

AÇÕES DE SAÚDE MENTAL DESENVOLVIDAS PELA EQUIPE DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

Action of mental health developed in health group on basic attention

Michele Sbrisa Migotto¹
Izabel Scarabelot Medeiros²

70

RESUMO

O presente estudo de revisão integrativa tem por objetivo identificar ações de saúde mental desenvolvidas pelas equipes de saúde de atenção primária. Buscou-se dados, utilizando como base a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), selecionando artigos disponíveis online em língua portuguesa, com texto na íntegra, que abordem tema no período entre 2012 e 2017. Os descritores utilizados foram: ações de saúde mental, equipe de saúde mental, atenção primária, saúde mental. Foram localizados 52 artigos, que foram agrupados em temas, a fim de organizar a apresentação, a análise e a discussão dos resultados. A maioria dos estudos são de abordagem qualitativa (46), utilizando método de entrevista de profissionais (44) e 06 foram pesquisas de revisão de literatura. Em relação aos objetivos dos estudos, surgiram algumas categorias: *Ações de saúde mental na atenção básica/primária, Entendimento/envolvimento dos profissionais de ESF e apoio matricial*. Os resultados relacionam o apoio matricial como estratégia de articulação e promoção de práticas de saúde mental e que muito há por fazer, devido a falta de conhecimento, capacitação e/ou envolvimento profissional em diferentes ambientes.

Palavras chaves: Saúde Mental; Atenção Básica; Equipe de Saúde; Ações de Saúde.

ABSTRACT

The present study of review integrative have purpose to identify actions of mental health developed by the health primary attention team.

¹Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental - Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. E-mail: ism@unesc.net

² Mestrado em educação - Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, Brasil.

Looked for data applied with Virtual health library(BVS), choosing Available articles online in Portuguese language, with all the texts, which Approach theme is between 2012 and 2017. The Descriptors employed was: Actions of mental health, group of mental health, primary attention, mental health. Were located 52 articles , Which were grouped into themes, to organize the presentation, analysis and discussion of results. The Most of the studies are of qualitative approach(46) Using a method of professional interview(44) and 06 Were researches of literature review. Regarding the objectives of the studies Some categories emerged:Actions of Mental health in the basic Matrices support. The results relate matrices support as a strategy for articulating and promoting mental health practices, and there is much to be done, due to lack of knowledge, training and / or professional involvement in different environments.

Keywords: Mental Health; Basic Attention; Health Team; Actions of Health.

INTRODUÇÃO

Atualmente as discussões sobre as ações de saúde mental estão pautadas no que diz respeito às dificuldades das equipes de saúde no atendimento às crises e encaminhamentos de internação, muitas vezes resultando em forma compulsória. Para as equipes de saúde da atenção primária, as ações de saúde mental representam um desafio desde seu mapeamento até sua execução, pois estes profissionais de saúde representam o primeiro contato com o usuário na rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que foi instituída pela portaria 3088/2011, com objetivo de ampliar o acesso a atenção psicossocial¹. É um ponto estratégico, em virtude da necessidade de integração da rede de atenção no território, promovendo cuidado em vários aspectos, especialmente aos vulneráveis.

Durante o período de vivência acadêmica e profissional com portadores de sofrimento mental percebemos algumas dificuldades enfrentadas pelas famílias, usuários e profissionais ainda no acolhimento e articulação do contato entre os serviços. Isso foi só o início de uma série de observações que nos trouxe o questionamento sobre o quanto pode ser dificultoso o acesso aos serviços de saúde

mental, seja por não atenderem as necessidades reais destes usuários, garantindo continuidade de tratamento ou relacionado ao preparo das equipes em acolher.

Segundo a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde no Brasil lançada em 2003, o acolhimento é o principal dispositivo para promover a entrada dos usuários no serviço². Comumente esses usuários são identificados tendo por base o atendimento territorial e regionalizado, através dos agentes comunitários da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e demais profissionais das equipes como Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) que foram criados a partir de 2011 para ampliar a atuação e aumentar resolutividade das ações na atenção primária³. Após a Portaria 336 ser instituída com a formação dos serviços de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), ampliou-se as possibilidades para a entrada dos usuários no serviço, entendendo que o serviço ambulatorial de atenção diária funciona atendendo igualmente de modo territorial promovendo ações de saúde mental, inclusive de modo assistencial independente⁴. Então, neste momento percebeu-se que houve o fortalecimento da política de humanização, quando a equipe de saúde busca pelo usuário para criar vínculo de aproximação e confiança recíproca.

Historicamente, a inclusão de ações de saúde mental vem sendo articuladas em consequência de conquistas após a reforma sanitária de 1970, culminando com a Reforma Psiquiátrica no Brasil em 1987, que busca garantir a reinserção das pessoas portadoras de sofrimento psíquico marginalizadas pela sociedade por não corresponderem ao padrão de normalidade durante os séculos. O movimento de

Reforma Psiquiátrica ultrapassa o conceito de desinstitucionalização abordado nas discussões da sociedade, traz a proposta da reforma configurada através do conceito de integralidade⁵. Isso implica, além de inclusão social com o atendimento humanizado, busca na responsabilização dos gestores e operacionalizadores garantindo por meio de atitudes efetivas que os usuários do serviço de saúde mental na atenção primária recebam suporte para assistência e, principalmente focar em ações de promoção e prevenção de saúde afim de concretizar uma mudança no perfil da comunidade.

Muitos trabalhos tem abordado a temática das ações de saúde mental estes, evidenciam avanços relacionados à assistência neste âmbito. Em contrapartida, mostram que as ações de promoção e proteção da saúde e prevenção de agravos

pouco tem avançado no país⁶. Refletimos sobre as mudanças de modelo dos serviços, se estão convergindo rumo a concretização de ações voltadas para promoção e prevenção em saúde mental e se o modelo médico hospitalocêntrico obsoleto realmente já inexistente em nosso país. Freire⁷ ressaltou que:

a Reforma Sanitária não pode ser abreviada com a criação do SUS, assim como a Reforma Psiquiátrica não diz respeito apenas à criação de serviços substitutivos. O movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira inclui, entre outros pontos, a crítica ao modelo hospitalocêntrico, a participação da comunidade, a revisão da legislação psiquiátrica, a criação e diversificação de práticas e a ampliação de serviços de base territorial (FREIRE, 2004).

A integralidade, princípio doutrinário do SUS, oficializado pela Constituição Federal de 1988 faz entender que deve existir um movimento recíproco entre as necessidades de saúde dos indivíduos e a implantação de inovações entre os níveis de gestores responsáveis pela operacionalização das ações focadas principalmente em promoção e prevenção de saúde sem impedir as ações assistenciais entende-se a relevância dos CAPS. Ainda que no decorrer das últimas décadas desde o início da Reforma Psiquiátrica tenha ocorrido mudanças positivas para o tratamento dos portadores de sofrimento mental, precisamos questionar sobre estas mudanças e de que maneira estão ocorrendo, se estas ações estão garantindo efetivamente a entrada e apoio necessário para estes usuários do serviço de saúde.

Como objetivo para este estudo buscou-se identificar as ações de saúde mental desenvolvida pelas equipes de saúde de atenção primária através de pesquisa bibliográfica.

REVISÃO DE LITERATURA

Contexto histórico e cenário atual da Saúde Mental

No Brasil, as ações de saúde mental emergem com o movimento da reforma psiquiátrica da década de 1970 como propostas a fim de reorientar a assistência aos portadores de transtorno mental. Neste período, o cenário político brasileiro foi marcado por movimentos sociais pela redemocratização do país. Estes movimentos ocorreram em diversos cenários e esferas territoriais do país sendo a saúde um deles. Na saúde mental, o cenário em prol dos direitos dos pacientes psiquiátricos tomou força com o surgimento do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental

(MTSM) em 1978 firmado pelo envolvimento das associações de pessoas com transtorno mental e seus familiares, sindicatos, trabalhadores de saúde, universidades fortalecendo os debates e críticas ao modelo instalado no país e necessidade de novas ações para reorientar a prestação da assistência em conferências pelo país⁸.

Na segunda metade da década de 1970, no contexto do combate ao Estado autoritário, emergem as críticas à ineficiência da assistência pública em saúde e ao caráter privatista da política de saúde do governo central. Além disso, surgem as denúncias de fraude no sistema de financiamento dos serviços e, o que é mais importante para o posterior movimento da reforma, as denúncias do abandono, da violência e dos maus-tratos a que eram submetidos os pacientes internados nos muitos e grandes hospícios do país. Não se criticavam os pressupostos do asilo e da psiquiatria, mas seus excessos ou desvios (TENÓRIO, 2002).

As denúncias contra violências e violações aos direitos humanos sofridas pelos portadores de transtorno mental nos grandes manicômios pelo país, principalmente pela voz do MTSM deram força para que houvesse garantias por parte dos gestores de que alguma mudança efetiva garantisse assistência humanizada a estes portadores de transtorno mental.

No decorrer do período em 1987, em São Paulo iniciaram a desinstitucionalização de pacientes através do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e, em Santos com os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) buscando reinseri-los no seu território expandindo o cuidado além do tratamento de sintomatologia, e assistência a períodos de crise⁹.

Ofereceram através do serviço aberto o cuidado com resgate da cidadania, em parceria com outras redes de diferentes políticas públicas como a de educação, trabalho, cultura e moradia. Isso caracterizou extensa e certa ação de saúde mental. Teve relevância porque além de devolver os direitos humanos a estes indivíduos possibilitou mostrar à sociedade o quanto representamos uma diversidade de indivíduos num mesmo território.

Estas iniciativas foram estaduais e delinearão o progresso do processo político em conjunto com a sociedade. Após doze anos de tramitação no Congresso, em 2001 a lei nº 10.216 passa a vigorar assegurando os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionando o modelo assistencial em saúde mental. A lei federal a partir daí, passa a regular uma nova rede de serviços no país

assim como outras normativas como inicialmente havia sido proposto em 1989, pelo deputado Paulo Delgado (PT-MG) no seu projeto de lei nº 3.657/89. Sobre o conteúdo:

o primeiro impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o segundo previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de "recursos não-manicomial de atendimento"; e o terceiro obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir parecer sobre a legalidade da internação (TENÓRIO, 2002).

A Rede de Atenção Psicossocial- RAPS é instituída com a Portaria nº 3088 (23 dez 2011) republicada em maio de 2013, dispondo sobre a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde¹⁰. O Decreto Presidencial nº 7508/2011 possibilitou o financiamento e regulação tripartite, dando força para a rede de atenção psicossocial (Raps), tratou o conjunto das redes no país como indispensáveis.

Nesta lógica a RAPS é composta pelos seguintes serviços: Atenção Básica (ESF, NASF, Centros de Convivência e Cultura, Consultório na Rua); Atenção Psicossocial Estratégica: CAPS I, CAPS II, CAPS AD II, CAPS III, CAPS AD III, CAPS i; Atenção de urgência e emergência; Atenção Residencial de caráter Transitório: Unidades de acolhimento e Comunidades terapêuticas; Atenção Hospitalar: Leitos em Hospital Geral; Estratégias de Desinstitucionalização: Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e Programa de Volta Pra Casa (PVC); Estratégias de Reabilitação Psicossocial: Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais¹.

Essa ampla rede possibilita a entrada para os usuários nos serviços e tecnicamente facilita o atendimento das necessidades tanto dos familiares quanto dos portadores de transtorno mental para acompanhamento clínico e períodos de crise, uma vez que estão interligadas. Os serviços substitutivos têm oferecido modalidades de tratamento capazes de atender individualmente as necessidades de cada usuário, mantendo na sua comunidade junto a sua família, com fácil acesso quando ainda promovendo parceria com outros serviços de educação, lazer, cultura e de trabalho¹¹.

O Hospital, com seu modelo vertical onde com o médico é tido como determinante do tratamento, da medicalização passa a ser substituído pelo atendimento de portas abertas da equipe multiprofissional com planejamento focado no indivíduo atendido naquele território com a co-responsabilidade da família principalmente nos CAPS e serviços de comunidades e residenciais terapêuticos. Os profissionais envolvidos nesta rede de atendimento devem desempenhar seu trabalho colaborando enquanto equipe, não apenas de forma individual, lembrando que os esforços da equipe precisam estar direcionados ao tratamento do usuário. As redes possuem muitos centros, muitos nós que as compõem e as tornam complexas e resistentes. O fundamental é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento¹¹.

O CAPS é considerado dispositivo estratégico da RAPS, principalmente por estar circunscrito no espaço de convívio social do usuário primando pela ressocialização e reinserção social e comunitária. A articulação entre Estratégia de Saúde da Família- ESF, Núcleo de Apoio a Saúde da Família- NASF, hospitais gerais com o CAPS fortalece a rede e se firma proposta de resgate das potencialidades do indivíduo¹².

METODOLOGIA

O percurso metodológico do presente estudo de revisão integrativa teve seus resultados oriundos de pesquisa quantitativa que buscou evidências científicas para responder a questão norteadora. Foi utilizado a proposta de Cooper¹³, constituído por cinco etapas.

Na primeira etapa formulamos a questão norteadora. Na segunda etapa realizamos a coleta de dados utilizando como base a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) por conter uma grande abrangência de artigos nacionais relevantes.

Como critérios de inclusão foram selecionados artigos em língua portuguesa que retratam as ações de saúde mental desenvolvidas pela equipe de saúde. O período de busca selecionado foi de 2012 a 2017 disponíveis online e com texto na íntegra. Como critérios de exclusão, desconsideramos para avaliação as teses e as dissertações, os documentos governamentais e anais de eventos.

Os descritores utilizados foram: ações de saúde mental, equipe de saúde mental, atenção primária e saúde mental.

Para avaliação dos dados, na terceira etapa, organizamos os artigos selecionados em instrumento elaborado contendo os seguintes itens: ano e local de publicação, título e resumo.

Na quarta etapa onde buscamos atingir o objetivo de responder a questão norteadora da investigação¹³, os dados dos artigos foram agrupados em temas, a fim de organizar a apresentação, a análise e a discussão dos resultados.

A quinta etapa traz a apresentação e discussão dos dados de interesse para este estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No processo de busca na BVS foram localizados inicialmente 58 artigos de interesse para realização deste estudo, porém 06 foram excluídos, por não abordarem a temática proposta. Do total de 52 artigos entre os anos de 2012 e 2017, sendo treze (13) em 2012, oito (08) em 2013, dez (10) em 2014, doze (12) em 2015, seis (06) em 2016 e dois (02) em 2017. Quanto a região de estudo, destaca-se o sudeste com 21 artigos, seguido da região sul com 15 e nordeste com 14. No centro oeste foi localizado um (01) artigo e outro foi realizado em parceria de autores da região sul e nordeste. As pesquisas em sua maioria foram de abordagem qualitativa (46), utilizando método de entrevista de profissionais (44); e (06) foram pesquisas de revisão de literatura. Além da entrevista de profissionais de saúde da ESF/ABS, em alguns estudos foram entrevistados usuários do SUS e gestores. O diário de campo e análise através da técnica de grupo focal foram apresentados em 8 estudos. Em relação aos objetivos dos estudos, surgiram algumas categorias: Ações de saúde mental na atenção básica/primária (26), Entendimento/envolvimento dos profissionais de ESF (17) e apoio matricial (9).

A partir das informações extraídas após a leitura dos textos, consideramos relevante, para alcançar o objetivo deste estudo, analisar as ações de saúde mental considerando o período cronológico em que foram ocorrendo e compreender como se apresenta o atual cenário de acordo com os últimos estudos realizados. Estudos

publicados nos anos de 2012 e 2013 demonstram um cenário ainda em construção no que diz respeito as ações de saúde mental. Tendo em vista que nesse período os atores ainda demonstravam estar se familiarizando com as novas propostas de políticas articuladas, e buscando constituir redes de apoio para atender as demandas do seu público alvo.

Ações de saúde mental na atenção primária

Inicialmente abordamos a questão do cuidado focado no acolhimento e vínculo por entendermos que é essencial para construção de estratégias. Por se tratar do reconhecimento do usuário do serviço nos remetemos as questões citadas inicialmente neste trabalho sobre a inclusão do usuário no seu território compreendendo a demanda dos serviços com as portas abertas.

A maioria dos estudos investigados nos anos de 2012 a 2014 para esta revisão identificaram o acolhimento e o vínculo estabelecido entre profissional e usuário como uma das maneiras de evitar a continuidade do modelo hegemônico, abrindo espaço para atuação de todos os profissionais da equipe de saúde. Acreditam no término do processo de atendimento através de fichas, filas e atendimento de doenças. Identificaram a escuta qualificada e acolhimento ao usuário do serviço durante atendimentos individuais ou de grupos. Salientaram o quanto a escuta valorizava o vínculo com o profissional envolvido.

Para Magalhães¹⁴, este processo pode ocorrer durante os grupos de caminhada, quando o indivíduo fala sobre suas angústias e medos. Enquanto esses compartilham suas experiências no grupo, fortalecem vínculo. O autor ainda ressalta a caminhada como uma ações de promoção de saúde por influenciar na auto estima e realização de atividade física.

As ações inicialmente estiveram atreladas a necessidade de orientações propostas pelas políticas públicas, principalmente voltadas a assistência ao sujeito com pouco envolvimento de familiares e da comunidade. Assim como estas ações ainda estavam no âmbito da inclusão e reconhecimento deste sujeito como usuário do serviço. Os grupos, roda de discussão sobre transtorno mental são as ações comumente realizadas de modo indistinto nas regiões do país. Denotando demanda por informações acerca de transtornos mentais. Neste processo de transformação

entre o antigo modelo e o atual em que permeamos há 40 anos compreendemos a dimensão deste país continental e diversificação socioeconômica e cultural o que pode ser considerado como fator atrelado ao processo de mudança e desenvolvimento da saúde mental. Junior e Amarante realizaram uma pesquisa sobre as práticas de cuidado de saúde mental num município do interior do RJ, relatam sobre a atuação dos médicos onde privilegiam o atendimento clínico no consultório, não ocorrem reuniões para discussão de casos. Os profissionais não residem no município, desconhecem o território em que a unidade está inserida e a realidade dos moradores¹⁵. Para Bezerra et al¹⁶ “a medicamentação na saúde mental, portanto, ainda é prática construída socialmente, a partir de significados e sentidos a ela atribuídos pela população usuária, familiares e profissionais de saúde”.

Entendimento/envolvimento dos profissionais de ESF

Estudos publicados em 2012 apontaram que o envolvimento e preparo dos profissionais da equipe de saúde na ESF necessitavam de melhor qualificação na atenção a saúde mental tratando-se de prevenção e promoção. Ao se referirem a enfermeiros, concluíram a existência de dificuldade em articular a saúde mental na estratégia da família, pouca articulação entre a comunidade, igreja e escolas e baixa participação nos grupos. No estudo de Souza e Luis¹⁷, enfermeiros relataram dificuldades para planejar estratégias, devido inexistência de dados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e deficiência no campo de formação durante a graduação. Outro estudo quantitativo, de Azevedo e Santos¹⁸, realizado com enfermeiros numa cidade do RN concluiu a pesquisa afirmando que esses profissionais apresentam bom entendimento nas mudanças do modo de cuidar em saúde mental, porém desconheciam o apoio matricial. E acrescentam, que as fragilidades e dificuldades na articulação entre ações e serviços está relacionada a vulnerabilidade do SUS e sua fragmentação, sugerindo necessidade de implementar estratégias na atenção primária.

Sobral e Campos¹⁹, realizaram um estudo de revisão integrativa tratando de prevenção e educação no campo da saúde mental e constataram pouca literatura

sobre o tema. Apontaram a necessidade de inclusão destes temas nas políticas e currículo do ensino superior em enfermagem.

Quanto ao profissional médico, foi relatado a dificuldade de envolvimento na mudança do cuidado prestado ao usuário do serviço na atenção primária. Alguns destes profissionais se mantiveram atuando segundo o modelo de assistência tratando a doença, utilizando a medicalização unicamente, outros demonstraram resistência e baixa participação nas atividades desenvolvidas em equipe na saúde da família. Enquanto que alguns referiram que a troca de experiência e saberes com profissionais de outras áreas de atuação foram de grande valia.

Em relação ao profissional psicólogo, verificou-se a prática voltada para suas atividades de atendimento ambulatorial individual, enquanto outros estabelecem parcerias em trabalho para o cuidado de saúde conforme seus próprios entendimentos sobre o apoio matricial. Há uma percepção de que outros profissionais entendem que o trabalho de matriciamento é para o psicólogo porque precisam dar conta de outras técnicas. Isso indica que alguns profissionais da atenção básica, incluindo psicólogos, tem uma visão dicotomizada e fragmentada da saúde e tem sua prática baseada em relações de cobranças e hierarquizadas.

O portador de transtorno mental necessita de acompanhamento constante. Estes sujeitos convivem com transtornos que podem oscilar entre fases com períodos de estabilização e alterações que interferem na capacidade de lidar com situações cotidianas até crises mais intensas. A família geralmente é a responsável por este sujeito, mas ocasionalmente pode ter dificuldades em lidar com situações por desconhecimento ou pela complexidade que envolve o saber técnico para atender nas crises agudas de algum transtorno mental. É na equipe de saúde da atenção básica que os familiares buscam por ajuda.

De modo indiferente podemos citar que os olhares inicialmente não estavam voltados para a inclusão dos familiares no cuidado, embora esta abordagem estivesse em pauta nos discursos da Reforma Psiquiátrica. Verificamos no período de 2012 a 2014 houve poucos estudos investigativos sobre atividades de educação em saúde, seja voltada para promoção ou prevenção que incluíssem os familiares do sujeito com transtorno mental.

As expectativas da família foram investigadas por estudos recentemente. Em 2016, estudo de Camatta et al²⁰, com familiares, demonstraram em seus resultados

que eles esperam ter suas angústias, medos e sentimento de impotência atendidas por profissionais da ESF numa posição de suporte. Inclui-se nestas expectativas orientações referentes a alimentação, medicação e como lidar com as crises, consultas médicas, medicação, visita domiciliar e encaminhamentos. Para que estas expectativas de demanda sejam atendidas é preciso que o serviço esteja preparado. Outra vez esbarramos na necessidade da qualificação do saber técnico do profissional que atua neste serviço.

Apoio matricial

Durante as leituras observamos as mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica e após ela tornaram possíveis nos territórios do país em tempo e modo distintos, respeitando as singularidades de cada cenário. As primeiras leituras realizadas (2012-2014) mostraram os estados do nordeste do país, ES, RN, CE pautados nas discussões em torno da mudança do modelo hegemônico de práticas medicalizantes e asilares, ao sul e sudeste, em estados como Paraná e Rio Grande do Sul e São Paulo iniciavam as discussões entre as unidades de serviços da atenção primária de saúde identificando a formação das primeiras redes de matriciamento em atenção básica.

Num amplo entendimento sobre doença, sem distorções distanciadoras tem sido abordado em relatórios o entendimento de doenças mentais e físicas, que ocorrem por fatores biológicos, psicológicos e sociais inter-relacionados. Logo, a saúde mental e saúde pública são inseparáveis. Mesmo transcorrido quatro décadas, Frateschi e Cardoso²¹, afirmam tratar-se de um arranjo inovador, preconizado pelo Ministério da Saúde. Reforça ainda o despreparo dos profissionais da atenção primária e desconhecimento da função do apoio matricial, com centralização no profissional médico e organização hierarquizada com comunicação pautada em protocolos. Desta forma, pode gerar encaminhamentos precipitados para serviços especializados de usuários que poderiam ser acompanhados no seu local de origem.

As iniciativas a partir dos profissionais da atenção primária mostram diferentes maneiras de compor estratégias para matriciamento. E nesta ampla rede criada por trabalhadores da atenção primária e serviço especializado que firmam

parcerias sólidas com olhares e experiências diversificadas capazes de discutir e planejar projetos terapêuticos para cada usuário. Por outro lado, reflete a resposta satisfatória desta demanda, usuários e familiares afirmando as noções de cidadania, singularidade e respeito as diferenças ainda que raramente estes foram incluídos para participar desta discussão.

O estudo de Silveira²², realizado com profissionais de diferentes serviços da atenção primária da cidade de Porto Alegre mostrou o apoio matricial consistente sendo realizado quinzenalmente há 5 anos entre profissionais do serviço de saúde mental e da rede básica pelo menos por mais de um profissional de áreas diferentes. Durante os encontros discutiam casos e formulavam planos terapêuticos individuais. Nem todos os postos dos serviços participavam, assim como alguns profissionais recusavam participar.

O estudo publicado em 2017, por Silva et al²³, descreve práticas ocupacionais voltadas à dois grupos distintos. O primeiro a pessoas com prejuízo na autonomia realizando atividades como pintura, colagem e mosaico, ocorre semanalmente com intuito de promover o encontro e trocas sociais. O segundo de apoio terapêutico a pessoas em sofrimentos mental, realizando escuta, renovação de receita médica de controle especial, ocorre mensalmente, outro objetivo é possibilitar o cuidado por todos os profissionais da equipe da saúde da família. Ambos vinham sendo realizados há 6 e 5 anos respectivamente. Acredita-se que esta prática traz benefícios a saúde dos participantes por abrir espaços da cidade, além do seu território, fortalecendo a autonomia diante de desafios da vida. O autor considera que as maiorias das atividades ainda remetem ao modelo biomédico, já que não avançam para o território e relaciona à carência na formação dos profissionais para atuarem.

Sobre a formação, Silva et al²³, diz que pode acarretar posturas inadequadas por parte dos profissionais: práticas discriminatórias e preconceituosas em relação a pessoa em sofrimento mental, ações moralistas, infantilização e normatização de condutas. Reconhecem que as práticas grupais pautadas na ética, são possibilidades do profissional melhorar o cuidado ao sofredor psíquico, com escuta qualificada e ampliada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Relacionado às ações de saúde mental desenvolvidas pela equipe da atenção primária compreendemos que o maior avanço sem dúvida ocorreu no apoio matricial valorizando os profissionais que podem partilhar e discutir novas formas para elaborar estratégias de trabalho sem que estejam restritos a programas públicos verticalizados. O acolhimento e vínculo valorizados como meio de troca entre profissional e usuários é o pilar para que outras iniciativas efetivas de envolvimento e co-responsabilização para familiares e comunidade possam ser analisadas em outros estudos, em diferentes ambientes, mas comum a todos do território. Nesta pesquisa não encontramos relato de trabalhadores da estratégia da família em relação a atividades lúdicas desenvolvidas em conjunto com escolas como atividade física, teatro, gincanas, ou em parceria com associação de moradores como show de talentos, jantares, bingos, formação de cooperativas de artesanato ou outros serviços valorizando potencialidades de cada sujeito para geração de renda auxiliar, ainda que no mesmo território adjacente. Os relatos citaram grupos de orientação e conversas a cerca do tema saúde e doença mental.

A deficiência durante a formação dos profissionais para atuar em saúde mental na rede básica e a falta de capacitação estendida a todos membros da equipe de estratégia da família em saúde mental gera desconhecimento sobre o assunto interferindo no desenvolvimento de possíveis ações dentro de um território de abrangência da equipe. Assim como, torna o processo de mudança no cuidado do portador de transtorno mental mais lento e sofrido para ele e para a família; pois são os profissionais da saúde enfermeiros, psicólogos, médicos, agentes comunitários e outros que levam esclarecimentos por via de estratégias de educação em saúde mental, afastando estigmas e ditos populares sobre os sujeitos portadores do transtorno mental.

Evidentemente o apoio matricial pode contribuir diminuindo lacunas no campo do conhecimento dos profissionais. Deixamos como sugestão para refletirmos sobre a necessidade de qualificar o ensino para melhor formação dos profissionais. A qualificação técnica promove o empoderamento para questionar práticas, segurança para tomada de decisões e evidentemente interferência positiva no processo de cuidar dos sujeitos com transtorno mental.

Vimos o processo de transformação da saúde mental acontecendo positivamente nas equipes de trabalho da atenção primária dentro de cada cenário no seu tempo, respeitando as necessidades de cada local de atuação. O processo de matriciamento das equipes promove aceleração nesse processo de transformação das equipes de trabalhadores interessadas em reinclusão da saúde mental no território da ESF em busca de respostas as necessidades do usuário e promoção da co-responsabilização com familiares e comunidade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília, 23 dez. 2011.
2. Portal da Saúde. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/231-sas-raiz/humanizadasus/l1-humanizadasus/12419-diretrizes-e-dispositivos>>. Acesso em: 09 de maio de 2017.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Portaria que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil Brasília, 19 de fev. 2002.
5. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª ed, São Paulo: Scielo - Fiocruz, 1998. 136p.

6. Nunes M, Juca VJ, Valentim CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cad saúde pública*. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000012>.

7. Freire FHMA. O Sistema de Alocação de Recursos do SUS aos Centros de Atenção Psicossocial: implicações com a proposta de atuação dos serviços substitutivos. [Tese]. [Rio de Janeiro]: Fundação Oswaldo Cruz; 2004. 157p.

8. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Dape. Coordenação geral de saúde mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. Opas. Brasília, novembro de 2005.

9. Tenório F. A reforma psiquiátrica Brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos. *História, Ciências, Saúde*. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>

10. Portal Saúde. RAPS – Rede de atenção psicossocial. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/l2-saude-mental/12588-raps-rede-de-atencao-psicossocial>. Acesso em: 09 de maio de 2017.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004.

12. Machado DKS, Camatta MW. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a saúde mental e a atenção primária a saúde. *Cad. Saúde Colet*. 2013; 21(2): 224-32.

13. Cooper HM. Scientific guidelines for conducting integrative research reviews. *Review of Educational Research*. 1982; 52(2): 91-302.

14. Magalhães VC, Pinho LB, Lacchini AJB et al. Ações de saúde mental desenvolvidas por profissionais de saúde no contexto da atenção básica. 2012; 4(4): 3105-17.

15. Junior AC, Amarante PDC. Estudo sobre práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Primária: o caso de um município do interior do estado do Rio de Janeiro. Cad. Saúde Colet. 2015; 23 (4): 425-435.

16. Bezerra IC, Jorge MSB, Gondim APS, Lima LL, Vasconcelos MGF. “Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”: processo de medicalização e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na atenção primária. Interface. 2014; 18(48):61-74.

17. Souza J, Luis MAV. Demandas de saúde mental: percepção de enfermeiros de equipes de saúde da família. Acta Paul Enferm. 2012; 25(6):852-8.

18. Azevedo DM, Santos AT. Ações de saúde mental na atenção básica: conhecimento de enfermeiros sobre a reforma psiquiátrica. Mental health. 2012; 4(4):3006-14.

19. Sobral FR, Campos CJG. O enfermeiro e a educação em saúde mental na atenção primária: revisão integrativa. Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2012; 8(2):100-7.

20. Camatta MW, Tocantins FR, Schneider JF. Ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família: Expectativas de familiares. Escola Anna Nery. 2016; 20(2):281-288.

21. Frateschi MS, Cardoso CL. Práticas em saúde mental na atenção primária à saúde. Psico. DOI <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2016.2.22024>

22. Silveira ER. Práticas que integram a saúde mental à saúde pública: o apoio matricial e a interconsulta. Ciência & Saúde Coletiva. 2012; 17(9): 2377-2386.

23. Silva G, Iglesias A, Araujo, MD, Moreira MBI. Práticas de cuidado integral às pessoas em sofrimento mental na atenção básica. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2017; 37(2): 404-417.