínculo terapêutico e propiciando o tratamento mais próximo do usuário e das equipes que o conhecem há mais tempo (BRASIL, 2004, 2007b; MORAIS; TANAKA, 2012; QUINDERÉ, 2013). A clínica ampliada tem como proposta evitar uma abordagem clínica que privilegie

exclusivamente algum aspecto do conhecimento disciplinar em detrimento de outros, além de ser um instrumento para que os trabalhadores e gestores de saúde possam enxergar e atuar para além dos fragmentos, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes (BRASIL, 2007a).

Objetiva-se, com o matriciamento, a responsabilização no acompanhamento e atendimento das pessoas em sofrimento psíquico no próprio território da APS, influenciando, portanto, na acessibilidade da assistência em saúde mental (MINOZZO; COSTA, 2013; QUINDERÉ, 2013). A corresponsabilização no cuidado do paciente é um dos pontos fundamentais na proposta do cuidado matricial, tendo em vista que, mesmo que haja a inserção da equipe matricial no cuidado ao paciente, a responsabilidade principal pela condução do caso continua com a equipe de referência (CAMPOS, 1999), que não encaminha o caso, mas sim, pede apoio para sua resolução (BRASIL, 2004). Desse modo, o matriciamento rompe com a organização vertical hierarquizada do sistema de saúde — que trabalha com a transferência de responsabilidade entre quem encaminha um caso e quem recebe — e passa a trabalhar na horizontalização, com equipes de referência e equipe de apoio matricial (CHIAVERINI, 2011; MORAIS; TANAKA, 2012). Entende-se por equipe de referência uma composição multiprofissional variável conforme o nível de saúde com o qual opera (CAMPOS, 1999). No caso da atenção primária, compreende também os profissionais do PSF. As equipes de referências e o apoio matricial constituem-se, assim, como equipes indispensáveis para a humanização da atenção e da gestão em saúde (BRASIL, 2004).

É imprescindível que o apoiador matricial — ainda que seja um especialista que possua conhecimento e perfil distinto dos profissionais de referência — atue de modo a agregar recursos teóricos e técnicos à equipe de referência (CAMPOS; DOMITTI, 2007). A equipe de apoio matricial visa à construção de um espaço para comunicação ativa e o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores (CAMPOS; DOMITTI, 2007) e é capaz de aproximar o serviço especializado da APS (QUINDERÉ, 2013). Para garantir a efetividade do matriciamento, faz-se necessário que se construam diretrizes clínicas e sanitárias compartilhadas entre as equipes, de modo a apontar critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidades, tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência, quanto dos apoiadores matriciais (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Para além dessas responsabilidades, o matriciamento, como processo de trabalho não se constitui como mero encaminhamento ao especialista, atendimento individual pelo profissional de saúde mental ou intervenção psicossocial coletiva realizada pelo profissional de saúde mental (CHIAVERINI, 2011). Ainda que esteja presente, a assistência individual deve ser temporalmente limitada (TÓFOLI; FORTES, 2007).

Somando-se à dimensão assistencial, o apoio matricial compreende uma dimensão técnica pedagógica, que visa a produzir o apoio em conjunto para a equipe de referência, por meio de

discussões teóricas sugeridas a partir da demanda da própria equipe (CAMPOS; DOMITTI, 2007), considerando as necessidades de cada indivíduo, família ou comunidade em questão e as possibilidades de integração (BRASIL, 2014), possibilitando o aprimoramento teórico de saúde mental na atenção básica (MORAIS; TANAKA, 2012). Essa dimensão caracteriza-se como importante estratégia para a educação permanente das equipes de SF, uma vez que o compartilhamento de saberes e práticas promove o aprender no fazer em conjunto (BRASIL, 2014). Acredita-se ser importante que as ações do apoio matricial invistam no fortalecimento do modo psicossocial, auxiliando os profissionais da SF no rompimento com atitudes voltadas para o modo asilar (MINOZZO; COSTA, 2013). A dimensão técnica pedagógica está voltada para a equipe no intuito de propiciar ação e apoio educativos, de maneira que o matriciamento possa auxiliar as equipes de referência a incorporarem conhecimentos para lidar de forma resolutiva com casos mais simples que encontrarem em seu cotidiano (BRASIL, 2004).

De modo a abranger tanto a dimensão assistencial, quanto a técnica pedagógica, a prática do matriciamento pode ser instrumentalizada através dos seguintes recursos e estratégias: elaboração de um Projeto Terapêutico Singular (PTS); interconsulta; consulta conjunta de saúde mental na atenção primária; visita domiciliar conjunta; genograma; ecomapa e o contato a distância por meio do uso do telefone e outras tecnologias de informação e comunicação (CHIAVERINI, 2011). Além disso, é pertinente a realização de capacitações, supervisões e a manutenção de espaço para discussão de casos (BRASIL, 2007b; GARBAN; OLIVEIRA, 2007), sendo as reuniões de matriciamento primordiais para a pactuação das ações a serem realizadas, assim como para o gerenciamento conjunto das agendas dos profissionais de apoio e das equipes de SF (BRASIL, 2014). Para Campos e Domitti (2007), há duas maneiras básicas para o estabelecimento de contato entre a equipe de referência e a equipe de apoio matricial: encontros periódicos regulares e o acionamento por meios de comunicação mediante a avaliação de riscos.

O PTS refere-se a um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão conjunta entre equipe de referência e equipe de apoio matricial (BRASIL, 2007a; CHIAVERINI, 2011). O uso desse instrumento permite a definição de diagnósticos, a divisão das responsabilidades dentro do projeto terapêutico; propicia uma atuação integrada da equipe, valorizando outros aspectos, além do psiquiátrico e da medicação, e avalia os resultados (BRASIL, 2007a). É um projeto em que tratar das doenças não é menos importante, mas é apenas uma das ações que visam ao cuidado integral (BRASIL, 2013). Nesse sentido, a formulação do PTS deve conter: abordagens biológica, farmacológica, psicossocial e familiar; apoio do sistema de saúde e da rede comunitária; definição de tarefas dentro do trabalho em equipe; cartografia do contexto social e histórico em que se inserem a pessoa, a família, o grupo ou o coletivo ao qual está

dirigido o PTS; identificação das intervenções já realizadas e seus resultados; avaliação das vulnerabilidades compostas pelos fatores de risco e fatores de proteção (CHIAVERINI, 2011; BRASIL, 2013). O PTS depende de uma aproximação entre paciente, família e profissionais de referência e implica na instituição de práticas individuais, de grupo ou coletivas (CAMPOS, 1999). Por se tratar de um instrumento dinâmico, é imprescindível que as equipes envolvidas realizem a retomada periódica do PTS, a fim de atualizar o encaminhamento dos casos, repactuar e reformular novos PTS's (BRASIL, 2013; CHIAVERINI, 2011).

A interconsulta pode ser compreendida como uma prática interdisciplinar para a construção do modelo integral do cuidado, sendo o principal instrumento do apoio matricial (CHIAVERINI, 2011). Trata-se de uma consulta de baixa densidade tecnológica, orientada para as necessidades de saúde, com aproximação ao território/comunidade e que permite que se tenha uma visão ampliada dos casos assistidos, além de possibilitar maior assistência também à equipe de referência (FARIAS; FAJARDO, 2015). A discussão de caso é um dos modelos de interconsulta e se faz necessário salientar que as discussões devem ser realizadas em espaços pré-determinados e as estratégias de intervenções criadas em conjunto, em que responsabilidades são divididas no acompanhamento e na assistência dos casos (GARBAN; OLIVEIRA, 2007).

A finalidade da consulta e visita domiciliar conjunta é a instrumentalização para que os outros profissionais sejam capazes de lidar com aspectos da subjetividade dos indivíduos, podendo desenvolver novas competências no profissional da equipe de referência (CHIAVERINI, 2011). Além da troca de saberes, objetiva-se a corresponsabilização sobre o caso, modificando a lógica do encaminhamento tradicional; fortalecendo o vínculo de confiança do usuário com a equipe de SF; facilitando a comunicação e a coleta de dados; permitindo a pactuação de ações por meio de um mediador externo; possibilitando ao profissional da equipe de apoio matricial o contato com a realidade do paciente (BRASIL, 2014). Para Chiaverini (2011), alguns pontos devem ser respeitados dentro das práticas de consulta e visita domiciliar conjunta, a saber: o contato prévio entre as equipes; discussão antes do atendimento; explicação do modelo ao usuário; solicitação de permissão ao usuário; discussão de uma conduta compartilhada e a organização da revisão do caso.

Ao considerar as situações comuns da saúde mental na atenção primária, Brasil (2013) e Chiaverini (2011) apontam o TMC, os transtornos mentais graves, o alcoolismo e outras drogadições, o suicídio, os problemas do sono, as demências, os problemas da infância e da adolescência e os problemas comuns na família como os mais prevalentes. Verifica-se que algumas situações também são descritas pela OMS, tendo como destaque a ocorrência do TMC no mundo todo, e a alta prevalência de casos de depressão e ansiedade no Brasil, respectivamente 5,8% e 9,3% (WHO, 2017).

Assim sendo, a utilização do arcabouço teórico do matriciamento, bem como os dados referidos sobre a significativa ocorrência de TMC na população brasileira e a necessidade de cuidados em saúde mental efetivos na APS conduziram a intervenção em SM na APS que segue descrita.

## **A EXPERIÊNCIA REALIZADA**

O presente relato de experiência trata de uma pesquisa qualitativa, de natureza descritiva, utilizando o procedimento técnico pesquisa-ação. Qualitativa porque pretendeu descrever o objeto de estudo, que é o comportamento de determinado grupo social, em profundidade. Descritiva porque caracterizou o objeto estudado. E pesquisa-ação na medida em que o pesquisador integrava o contexto pesquisado (MASCARENHAS, 2012).

Tomando o referencial supracitado, desenvolveu-se uma intervenção no processo de trabalho de uma unidade de PSF, que foi pensada partindo-se do pressuposto de que a maioria dos transtornos mentais, neurológicos e uso de álcool e outras drogas pode ser manejada por prestadores de cuidado de saúde não especializado, tendo pesquisas demonstrado a viabilidade da prestação de intervenções farmacológicas e psicossociais nos serviços de saúde não especializados (OMS, 2015), como os serviços de SF.

Por intermédio da inserção profissional do psicólogo na rede de atenção básica do município de Petrópolis, RJ, pelo Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Faculdade Arthur Sá Earp Neto (FASE), realizou-se um trabalho de campo com uma equipe de PSF, cujo objetivo foi discutir sobre a saúde mental na APS e apresentar o protocolo estabelecido pela OMS para transtornos mentais, neurológicos e decorrentes do uso de álcool e outras drogas nos serviços de atenção à saúde não especializados — o MI-mhGAP, Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e decorrentes do uso de álcool e outras drogas nos serviços de atenção à saúde não especializado — para o manejo da depressão, por meio da atividade de matriciamento.

A unidade de PSF onde ocorreu a intervenção é pertencente à instituição de ensino FMP/FASE e que integra a rede pública de saúde do município, realizando atendimentos pelo SUS; possui em seu quadro de profissionais, além da equipe mínima do PSF, uma nutricionista. A unidade está localizada na área urbana, funciona há 17 anos e atende a uma população estimada de 2.800 pacientes.

Com o objetivo de identificar as práticas levadas à termo pela equipe técnica, a saber, médico e enfermeira da unidade de PSF, foi realizada uma pesquisa no sistema de informações E-SUS diretamente no Departamento de Atenção Básica (DAB). Em um momento posterior, foram desenvolvidas três oficinas com a equipe da unidade, em dias previamente agendados com a equipe e o apoiador institucional do DAB, de modo a não interferir no trabalho da unidade e no



atendimento à população. A intervenção realizada foi fundamentada no Caderno de Atenção Básica número 34, que trata da Saúde Mental (BRASIL, 2013) e no MI-mhGAP (OMS, 2015).

O instrumento MI-mhGAP apresenta o manejo integrado das condições clínicas prioritárias por meio de protocolos para a tomada de decisões clínicas. Trata-se de um instrumento desenvolvido segundo intenso processo de revisão sistemática da literatura e baseado nas diretrizes sobre intervenções para transtornos mentais, neurológicos e os decorrentes do uso de álcool e outras drogas do Programa de Ação para Reduzir as Lacunas em Saúde Mental (OMS, 2015). O MI-mhGAP destina-se a profissionais de saúde da atenção primária e secundária e estrutura-se de modo breve, facilitando seu uso por parte de não especialistas com tempo restrito para o atendimento (OMS, 2015). Faz-se necessário destacar que o instrumento descreve detalhadamente o que fazer, porém não se detém no 'como fazer' e a OMS ressalta a importância de que os profissionais sejam capacitados e supervisionados para utilizá-lo (OMS, 2015).

A escolha do uso do protocolo para o manejo da depressão do MI-mhGAP deu-se em função do elevado número de pacientes no Brasil que sofrem com esse transtorno, 5,8%, segundo dados da OMS (WHO, 2017), sendo, a depressão tema da campanha da OMS para o Dia Mundial da Saúde de 2017.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A partir da pesquisa no banco de dados do sistema E-SUS no município de Petrópolis, foi possível compreender o perfil de trabalho da unidade de PSF em que foi realizada a intervenção. Para a análise dos dados, restringiu-se as informações da produção da unidade ao período de outubro de 2016 a março de 2017 e foram analisados os seguintes relatórios disponíveis no sistema: atendimento, acompanhamento, monitoramento e conduta.

Com base nessa análise, destaca-se que, dos 1.196 atendimentos realizados pela equipe técnica — dos quais 1173 ocorrem na unidade de saúde e 23 em domicílio —, foram relatadas 152 condições avaliadas referentes ao escopo de que trata o MI-mhGAP, e, de acordo com o relatório, foram realizados especificamente 95 atendimentos em saúde mental, 47 em tabagismo, 7 em pacientes usuários de álcool e 3 em pacientes usuários de outras drogas. Faz-se necessário destacar que esses dados são limitados, uma vez que não se pode afirmar que as condições avaliadas referem-se a um número exato de pacientes, uma vez que possa ter havido comorbidade das condições, além do mesmo paciente ter recebido mais de um atendimento por profissional e/ou ter recebido atendimento de ambos profissionais. Assim, por meio desse relatório disponível no sistema E-SUS do município, não é possível determinar o percentual de pacientes com TMC ou mesmo outros transtornos mentais em acompanhamento nesta unidade de PSF.

No entanto, há que se considerar que existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis (BRASIL, 2007b). Acredita-se que se os profissionais tivessem o domínio do manejo sobre as questões referentes à saúde mental, suas comorbidades e populações mais suscetíveis aos sofrimentos mentais e, especificamente, domínio dos conhecimentos expressos no manual MI-mhGAP, os números relativos aos atendimentos em saúde mental poderiam refletir com mais fidedignidade o que é relatado pela equipe no que se refere ao cotidiano da prática no PSF. Isso porque, a equipe de saúde acredita que os mesmos estejam subnotificados. Não obstante, identifica-se que historicamente a formação acadêmica é deficitária no tratamento de pessoas com comorbidades que afetam a saúde mental e os profissionais não raro acabam por estigmatizar o sofrimento psíquico, julgando-se incapazes de lidar com o problema (CHIAVERINI, 2011).

No relatório de acompanhamento, há um item especificado como agravos e/ou sintomas mais frequentes baseados na CID-10, porém, nenhum dos diagnósticos apresentados nesse campo se refere a diagnósticos em saúde mental. Ou seja, de todas as patologias e motivos de procura ao serviço, os profissionais da área técnica não identificaram para o sistema nenhum diagnóstico em saúde mental. Há que se questionar, neste ponto, se os profissionais se sentem aptos a realizar o diagnóstico em saúde mental ou se apenas não o consideram como importante na descrição e condução das práticas realizadas, tendo em vista que, o reconhecimento da demanda em transtorno mental por parte do serviço e dos profissionais já revela um ganho em potencial para a saúde mental na AB (MORAIS; TANAKA, 2012). Embora a saúde mental faça parte da saúde mais ampla, é comum na rede básica os profissionais generalistas atenderem a um leque diversificado de situações, sem incluírem a saúde mental ou as manifestações da subjetividade como parte deste leque (SILVEIRA, 2012). Alguns profissionais da unidade pesquisada destacaram que o motivo da procura por atendimento na unidade via de regra não está explícito em questões de sofrimento mental e, talvez, seja esse o motivo pelo qual não o identificam como tal. Porém, ao justificarem dessa maneira, acabam por afirmar que o sujeito que adocece da mente não possui corpo e, portanto, não tem necessidades clínicas advindas dos adoecimentos físicos (QUINDERÉ, 2013) e incorrem no erro da divisão cartesiana mente *versus* corpo, ao desconsiderarem a integralidade da pessoa, dado que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde (BRASIL, 2007b).

O relatório de monitoramento possibilitou constatar que a equipe não descreveu nenhuma atividade coletiva em saúde mental, apesar de serem diversas as práticas que podem ser utilizadas na APS, a saber, os grupos (BRASIL, 2013; CHIAVERINI, 2011), terapia de solução de problemas, terapia

interpessoal breve, terapia comunitária, intervenção breve para dependências químicas, práticas corporais e integrativas, entre outros (CHIAVERINI, 2011).

O relatório de conduta apresentou os dados referentes à conclusão dos atendimentos realizados, ou seja, se houve alta do serviço, retorno para novos atendimentos ou encaminhamento a outros serviços. Nesta unidade, foi registrado apenas um encaminhamento para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ao longo de seis meses, ao passo que foram realizados 112 encaminhamentos para o serviço especializado, ressaltando que não é possível especificar de qual serviço se trata, pois esta informação no sistema não está restrita a serviços de saúde mental. Segundo os profissionais da unidade, há o encaminhamento para o serviço de psiquiatria de uma unidade de ambulatório escola, porém, não há o registro desse encaminhamento. Talvez esta prática seja corroborada pelo fato de que os profissionais da APS acreditam que as demandas relacionadas à saúde mental sejam da alçada do serviço especializado, sem que muitas vezes considerem a possibilidade de alguma assistência ser procedida na própria APS (SILVEIRA, 2012). Há que se salientar que o acompanhamento de pacientes com TMC no PSF confunde-se com a própria rotina do atendimento, dada a grande frequência desses casos no nível de assistência. É, no entanto, imprescindível a realização de atendimentos frequentes, utilizando-se uma abordagem centrada no paciente, o incentivo a atividades que promovam autocuidado, o resgate da autoestima, a construção de espaços e rotinas prazerosas e de realização pessoal, além da criação de espaços de apoio psicossocial na APS (CHIAVERINI, 2011).

Cabe aqui apontar que os dados acima apresentados referem-se ao que foi possível obter por meio de consulta ao sistema de informações E-SUS do município, em que os dados registrados não são inseridos no sistema pelos mesmos profissionais que realizam as práticas e sim por outros profissionais. A equipe da unidade pesquisada aponta que foram identificadas diversas falhas no processo de comunicação e armazenamento dos dados e sugere que, devido a isso, os mesmos não sejam fidedignos à realidade de trabalho da unidade.

Entre as práticas de atividades coletivas que foram realizadas no período de outubro de 2016 a março de 2017 e que não foram registradas oficialmente pelo E-SUS — apesar de terem sido registradas na unidade — destacam-se: a realização de grupos de gestantes, grupos de convivência para idosos, grupo para tratamento de pacientes tabagistas, grupo de controle do peso e prevenção de patologias associadas, grupos para discussão de diversos temas de saúde no território adstrito do PSF e atividades de sala de espera, em que são discutidos diversos temas em saúde. Tais ações se referem às práticas tradicionais de grupo na APS, dentro de uma proposta de promoção e prevenção, porém, não se deve esquecer que além de educativos, os grupos exigem um atributo de suporte e reflexão (CHIAVERINI, 2011).

Com o objetivo de introduzir a temática do protocolo MI-mhGAP na intervenção executada, realizou-se breve discussão sobre a ocorrência de TMC na APS, partindo das definições sobre TMC, estudos sobre o perfil populacional e dados de atendimento e perfil da unidade de PSF colhidos no sistema E-SUS. Nesta discussão foi possível perceber que os profissionais da unidade pesquisada não se sentiam, em sua maioria, capazes para lidar com o sofrimento mental, justificando que não possuem treinamento na área, relacionando, por muitas vezes, os conteúdos apresentados com experiências pessoais e familiares com as quais possuem dificuldade em lidar. O MS aponta que nem sempre a atenção básica apresenta condições para dar conta das questões de sofrimento mental, seja pela falta de recursos de pessoal e/ou falta de capacitação, acabando por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes (BRASIL, 2007b), tendo em vista que nem sempre os profissionais se sentem preparados, instrumentalizados ou recebem capacitação em saúde mental na APS (MORAIS; TANAKA, 2012; QUINDERÉ, 2013; SILVA, 2017).

Os profissionais também justificaram a dificuldade em lidar com pacientes com TMC pela falta de rede de apoio psicossocial do próprio município, que vem se mostrando ineficiente e com pouca absorção de novos pacientes ao longo dos anos. Apesar de contar com uma extensa rede de apoio psicossocial — CAPS adulto, infanto-juvenil e álcool e drogas; e um ambulatório de saúde mental — o município possui dificuldades de comunicação entre os setores (atenção básica e atenção especializada) e, especialmente na forma de entrada dos pacientes no sistema de regulação de vagas. As ações de saúde mental desenvolvidas na atenção básica não apresentam uniformidade em sua execução, que, em geral, ficam na dependência do profissional ou da decisão política do gestor (CORREIA, 2011). Apesar das intervenções mais intensas serem de responsabilidade da atenção especializada, o apoio à adesão ao tratamento, os cuidados clínicos a esses usuários e a inserção na comunidade podem e devem ser realizados pela equipe de PSF (CHIAVERINI, 2011). O MS preconiza que as ações de saúde mental na atenção básica obedeçam ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento (BRASIL, 2007b). O processo saúde-doença-intervenção não é exclusivo de nenhuma especialidade, pertencendo a todo o campo da saúde (CHIAVERINI, 2011).

O segundo momento da intervenção apresentou os conceitos de matriciamento e o protocolo em questão (MI-mhGAP). Ao iniciar a abordagem, foi necessário enfatizar que o objetivo da intervenção não era implantação do protocolo MI-mhGAP, mas sim a apresentação do mesmo para subsidiar a atuação cotidiana, considerando que, a princípio, a equipe se demonstrou receosa em ter mais um papel a cumprir ou mesmo mais formulários para serem preenchidos. Foi necessário desconstruir a ideia dos profissionais do PSF sobre a saúde mental, tendo em vista que a própria rotina de trabalho na APS traz uma demanda constante e muitas vezes exagerada por parte dos pacientes com

sofrimento psíquico, que frequentemente demandam acolhimento e consulta não agendada (CHIAVERINI, 2011).

No decorrer da demonstração do protocolo, utilizando-se de exemplos que os próprios profissionais traziam, a equipe foi capaz de reconhecer que algumas das estratégias de tratamento e aconselhamento psicossocial não farmacológicas propostas pelo MI-mhGAP já eram executadas nas abordagens aos pacientes com sofrimento mental. Muitos profissionais não sabem que já o primeiro contato com o paciente pode ser terapêutico e ignoram o poder terapêutico do vínculo; o acolhimento já é uma intervenção em saúde mental (CHIAVERINI, 2011). Neste momento, foi propício apresentar aos profissionais a diferença de ações terapêuticas e psicoterápicas e exemplificar quais as ações de profissionais de APS que são terapêuticas para demandas emocionais da clientela, ressaltando que a APS não é local para psicoterapia.

Ao término da intervenção, a equipe verbalizou a importância de adquirir novos conhecimentos na área, o que corrobora necessidades seguidamente apontadas de que os profissionais devem continuada e permanentemente se apropriar de novas práticas (CORREIA, 2011; SILVA, 2017). Desde 2001, o Conselho Nacional de Saúde discute sobre a necessidade de realizar capacitações em saúde mental para a rede básica de saúde, contemplando tanto aspectos técnicos — relativos à promoção da saúde, assistência e reabilitação social — e relativos à humanização das práticas, quanto aqueles relacionados à mudança de concepção da comunidade acerca do sofrimento psíquico (BRASIL, 2002). Nesse sentido, é muito importante que os profissionais da APS estejam convencidos e de fato sejam capazes de oferecer cuidados em saúde mental (CHIAVERINI, 2011).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A experiência da intervenção relatada demonstrou a importância de abordar o cuidado de pacientes com TMC na APS, especialmente no que tange às práticas realizadas pelos profissionais das equipes de PSF, favorecendo uma visão mais integral do paciente, que deve encontrar na APS importantes estratégias favorecedoras para seu cuidado, como o território e o vínculo.

Tendo como objetivo discutir sobre a saúde mental na APS e apresentar o protocolo de depressão sugerido no MI-mhGAP, por meio da dimensão técnica pedagógica da proposta do matriciamento, sem interferir no trabalho da unidade e no atendimento à população, os encontros planejados foram executados ao longo de quatro meses, por incompatibilidade de agenda entre os profissionais, intercorrências de saúde e período de férias dos mesmos. Apesar de terem sido desenvolvidos os três encontros propostos, houve descontinuidade na frequência da intervenção, o que pode ter acarretado prejuízo no processo de incorporação do conhecimento, além das mudanças político-institucionais que suscitaram em novo cenário político, no que se refere ao contexto de saúde

mental do município. Embora a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Petrópolis tenha oferecido treinamento em atividades de supervisão em saúde mental e matriciamento a profissionais da AB no ano 2001, a instituição do cargo de apoiador matricial ocorre apenas em 2014 e dura até 2017. No início da pesquisa realizada, o município contava com uma equipe de profissionais matriciadores em Psicologia, que atendiam a uma parte das equipes de PSF, porém, na atual gestão o serviço foi extinto na SMS. Apenas as unidades geridas pela instituição de ensino superior — FMP/FASE — contam com o suporte de profissionais de Psicologia residentes da Residência Multiprofissional em Atenção Básica que realizam apoio à equipe quanto às questões de saúde mental; acompanhamento das atividades coletivas; interconsulta; discussão de casos e capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde quanto aos aspectos de saúde mental da população, apoio esse alicerçado no referencial teórico do matriciamento e nas práticas preconizadas pelo MS.

Faz-se necessário salientar as limitações dos dados obtidos pelo sistema E-SUS, que não refletem de modo real a prática cotidiana das equipes de PSF, sem desconsiderar que os profissionais também, imersos nos protocolos e formulários da prática, muitas vezes ignoram a dimensão integral do paciente, registrando apenas as queixas físicas.

Ressalta-se que a intervenção apresentou o conceito de matriciamento e seu contexto, porém, o foco da prática realizada se deu na dimensão técnico-pedagógica do matriciamento, tendo em vista que a dimensão assistencial exigiria um vínculo maior com a instituição que não o de pesquisadora. Sugere-se que a permanência de um psicólogo na equipe, pela da implantação do matriciamento por parte da instituição de ensino nas unidades de PSF, contribua de maneira a dar o suporte assistencial e técnico-pedagógico demandado pela equipe.

Conclui-se que a intervenção realizada apresentou-se como importante estratégia para melhorar a qualidade da assistência aos pacientes portadores de TMC em seu território por meio do cuidado na APS. Espera-se que os resultados dessa pesquisa possam suscitar o interesse político e institucional para investimento na capacitação e qualificação dos profissionais da APS através de educação permanente. Apontada a importância do tema explorado e resultados encontrados, considera-se apropriada a continuidade dos estudos das práticas de APS no que tange ao sofrimento mental e pacientes com TMC.

## **REFERENCIAS**

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília, n. 01/03, p. 1-7, 2007b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CAMPOS, G. W. S. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, n. 4. v. 2, p. 393-403, 1999.

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

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

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. A. **Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família**. Rev. Esc. Enferm. USP. n. 45. V. 6, p. 1501-1506. 2011.

FARIAS, G. B.; FAJARDO, A. P. **A interconsulta em serviços de atenção primária à saúde**. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. v. 6, p. 2075-2093. 2015.

FORTES, S.; VILLANO, L. A. B.; LOPES, C. S. **Perfil nosológico e prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes atendidos em unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) em Petrópolis, Rio de Janeiro**. Revista Brasileira de Psiquiatria. n. 30. v. 1, p. 32-37. 2008.

GARBAN, E. G.; OLIVEIRA, A. A. **O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no programa saúde da família do município de São José do Rio Preto** (Capacitação e educação permanente aos profissionais de saúde na atenção básica). Arq Ciênc Saúde, v. 14, n.1, p. 52-63. 2007.

MASCARENHAS, S. A. **Metodologia científica**. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2012.

MORAIS, A. P. P.; TANAKA, O. Y. **Apoio matricial em saúde mental: alcances e limites na atenção básica**. Saúde Soc, São Paulo, v. 21, n 1, p. 161-170. 2012.

MINOZZO, F.; COSTA, I. I. **Apoio matricial em saúde mental: fortalecendo a saúde da família na clínica da crise**. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, v. 16, n 3, p. 438-450. 2013.

OMS. **Manual mhGAP de Intervenções para Transtornos Mentais, Neurológicos e Decorrentes do Uso de Álcool e outras Drogas nos serviços de atenção à saúde não especializados**. 2015.

OPAS/OMS. **Atenção Primária em Saúde**. Disponível em: [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=341:atencao-primaria-em-saude&Itemid=445](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=341:atencao-primaria-em-saude&Itemid=445)>. Acesso em: 19/07/17.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; NOGUEIRA, M. S. L.; COSTA, L. F. A.; VASCONCELOS, M. G. F. **Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, n. 7, p. 2157-2166. 2013.



SILVA, G.; IGLESIAS, A.; DALBELLO-ARAUJO, M.; BADARÓ-MOREIRA, M. I. **Práticas de cuidado integral às pessoas em sofrimento mental na atenção básica**. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 37, n. 2, p. 404-417. 2017.

TÓFOLI, L. F.; FORTES, S. **Apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência**. SANARE, v. 6, n. 2, p. 34-42. 2007.

SILVEIRA, E. R. **Práticas que integram a saúde mental à saúde pública: o apoio matricial e a interconsulta**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 9, p. 2377-2386. 2012.

WHO. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; 2017. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris>>. Acesso em: 24/02/17.